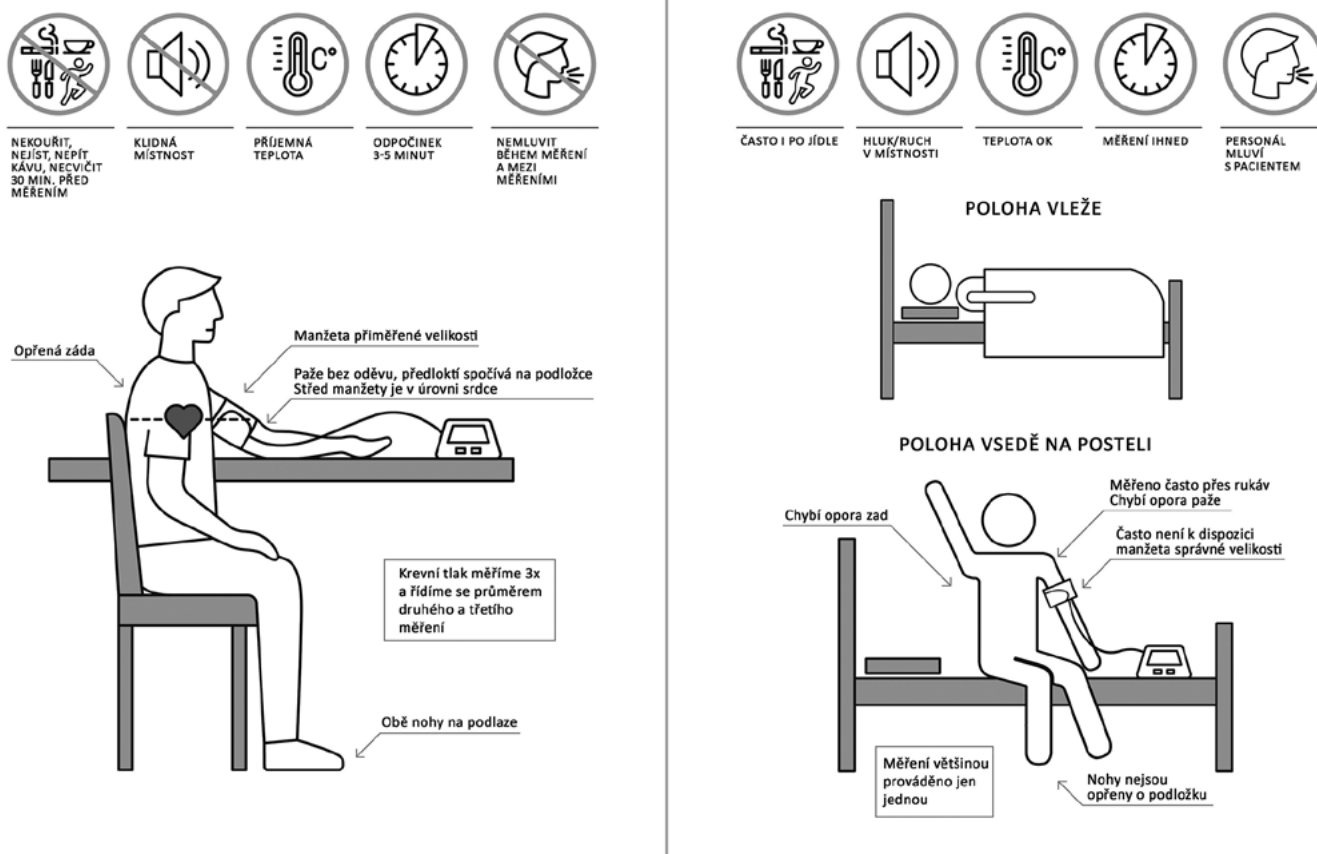
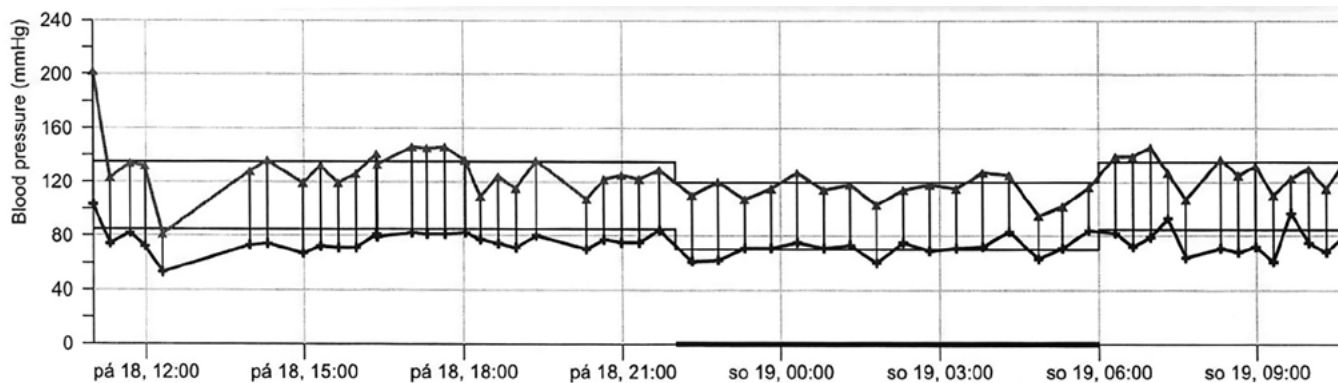


Obr. 1. Rozdíly mezi standardním měřením krevního tlaku v ordinaci (levá část obrázku) a v nemocnici. Upraveno dle Widimský et al. (4) a Stergiu et al. (5)**Obr. 2.** Záznam z 24hodinového monitorování u hospitalizované pacientky s výrazně zvýšenými hodnotami TK měřeny ráno a následnými symptomatickými poklesy TK

na terapii, která byla předepisována za hospitalizace. 72 % lékařů v této studii také uvedlo, že si nepřekontrolovávají naměřené hodnoty TK. Zajímavostí bylo, že se moc nelišil postoj rezidentů na chirurgických odděleních od rezidentů na interních odděleních (10). Další studie ukázala, že třetina lékařů ze 3 nemocnic ve státě Michigan by indikovala překlady na jednotku intenzivní péče u jinak zcela asymptomatického zvýšení TK – rezidenti při hodnotách TK 210/117 mm Hg a nemocniční lékaři při hodnotách 193/110 mm Hg (11). Nelze tedy vyloučit, že pro rozhodnutí o zahájení/navýšení terapie může mít mnohem větší význam samotné číslo než celkový stav pacienta.

Je velmi pravděpodobné, že rozhodování o zahájení/úpravě léčby hypertenze je založeno především na aproximaci z publikovaných

doporučení pro léčbu arteriální hypertenze. Ta jsou ale založena na analýze dlouhodobých dat z velkých randomizovaných studií, ne však na krátkodobých aspektech léčby, mezi něž můžeme zařadit i léčbu hypertenze za hospitalizace pro jinou diagnózu. V recentních českých či evropských doporučeních je doporučeno dosáhnout cílových hodnot TK do 3 měsíců od zahájení léčby s tím, že je ale nutno postupovat u každého pacienta individuálně, zvláště u nemocných s dlouhodobě zvýšenými hodnotami TK, u nichž může být rychlé snížení TK špatně tolerováno (1, 4). Podobně vyznívají i ostatní mezinárodní doporučení. To je ale jisté ve velkém protikladu s rutinní praxí v nemocnicích, kde často máme snahu znormalizovat hodnoty TK do pásma normálních hodnot během několika dní.