

Schéma 1. Ambulantní monitorování krevního tlaku (upraveno podle European Heart Journal. 2024;45:3912-4018)

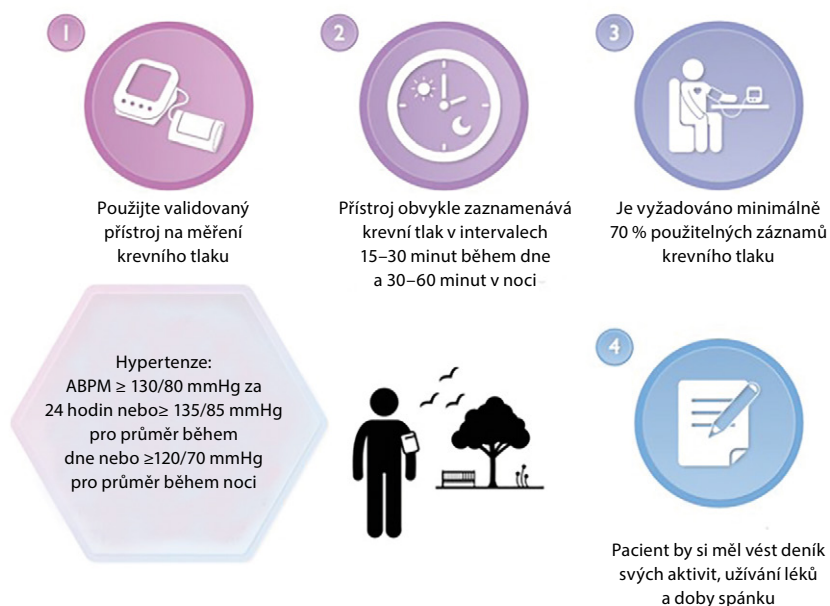
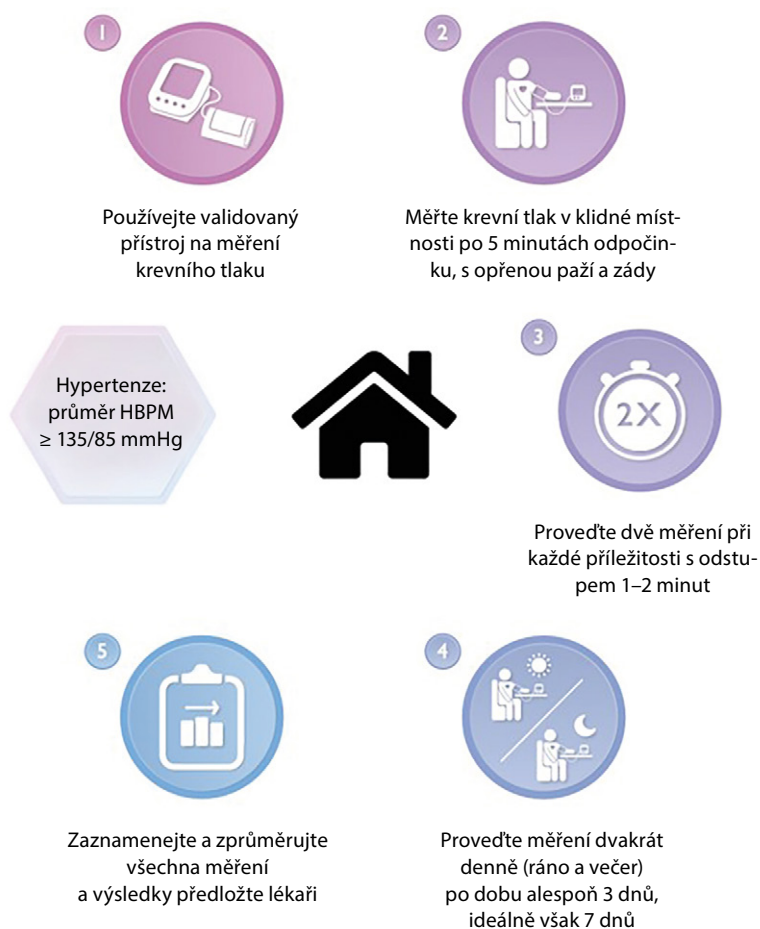


Schéma 2. Domácí měření krevního tlaku (upraveno podle European Heart Journal. 2024;45:3912-4018)



Úvod

Prevalence kardiovaskulárních chorob je v České republice zhruba 8 500 na 100 000 obyvatel (1). Arteriální hypertenze je jejich

nejvýznamnějším ovlivnitelným rizikovým faktorem, kterým trpí v naší zemi zhruba každý druhý muž a každá třetí žena v dospělém věku (2). Z těchto diagnostikovaných paci-

entů je však léčeno jen něco přes 60 % (2). Cílových hodnot krevního tlaku nedosahuje ale ani polovina z nich (2). Tento stav, podílející se na stále velmi vysokém počtu manifestních kardiovaskulárních příhod a onemocnění v naší zemi, vyčerpává významně nejen finanční, ale i lidské zdroje napříč obory. Aktuální doporučené postupy ESC pro management vysokého krevního tlaku a arteriální hypertenze z letošního roku (3) kladou mimo jiné důraz na důsledný screening, potažmo diagnostiku arteriální hypertenze v dospělé populaci. Na základě naměřených hodnot doporučení rozdělují pacienty do pěti skupin: normální TK $< 120/70$ mmHg, zvýšený TK $120\text{--}139/70\text{--}89$ mmHg a arteriální hypertenzi ve skupinách s TK $140\text{--}159/90\text{--}99$ mmHg, $160\text{--}179/100\text{--}109$ mmHg a nad $180/110$ mmHg (3). Dále je důraz kladen na to, aby kromě TK v ordinaci, případně 24hodinového tlakového holteru (Schéma 1), bylo více využíváno domácí měření TK (Schéma 2). Na základě zjištěného TK doporučují formu léčby (nefarmakologickou + farmakologickou) a její cíle. Dle aktuálních doporučených postupů by každý léčený hypertonik, který léčbu dobře toleruje, měl dosahovat systolického TK $120\text{--}129$ mmHg (3). Stále platí, že čím dříve je léčba zahájena, tím lépe. Všichni pacienti se zvýšeným TK nebo arteriální hypertenzí by měli dodržovat režimová opatření, kam patří pravidelný pohyb, stravovací doporučení a samozřejmě nekuřáctví. Perzistence k těmto opatřením je však, speciálně v podmínkách ČR, velmi slabá. Počet pacientů, u kterých je dosaženo zlepšení TK pouze nefarmakologickou léčbou, je velmi malý. Podle nových doporučení lze u pacientů se systolickým TK $130\text{--}140$ mmHg a absencí dalšího rizikového faktoru kardiovaskulárních chorob vyčkat tři měsíce, a pokud se na základě režimových opatření jejich TK nezlepší, začít s léčbou farmakologickou. U pacientů se systolickým TK nad 140 mmHg je doporučeno zahájit farmakoterapii ihned. První volbou by u většiny pacientů měla být fixní dvojkombinace nízké dávky inhibitoru RAAS (renin-angiotenzin-aldosteronového systému) a blokátoru kalciového kanálu nebo nethiazidového diuretika. V případě nedosažení cílových hodnot krevního tlaku do tří měsíců je indikováno nasazení fixní trojkombinace inhibitoru RAAS, blokátoru kalciového ka-