

Desatero v péči o hypertonika v ordinaci praktického lékaře v roce 2025 (v souladu s aktuálními doporučeními)

MUDr. Zdeněk Ramík

Interní a kardiologická klinika, FN Ostrava

LF OU v Ostravě

LF UP v Olomouci

Článek přehledně shrnuje aktuální doporučení diagnostiky a terapie arteriální hypertenze Evropské společnosti pro hypertenzi z roku 2023 a Evropské kardiologické společnosti z roku 2024 v 10 bodech, se zaměřením na ordinaci praktického lékaře.

Klíčová slova: arteriální hypertenze, zvýšený krevní tlak, mimo nemocniční měření krevního tlaku, fixní kombinace, adherence, doporučení.

Ten points in hypertension care in the GP surgery in 2025 (in line with current recommendations)

This article concisely summarizes the current recommendations for the diagnosis and treatment of arterial hypertension as outlined by the European Society of Hypertension in 2023 and the European Society of Cardiology in 2024, presented in 10 key points, with a focus on application in general practice.

Key words: arterial hypertension, elevated blood pressure, out-of-hospital blood pressure measurement, fixed-dose combinations, adherence, guidelines.

1. Prevalence hypertenze, nová skupina zvýšeného/elevovaného krevního tlaku

Arteriální hypertenze je nejčastější kardiovaskulární (KV) onemocnění na světě, a současně je nejvýznamnějším rizikovým faktorem KV příhod. V České republice byla prevalence **léčených hypertoniků** 2,2 milionů v roce 2023, **celková prevalence hypertenze se odhaduje až na 40 %** (1). Proto bychom po arteriální hypertenzi měli aktivně pátrat u každé kontroly každého pacienta. Doporučení ESC z roku 2024 označují nově skupinu pacientů, kteří mají tlak v rozmezí od 120/70–140/90 mmHg, jako pacienty s tzv. zvýšeným nebo také elevovaným krevním tlakem (2). Tito pacienti ještě nesplní diagnózu arteriální hypertenze, přesto někteří z nich

s vyšším KV rizikem již profitují ze zahájení farmakoterapie hypertenze, viz odstavec 3.

2. Preference domácího měření TK (HBPM, ABPM)

Doporučení nově kladou důraz na mimo nemocniční měření krevního tlaku, ať už formou domácího měření tlaku (HBPM, home blood pressure monitoring) po dobu ideálně 7 dní před kontrolou (2× ráno, 2× večer), nebo ambulantního měření krevního tlaku (ABPM, ambulatory blood pressure monitoring). Těmito metodami se eliminuje frekventní vliv syndromu bílého pláště, který se popisuje až u 25 % hypertoniků, a maskovaná hypertenze, která bývá přibližně u 15 % hypertoniků (3). Je však nutno dbát na to, že hodnoty tlaku pro stanovení diagnózy arteriální hypertenze jsou v domácím prostředí nižší než v nemocničním prostředí, viz tabulka 1 (3).

DECLARATIONS:

Declaration of originality:

The manuscript is original and has not been published or submitted elsewhere.

Conflict of interest:

Not applicable.

Consent for publication:

Not applicable.

Cit. zkr: Med. Praxi. 2025;22(4):304-306

<https://doi.org/10.36290/med.2025.031>

Článek přijat redakcí: 15. 3. 2025

Článek přijat k tisku: 24. 4. 2025

MUDr. Zdeněk Ramík

zdenek.ramik@fno.cz

Tab. 1. Kategorie hodnot krevního tlaku, převzato a upraveno podle ESC 2024 (2)

Měření TK	Neelevovaný krevní tlak	Elevovaný krevní tlak	Arteriální hypertenze
Ve zdravotnickém zařízení	< 120/70 mmHg	120–139/70–89 mmHg	≥ 140/90 mmHg
ABPM a HBPM	< 120/70 mmHg	120–135/70–85 mmHg	≥ 135/85 mmHg

ABPM – ambulantní monitorování krevního tlaku; HBPM – měření krevního tlaku v domácím prostředí pacientem; mmHg – milimetry rtuti; TK – krevní tlak

3. Zahájení farmakoterapie arteriální hypertenze

U pacientů s diagnostikovanou arteriální hypertenzí by měla být zahájena farmakoterapie ihned po stanovení diagnózy, bez vyčkání (2).

U pacientů se zvýšeným krevním tlakem v rámci primární prevence by měla být ihned zahájena režimová opatření. Trvá-li elevace krevního tlaku nad 130/80 mmHg i po 3 měsících od zahájení režimových opatření, a má-li pacient vyšší KV riziko dle následujících kritérií, měla by být zahájena farmakoterapie hypertenze.

- Pokud se prokáže přítomnost hypertenzního orgánového postižení (nejčastěji hypertrofie levé komory, chronická renální insuficience včetně albuminurie, aterosklerotické cévní postižení s plátem tloušťky > 1,5 mm), je farmakoterapie ve skupině zvýšeného krevního tlaku také indikována.
- Většina pacientů s diabetem mellitem, a také např. s familiární hypercholesterolemií, má automaticky vyšší KV riziko, proto by u nich farmakoterapie hypertenze měla být zahájena.
- U doposud zdravých jedinců lze využít např. tabulek SCORE2 a SCORE2-OP, a při hodnotě > 10 % rizika KV příhody v následujících 10 letech již zahájit léčbu.
- Je-li rizikovost pacienta dle SCORE2 mezi 5–10 %, měla by se ještě posoudit přítomnost dalších nezávislých KV rizikových faktorů. Ty se dělí na specifické pro pohlaví (anamnéza gestačního diabetu či hypertenze, předčasného porodu, opakované potraty či porod mrtvého plodu), a nezávislé na pohlaví, kam patří vysoce rizikové etnikum (např. Afroameričané), pozitivní rodinná anamnéza KV příhod, socioekonomická deprivace, autoimunitní onemocnění, závažné psychiatrické onemocnění či přítomná infekce HIV.

4. Cílové hodnoty TK

Již nám ve většině případů nestačí, že pacientovy hodnoty krevního tlaku dosáhnou < 140/90 mmHg. Ukazuje se, že mezi krevním tlakem a mírou KV rizika panuje přímá úměra. Nově proto u většiny pacientů cílíme na krevní tlak mezi 120–129/70–80 mmHg či ještě méně, je-li toto dobře tolerováno. Méně přísní můžeme být u pacientů polymorbidních, s vysokou křehkostí, s ortostatickou hypertenzí, pacientů starších 85 let a s krátkým očekávaným dožitím (< 3 roky), kdy uplatňujeme tzv. ALARA princip – tlaku tak nízkého, jak je rozumně dosažitelné (as low as reasonably achievable).

5. Režimová opatření

Platí standardní doporučení týkající se zdravého životního stylu. Základem je aerobní cvičení se střední zátěží alespoň 150 minut týdně, nebo 75 minut fyzické aktivity s vysokou zátěží, a také se doporučují izometrické odporové cviky (např. handgrip, plank tzv. „prkno“) i dynamické silové cviky (dřepy, kliky, sklapovačky). Samozřejmostí je omezení sedavého životního stylu a úplná abstinence kouření.

Výrazné změny nenastaly ani v rámci dietního opatření. Preferuje se dieta typu DASH (dietary approaches to stop hypertension) nebo středomořská, snížení denního přísunu soli na méně než 5 g/den, přísunu alkoholu na méně než 100 g za týden (méně než cca 5 piv či sklenic vína nebo méně než 6 skleniček tvrdého alkoholu o objemu 0,05 l). Ukazuje se, že 3–5 káv během dne KV riziko nijak nezvyšuje, naopak energetické nápoje ano. Doporučení nově zmiňují i zvýšený přísun draslíku o 0,5–1 g/den. Potraviny s vysokým obsahem kalia jsou např. banán (cca 500 mg), avokádo (700 mg), špenát (850 mg), nebo lze ev. zvážít substituci NaCl s draselnou solí v poměru 75 % NaCl a 25 % KCl. Celkový přísun kalia by měl být přes 3,5 g/den, nicméně zvýšený přísun naopak není doporučován u pacientů s chronickou renální insuficiencí pro riziko hyperkalemie (2).

6. Iničiální terapie fixními kombinacemi, výjimky s monoterapií

Je-li indikovaná farmakoterapie arteriální hypertenze, je u většiny pacientů doporučeno zahájení léčby fixní dvojkombinací, a to buď inhibitorů angiotensin-konvertujícího enzymu (ACEi) / sartanu v kombinaci s kalciovým blokátorem či diuretikem (preferenčně thiazidovým a thiazidům podobným). Důvodem je efektivnější a zejména rychlejší dosažení cílových hodnot krevního tlaku, což se v případě monoterapie ve velké většině případů nedaří. Nestačí-li toto k dosažení cílových hodnot, je doporučena fixní trojkombinace všech tří zmíněných skupin antihypertenziv, a vždy by mělo být součástí diuretikum. Betablokátory lze přidat k léčbě kdykoli, i jako první volba, pokud je přítomná indikace, u které je prokázán jejich prognostický benefit (ischemická choroba srdeční, srdeční selhání, arytmie atd.) (2).

7. Eskalace terapie při nedosažení adekvátní kontroly TK

Nedaří-li se dosáhnout adekvátní kontroly krevního tlaku ani s užitím adekvátní farmakoterapie zmíněné výše, měli bychom vyloučit pseudorezistenci. Ta zahrnuje zejména non-adherenci, která se vyskytuje až v 30–60 % případů u rezistentní hypertenze, dále bývá frekventní syndrom bílého pláště a nesprávné měření krevního tlaku (4). Pokud jsou tyto vyloučené, je ke zvážení přidání spironolaktonu jako preparátu další volby, zvážít došetření sekundární arteriální hypertenze, nebo odeslání pacienta do specializovaného centra.

8. Pátrání po sekundární hypertenzi

Ukazuje se, že prevalence sekundární arteriální hypertenze je po započtení spánkové apnoe častější, než byly původní odhady. Nová data ukazují, že je přítomná v 10–35 % ze všech hypertoniků, a až 50 % ve skupině s rezistentní hypertenzí po vyloučení pseudorezistence. Velmi častá je také ve skupině hypertoniků do 30 let věku (15–30 %). Nejčastější příčiny jsou primární hyperaldosteronismus, renoparenchymatózní hypertenze, renovaskulární hypertenze u pacientů s aterosklerózou tepen, a také spánková apnoe. Ta domínuje u obézní populace, kde je prevalence

50–80 %, a byť některými autory není považována za sekundární příčinu hypertenze, jedná se o nezávislý KV rizikový faktor, jehož léčba také vede k snížení KV rizika. Co se týče primárního hyperaldosteronismu, ukazuje se, že jím trpí každý 10–20. hypertonik, tedy v ČR lze očekávat 100–200 tisíc pacientů s primárním hyperaldosteronismem. Je však velmi poddiagnostikován, 98,5 % hypertoniků nikdy nepodstoupilo adekvátní došetření screeningovým odběrem poměru aldosteronu/reninu (5). Interpretace může být zejména při chronické antihypertenzní medikaci obštná, je-li ale výsledek pozitivní, a fenotyp odpovídá, měl by pacient být podrobněji došetřen např. u endokrinologa, nebo ve specializovaném centru.

9. Dispenzarizace

Pacienti bez hypertenze: Je-li krevní tlak < 120/70 mmHg a pacient je mladší 40 let, postačí kontrola krevního tlaku nejpozději za 3 roky. V ostatních případech, a to jsou-li starší 40 let, anebo se nacházejí ve skupině zvýše-

Tab. 2. Cílové hodnoty lipidů a lipoproteinů dle rizikovosti pacienta dle ESC/EAS 2019 (Upraveno dle (7, 8))

Kardiovaskulární riziko	Nízké a střední (zdravá populace)	Vysoké	Velmi vysoké (sekundární prevence)	Extrémní (např. 2 KV příhody během 2 let)
LDL (mmol/l)	< 2,6	< 1,8 a snížení nejméně o 50 % hodnot před léčbou	< 1,4 a snížení nejméně o 50 % hodnot před léčbou	< 1,0

LDL – low-density lipoprotein; KV – kardiovaskulární

ného krevního tlaku (120–140/70–90 mmHg) a ještě nejsou indikováni k farmakoterapii hypertenze dle výše zmíněných kritérií, by měli mít krevní tlak kontrolovaný minimálně 1× ročně.

Pacienti s již léčenou hypertenzí: Hypertonik na adekvátní terapii s dosaženými cílovými hodnotami krevního tlaku by měl být dispenzarizován minimálně 1× ročně, nejen z důvodu kontroly kompenzace krevního tlaku, ale i k reedukaci z důvodu klesající adherence v čase. Pacienti s neadekvátně kontrolovaným krevním tlakem po úpravě medikace by měli být kontrolováni v několika málo týdnech do dosažení dobré kontroly.

10. Komorbidity, myslet i na ně

V populační studii Czech post-MONICA, která sledovala náhodně vybraný reprezentativní vzorek české populace v období 2015–2018, byla dyslipidemie prokázána u 80,5 % mužů a 72,7 % žen. Léčeno ale bylo pouze 13,9 % mužů a 10,2 % žen. Hypolipidemika byla jen ojediněle podávána u pacientů mladších 45 let (6). Současná přítomnost více KV rizikových faktorů se nikoli sčítá, ale násobí; je proto nezbytné intervenovat všechny, nejen hypertenzi, ale i dyslipidemii, obezitu, diabetes, fumátorství a další. Cílové hodnoty LDL dle rizika pacientů v populaci shrnuje tabulka 2.

LITERATURA

- Dušek L. Národní kardiologický informační systém. Hypertenze v aktuálním datovém přehledu. Prezentace z XLI. konference České společnosti pro hypertenzi. In Mikulov; 2024.
- McEvoy JW, McCarthy CP, Bruno RM, et al. 2024 ESC Guidelines for the management of elevated blood pressure and hypertension. Eur Heart J. 2024;45(38).
- Mancia G, Kreutz R, Brunström M, et al. 2023 ESH Guidelines for the management of arterial hypertension the Task Force for the management of arterial hypertension of the European Society of Hypertension: Endorsed by the International Society of Hypertension (ISH) and the European Renal

- Association (ERA). J Hypertens. 2023 Dec 1;41(12):1874–2071.
- Václavík J. Obtížně léčitelná hypertenze. Druhé vydání. Praha: Mladá fronta; 2017.
- Vaidya SR, Aeddula NR. Chronic Kidney Disease. The Scientific Basis of Urology, Second Edition. 2024;257–64.
- Cífková R, Bruthans J, Wohlfahrt P, et al. 30-year trends in major cardiovascular risk factors in the Czech population, Czech MONICA and Czech post-MONICA, 1985–2016/17. PLoS One. 2020;15(5).
- Mach F, Baigent C, Catapano AL, et al. 2019 ESC/EAS Guidelines for the management of dyslipidaemias: lipid modi-

- fication to reduce cardiovascular risk: The Task Force for the management of dyslipidaemias of the European Society of Cardiology (ESC) and European Atherosclerosis Society (EAS). Eur Heart J. 2020;41(1):111–88.
- Visseren F, Mach F, Smulders YM, et al. 2021 ESC Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice: Developed by the Task Force for cardiovascular disease prevention in clinical practice with representatives of the European Society of Cardiology and 12 medical societies With the special contribution of the European Association of Preventive Cardiology (EAPC). Eur Heart J. 2021;42(34):3227–337.