

lhání v ČR jsou cca €3 300. Přibližně čtvrtina pacientů je znova hospitalizována do 30 dnů od propuštění a 45–50 % do jednoho roku (1).

Předpokládáný nárůst počtu pacientů se srdečním selháním v následujících letech na dvojnásobek by měl výrazné ekonomické, sociální i společenské dopady. Proto je klíčové přijmout opatření, která povedou ke zpomalení růstu počtu nemocných.

Léčba arteriální hypertenze v prevenci vzniku srdečního selhání

Podle studie ARIC lze až 77 % případů srdečního selhání přičíst tradičním rizikovým faktorům. Nejčastější příčinou vzniku srdečního je kombinace arteriální hypertenze a ischemické choroby srdeční (ICHS). U žen představuje AH nejsilnější rizikový faktor, zatímco u mužů je to ICHS. Ženy trpící hypertenzí mají trojnásobně vyšší riziko rozvoje srdečního selhání, u mužů je riziko přibližně dvojnásobné. Metaanalýza intervenčních studií ukázala, že každé snížení systolického krevního tlaku o 5 mmHg snižuje riziko vzniku srdečního selhání o 14 % (2). Zároveň se tím snižuje i riziko kardiovaskulárního onemocnění o 10 % a riziko kardiovaskulární mortality o 5 %. Zlepšení kontroly krevního tlaku v České republice je proto klíčovým krokem ke zpomalení rostoucí prevalence srdečního selhání a k omezení jeho dopadů na zdravotní systém i společnost.

Epidemiologie arteriální hypertenze v ČR

Podle údajů ÚZIS vycházejících z preskripce antihypertenzní léčby, trpí na AH v ČR přibližně 2,2 milionu osob. V následujících deseti letech se očekává nárůst tohoto počtu o dalších 10 %. Skutečný počet pacientů s AH je však pravděpodobně ještě vyšší. Ze studie post-MONICA vyplývá, že každý čtvrtý člověk o své hypertenzi vůbec neví a zhruba každý třetí diagnostikovaný hypertenzní nežívá žádnou antihypertenzní terapii. I proto zůstává kontrola krevního tlaku nedostatečná. Cílových hodnot krevního tlaku pod 140/90 mmHg dosahuje pouze 30 % mužů a 37 % žen s AH (3). Pokud vezmeme v potaz přísnější cílové hodnoty TK (sTK 120–129 mmHg) doporučené v aktuálních evropských guidelines (ESH i ESC), je podíl pacientů s kontrolovanou AH ještě nižší.

Jak můžou nové ESC guidelines zlepšit kontrolu TK v ČR

Nová doporučení ESC pro diagnostiku a léčbu AH přinášejí několik zásadních změn, jejichž cílem je urychlit a zjednodušit proces diagnostiky i léčby, a tím zlepšit celkovou kontrolu krevního tlaku v populaci (4).

Diagnostika AH – co je nového

Ačkoli všechny intervenční studie v oblasti farmakoterapie AH používaly k diagnostice a sledování terapie hodnoty TK měřené v ambulanci, rozhodování se pouze na základě těchto hodnot má několik úskalí. Prvním je časový aspekt. Nutnost opakovaných ambulantních měření k potvrzení diagnózy AH zvyšuje zátěž zdravotnického systému a prodlužuje dobu do stanovení diagnózy. Přitom je dobře známo, že delší doba do dosažení kontroly TK zvyšuje kardiovaskulární riziko (5, 6). Dalším významným problémem je tzv. hypertenze bílého pláště, tedy stresová reakce pacienta při měření v ambulanci, která může vést k falešně vysokým hodnotám TK a následně ke stanovení nesprávné diagnózy. Opakované návštěvy v ambulanci pouze mírně oslabí stresovou reakci. Nesprávně diagnostikovaní pacienti s hypertenzí bílého pláště po nasaze-

ní antihypertenzní léčby často trpí symptomy hypotenze, což vede k častému přerušení nebo vysazení terapie. Tato zkušenost může negativně ovlivnit důvěru pacienta v lékaře.

Nová doporučení ESC proto navrhují používat měření TK v ordinaci primárně jako screeningový nástroj. Měření by přitom mělo probíhat za přesně definovaných standardizovaných podmínek (Tab. 1), které zamezují falešnému nadhodnocení TK. K samotnému potvrzení diagnózy AH se ale doporučuje využívat spíše 24hodinové ambulantní monitorování krevního tlaku (ABPM) nebo domácí měření krevního tlaku (HBPM). Výhody HBPM a ABPM ve srovnání s měřením TK v ambulanci dokládá i studie, která prokázala lepší asociaci s hypertrofií levé komory i spolehlivost hodnot TK z HBPM a ABPM než hodnot získaných během tří ambulantních vyšetření (7).

Abychom z HBPM získali validní a klinicky využitelné údaje, je nezbytné pacienta předem poučit o správném postupu měření. Zásadní je použití validovaného a kalibrovaného tlakoměru (seznam schválených přístrojů je dostupný na stránce stridebp.org) a manžety odpovídající velikosti paže. Optimálně by měl pacient provádět dvě měření s odstupem 1–2 minut, a to ráno a večer po dobu jednoho

Tab. 1. Hlavní zásady pro měření krevního tlaku v ambulanci

1. Příprava pacienta
<ul style="list-style-type: none"> ■ Měření provádět v klidné místnosti bez rušivých vlivů ■ Před měřením pacient sedí 5 min v klidu ■ 30 min před měřením by pacient neměl kouřit, jíst, pít kávu a cvičit ■ Ujistit se, že pacient nemá plný močový měchýř ■ Pozice při měření: nezkřížené nohy, opřená záda, předloktí položené na podložce ■ Vyloučit škracení paže oblečením
2. Technika měření
<ul style="list-style-type: none"> ■ Auskultační nebo oscilometrická metoda měření validovaným a kalibrovaným tlakoměrem ■ Při fibrilaci síní je preferována auskultační metoda
3. Výběr a umístění manžety
<ul style="list-style-type: none"> ■ Správná velikost manžety na základě obvodu paže – malá manžeta nadhodnotí a velká podhodnotí TK ■ Manžeta má být ve výši srdce, spodní okraj manžety několik centimetrů nad loketní jamkou ■ Fonendoskop neumísťovat pod manžetu ■ U obézních pacientů s problematickým měřením na paži lze použít měření TK na zápěstí
4. Měření TK
<ul style="list-style-type: none"> ■ Provádíme 3 měření, odstupy mezi měřeními 1–2 minuty ■ V případě většího než 10 mmHg rozdílu v tlacích provádíme další měření ■ Výsledná hodnota TK je průměrem posledních 2 hodnot TK
5. Měření na druhé končetině
<ul style="list-style-type: none"> ■ Během prvního vyšetření provádíme měření na obou horních končetinách ■ Po 3 měřeních na jedné končetině pokračujeme na druhou končetinu ■ Při rozdílu TK mezi končetinami zopakujeme měření na první končetině ■ Při > 10 mmHg rozdílu mezi končetinami používáme hodnoty TK končetiny s vyšším TK
6. Vyšetření ortostatické hypotenze
<ul style="list-style-type: none"> ■ Během prvního vyšetření a při symptomech ■ Po měření TK v sedě/leže měříme TK v 1. a 3. minutě po postavení ■ Ortostatická hypotenze je definována poklesem TK o $\geq 20/10$ mmHg po postavení