



Terapie hypertenze v kostce: Kdy a jak zahájit léčbu?

Arteriální hypertenze (AH) spolu s diabetem mellitem (DM), dyslipidémií, obezitou a kouřením představují nejzávažnější rizikové faktory aterosklerotických kardiovaskulárních (KV) onemocnění ve většině vyspělých zemí světa. Prevalence hypertenze se v Česku pohybuje okolo 50 % u mužů a 34 % u žen ve věku 25–64 let, a to se značným nárůstem ve věkové dekádě 55–64 let. Dosáhnout kompenzace krevního tlaku se daří pouze zhruba u 30 % hypertoniků. Stručně shrneme klasifikaci a algoritmus zahájení farmakoterapie hypertenze.

Klasifikace krevního tlaku (TK) dle měření v ordinaci (mmHg)

Kategorie	Systolický tlak	Diastolický tlak
Optimální	< 120	< 80
Normální	120–129	80–84
Vysoký normální	130–139	85–89
Hypertenze 1. stupně (mírná)	140–159	90–99
Hypertenze 2. stupně (středně závažná)	160–179	100–109
Hypertenze 3. stupně (závažná hypertenze)	≥ 180	≥ 110
Izolovaná systolická hypertenze	≥ 140	< 90

Pokud naměřené hodnoty systolického a diastolického TK pacienta spadají do různých kategorií, je zařazen do vyšší kategorie.

Krevní tlak se v ordinaci měří 3× a směrodatný je průměr 2. a 3. měření. Důležitá je správná technika měření.

Za arteriální hypertenzi označujeme opakované zvýšení TK na > 140/90 mmHg naměřené minimálně při 2 různých návštěvách.

V diagnostice nově zjištěné hypertenze (včetně pacientů s normálním vysokým krevním tlakem) je doporučeno provést ambulantní monitorování krevního tlaku (ABPM).



Při ABMP je hypertenze definována hodnotami:

24hodinový průměr
≥ 130/80 mmHg

průměr v denní době
≥ 135/85 mmHg

průměr v noční době
≥ 120/70 mmHg

Zahájení farmakologické léčby



Okamžitě:

TK > 180/110 mmHg

TK > 160–179/100–109 mmHg opakovaně

Doporučena je (fixní) dvojkombinace antihypertenziv v nízkých dávkách.



Do 1–3 měsíců:

TK 140–159/90–99 mmHg opakovaně

Doporučena je monoterapie nebo (fixní) dvojkombinace antihypertenziv v nízkých dávkách.



Ve specifických situacích:

TK 130–139/85–89 mmHg opakovaně.

Jde zejména o pacienty s chronickým srdečním selháním, v sekundární prevenci ischemické choroby srdeční (ICHS) či cévní mozkové příhody (CMP) a s chronickým onemocněním ledvin včetně diabetické nefropatie.

Schéma farmakoterapie

Krok 1 blokátor RAAS + BKK, případně blokátor RAAS + diuretikum

Při TK 140–159/90–99 mmHg a nízkém KV riziku, u křehkého pacienta, zvážit monoterapii blokátorem renin-angiotenzin-aldosteronového systému (RAAS) nebo blokátorem kalciových kanálů (BKK); lze počkat 1–3 měsíce.

Krok 2 blokátor RAAS + BKK + diuretikum

Krok 3 blokátor RAAS + BKK + diuretikum + spironolakton nebo další lék (doxazosin, betablokátor)

Pozn.:

Betablokátory lze indikovat ve kterémkoliv kroku v závislosti na komorbiditách a tepové frekvenci. RAAS zahrnují inhibitory angiotenzin konvertujícího enzymu (ACEi) a blokátory receptorů AT₁ pro angiotenzin II (sartany).



Cíl léčby hypertenze

Cílem je snížit riziko KV příhod. Proto je vždy třeba posoudit potřebu kompenzace dalších KV rizikových faktorů. Cílovou hodnotou TK měřeného v ordinaci je < 140/90 mmHg u všech pacientů s hypertenzí, přičemž za optimální cíl lze považovat TK kolem 130/80 mmHg.

Zdroje:

1. Karen I., Filipovský J. a kol. Arteriální hypertenze. Doporučené diagnostické a terapeutické postupy pro všeobecné praktické lékaře. *Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP*, 2014.
Dostupné na: www.svl.cz/files/files/Doporučene-postupy-od-2013/DP-AH-2014.pdf
2. Widimský J., Filipovský J., Ceral J. a kol. Diagnostické a léčebné postupy u arteriální hypertenze ČSH 2022. Doporučení České společnosti pro hypertenzi. *Hypertenze a kardiovaskulární prevence 2022*; (12) 2: 1–25.
Dostupné na: www.hypertension.cz/wp-content/uploads/2023/01/Widimsky_-guidelines-CSH-2022.pdf