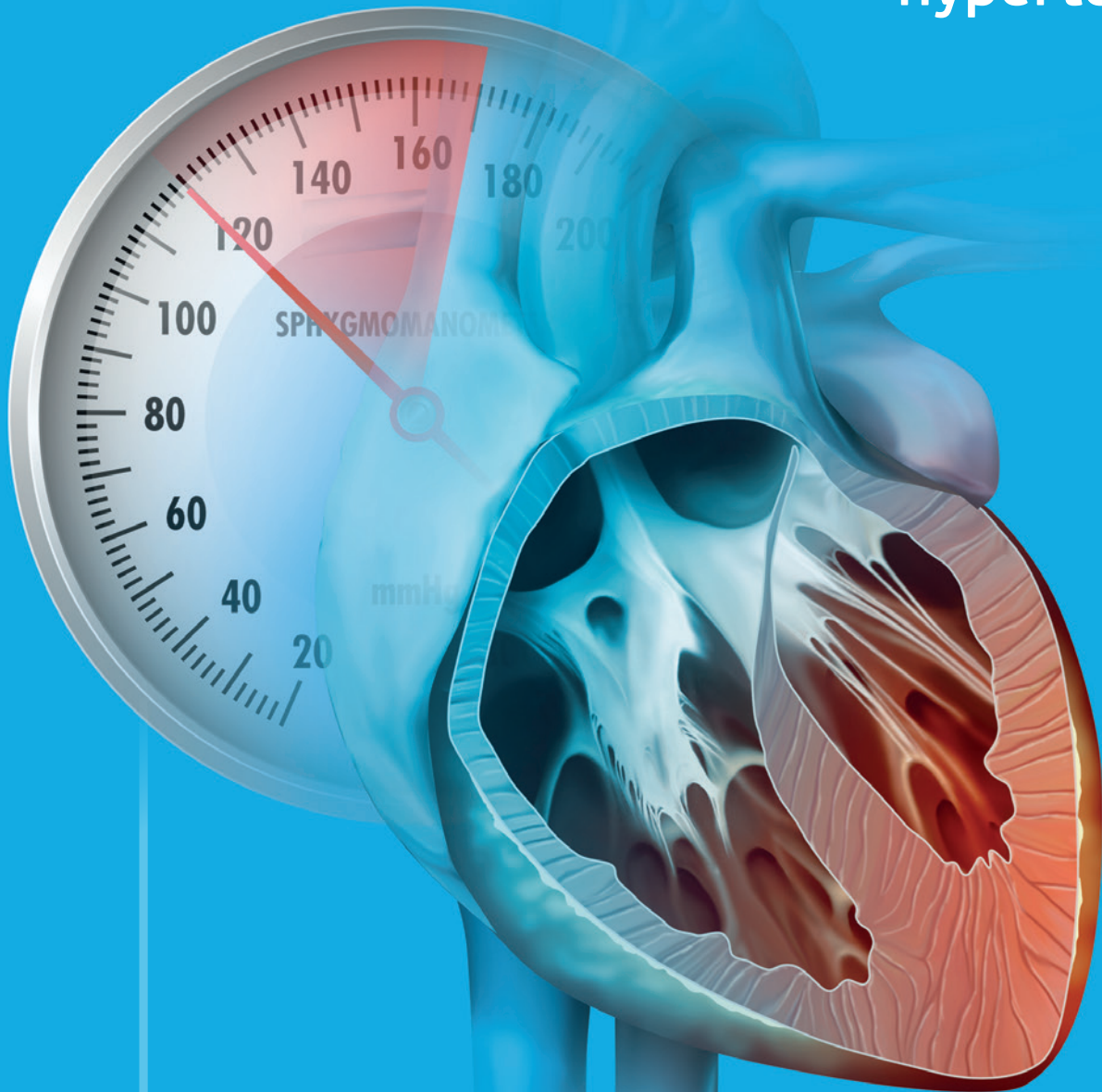


REMEDIA

hypertenze



ZAOSTŘENO

Současné klinické trendy v léčbě hypertenze
– nová doporučení (ČR, USA, Evropa)

Kapitoly online



multioborový portál pro lékaře

- aktuality z českého zdravotnictví
- odborné informace z několika specializací
- akreditované testy kontinuálního vzdělávání
- právní vzdělávání lékařů
- užitečné materiály pro pacienty
- kalendář odborných akcí
- doporučené postupy
- důležité odkazy



www.kapitoly-online.cz
multioborový portál pro lékaře

www.kapitoly-online.cz

teva



OBSAH

- 2 **Doporučení pro léčbu hypertenze**
- 4 **Nová americká doporučení pro terapii hypertenze**

Vydavatel



MEDICAL TRIBUNE CZ, s.r.o.,
IČ: 26158299, DIČ: CZ26158299,
Třebohostická 9, 100 00 Praha 10, Czech
Republic
e-mail: remedia@remedia.cz
tel.: +420 224 916 916

Šéfredaktorka vydavatelství

MUDr. Marta Šimůnková
tel. +420 602 226 726
e-mail: simunkova@tribune.cz

Šéfredaktorka odborné redakce

PhDr. Nikola Homolová Richtrová, Ph.D.,
tel. +420 731 300 901
e-mail: richtrova@tribune.cz

Odborná a jazyková redakce

PhDr. Lenka Nešporová
e-mail: nesporova@tribune.cz
PharmDr. Kateřina Viktorová
e-mail: tuha@remedia.cz,
PharmDr. Eva Šimonová
e-mail: simonova@remedia.cz
Mgr. Dagmar Fousková
e-mail: fouskova@remedia.cz

Grafická úprava a obálka

David Weil, Petr Tkadlec, Barbara Fléglová,
Ivan Hořejší

Reklama a marketing

Martin Tomsa
tel.: +420 724 590 258
e-mail: tomsa@tribune.cz, Hana Štěpanovská
tel.: +420 724 240 676
e-mail: stepanovska@tribune.cz

Registrováno u Ministerstva kultury ČR
pod číslem MK ČR E 5372/ISSN 0862-8947
1. vydání, Praha 2018

© 2018 Medical Tribune CZ, s.r.o.

Žádná část z obsahu této publikace nesmí být kopírována a rozmnožována za účelem dalšího rozšiřování v jakémkoliv formě či jakýmkoliv způsobem, ať již mechanickým nebo elektronickým, včetně pořizování fotokopíí, nahrávek, informačních databází na magnetických nosičích, bez písemného souhlasu vlastníka autorských práv. Ke zhotovování a zasílání kopií stránek či jednotlivých článků je oprávněna pouze redakce časopisu.

Vydavatel nenes zodpovědnost za údaje a názory autorů jednotlivých článků nebo inzercí. Současně si vyhrazuje právo na drobné stylistické úpravy článků.

Redakce při grafickém zpracování využívá podklady ze shutterstock.com





Doporučení pro léčbu hypertenze

Nové Diagnostické a léčebné postupy u arteriální hypertenze – verze 2017 České společnosti pro hypertenzi byly předmětem jedné z přednášek XVI. symposia arteriální hypertenze pořádaného Českou společností pro hypertenzi 4. dubna 2018 na pražské Novoměstské radnici. Předseda České společnosti pro hypertenzi prof. MUDr. Jiří Widimský jr., CSc., v tomto svém vystoupení shrnul hlavní změny, které přinesla aktualizace těchto dokumentů.

Definice hypertenze a diagnostika

Změnou jsou prahové hodnoty krevního tlaku (TK) definované jako hypertenze. Pro TK měřené ve zdravotnickém zařízení stále zůstávají hodnoty 140/90 mm Hg a v domácích podmínkách 135/85 mm Hg. Pro automatické měření TK v ordinaci jsou stanoveny mezní hodnoty 135/85 mm Hg.

V oblasti diagnostiky a vyšetření výrazné změny neproběhly. Nepostradatelnou součástí vyšetření všech hyperteniků je odběr anamnézy. Anamnestický rozbor by měl zahrnovat rodinnou, gynekologickou i farmakologickou anamnézu. Základní vyšetření zahrnují fyzikální vyšetření včetně palpce a auskultace periferních tepen, měření TK vsedě, vstoje a při prvním vyšetření na obou horních končetinách, laboratorní vyšetření lipidového spektra, krevní obraz, vyšetření moče a močového sedimentu, EKG a odhad glomerulární filtrace. Nově je zdůrazněno stanovení sérových koncentrací Na^+ a K^+ , laboratorní vyšetření mineralogramu může být vodítkem pro další terapii.

Mezi vyšetřeními vhodnými u některých jedinců je nově ve vztahu k endokrinní hypertenzi pro středně těžkou a těžkou hypertenzi nebo hypertenzi doprovázenou spontánní hypokalemií uvedeno stanovení hodnot reninu a aldosteronu v plazmě, a zejména u mladších žen pak dopplerovské vyšetření renálních tepen.

„V nových guidelines je pozornost věnována také látkám, které zvyšují krevní tlak. Patří sem látky zvyšující intravaskulární objem, jako jsou nesteroidní antirevmatika, pohlavní hormony, kortikoidy, látky se sympatomimetickým účinkem – kofein, kokain, dekongestiva, psychostimulancia a antidepresiva –, nebo látky vyvolávající přímou vazokonstrikci, tj. inhibitory kalcineurinu, inhibitory vaskulárního endotelového faktoru. Z toho plyne důležitost analýzy farmakoterapie, kdy přítomnost některých látek v medikaci může sama o sobě vést k hypertenzi,“ upozornil přednášející.

Léčebné postupy

Více pozornosti je věnováno měření tlaku v domácích podmínkách a automatickému měření tlaku v ordinaci, kde jsou cílové hodnoty TK stanoveny na $< 135/85$ mm Hg. Za cílové jsou při 24hodinovém monitorování TK považovány hodnoty $< 130/80$ mm Hg.

Ke změnám došlo v otázce zahájení farmakologické léčby u mírné hypertenze. Oproti dřívějšímu, kdy bylo možné zahájit léčbu kombinací léčiv až při hodnotách převyšujících 160/100 mm Hg, jinak přicházela v úvahu pouze monoterapie, je nyní doporučeno při hodnotách TK 140–159/90–99 mm Hg zvážit buď monoterapii, anebo zahájit léčbu dvojkombinací nebo fixní kombinací dvou léčiv v nízkých dávkách.

Do základních tříd antihypertenziv vhodných pro zahájení terapie i pro udržovací léčbu v monoterapii i v kombinacích řadíme inhibitory angiotenzin konvertujícího enzymu

(ACE), AT_1 blokátory, blokátory kalciových kanálů, diuretika a betablokátory. Mezi dalšími antihypertenzivy vhodnými pro kombináční léčbu jsou vedle alfablokátorů a centrálně působících látek nově uvedena periferní vazodilatancia, a to méně obvyklá, jako je minoxidil, považovaný za jedno z nejsilnějších periferně působících antihypertenziv. Úskalím je omezení jeho dostupnosti na magistraliter přípravu v lékárně nebo na mimořádný dovoz.

„Ve skupině diuretik došlo k určitému odklonu od hydrochlorothiazidu a k vyšší preferenci nethiazidových/thiazidům podobných diuretik, jako jsou chlortalidon a indapamid. Tato léčiva vykazují vyšší antihypertenzní účinek, zejména na konci dávkovacího intervalu, mají delší dobu působení a významněji ovlivňují kardiovaskulární riziko. My se domníváme, že zejména u pacientů se závažnou a rezistentní hypertenzí by chlortalidon a indapamid měly být upřednostňovány před hydrochlorothiazidem,“ uvedl prof. Widimský.

Léčba hypertenze u specifických skupin

V případě přítomnosti hypertenze a diabetes mellitus jsou důležitá nefarmakologická opatření, zvláště snížení tělesné hmotnosti a příjmu sodíku, a dále komplexní intervence všech rizikových faktorů včetně podávání statinů. Antihypertenzní léčba je vhodná u hodnot TK pro hypertenzi i při tzv. vysokém normálním TK. Preferovanými skupinami léčiv jsou inhibitory ACE/ AT_1 blokátory, v případě mikroalbuminurie se blokáda systému renin-angiotenzin-aldosteron (RAS) jeví jako nutná. U hypertenzních diabetiků jsou cílové hodnoty TK kolem 130/80 mm Hg. Často je nutná kombináční léčba, vhodnou lékovou skupinou do kombinace jsou zejména blokátory kalciového kanálu. Pro efekt antihypertenziv je důležitá dobrá kontrola diabetu. Nově lze s výhodou použít glifloziny, lékovou skupinu, při jejímž podávání se vedle snížení glykemie uplatňuje i snížení přední TK.

Komplexní intervence všech rizikových faktorů včetně podávání statinů a antiagregační léčby je zásadní také u hypertenze a chronického onemocnění ledvin, které představuje vysoké riziko kardiovaskulárních příhod. Antihypertenzní léčba je vhodná u hypertenze i u vysokého normálního TK. Cílové hodnoty TK jsou kolem 130/80 mm Hg. Preferována je opět blokáda RAS a ovlivnění proteinurie. Léčba je podávána ve všech stádiích renální insuficience včetně nemocných zařazených v chronickém dialyzačním programu. Nově je v doporučení uvedeno dávkování blokátorů RAS podle glomerulární filtrace. Upřednostněna by měla být léčiva s duálním způsobem eliminace, kde jejich farmakokinetika není renální insuficiencí ovlivněna v takové míře. Při glomerulární filtraci $< 0,5$ ml/s/1,73 m³ je nově doporučeno v případě rezistence na léčbu používat vedle furosemidu i thiazidová (a thiazidům podobná) diuretika. U těžších forem hypertenze je vhodné používat kombinaci diuretik.

U hypertenze a chronického srdečního selhání jsou základem léčby inhibitory ACE nebo AT₁ blokátory, betablokátory (karvedilol, bisoprolol, metoprolol ZOK, nebivolol), kličková nebo sulfonamidová diuretika a antagonisté mineralokortikoidních receptorů (spironolakton, eplerenon). Tyto lékové skupiny mají prokazatelný přínos na snížení morbidity a mortality a mohou pozitivně ovlivnit remodelaci levé komory. Z dalších léčiv nejsou obecně doporučeny blokátory kalciového kanálu dihydropyridinového typu, verapamil a diltiazem jsou u srdečního selhání se zachovanou ejekční frakcí levé komory bezpečné, naopak u pacientů se sníženou ejekční frakcí levé komory jsou kontraindikovány. V nových doporučeních je etablována nová léková skupina inhibitory neprilysinu a receptoru pro angiotenzin II (angiotenzin receptor/neprilysin inhibitor, ARNI), jejichž jediným zástupcem je sakubitril-valsartan. Jeho podávání je doporučeno pouze z důvodu srdečního selhání se sníženou ejekční frakcí levé komory. Uvedeny jsou také mírnější cílové hodnoty TK (< 140/90 mm Hg), snižování TK pod hranici 120/70 mm Hg není doporučeno.

V případě rezistentní hypertenze prof. Widimský zmínil pozitivní výsledky, které přinesla studie PATHWAY-2 (Lancet 2015). Spironolakton zde jako čtvrtý lék právě u rezistentní hypertenze v dávce 25–50 mg prokázal lepší antihypertenzní účinek než doxazosin 4–8 mg a bisoprolol 5–10 mg. Podávání spironolaktonu je dle současných guidelines doporučeno už v dávce 12,5–25 mg.

Léčba hypertenze v dalších specifických situacích

Juvenilní hypertenze

Zdá se, že izolovaná systolická hypertenze je ve věku do třiceti let častější, zejména u mužů. U některých jedinců se časem vyvine běžná esenciální hypertenze, u jiných dojde k normalizaci stavu. Lepším prediktorem kardiovaskulárního rizika jsou hodnoty diastolického tlaku. „Pro léčbu juvenilní hypertenze chybějí prospektivní farmakologické studie, ale i přes absenci speciálních studií doporučujeme na základě metaanalýz léčit juvenilní hypertenzi antihypertenzivy, pokud tlak krve opakovaně přesahuje hranici 140/90 mm Hg. V případě hyperaktivace sympatického nervového systému je doporučena léčba betablokátory;“ zdůraznil přínos nových doporučení v této oblasti přednášející.

Hypertenze bílého pláště

Nově se v guidelines diskutuje rovněž hypertenze bílého pláště (white coat hypertension), její diagnostika se opírá o 24hodinové monitorování TK, případně domácí měření TK. Pacient má při měření TK v ordinaci hodnoty převyšující 140/90 mm Hg, ale při domácím měření udává hodnoty normální. Výskyt tohoto jevu se odhaduje na zhruba třetinu osob s hypertenzí. Doporučuje se již zahájenou léčbu neukončovat, spíše snížit dávky.

Maskovaná hypertenze

Pozornost je věnována i maskované hypertenzi, kde je dat ještě méně než u hypertenze bílého pláště. Jde o opačný jev než u hypertenze bílého pláště, kdy v ordinaci jsou naměřené hodnoty TK normální, ale patologické mimo ni. Ukazuje se, že maskovanou hypertenzi trpí zhruba 15 % našich hyperten-

niků, je častější u mužů, zejména mladších (30–50 let), kuřáků, diabetiků, jedinců s vysokým normálním TK a s nepříznivým metabolickým profilem. Nemocní mají vysoké riziko rozvoje hypertenze a diabetu a podobně jako u hypertenze vysoké riziko kardiovaskulárních příhod. Domácí měření TK je doporučeno všem dospělým jedincům minimálně jednou do roka. Pro léčbu maskované hypertenze nemáme žádná data, vzhledem k poměrně vysokému kardiovaskulárnímu riziku je ale farmakologická léčba nejspíše prospěšná.

Paroxysmální hypertenze

Další kapitolou je paroxysmální hypertenze. S dostupností domácího měření TK její incidence vzrostla. Typickou formou jsou pacienti s feochromocytomem, ale prevalence tohoto onemocnění je nízká. Ve většině případů dochází k vzestupům TK provázeným různými symptomy, které jsou připisovány vysokému TK. Příčinou mohou být reaktivní vzestupy TK (vyvolané řadou somatických obtíží – emoce, bolest, běžné jsou ale i u normotoničků), nesprávná léčba hypertenze nebo chybně měřený TK. Je vhodné pacienta opakovaně poučit o hypertenzi a o přirozeném kolísání TK a zakázat mu domácí měření TK. Je obtížné pacienta přesvědčit, že se jedná o poruchu psychickou, a ne somatickou. Není vhodné indikovat léčbu na základě aktuálních hodnot TK. U nemocných bez známek akutně progredujícího orgánového poškození chybějí důkazy o prospěšnosti krátkodobé korekce TK medikací podanou *ad hoc*. Naopak existuje doložené riziko poškození přílišným poklesem TK po jednorázovém podání rychle působícího antihypertenziva (bývá předepisován kaptopril). V chronické medikaci se uplatňuje kombinační léčba hypertenze dlouhodobě působícími přípravky a rozhodující roli v případě paroxysmální hypertenze hraje včasné zahájení léčby moderními antidepresivy (sertralin, escitalopram).

Adherence k léčbě

Nově doporučené postupy si všímají i adherence a vhodnosti terapeutických přístupů. Nízká adherence k léčbě je velmi častou příčinou nekontrolované hypertenze, zejména u těžších forem. Na nespolečnosti pacienta obvykle ukazuje absence poklesu tepové frekvence po zahájení léčby betablokátorem, absence poklesu sérové koncentrace cholesterolu po nasazení statinu či podávání dvou synergicky působících antihypertenziv bez poklesu TK. Tito pacienti bývají „rezistentní“ i k léčbě dalších svých chorob. Nejjednodušším průkazem non-compliance je podání léků pod kontrolou, je ovšem třeba dát pozor na náhlý pokles TK. Nejspolehlivějším průkazem je stanovení koncentrace léků v krvi nebo v moči.

Profesor Widimský v závěru shrnul hlavní změny v nových doporučeních oproti předchozí verzi z roku 2012. Revize doporučení se týkala diagnostiky a stratifikace rizika, léčebných postupů i terapie u specifických skupin a ve specifických situacích. Aktualizace zahrnuje také nová antihypertenziva, jejich postavení v léčebných schématech, přehodnocení účinnosti zavedených léčiv se zdůrazněním kombinační léčby a vyzdvižením fixních kombinací. Doporučené postupy – verze 2017 byly nedávno publikovány v suplementu časopisu Hypertenze a kardiovaskulární prevence České společnosti pro hypertenzi.

Redakčně zpracovala PharmDr. Kateřina Viktorová



Nová americká doporučení pro terapii hypertenze

Novým americkým doporučením pro prevenci, detekci, hodnocení a léčbu hypertenze u dospělých a kritickému pohledu na ně byla věnována přednáška prof. MUDr. Renaty Cífkové, CSc., z Centra kardiovaskulární prevence 1. LF UK a Thomayerovy nemocnice v Praze.

Rozsáhlý dokument publikovaný v on-line verzi v listopadu 2017 je společným stanoviskem 11 odborných společností, kde dominantní a zastřešující úlohu sehrály Americká kardiologická společnost (American College of Cardiology, ACC) a Americká kardiologická asociace (American Heart Association, AHA). American Academy of Family Physicians, sdružující téměř čtvrt milionu rodinných lékařů, se k uvedeným guidelines odmítla připojit, podobně jako American College of Physicians, profesní sdružení cca 150 000 internistů. Významný je rovněž fakt, že v čele autorského kolektivu doporučených postupů stojí Dr. Paul Whelton, který nepůsobí jako kliník, ale jako epidemiolog. „Navíc se podle amerických pravidel nesměl tvorby guidelines účastnit nikdo, kdo měl závazky vůči farmaceutickému průmyslu, toto omezení se tudíž týkalo všech osobností, které stály za velkými klinickými studiemi,“ zdůraznila profesorka Cífková.

Změna definice hypertenze

Jednotlivá doporučení jsou kvantifikována formou třídy doporučení (I–III) a úrovní důkazů (A–C), tedy v podstatě stejným způsobem, jaký známe z evropských guidelines. Revoluční je nová definice hypertenze, podle níž jsou nyní za hypertenzi považovány hodnoty krevního tlaku (TK) pro systolický krevní tlak (STK) ≥ 130 mm Hg a pro diastolický krevní tlak (DTK) ≥ 80 mm Hg. Stadiu I hypertenze pak odpovídají hodnoty TK 130–139/80–89 mm Hg. Normální hodnoty TK, které v evropských doporučeních označujeme termínem optimální hodnoty TK, jsou definovány jako hodnoty nižší než 120/80 mm Hg. „Otazné je, zda STK 120–129 mm Hg lze považovat za zvýšené hodnoty, jak je to uvedeno v amerických doporučeních,“ podotkla přednášející.

Změna definice hypertenze s sebou přináší také změnu prevalence tohoto onemocnění. Prevalence hypertenze v poslední populační studii NHANES, jež byla provedena v letech 2011–2014 u populace starší 20 let, činila 32 % při definici hypertenze, kterou nadále zastává Evropa. V případě užití americké definice hypertenze naroste pak tato prevalence

na 46 %, což však neznamená, že z navýšeného podílu pacientů bude každý léčen medikamentózně, ale pouze přibližně 2 % nemocných se budou nově kvalifikovat na farmakologickou terapii.

Hodnoty krevního tlaku a způsoby měření

V rámci nových amerických guidelines už je rovněž doporučeno měření TK mimo ordinaci ve formě 24hodinové monitorace TK (ambulatory blood pressure monitoring, ABPM) z důvodu potvrzení diagnózy hypertenze a pro titraci léků. Doporučuje se též přenášení dat získaných měření prostřednictvím mobilních aplikací i poradenství po telefonu (včetně úpravy medikace).

S údaji o odpovídajících hodnotách STK a DTK při různých metodách měření TK (**tab. 1**) lze souhlasit jen částečně. Pokud hodnoty TK měřené v ambulanci klasickým způsobem dosahují 140/90 mm Hg, můžeme bez výhrad přijmout tvrzení, že při měření v domácích podmínkách tomuto odpovídá hodnota TK 135/85 mm Hg, a stejný souhlas je možné vyjádřit ve vztahu k hodnotám TK v případě 24hodinové monitorace v denní době, noční době a při 24hodinovém průměru. U ostatních údajů není zřejmé, proč se neuvádí rozdíl mezi měřeními TK v ordinaci a v domácích podmínkách.

Nové americké postupy doporučují ambulantní měření TK při nově zjištěné hypertenzi ke stanovení diagnózy tzv. hypertenze bílého pláště (white coat hypertension). Pokud víme, že některý z pacientů trpí tímto fenoménem, je nutné periodicky provádět 24hodinovou monitoraci TK, aby byl včas zachycen přechod ze stadia hypertenze bílého pláště do stadia trvalé hypertenze.

Terapeutické postupy

Profesorka Cífková upozornila na některé pozitivní části doporučených postupů, jako je například schéma screeningu zaměřeného na sekundární hypertenzi (**obr. 1**). Zde je explicitně uvedeno, v jakých případech by měl lékař pomýšlet na sekundární hypertenzi a že v případě podezření na sekundární formu hypertenze by měl být pacient odeslán ke zkušenému specialistovi. Příčiny sekundární hypertenze se z praktických důvodů dělí na časté a méně časté, mezi časté patří onemocnění ledvinového parenchymu, renovaskulární hypertenze, primární hyperaldosteronismus, obstrukční spánková apnoe, užívání některých léků nebo vyšší konzumace alkoholu.

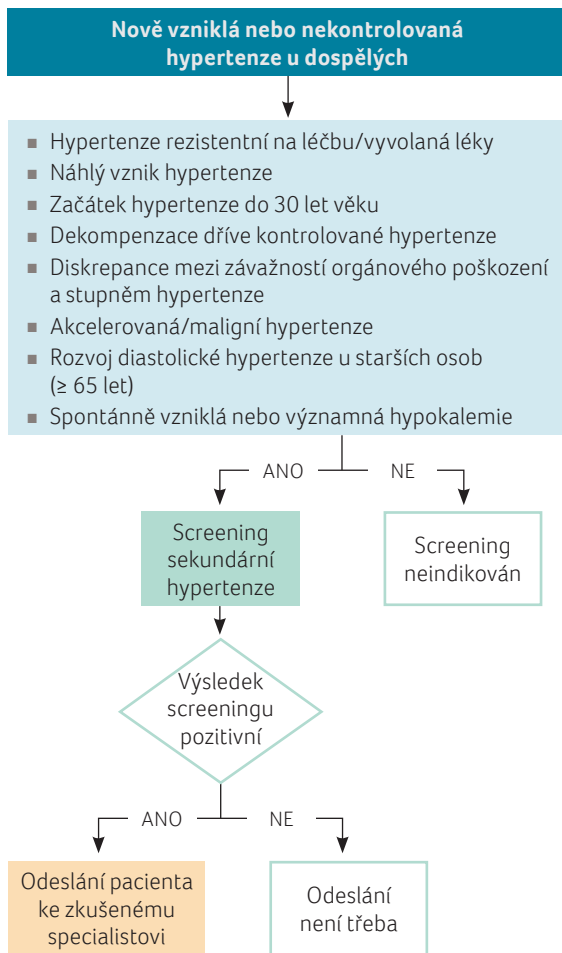
Podobně jako v evropských postupech jsou v amerických guidelines doporučena laboratorní vyšetření základní a fakultativní. „Asi budeme souhlasit s tím, že nelze provádět echokardiografické vyšetření u všech hyperteniků, ale poněkud nás překvapí, že stanovení koncentrace kyseliny močové je zařazeno jen mezi fakultativní vyšetření, stejně tak stanovení poměru albuminu a kreatininu v moči,“ uvedla k významným rozdílům oproti evropským doporučením přednášející.

TAB. 1 Odpovídající hodnoty STK/DTK při různých způsobech měření TK (mm Hg)

TK v ordinaci	TK v domácích podmínkách	ABPM v denní době	ABPM v noční době	ABMP – průměr za 24 h
120/80	120/80	120/80	100/65	115/75
130/80	130/80	130/80	110/65	125/75
140/90	135/85	135/85	120/70	130/80
160/100	145/90	145/90	140/85	145/90

Podle [1] – Whelton, et al., 2017

ABPM – 24hodinové ambulantní monitorování krevního tlaku; DTK – diastolický krevní tlak; STK – systolický krevní tlak



OBR. 1 Screening zaměřený na sekundární hypertenzi; podle [1] – Whelton, et al., 2017.

Za důležité považuje profesorka Cífková praktické schéma, jak postupovat při léčbě hypertenze a jaký zvolit postup u těch jedinců, kteří mají normální hodnoty TK. Pokud jsou u pacienta zaznamenány normální hodnoty TK, měli bychom mu doporučit, aby pokračoval v optimálním způsobu života s odpovídající životosprávou, a jeho stav měl by být znovu zhodnocen po uplynutí jednoho roku. Jestliže má nemocný zvýšené hodnoty TK, kvalifikuje se na nefarmakologickou léčbu a měl by být znovu zhodnocen po 3–6 měsících. Pokud je pacient ve stadiu I hypertenze a jeho celkové kardiovaskulární riziko je větší než 10 % (Američané mají svůj vlastní kalkulátor rizika, jak poznamenala prof. Cífková), kvalifikuje se na farmakologickou terapii, jestliže je však toto riziko nižší než 10 %, kvalifikuje se na léčbu nefarmakologickou. V případě stadia II onemocnění je samozřejmě nutná farmakologická léčba.

Antihypertenziva a další doporučení

Základními skupinami doporučovaných antihypertenziv jsou diuretika, blokátory kalciových kanálů (BKK), inhibitory angiotenzin konvertujícího enzymu (ACE) a sartany. Mezi uvedenými léky tedy nejsou uvedeny betablokátory z důvodu, že zejména v porovnání s diuretiky a BKK nejsou schopny stejně účinně zabránit vzniku cévní mozkové příhody. Iniciační antihypertenzní léčby je doporučována dvěma léky,

pokud je hodnota TK vyšší než hodnota cílová o 20 mm Hg pro STK nebo o 10 mm Hg pro DTK. V případě mírnější hypertenze se doporučuje zahájit terapii pouze jedním lékem. Jestliže dochází ke změně medikace nebo jestliže není dosaženo cílové hodnoty TK, je doporučeno, aby byl pacient kontrolován v měsíčních intervalech. Betablokátory jsou v rámci amerických doporučení uvedeny jako preferované antihypertenzivum pro pacienty s hypertenzí a onemocněním hrudní aorty. Co se týče specifických rasových a etnických doporučení, u dospělých černochů by měla být léčba zahajována thiazidovým diuretikem nebo BKK. „To má samozřejmě své opodstatnění, protože černošská populace trpí nízkoreninovou hypertenzí a inhibitory ACE i sartany nejsou u ní příliš účinné,“ vysvětlila profesorka Cífková. U většiny dospělých hypertoniců, zvláště černochů, je doporučen cílový TK nižší než 130/80 mm Hg. Toto doporučení platí také pro starší soběstačné osoby, které nežijí v zařízeních sociální péče. Pokud je u těchto nemocných situace odlišná, je cílová hodnota TK individualizována s ohledem na to, jaké mají dotyční pacienti přidružené komorbidity a jaká je předpokládaná délka jejich života.

Profesorka Cífková ocenila schéma pro rezistentní hypertenzi, jež zdůrazňuje, že je u pacientů třeba potvrdit diagnózu a vyloučit pseudorezistenci, je rovněž třeba postupně vyloučit všechny interferující faktory a provést screening sekundární hypertenze, též je zde obsažen návod na farmakologickou léčbu.

V rámci amerických doporučení je preferováno podávání antihypertenziv jednou denně v porovnání s dávkou vícekrát denně a je zdůrazněna i možnost fixních kombinací s tím, že tato forma zlepšuje adherenci k léčbě. Guidelines zmiňují také finanční pobídky (pravděpodobně na základě britského příkladu) a konstatují, že tyto pobídky pro poskytovatele zdravotní péče spolu s formou úhradového systému mohou vést ke zlepšení kontroly hypertenze.

Studie SPRINT

Na závěr profesorka Cífková shrnula, že nové americké doporučené postupy přinášejí novou definici hypertenze, nové prahové hodnoty TK pro zahájení antihypertenzní léčby, nové cílové hodnoty TK pro většinu nemocných nižší než 130/80 mm Hg, zároveň však upozornila, že tato doporučení vycházejí především z klinické studie SPRINT, která byla našimi odborníky kritizována už před dvěma lety. V rámci tohoto klinického hodnocení se v intenzivně léčené větvi vyskytlo sice méně sledovaných klinických příhod, ale současně bylo zaznamenáno více závažných nežádoucích reakcí, jako jsou akutní poškození ledvin nebo akutní renální selhání. Studie rovněž nezařadila diabetiky a pacienty po cévní mozkové příhodě. Zásadně důležité je, že TK byl v tomto klinickém hodnocení měřen jiným způsobem, který nazýváme automatickým měřením krevního tlaku v ambulaci (automated office blood pressure measurement, AOBP). Hodnoty TK tedy byly z tohoto důvodu přibližně o 15/8 mm Hg nižší než při měření klasickým přístrojem v ordinaci lékaře a o 10/4 mm Hg nižší než při domácím monitorování. Přednášející pro srovnání zmínila analýzu dat brněnské populace [2], při níž bylo zjištěno, že hodnotě TK 140/90 mm Hg měřené manuálním způsobem v ordinaci lékaře odpovídá hodnota TK 131/85 mm Hg měřená automatickým způsobem bez přítomnosti personálu.

Redakčně zpracovala PhDr. Nikola Homolová Richtrová

Literatura

- [1] Whelton PK, Carey RM, Aronow WS, Casey DE Jr, Collins KJ, Dennison Himmelfarb C, DePalma SM, Gidding S, Jamerson KA, Jones DW, MacLaughlin EJ, Muntner P, Ovbiagele B, Smith SC Jr, Spencer CC, Stafford RS, Taler SJ, Thomas RJ, Williams KA Sr, Williamson JD, Wright JT Jr. 2017 ACC/AHA/AAPA/ABC/ACPM/AGS/APHA/ASH/ASPC/NMA/PCNA Guideline for the Prevention, Detection, Evaluation, and Management of High Blood Pressure in Adults: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Clinical Practice Guidelines. J Am Coll Cardiol 2017 Nov 7; pii: S0735-1097(17)41518-X; doi: 10.1016/j.jacc.2017.11.005. [Epub ahead of print]
- [2] Wohlfahrt P, Cífková R, Movsisyan N, et al. Threshold for diagnosing hypertension by automated office blood pressure using random sample population data. J Hypertens 2016; 34: 2180–2186.

Upozornění

V letošním roce vycházejí i nová evropská (European Society of Cardiology/European Society of Hypertension, ESC/ESH) doporučení pro diagnostiku a léčbu hypertenze, která budou kriticky zhodnocena ve druhém čísle Kapitoly z kardiologie, článek prof. Cífkové naleznete i na webových stránkách časopisu: www.kapitoly-online.

Edukační materiály pro pacienty

Pro zapojení nemocného do léčby může sloužit tabulka pro záznam domácího měření krevního tlaku, kterou pacient pravidelně vyplňuje a přináší s sebou na každou kontrolu, a návod, jak a proč správně měřit krevní tlak.

„Odehnout pro potřeby pacienta“

Jméno pacienta: _____
Cílová hodnota krevního tlaku: _____

Záznam o domácím měření krevního tlaku

Datum					Datum					Užívaná léky	
s TK*	d TK*	TP*	poznámka*		s TK*	d TK*	TP*	poznámka*		název	dávkování
ráno					ráno						
večer					večer						
ráno					ráno						
večer					večer						
ráno					ráno						
večer					večer						
ráno					ráno						
večer					večer						
ráno					ráno						
večer					večer						
ráno					ráno						
večer					večer						
ráno					ráno						
večer					večer						
ráno					ráno						
večer					večer						
ráno					ráno						
večer					večer						
ráno					ráno						
večer					večer						
ráno					ráno						
večer					večer						
ráno					ráno						
večer					večer						
ráno					ráno						
večer					večer						
ráno					ráno						
večer					večer						
ráno					ráno						
večer					večer						
ráno					ráno						
večer					večer						


Riziko lékání

ZMENŠETE RIZIKA...


* rytmický tlak, dle hodiny a dne, typová frekvence 7 glykémie

„Odehnout pro potřeby pacienta“

Jméno pacienta: _____
Cílová hodnota krevního tlaku: _____

Proč si doma měřit krevní tlak? 
Pravidelné měření krevního tlaku v domácím prostředí se zaznamenáváním si hodnot může být velmi prospěšné. Tyto záznamy pomáhají Vašemu lékaři zjistit, jaké hodnoty krevního tlaku máte v domácím prostředí, a tudíž jak dobře jste léčeni.

Krevní tlak kolísá, jeho hodnoty závisí nejen na aktuálním psychickém a fyzickém stavu, ale také na tom, kolik vypijete tekutin, a na změnách počasí. Pro domácí měření krevního tlaku jsou proto nejdůležitější jeho průměrné hodnoty!

Jak často si měřit krevní tlak? 
Mějte si krevní tlak opakovaně: dvakrát ráno a dvakrát večer v intervalech zhruba 2–3 minuty. Vhodné je měřit si TK zhruba 7 dní před návštěvou lékaře (nebo v případě, že byla změněna léčba).

Dlouhodobě si stačí měřit TK 1–2x týdně.

Hodnoty krevního tlaku si zapisujte, včetně zaznamenání každé významné události (např. změna medikace, aktuální zdravotní potíže).

Věnujte pozornost šířce manžety tlakoměru. Pokud máte silnější paži a použijete užší manžetu, než která je pro Vás vhodná, budou hodnoty naměřeného TK vyšší, než doopravdy jsou. Opak platí pro tenkou

paži a příliš širokou manžetu. Na každé manžetě tonometru je napsáno, pro jak silnou paži (obvod paže) je určena.

Jak si správně měřit krevní tlak v domácím prostředí? 

- Před měřením tlaku krve alespoň 5 minut vsedě odpočívajte.
- Nejméně 30 minut před měřením NEKUŘTE a NEPIJTE ALKOHOL.
- TK si mějte vsedě s opěrnými zády, s podepřenou paží, která by měla být na úrovni srdce, obě nohy mějte na zemi (nezkřížené). Během měření nemluvte a nehybujte se.
- TK měřte vždy na stejné paži.
- Vyhrňte si rukáv – nikdy nedávejte manžetu přes oblečení. Na paži si dejte manžetu tonometru, okraj manžety by měl končit zhruba 2 centimetry nad loketní jamkou. Mezi manžetou a paží by měl být prostor maximálně na jeden prst. Předloktí mějte volně opřené o stůl tak, aby manžeta byla v úrovni srdce.

VÝKVVY HDNOT KREVNÍHO TLAKU NEZNAMENAJÍ, ŽE SI MÁTE SAMI MĚNIT LÉČBU. KAŽDOU ZMĚNU LÉČBY BY MĚL SCHVÁLIT VÁS OŠETŘUJÍCÍ LÉKAŘ!



ZMENŠETE RIZIKA...

Literatura: www.hypertenze.cz/preparatory, odborní spolupisači: prof. MUDr. Hana Rosolová, DiSc., II. interní klinika LF UK a FN Pilsen

Tabulku a návod je možné získat od reprezentantů farmaceutické společnosti TEVA nebo stáhnout a vytisknout z webových stránek Kapitoly-online.cz (www.kapitoly-online.cz/edukace). Tabulka pro záznam krevního tlaku a další užitečné materiály pro nemocné jsou dostupné v sekci Edukace pro pacienty.

OVĚŘENO PRO LÉČBU I PREVENCII...

RAMIPRIL ACTAVIS
2,5 mg, 5 mg, 10 mg



KDYŽ JE MONOTERAPIE MÁLO...

PERINDOPRIL/AMLODIPIN TEVA
5 mg/5 mg, 5 mg/10 mg, 10 mg/5 mg, 10 mg/10 mg

TELMISARTAN/HYDROCHLOROTHIAZID RATIOPHARM®
80 mg/12,5 mg

PERINPA
4 mg/1,25 mg, 8 mg/2,5 mg



POSÍLENÍ KOMBINAČNÍ TERAPIE...

RILMENIDIN TEVA 1 mg tablety

MOXONIDIN ACTAVIS 0,2 mg, 0,3 mg, 0,4 mg



Vhodná volba
v terapii
hypertenze



teva

