

týdne. Pro vyhodnocení se používá průměr hodnot naměřených mezi druhým a sedmým dnem. Standardizované podmínky před a během měření, které by měl pacient dodržovat, jsou totožné s těmi doporučenými pro měření TK v ordinaci (Tab. 1). Opakovaná ambulantní měření zůstávají metodou volby pouze u pacientů, u nichž není možné provést ABPM ani HBPM.

Rychlost, s jakou má být diagnóza AH potvrzena, závisí na výši naměřených hodnot (Obr. 1). Čím vyšší je TK v ordinaci, tím dříve je třeba diagnózu AH potvrdit. U hodnot $\geq 180/110$ mmHg je nezbytné vyloučit přítomnost akutního orgánového poškození, které se klinicky projevuje dušností, bolestí na hrudi, bolestí hlavy, poruchami zraku nebo neurologickým deficitem. Pokud jsou tyto příznaky přítomny, je nutné zvážit hospitalizaci a nasadit farmakoterapii. V případě, že žádné známky orgánového poškození přítomny nejsou, měla by být diagnóza AH potvrzena nejpozději do jednoho týdne.

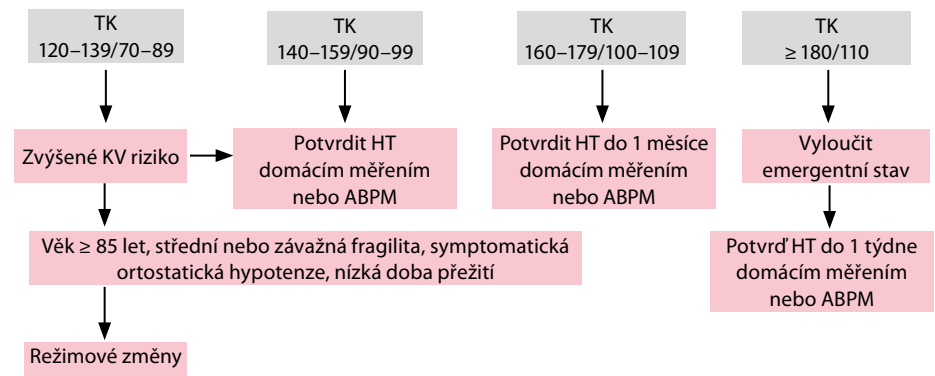
Na základě hodnot krevního tlaku naměřených v ordinaci, při ABPM nebo domácím měření rozlišujeme tři základní kategorie TK: nezvýšený krevní tlak, zvýšený krevní tlak a arteriální hypertenzi (Tab. 2). Všechny osoby s arteriální hypertenzí, včetně mladších pacientů, mají prospěch z farmakoterapie.

Zjednodušený algoritmus farmakoterapie

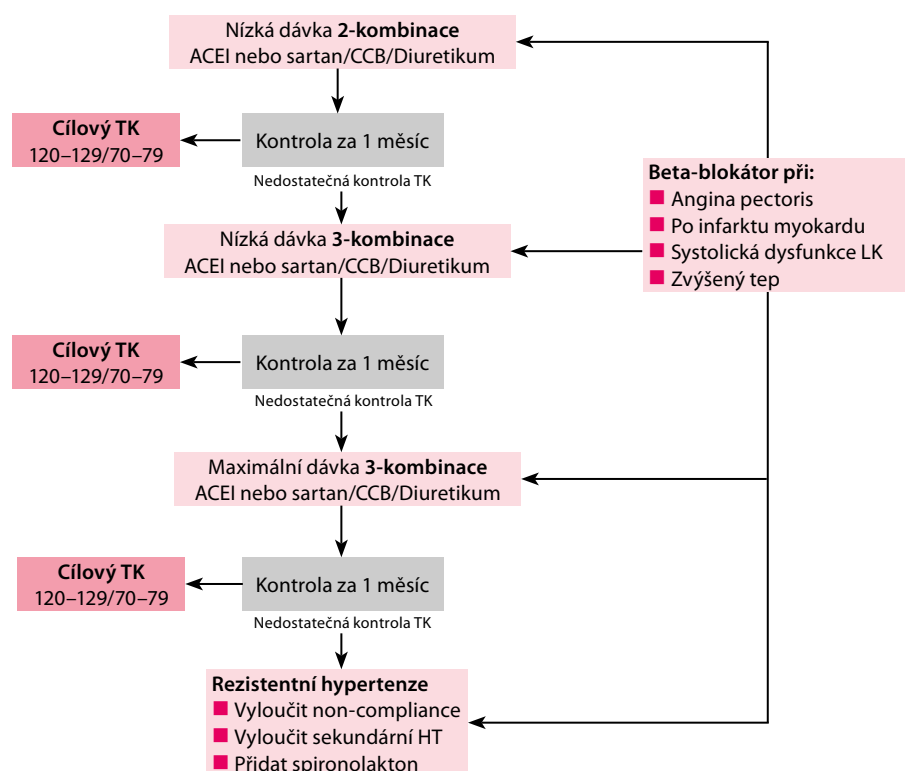
Další významnou změnou k dosažení kontroly TK v populaci je zjednodušený algoritmus farmakoterapie. V minulosti jsme běžně začínali léčbu AH monoterapií, která však u většiny pacientů nevedla k dosažení cílových hodnot TK a celý proces prodlužovala. V současných doporučeních se proto monoterapie používá pouze u osob ≥ 85 let, u osob se střední a závažnou fragilitou nebo při výskytu symptomatické ortostatické hypotenze.

U všech ostatních pacientů se doporučuje zahájit léčbu nízkou dávkou ACEi/sartan a diuretikum nebo ACEi/sartan a kalciový blokátor (Obr. 2). Nikdy ale v léčbě nekombinujeme ACEi a sartan z důvodu rizika vedlejších účinků. Účinnost léčby je třeba zhodnotit po jednom měsíci. Posouzení kontroly krevního tlaku by ideálně mělo vycházet jak z měření TK v ordinaci, tak i z HBPM. Přibližně 60 % pa-

Obr. 1. Postup dle naměřené hodnoty TK v ambulanci



Obr. 2. Algoritmus farmakoterapie arteriální hypertenze



Tab. 2. Kategorie krevního tlaku

Nezvýšený TK	Zvýšený TK	Arteriální hypertenze
Ambulance < 120/70	Ambulance 120–139/70–89	Ambulance ≥ 140/90
Domácí monitorace < 120/70	Domácí monitorace 120–134/70–84	Domácí monitorace ≥ 135/85
ABPM < 120/70	ABPM 120–134/70–84	ABPM ≥ 135/85

cientů dosáhne cílových hodnot při použití dvojkombinace. Pokud však dvojkombinace nestačí, před navýšením dávek stávající terapie je preferováno nasazení trojkombinace antihypertenziv – ACEi/sartan, kalciový blokátor a diuretikum v nízké dávce. Uvedená trojkombinace vede k dosažení kontroly TK zhruba u 90 % pacientů.

V rámci trojkombinace antihypertenziv se jeví jako optimální fixní kombinace perindopril/indapamid/amlodipin (Triplixam), která ve srovnání s volnou kombinací stejných antihypertenziv významně zvyšuje adherenci k léčbě. Vyšší adherence pak vede k účinnější kontrole krevního tlaku a redukcí kardiovaskulárního rizika. Tato skutečnost byla potvrze-