

hladině LDL cholesterolu i u jedinců, kteří nemají štěstí na příznivou genetickou variantu kódující tyto parametry. Díky screeningu a časné kompenzaci KV rizikových faktorů můžeme časné stárnutí cév zpomalit.

Prvním zásadním nástrojem je screening a monitorování hypertenze. Screening by měl probíhat nejméně každé 3 roky. Podle doporučení z roku 2018 se diagnóza hypertenze opírá o opakované měření TK v ordinaci, přičemž u osob s TK 130–139/85–89 mm Hg je vhodné ověřit přítomnost maskované hypertenze pomocí domácího měření TK (HBMP) nebo 24hodinového ambulantního monitorování TK (ABMP) (3, 4). V případě hypertenze ($\geq 140/90$ mm Hg) jsou na místě opakované kontroly TK v ordinaci nebo ABMP, HBMP a příslušná terapie. Pokud je nemocný v pásmu hypertenze i přes úpravu životního stylu, má být zahájena farmakoterapie, a to i u osob s nízkým a středním KV rizikem a bez prokázaného poškození cílových orgánů. O zahájení farmakoterapie hypertenze uvažujeme u osob s TK $\geq 140/90$ mm Hg ve věku 18–80 let, u jedinců starších 80 let pak při TK $\geq 160/90$ mm Hg. Ihned zahajujeme terapii v případě vysokého KV rizika, při poškození cílových orgánů a u hypertenze II. ($\geq 160/100$ mm Hg) a III. stupně ($\geq 180/110$ mm Hg).

Cílem je úprava TK do 3 měsíců. Cílovou hodnotou je TK $< 140/90$ mm Hg. U všech pacientů je přitom třeba zvážit cílovou hodnotu diastolického tlaku krve (DTK) < 80 mm Hg, případně, TK $< 130/80$ mm Hg, pokud jej tolerují. U osob do 65 let věku může být cílová hodnota STK i 120–129 mm Hg (3, 4).

Pozor na současný výskyt více KV rizikových faktorů

U pacientů s hypertenzí je třeba myslet na to, že tento KV rizikový faktor se často nevyskytuje izolovaně. Vzhledem k tomu, že se při současném výskytu více rizikových faktorů KV riziko násobí (5), je třeba pátrat po přítomnosti dalších rizikových faktorů, jako je kouření, obezita, fyzická inaktivita, dyslipidemie, diabetes mellitus, autoimunitní onemocnění, spánková obstrukční nemoc, psychosociální stres a vyčerpání, závažné psychiatrická onemocnění nebo sociální deprivace. Samozřejmě je nutné znát přítomnost případného již diagnostikovaného KV onemocnění (cerebrovaskulární příhody, ischemická choroba srdeční, fibrilace síní, těžké renální selhání, ateroskleróza prokázaná zobrazovací metodou nebo ischemická choroba dolních končetin dle kotníko-brachiálního indexu).

Kompenzace dyslipidemie

Často se u pacientů s hypertenzí vyskytuje také dyslipidemie. Nová doporučení ESC/EAS z roku 2019 uvádějí nové nižší cílové hladiny LDL cholesterolu (Obr. 4). Cílová hodnota < 3 mmol/l zůstává u osob s nízkým KV rizikem. U středního KV rizika se snižuje na $< 2,6$ mmol/l, u vysokého rizika na $< 1,8$ mmol/l (+ je doporučeno snížit iniciální hladinu o $> 50\%$) a u velmi vysokého rizika na $< 1,4$ mmol/l (+ snížení iniciální hladiny o $> 50\%$). Pro pacienty s aterosklerotickým KV onemocněním, kteří v průběhu 2 let prodělali již druhou KV příhodu při současném užívání maximální tolerované dávky statinu a ezetimibu, je doporučena dokonce cílová hladina LDL cholesterolu $< 1,0$ mmol/l.

Obr. 3. Koncept časného stárnutí cév (EVA – Early Vascular Aging) (2)

