

beta-blokátory ve srovnání s placebem rovněž snižují výskyt CMP (11) a potenciálně negativní účinky beta-blokátorů na mozkovou cirkulaci nejsou dokumentovány. Pokud jsou u individuálního pacienta po CMP i další vhodné indikace pro beta-blokátory, není důvod je nepodávat (11, 15). V sekundární prevenci jsou tak upřednostňovány RAS blokátory, diuretika (zejména indapamid) a blokátory kalciových kanálů.

Léčba hypertenze v akutní fázi CMP je stále předmětem mnoha kontroverzí, výsledky řady studií nejsou konzistentní. Konkrétní terapeutické postupy se řídí charakterem CMP (ischemické v. s. hemoragické), časovým odstupem od vzniku symptomů v případě krvácení, použitím reperfuze strategie (trombolýza či mechanická trombektomie) a rovněž i případnou další doprovázející akutní situací (např. aortální disekce). U nejčastějšího typu – ischemických CMP lze s antihypertenzní léčbou vyčkat 3 dny v případě TK pod 220/120 mm Hg. V případě TK nad tuto hranici lze zvážit snížení TK o 15 % v prvních 24 hod. Při použití reperfuze strategie je vhodné snížit TK pod 180/105 mm Hg v prvních 24 hod. pro snížení rizika krvácení. V případě hemoragické CMP volíme razantnější snižování TK v závislosti na délce odstupe od vzniku

symptomů. V podrobnostech odkazujeme na současná doporučení evropské společnosti pro hypertenzi (11), European Stroke Organisation (16), či článek věnovaný specificky této komplikované problematice (17).

Přirozenou součástí sekundární prevence CMP jsou i další přístupy, jako je podávání statinů, antitrombotická léčba apod. Podrobnosti jsou uvedeny jinde (1).

Závěry

Hypertenze je nejdůležitějším rizikovým faktorem CMP. Kontrola hypertenze významně snižuje riziko CMP v primární i sekundární prevenci. Klinický krevní tlak by měl být snížen na hodnoty pod 140/90 mm Hg a cílové hodnoty by měly být kolem 130/80 mm Hg. V první linii léčby se doporučují RAS blokátory, dihydropiridinové blokátory kalciových kanálů a diuretika. Nedílnou součástí prevence CMP je i podávání statinů a antitrombotické léčby u ischemických CMP. Léčba hypertenze v akutní fázi CMP závisí na vyvolávající příčině, použité léčbě a časovém odstupe od vzniku symptomů. Podrobnosti přesahují rámec tohoto textu.

PROHLÁŠENÍ AUTORŮ: Prohlášení o původnosti: Publikace byla zpracována s využitím uvedené literatury a nebyla publikována ani zaslána k recenznímu řízení do jiného média. **Střet zájmů:** Žádný. **Financování:** Ne. **Registrace v databázích:** N/A. **Projednání etickou komisí:** N/A.

LITERATURA

- Widimský J, et al. Hypertenze, 5.vydání, 2019, 1-553, Maxdorf.
- Thomopoulos C, Parati G, Zanchetti A. Effects of blood pressure lowering on outcome incidence in hypertension: 4. Effects of various classes of antihypertensive drugs--overview and meta-analyses. *J Hypertens*. 2015;33:195-211.
- Thomopoulos C, Parati G, Zanchetti A. Effects of blood pressure-lowering on outcome incidence in hypertension: Head-to-head comparisons of various classes of antihypertensive drugs - overview and meta-analyses. *J Hypertens* 2015;33:1321-41.
- Jamerson K, Weber MA, Bakris GL, et al. Benazepril plus amlodipine or hydrochlorothiazide for hypertension in high-risk patients. *N Engl J Med*. 2008;359:2417-28.
- Forette F, Seux ML, Staessen JA, et al. Prevention of dementia in randomised double-blind placebo-controlled Systolic Hypertension in Europe (Syst-Eur) trial. *Lancet*. 1998;352:1347-51.
- Tzourio C, Anderson C, Chapman N et al. Effects of blood pressure lowering with perindopril and indapamide therapy on dementia and cognitive decline in patients with cerebrovascular disease. *Arch Intern Med*. 2003;163:10.
- Widimský J, Filipovský J, Ceral J, et al. Diagnostické a léčebné postupy u arteriální hypertenze – verze 2022. Doporučení České společnosti pro hypertenzi. *Hypertenze a KV prevence, suplementum* 2022, str. 1-25.
- Group SR, Wright JT, Jr., Williamson JD, et al. A Randomized Trial of Intensive versus Standard Blood-Pressure Control. *N Engl J Med*. 2015;373:2103-2116.
- Group AS, Cushman WC, Evans GW, et al. Effects of intensive blood-pressure control in type 2 diabetes mellitus. *N Engl J Med*. 2010;362:1575-85.
- Bulpitt CJ, Becket NS, Cooke J, et al. Hypertension in the Very Elderly Trial (HYVET) Working Group. Results from the pilot study for Hypertension in the Very Elderly Trial. *J Hypertens*. 2003;21:2409-17.
- Mancia G, Kreutz R, et al. 2023 ESH Guidelines for the management of Arterial hypertension. *Journal of hypertension*. 2023;41(12):1874-2071.
- Group PC. Randomised trial of a perindopril-based blood-pressure-lowering regimen among 6,105 individuals with previous stroke or transient ischaemic attack. *Lancet*. 2001;358:1033-41.
- Group SPSS, Benavente OR, Coffey CS, et al. Blood-pressure targets in patients with recent lacunar stroke: the SPSS3 randomised trial. *Lancet*. 2013;382:507-15.
- Ettihad D, Emdin CA, Kiran A, et al. Blood pressure lowering for prevention of cardiovascular disease and death: a systematic review and meta-analysis. *Lancet* 2016; 387:957–967.
- Dawson J, Bejot Y, Christensen LM, et al. European Stroke Organisation (ESO) guideline on pharmacological interventions for long-term secondary prevention after ischaemic stroke or transient ischaemic attack. *Eur Stroke J*. 2022; 7:1–11.
- Sandset E, Anderson CS, Bath PH, et al. European Stroke Organisation (ESO) guidelines on blood pressure management in acute ischaemic stroke and intracerebral haemorrhage. *European Stroke Journal* 2021, Vol. 6(2)X48–L89.
- Widimský J. Léčba hypertenze v akutní fázi cévních mozkových příhod. *Hypertenze a KV prevence*, 2024, 2 v tisku.