

# Evropský a světový kongres o hypertenzi 2021

Ve dnech 11.–14. dubna 2021 byl uspořádán kongres Evropské hypertenziologické společnosti (ESH) a Mezinárodní společnosti pro hypertenzi (ISH), který měl být původně v Glasgow, ale z důvodu pandemie proběhl on-line.

V úvodní přednášce V. J. Dzau (USA) vyzval k boji proti arteriální hypertenzi všemi moderními technologickými prostředky a s důrazem na adherenci. Autor předpokládá, že hypertenze bude do r. 2040 leadrem rizikových faktorů kardiovaskulárních onemocnění.

Blok přednášek s názvem „Potřebujeme beta-blokátory v léčení hypertenze?“ uvedl G. Mancia (Itálie). Beta-blokátory patří mezi základní léky, jsou indikovány u symptomatické anginy pectoris, při tachykardii, po srdečním infarktu, při srdečním selhávání a u mladých hypertoniců plánujících těhotenství. M. Schlaich (Austrálie) v impresivní přednášce zdůraznil vedoucí úlohu CNS v regulaci TK. U hypertoniců lze prokázat zvýšenou sympatickou aktivitu (m.j. pomocí mikroneurografie – MSNA). Zvýšená srdeční frekvence akceleruje endoteliální dysfunkci, arteriální tuhost a aterosklerózu, indukuje dysfunkci levé komory a srdeční selhávání. Klidová srdeční frekvence zvyšuje riziko kardiovaskulárních úmrtí, nejvíce náhlou smrt u mužů i žen. Kombinace zvýšené srdeční frekvence a zvýšeného tlaku jsou zvláště rizikové. Aplikace beta-blokátorů brání vzniku těchto patologických změn. Autor zmínil též nevýhody beta-blokády: metabolický vedlejší efekt (inzulinová rezistence) s neselektivními beta-blokátory, menší pokles centrálního TK s některými beta-blokátory a menší prevenci CMP (s atenolem v randomizovaných kontrolovaných studiích). Označil chyby v hypertenziologických guidelines: beta-blokátory jsou rozdílné a současná doporučení vedou k poddávkování této lékové skupiny. S. E. Kjeldsen (Norsko) hovořil o výhodné kombinaci bisoprololu a amlodipinu v léčení hypertenze. Fixní kombinace (singl pill) těchto látek vede k poklesu TK i zpomalení srdeční frekvence s lepší adherencí i perzistencí a dosažením cílových hodnot ve srovnání s volnou kombinací.

Absence nočního poklesu TK má značnou prognostickou hodnotu, silnější, než měření klinické, měření ve dne nebo 24 hod. měření TK. Čím hlubší je pokles nočního TK, tím menší je riziko mortality (Parati, G. H. Itálie). Riziko kardiovaskulární i celkové mortality má inverzní vztah k poklesu TK, největší je při vzestupu nočního TK. S těmito poznatky stoupá potřeba optimálního měření nočního tlaku. ABPM s měřením na paži má některé nevýhody: je drahé, není vždy k dispozici, je nepohodlné, může rušit spánek. Měření přístrojem Omron

HEM-96 01 T, který je připevněn na zápěstí, umožňuje méně invazivní noční měření (Sanner, B. Německo).

V rámci terapie primárního aldosteronismu byly zmíněny dva nové léky – finerenon (Doumas, M. UK) a esexerenon (Fumitoshi, M. Japonsko). Jde o moderní antagonisty mineralokortikoidních receptorů, které snižují systolický i diastolický TK, jsou selektivnější než eplerenon, nemají vedlejší účinky (gynekomastie, hyperkalemie). Ve vývoji jsou inhibitory aldosteron syntézy – CIN 17 a DP 13.

Byl představen nový lék ze skupiny centrálně působících antihypertenziv – firibastat (Laurant, S. Francie). Je to selektivní a specifický inhibitor aminopeptidázy A, brání produkci angiotensinu III v mozku. Kontroluje TK zvláště u nízkoreninových pacientů s vysokou koncentrací vazopresinu (Low Renin High Vasopressin – LRHV profile). Lék je perorální, je vhodný pro léčení rezistentní hypertenze.

O epidemiologii srdečního selhání se zachovalou ejekční frakcí (HFpEF) hovořil T. Weber (Rakousko). HFpEF je nejčastější formou srdečního selhání, u osob nad 65 se vyskytuje v 70%. Její prevalence stoupá každým rokem o 10%, stoupá její kombinace s hypertenzí. Je častější u žen. Agabiti-Rosei (Itálie) popsal ventrikulo-vaskulární (arteriální) interakci, která spočívá ve vlivu arteriální tuhosti (způsobené věkem, hypertenzí, diabetem a nemocemi ledvin) na vznik koncentrické remodelace komory, fibrózy myokardu a dynamické poruchy relaxace. Při léčení hypertoniců s HFpEF jsou první volbou inhibitory ACE (Kasiakogias, A. Řecko), pokud není kontraindikace. Aplikace diuretik je nutná při kongesci. Spirolakton je indikován při rezistentní hypertenzi a k prevenci hospitalizací pro srdeční selhání, ze stejného důvodu lze podat ARNI (sacubitril-valsartan). Beta-blokátory mohou být kombinovány s jiným hlavním antihypertenzivem, zvláště u těch pacientů, kde jsou jiné kardiální indikace. V budoucnu mohou být slibné látky, ovlivňující tuhost velkých tepen a bránící vzniku fibrózy myokardu.

Elektronické cigarety – nová epidemie? Pod tímto názvem proběhly přednášky o kouření E-cigaret – vapování. Bauld, L. (UK) popsal vliv nikotinu na kardiovaskulární systém: zvyšuje srdeční frekvenci, kontraktilitu myokardu a koronární a kožní vazokonstrikci. Mortalita na kouření je způsobena ze 48% nemocemi kardiovaskulárního ústrojí, z 18% chorobami plicními a nádory z 33%. Při kouření je vdechována řada škodlivých látek, které působí endoteliální dysfunkci, zvyšují arteriální tuhost a rychlost pulzové vlny (PWV). Kuřáci kouří nikotin, ale umírají na dehet! S délkou kouření se tyto účinky zvyšují. Riziko vzniku infarktu myokardu je při vapování menší než při kouření cigaret. Vapování