

Měření tlaku by mělo probíhat po alespoň 3–5minutovém zklidnění, vsedě, bez zkřížených nohou, bez mluvení, s rukou volně opřenou a manžetou adekvátní šířky umístěnou na úrovni srdce. 30 minut před měřením je nutné se vyvarovat fyzické námahy, kouření a pití kávy.

Po stanovení diagnózy hypertenze je vhodné provést základní laboratorní vyšetření, EKG a vyšetření ke zhodnocení přítomnosti orgánového poškození (echokardiografie, renální funkce včetně albuminurie, ev. fundoskopie). V případě, že se jedná o atypický časný nástup (< 40 let věku) či projevy endokrinního onemocnění, je vhodné vyloučení sekundární etiologie hypertenze.

## Diagnostika dyslipidemie a výpočet aterosklerotického kardiovaskulárního rizika

Klíčovým faktorem ke vzniku a progresi aterosklerózy je retence LDL a dalších na cholesterol bohatých lipoproteinů v cévní stěně. Metaanalýzy prokázaly, že redukce rizika AS KVO je úměrná proporcionální redukci hladiny LDL cholesterolu. Platí, že čím nižší je hladina LDL cholesterolu, tím menší je KV riziko.

Guidelines kladou velký důraz na stratifikaci a přesnější selekci pacientů do rizikových skupin tak, aby jim mohl být nabídnut preventivní přístup „šitý na míru“. Pacient by měl být zařazen do jedné z pěti základních skupin:

- Dosud zdravé osoby
- Osoby s prokázaným aterosklerotickým onemocněním (AS KVO)
- Osoby s diabetem mellitem (2. typu, ev. 1. typu ve věku nad 40 let)
- Osoby s chronickým onemocněním ledvin (CKD)
- Osoby se specifickými rizikovými faktory, zejména familiární hypercholesterolemii

Pacienty v některých podskupinách lze dále stratifikovat dle odpovídajících skórovacích systémů – kalkulátorů, pomocí kterých lze přesněji odhadnout jejich individuální riziko AS KVO. Například pro dosud zdravé osoby jsou aktualizovanou analogií tabulek nově tabulky SCORE2 a SCORE2-OP (pro osoby nad 70 let). Všechny nástroje jsou běžně dostupné on-line např. na stránce <https://www.u-prevent.com>, ev. aplikaci ESC CVD Risk Calculator app. Kromě výpočtu následujícího rizika jsou nyní k dispozici kalkulátory, které nás informují o velikosti efektu intervence rizikových faktorů, což díky větší názornosti, můžeme využít k efektivnější komunikaci s pacientem.

Osoby s dokumentovaným AS KVO, diabetem mellitem, CKD a s dalšími specifickými rizikovými faktory (například familiární hypercholesterolemii) mají automaticky vysoké nebo velmi vysoké KV riziko a je potřeba u nich rovnou intervenovat na všech úrovních. Tabulky SCORE2

a SCORE2-OP se na tyto osoby nevztahují. K upřesnění jejich KV rizika byly vyvinuty jiné skórovací systémy (SMART, ADVANCE, DIAL).

KV riziko by mělo být stanoveno u všech mužů nad 40 let věku a žen nad 50 let věku a pravidelně revidováno každých 5 let.

## Stanovení cílových hodnot terapie pro různé rizikové skupiny pacientů

Obecná doporučení prevence KV rizika by měli dodržovat všichni pacienti, včetně snahy o ukončení kouření. Platí, že všechny osoby všech skupin by měly mít cílovou hodnotu TK při měření ve zdravotnickém zařízení < 140/90 mm Hg, a LDL cholesterol < 2,6 mmol/l (viz Tab. 3). Případná eskalace terapie s přísnějšími cílovými hodnotami je v druhém kroku možná s přihlédnutím k pacientovu celkovému riziku AS KVO, komorbiditám a nově i jeho preferencím po seznámení se s možnými KV riziky.

### Dosud zdravé osoby

Považujeme za ně ty, které nelze zařadit do jiné skupiny, tedy doposud nemají manifestní AS KVO, diabetes mellitus, CKD či familiární hypercholesterolemii.

Pro tuto skupinu používáme pro odhad KV rizika tabulky SCORE2 a SCORE2-OP (Obr. 1). Oproti starým tabulkám SCORE nás informují i o riziku nefatálních KV epizod. Dalším rozdílem oproti starým tabulkám SCORE je větší rozsah věkového spektra, zahrnující pacienty až do 89 let. Navíc jsou stanoveny odlišné hodnoty KV rizika pro různé věkové kategorie, aby se tím omezilo nadhodnocování rizika u vyšších věkových kategorií (Tab. 2).

Pro výpočet KV rizika je kromě znalosti pohlaví, věku, kouření a výše systolického tlaku nezbytné i stanovení lipidogramu. Skórovací systémy SCORE2 a SCORE2-OP vycházejí z hodnot non-HDL cholesterolu, což přesněji odráží celkové množství proaterogenních částic (LDL, IDL, VLDL a zbytků chylomikronů) než pouze samotný LDL cholesterol. Dostačuje znalost celkového a HDL cholesterolu (byť některé kalkulátory rizika, např. SCORE2, vyžadují i hodnotu LDL cholesterolu).

**Tab. 3.** Cílové hodnoty u dosud zdravých osob. Zjednodušeno dle (1)

Dodržování zdravého životního stylu u všech osob		
	TKs (mm Hg)	LDL (mmol/l)
<b>1. krok – u všech zdravých osob</b>	< 140	< 2,6
<b>2. krok*</b>	< 130	< 1,8
<b>Velmi vysoké riziko</b>	< 130	< 1,4

\* Po rozmluvě s pacientem se zvážením jeho preferencí  
TKs – systolický krevní tlak, LDL – low density lipoprotein

**Tab. 2.** Limity vypočteného KV rizika dle tabulek SCORE2 nebo SCORE2-OP vztaženého na věk. Upraveno podle (3)

Věk	< 50 let	50–69 let	≥ 70 let
<b>Nízké až středně zvýšené riziko AS KVO</b> Léčba RF není obecně doporučena	< 2,5 %	< 5 %	< 7,5 %
<b>Vysoké riziko AS KVO</b> Léčba RF má být zvažena	2,5 až < 7,5 %	5 až < 10 %	7,5 až < 15 %
<b>Velmi vysoké riziko AS KVO</b> Léčba RF je doporučena	≥ 7,5 %	≥ 10 %	≥ 15 %

RF – rizikové faktory