

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 predstavuje 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 opakování 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 opakovém měření v ordinaci.

DIAGNOSTICKÁ KRITÉRIA

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

Při podezření na sekundární hypertenzi (náhlý vznik, rezistence na léčbu, hypokalémie) 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 mělo být cílový systolický TK 120-130 mmHg, pokud je léčba tolerována.

U starších pacientů (≥ 65 let) je doporučen cílový systolický TK 130-139 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 diureтика (včetně chlorthalidonu a indapamidu) a beta-blokátory. Volba závisí na přítomnosti komorbidit.

U většiny pacientů s hypertenzi 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 obezity, 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 může 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.