

## ABSTRAKT

Hypertenze je jedním z nejvýznamnějších modifikovatelných rizikových faktorů kardiovaskulárních onemocnění. Tento přehled shrnuje aktuální doporučení pro diagnostiku a léčbu arteriální hypertenze u dospělých pacientů v České republice. Cílové hodnoty krevního tlaku, volba farmakoterapie a nefarmakologické intervence jsou diskutovány v kontextu současné evidence.

## ÚVOD

Arteriální hypertenze postihuje přibližně 40% dospělé populace České republiky a představuje významný rizikový faktor pro vznik cévní mozkové příhody, ischemické choroby srdeční, srdečního selhání a chronického onemocnění ledvin. Adekvátní kontrola krevního tlaku významně snižuje kardiovaskulární morbiditu a mortalitu.

Diagnostika hypertenze vyžaduje opakované měření krevního tlaku při více návštěvách nebo potvrzení pomocí ambulantního 24hodinového monitorování krevního tlaku (ABPM). Za hypertenzi se považují hodnoty  $\geq 140/90$  mmHg při opakovaném měření v ordinaci.

## DIAGNOSTICKÁ KRITÉRIA

Klasifikace hypertenze podle ESC/ESH 2023: Optimální TK  $< 120/80$  mmHg, normální TK  $120\text{--}129/80\text{--}84$  mmHg, vysoký normální  $130\text{--}139/85\text{--}89$  mmHg. Hypertenze 1. stupně  $140\text{--}159/90\text{--}99$  mmHg, 2. stupně  $160\text{--}179/100\text{--}109$  mmHg, 3. stupně  $\geq 180/\geq 110$  mmHg.

Při podezření na sekundární hypertenzi (náhlý vznik, rezistence na léčbu, hypokalcémie) je indikováno vyšetření příčin včetně renovaskulární hypertenze, primárního hyperaldosteronismu a feochromocytomu.

## CÍLOVÉ HODNOTY

U většiny pacientů je doporučeno dosáhnout cílového TK  $< 140/90$  mmHg. U pacientů mladších 65 let a pacientů s diabetem by měl být cílový systolický TK  $120\text{--}130$  mmHg, pokud je léčba tolerována.

U starších pacientů ( $\geq 65$  let) je doporučen cílový systolický TK  $130\text{--}139$  mmHg. U pacientů s chronickým onemocněním ledvin je cílový TK  $< 130/80$  mmHg, zejména při přítomnosti albuminurie.

## FARMAKOTERAPIE

Základními skupinami antihypertenziv jsou: ACE inhibitory nebo ARB, blokátory kalciových kanálů, thiazidová diuretika (včetně chlorthalidonu a indapamidu) a beta-blokátory. Volba závisí na přítomnosti komorbidit.

U většiny pacientů s hypertenzí 1. stupně a zvýšeným kardiovaskulárním rizikem je doporučeno zahájit léčbu kombinací dvou antihypertenziv v nízkých dávkách, ideálně jako fixní kombinace v jedné tabletě.

Preferovanými kombinacemi jsou: ACE-I nebo ARB + blokátor kalciových kanálů, ACE-I nebo ARB + thiazidové diuretikum. Kombinace ACE-I + ARB není

doporučena.

## NEFARMAKOLOGICKÁ LÉČBA

Životospráva je základem léčby hypertenze. Doporučuje se omezení příjmu soli na  $< 5$  g denně, redukce hmotnosti při nadváze nebo obezitě, pravidelná fyzická aktivita (30 min aerobního cvičení 5-7x týdně), omezení alkoholu a zanechání kouření.

DASH dieta bohatá na ovoce, zeleninu, celozrnné produkty a nízkotučné mléčné výrobky prokazatelně snižuje krevní tlak a měla by být doporučena všem pacientům s hypertenzí.

## ZÁVĚR

Účinná léčba hypertenze vyžaduje kombinaci farmakologických a nefarmakologických intervencí, individualizaci terapie podle přítomnosti komorbidit a pravidelné monitorování dosažení cílových hodnot TK. Adherence pacienta k léčbě je klíčová pro dlouhodobý úspěch.