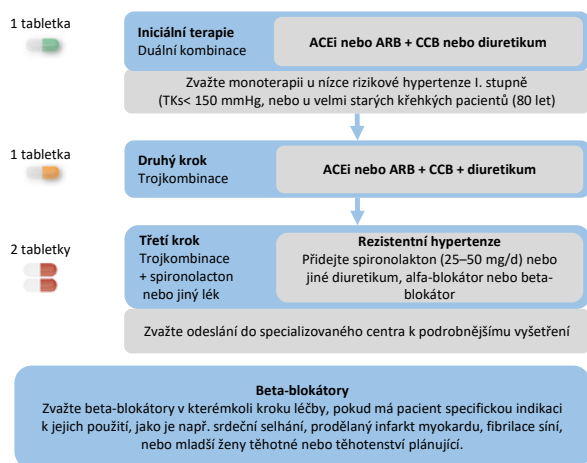


**Tab. 8.** Cílové hodnoty krevního TK v druhém kroku (v prvním je cílem snížit TK < 140/90 mm Hg u všech pacientů). Upraveno podle (1)

Věk	Cílový TKs v ambulantní praxi (mm Hg)				
	Hypertenze	+ DM	+ CKD	+ CAD	+ CMP/TIA
18–69 let	120–130	120–130	< 140–130	120–130	120–130
	Nižší systolický TKs je přijatelný, pokud je tolerován				
≥ 70 let	< 140, pod 130, pokud je tolerováno				
Cílový TKd	< 80 u všech léčených pacientů				

TKs – systolický krevní tlak, TKd – diastolický krevní tlak, DM – diabetes mellitus, CKD – chronické onemocnění ledvin, CAD – nemoc koronárních tepen, CMP – cévní mozková příhoda, TIA – tranzitorní ischemická ataka

**Obr. 6.** Zahájení a eskalace antihypertenzní terapie. Upraveno dle (1)

ACEi – inhibitory angiotenzin-konvertujícího enzymu  
ARB – antagonisté IT1 receptorů pro angiotenzin II (sartany)  
CCB – kalciové blokátory  
TKs – systolický tlak

Terapie ke snížení triacylglycerolemie se doporučuje jen u vysoce rizikových pacientů s hodnotou triglyceridů (TAG) > 2,3 mmol/l, pokud nelze dosáhnout snížení zdravým životním stylem. Ke snížení TAG lze využít fibráty a ethyl-icosapent (ethyl-ester omega-3 mastných kyselin). PCSK-9 inhibitory mají rovněž příznivý vliv na hodnoty triglyceridů.

## Farmakoterapie hypertenze

U většiny pacientů je doporučováno zahájení léčby fixní dvojkombinací, neboť monoterapie nebývá dostatečná k dosažení cílových hodnot krevního tlaku. Užití fixních kombinací v jedné tabletě je preferováno, neboť je prokázána vyšší adherence, a tedy i odpověď léčby, a byla rovněž prokázána nižší incidence KV příhod (19, 20). V současné době je na trhu mnoho preparátů nabízejících fixní kombinaci více tříd antihypertenziv a hypolipidemik. Je k dispozici i kombinovaný preparát obou lékových skupin (perindopril + amlodipin + atorvastatin) (21). Monoterapii lze iniciálně zvážit u nízké rizikových hypertenzí v pásmu I. stupně a u křehkých pacientů starších 80 let.

## LITERATURA

- Visseren JLF, Mach F, Smulders MY et al. 2021 ESC Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice. *European Heart Journal*. Volum. 2021;42(34):3227-3337.
- Mach F, Baigent C, Catapano AL et al. 2019 ESC/EAS Guidelines for the management of dyslipidaemias: lipid modification to reduce cardiovascular risk. *Eur Heart J*. 2020;41(1):111-188. doi:10.1093/eurheartj/ehz455
- Táborský M, Vráblík M. Prevence kardiovaskulárních onemocnění. Doporučený diagnostický a terapeutický postup pro všeobecné praktické lékaře 2022.
- Williams B, Mancia G, Spiering W et al. Guidelines for the management of arterial hypertension: The Task Force for the management of arterial hypertension of the European Society of Cardiology (ESC) and the European Society of Hypertension (ESH). *European Heart Journal*. 2018;39(33):3021-3104.
- Vráblík M, Piňha J, Blaha V et al. Stanovisko výboru České společnosti pro aterosklerózu k doporučením ESC/EAS pro diagnostiku a léčbu dyslipidemií z roku 2019. *Hypertenze a KV prevence* 2019;2:68-77.

Do skupiny první volby patří ACEi či sartany, v kombinaci s blokátory kalciových kanálů či diuretiky. Při přítomné ischemické chorobě srdeční lze v prvním kroku místo kalciových blokátorů nasadit beta-blokátory, při pokročilejší renální insuficienci lze v prvním kroku do dvojkombinace přidat kličková diuretika.

V případě, že není dosaženo na dvojkombinaci adekvátní kontroly krevního tlaku, je vhodná fixní trojkombinace – kombinace tří základních skupin. Pokud ani na ní není dosaženo adekvátní kontroly hypertenze, ke zvážení je přidání antagonistů mineralokortikoidních receptorů (MRA) či betablokátorů. Poté je hypertenze klasifikována jako rezistentní (pokud byla vyloučena non-compliance k léčbě) a je vhodné vyloučení sekundární etiologie hypertenze. Titraci antihypertenzní terapie shrnuje tabulka 6.

Cílové hodnoty krevního tlaku shrnuje tabulka 8. Výjimku tvoří skupina pacientů s CKD, u kterých nebylo agresivní snižování krevního tlaku pod 130/80 mm Hg spojeno s výraznějším benefitem a ideální hodnoty krevního tlaku k prevenci progresu CKD se pohybují v rozmezí TKs od 130–140 mm Hg (4).

Adekvátní kontroly krevního tlaku by mělo být po nasazení antihypertenzní terapie dosaženo do 3 měsíců. Pacient s hypertenzí by měl pravidelně docházet na kontroly alespoň 1x ročně.

## Závěr

Článek shrnuje komplexní přístup k pacientům s hypertenzí a dyslipidemií dle posledních guidelines. Klíčový je individuální přístup ke každému pacientovi, stanovení jeho celkového KV rizika dle dostupných nástrojů a po konzultaci s ním vybrání ideálního terapeutického postupu. Využitím fixních kombinací můžeme dosáhnout lepší adherence k léčbě a lepšího managementu dvou zásadních kardiovaskulárních rizikových faktorů. Díky výše popsanému fenoménu vaskulární paměti a přetrvávání pozitivního vlivu intervence i několik let po ukončení léčby je k příznivému ovlivnění budoucích KV příhod žádoucí včasný screening v ordinacích a časné zahájení intervence.

Poděkování patří firmě Servier za podporu a poskytnuté materiály při zpracování článku.