

a luštění. Pravidelnou pohybovou aktivitu je nutno přizpůsobit zdravotnímu stavu a celkovým možnostem pacienta. Pravidelná tělesná aktivita ve formě středně intenzivní aerobní zátěže (chůze, běh, jízda na kole, jóga nebo plavání) je doporučena cca 30 minut 5–7 dní v týdnu. Může být prováděna i ve formě intervalového tréninku (střídání krátkých jednotek vysoké intenzity s následnou odpočinkovou jednotkou nízké intenzity); 2–3× týdně by mělo být zařazeno i posilovací cvičení. Je vhodné dosažení 8 000–10 000 kroků denně (může napomoci mobilní aplikace k jejich počítání). Důležité je omezení konzumace alkoholu (do 20 g čistého alkoholu/den u mužů a do 15 g u žen). Je třeba omezit léky, které vedou k retenci sodíku a vody, a tím zvyšují TK i narušují intermediární metabolismus. Mezi tyto léky patří zejména hojně užívaná nesteroidní antiflogistika, kortikosteroidy podávané celkově, hormonální antikoncepce u citlivých žen aj.

Racionální životní styl je základem léčby nejen hypertoniců, ale i pacientů s prediabetem i diabetem. Je také základem k udržení zdraví pro každého. Nestačí provést pouze vstupní edukaci pacienta nutričním terapeutem, odborníkem v odvykání kouření, trenérem nebo koučem. Pro zachování adherence a perzistence k režimovým opatřením je třeba edukaci opakovat a motivovat pacienta kontinuálně (7, 8).

Kdy zahájit farmakologickou léčbu hypertenze u MS

Dlouhodobě je diskutována otázka, zda máme farmakologicky léčit u jedinců s MS i vysoký normální TK resp. prehypertenzi, anebo začít s farmakoterapií až od hodnot TK $\geq 140/90$ mm Hg. Odborná doporučení ESH z r. 2023 i doporučení ČSH z r. 2022 nečiní stran zahajování farmakoterapie u TK v pásmu prehypertenze žádný rozdíl mezi osobami s MS a bez MS. Pokud se TK pacienta pohybuje v pásmu vysokého normálního TK, podáváme antihypertenziva pouze ve speciálních indikacích, kde primárním účelem většinou není snížení TK, ale léčba přidruženého onemocnění. Jsou to zejména chronické srdeční selhání, sekundární prevence ASKVO a chronické onemocnění ledvin včetně diabetické nefropatie (7, 8). Protože je TK kontinuální rizikový faktor, uvádějí zmíněná neevropská odborná doporučení farmakoterapii již v pásmu prehypertenze (9). U nás ale stále platí $\geq 140/90$ mm Hg.

Příznivý vliv antihypertenzní farmakologické léčby na výskyt kardio-/cerebrovaskulárních příhod byl prokázán v mnoha studiích. Léčba hypertenze snižuje především výskyt cévní mozkové příhody (CMP) a srdečního selhání, v menší míře také výskyt ASKVO, renálního selhání a fibrilace síní. Prospěšnost léčby je prokázána u různých forem hypertenze včetně hypertenze ve stáří a izolované systolické hypertenze. Studie CARDIA ukázala, že ve věku 50 let má polovina pacientů s hypertenzí poškozen nejméně jeden cílový orgán (10). Relativně nově diskutovaným tématem, proč léčit arteriální hypertenzi od mladého věku, je prevence demence. Mozek netrpí neléčenou hypertenzí pouze zvýšeným rizikem CMP, ale i poškozením mozkové tkáně vedoucím k alteraci mozkových funkcí. Bylo prokázáno, že časné zahájení farmakologické léčby hypertenze vede k lepší kvalitě kognitivních funkcí ve vyšším věku (11). Toto bylo prokázáno i u hypertenze 1. stupně. Studie zahrnující 128 655 pacientů s nízkým rizikem ASKVO ukázala významně nižší riziko rozvoje demence, i jejich podtypů (vaskulární demence

a Alzheimerova choroba, pokud byla již hypertenze 1. stupně terapeuticky kompenzována) (12).

Dle odborných doporučení ESH se u hypertenze 1. stupně (mírná hypertenze – TK 140–159/90–99 mm Hg) doporučuje okamžité zahájení farmakoterapie u osob s vysokým KV rizikem (což většinou pacienti s MS splňují); nebo velmi vysokým KV rizikem v přítomnosti KV onemocnění, postižení ledvin a přítomnosti orgánových změn hypertenze (např. hypertrofie levé komory srdeční, nález na očním pozadí, albuminurie aj.). Pokud jsou hypertonici v nízkém nebo středním KV riziku (zřejmě bychom našli mladší hypertonicy 1. stupně s MS a např. méně vyjádřenou tíží ostatních KV rizikových faktorů), je farmakoterapie též doporučena, ale u osob s lehce nadhraničním TK, u nichž předpokládáme úspěch úpravy životního stylu, lze vyčkat 3–6 měsíců po implementaci režimových opatření, a teprve při neúspěchu zavést farmakoterapii (7). Doporučení ČSH doporučují u všech hypertoniců 1. stupně s nízkým/středním KV rizikem bez orgánových komplikací zahájení farmakoterapie hypertenze do 1–3 měsíců od diagnózy (8). U osob s hodnotou TK $\geq 160/100$ mm Hg u středně těžké nebo těžké hypertenze zahajujeme farmakoterapii hypertenze ihned dvojkombinací antihypertenziv (7, 8).

Při léčbě hypertenze je třeba dosáhnout cílových hodnot TK. Je nutné minimalizovat nevyhovující adherenci pacientů k léčbě a vyvazovat se inercie v zahajování léčby a v její intenzitě.

Volba antihypertenziva u MS

Spolu s arteriální hypertenzí provázejí MS také obezita (abdominální, centrální) a poruchy glycidového a lipidového metabolismu (vysoké kardiometabolické riziko). Antihypertenzní léčba snižuje u obézních osob výskyt KV komplikací (13). Obézní pacienti mají často polypragmázii kvůli mnohým komorbiditám a často rezistentní hypertenzi. Krom uvedených režimových opatření jsou (stejně jako u hypertoniců bez MS) indikovány jako léky první volby inhibitory RAAS – ACEi nebo blokátory receptorů AT1 pro angiotenzin II – sartany, které mají krom antihypertenzního účinku ještě potenciál zlepšit inzulinovou senzitivitu a oddálit rozvoj diabetu. Do dvojkombinace jsou vhodné blokátory kalciových kanálů a jako 3. lék do kombinace thiazidům podobná diuretika (7, 8). Pro své vlastnosti a účinnost prokázanou v mortalitních klinických studiích jsou tyto kombinace preferovány. Pro zlepšení compliance pacientů s léčbou jsou vhodné ve fixních kombinacích.

Verapamil je vhodný do kombinace s ACEi u pacientů s vyšší tepovou frekvencí (vyšší sympatickou nervovou aktivitou), amlodipin nebo jiné dihydropiridiny s dlouhodobým účinkem u pacientů bez zvýšené aktivity sympatiku. U pacientů s MS a hypertenzí nebylo provedeno velké množství studií. Nejvýznamnější z nich je studie STAR (the Study of Trandolapril/verapamil And insulin Resistance) (14). Hypertonici s MS byli randomizováni do skupiny léčené trandolapilem s verapamilem nebo losartanem s hydrochlorothiazidem. První léčebná kombinace po téměř roční léčbě významně snížila glykemii ve 2. hodině orálního glukózového testu (oGTT) a druhá kombinace naopak významně zvýšila glykemii ve 2. hodině oGTT. Na konci studie STAR bylo dosaženo stejného poklesu TK v obou léčebných větvích. Hladiny glykovaného hemoglobinu (HbA_{1c}) a plazmatického inzulinu byly významně vyšší ve větvi léčené losartanem a thiazidovým diuretikem ve srovnání se skupinou léčenou