

Léčba hypertenze

Pokud má pacient diagnostikovanou arteriální hypertenzi nebo dle ESC zvýšený krevní tlak a dostatečně vysoké kardiovaskulární riziko, je třeba zahájit léčbu.

Nefarmakologická opatření

Na prvním místě jsou vždy nefarmakologická opatření, jejich přehled viz tabulka 6. Ta v případě dostatečné adherence a často komplexní změny životního stylu mohou být dostatečná k navrácení krevního tlaku do normálního/nezvýšeného rozmezí. Také je třeba, aby opatření trvala dostatečně dlouhou dobu. Déle než rok trvající změny životního stylu mohou dosáhnout redukce systolického krevního tlaku v rozmezí 4,5–12 mm Hg (14). Úspěšnost (ani adherence) ale není v běžné klinické praxi příliš vysoká, a proto je třeba neodkládat farmakoterapii v naději, že dojde ke změně životního stylu, obzvláště u vyššího kardiovaskulárního rizika a při přítomnosti orgánového poškození. ESH jako hranici zahájení farmakoterapie bez fáze vyzkoušení efektu nefarmakologických opatření uvádí 150/95 mm Hg.

Farmakoterapie

Oproti předchozím doporučením postupům zůstává základ farmakoterapie nezměněn. Lékové skupiny první volby jsou blokátory renin-angiotensin-aldosteronového systému (RAAS, ACE inhibitory a sartany), blokátory kalciového kanálu (Ca blokátory) a thiazidová a thiazidům podobná diuretika. V přístupu k betablokátorům se ESH a ESC poněkud liší.

Tab. 5. Rozšířená vyšetření k diagnostice hypertenzí způsobených orgánových poškození dle ESH 2023 (6)

Orgánová soustava	Vyšetření
HMOD srdce	Echokardiografie, MRI srdce, CT (kalciové skóre)
HMOD tepen	USG karotid, rychlost pulzové vlny, index kotník-paže
HMOD ledvin	Odhad glomerulární filtrace, poměr albumin-kreatinin, USG ledvin
HMOD mozku	MRI a CT mozku, kognitivní testy (Mini Mental State Exam, MMSE)
HMOD očí	Oftalmoskopie

HMOD – hypertension mediated organ damage

Tab. 6. Nefarmakologická opatření ke snížení krevního tlaku

Opatření ESC i ESH	Doporučení
Snížení příjmu soli	Omezit denní příjem soli na méně než 5 g (přibližně jedna čajová lžička), lze očekávat snížení systolického krevního tlaku o 4–5 mm Hg. Opatření zahrnuje omezení konzumace zpracovaných potravin bohatých na sůl a omezení dosolování připravovaných jídel.
Zdravá strava	Preferuje se dieta bohatá na ovoce, zeleninu, celozrnné produkty, nízkotučné mléčné výrobky a potraviny bohaté na draslík (např. banány, špenát, avokádo). Lze zvážit použití kuchyňské soli obohacené o draslík. Výživový systém shrnuje např. „DASH“ dieta (Dietary Approaches to Stop Hypertension, výživové přístupy k zastavení hypertenze) (15).
Redukce tělesné hmotnosti	U obézních pacientů je snížení hmotnosti klíčové, její pokles o 1 kg může snížit systolický tlak o 1 mm Hg. Doporučuje se dosáhnout zdravého BMI (18,5–24,9 kg/m ²) a obvodu pasu pod 94 cm u mužů a 80 cm u žen.
Fyzická aktivita	Doporučeno je za týden minimálně 150 minut středně intenzivního nebo 75 minut vysoce intenzivního pohybu. Vhodné je provádět i odporové (posilovací) cviky 2–3x týdně. Pravidelná středně intenzivní aerobní aktivita, jako je rychlá chůze, běh nebo plavání alespoň 30 minut denně po většinu dní v týdnu, může snížit krevní tlak o 4–8 mm Hg.
Omezení konzumace alkoholu	Doporučuje se omezit příjem alkoholu na maximálně 100 g čistého alkoholu týdně, což odpovídá přibližně 5 alkoholickým nápojům. Ideální (a jediná zdravá) je ale úplná abstinence.
Kouření	Kompletní ukončení kouření je zásadní ke snížení kardiovaskulárního rizika.
Navíc dle ESH	
Snížení stresu	Techniky ke zvládnutí stresu, jako je meditace, relaxace nebo jóga, mohou přispět ke zlepšení kontroly krevního tlaku.
Vyhýbání se znečištění	Je vhodné se vyhýbat znečištění v ovzduší venku i uvnitř budov. Stejně tak je vhodné limitovat vystavení se intenzivnímu hluku.

ESH doporučuje zařadit betablokátory mezi antihypertenziva první volby u širší skupiny osob než dříve. Na rozdíl od předchozích pokynů autoři argumentují, že neexistuje dostatek důkazů pro odkládání betablokátorů vzhledem k jejich obecné účinnosti na snížení krevního tlaku a závažných kardiovaskulárních příhod (16). ESC oproti tomu pokračují v přístupu k betablokátorům jako léku specifických klinických situací, u kterých jsou vhodnou terapií hypertenze a i další komorbidity, např. srdeční selhání se sníženou ejekční frakcí, chronický koronární syndrom nebo různé arytmie. Dále se jedná o antihypertenziva potenciálně vhodnější u žen fertilního věku a u gestační hypertenze.

Trvá doporučení dvojkombinace jako iniciální terapie s tím, že by se vždy mělo jednat o RAAS blokátor a buď thiazidové/thiazidům podobné diuretikum, nebo blokátor (Ca blokátor). V dalším kroku při nedostatečné terapii by měla být dána přednost trojkombinaci o nižších dávkách před navyšováním dávky. Dále, pokud nedochází ke kontrole krevního tlaku, by mělo dojít k ověření, že se jedná o pravou rezistentní hypertenzi. V klinické praxi se ukazuje, že až třetina pacientů se suspektní farmakorezistentní hypertenzí je non-adherentní k medikaci úplně a další třetina částečně (17). Obě odborné společnosti se shodují, že účinnými opatřeními ke zvýšení adherence jsou využití kombinační terapie v jedné tabletě, preferování jednou denně užívaných lékových skupin a užívání všech léků ve stejnou denní dobu.

Lékem čtvrté volby u pravé farmakorezistentní hypertenze by ve většině případů měly být antagonisté mineralokortikoidního receptoru. Ostatní antihypertenziva jsou specifická pro konkrétní klinické situace a u pacientů s vhodnými komorbiditami. Např. alfablokátory u hyperplazie prostaty nebo methylidopa v těhotenství.

Vybrané specifické populace a situace

Starší pacienti

Specifická doporučení pro kategorii starších pacientů nabízí ESC guidelines pro věk 85 let a výše. Stejná doporučení lze ale využít i pro pacienty nižšího věku splňující kritéria syndromu geriatrické křehkosti. Ve věku nad 50 let se prevalence geriatrické křehkosti pohybuje okolo 12 % (18). Obecně pro tyto pacienty existuje méně dat o benefitu anti-