

dle stávajících guidelines volen individuální přístup (monoterapie nebo dvojkombinace) v závislosti na výši TK a KV riziku.

Posuzujeme také, zda se při léčbě nezhoršují kognitivní funkce, neboť jejich pokles může vést k nižší compliance k léčbě. Ve stáří je léčba hypertenze vůbec neúčinnější oproti jiným věkovým skupinám ve smyslu snížení absolutního počtu kardiovaskulárních příhod. Studie HYVET ukázala, že nemocní ve věku nad 80 let měli při aktivní léčbě oproti placebo významně nižší výskyt srdečního selhání a nižší celkovou mortalitu (7). Proto je antihypertenzní léčba indikována i v nejvyšších věkových kategoriích, pokud je celkový stav nemocného dobrý, podobně jako tomu bylo u jedinců zařazených ve studii HYVET. Pokud je léčba již zavedena, vysoký věk sám o sobě není důvodem k vysazení léčby.

## Jaké jsou cílové hodnoty krevního tlaku u starších osob?

Za cílový TK dle současných českých doporučení můžeme v obecné rovině považovat hodnotu pod 140/90 mm Hg stejně jako u mladších jedinců (6). V klinické praxi je však často obtížné těchto hodnot dosáhnout, zejména u izolované systolické hypertenze, a navíc všechny studie provedené speciálně u starších hypertoniků měly za cílový systolický TK hodnotu pod 150 mm Hg (např. SHEP, SYST-EUR, HYVET, EWPHE). Proto u nemocných, kteří špatně tolerují silnější léčbu a kteří nemají závažnou komorbiditu nutí ke striktní kontrole TK (stav po CMP, diabetes mellitus apod.), se často spokojíme s touto hodnotou, protože i méně výrazné snížení TK je prospěšné. Ve studii SPRINT u 2636 jedinců ve věku 75 let a více (8) se provádělo srovnání intenzivního a standardního snížení systolického TK u starších hypertoniků. Intenzivní léčba snížila výskyt kombinovaného kardiovaskulárního cíle o 34 % (absolutní rozdíl je o 46 příhod méně) a celkové mortality o 33 % (o 34 úmrtí méně); naproti tomu při intenzivní léčbě se častěji zhoršily renální funkce u jedinců s původně normálními ledvinovými funkcemi (o 24 případů více). Intenzivní snížení TK se tedy celkově ukázalo jako úspěšné, avšak z těchto výsledků je obtížné odvodit hodnotu TK, kterého máme léčbou dosáhnout, protože TK byl měřen méně obvyklým přístupem (automaticky bez přítomnosti zdravotníka v oddělené místnosti) (8). Lze se domnívat, že horní hranice pro intenzivní snížení systolického TK by se pohybovala kolem 130 mm Hg při měření klinického TK běžným způsobem. I v případě, že zvolíme tento přístup v klinické praxi, musíme respektovat výše uvedené obecné zásady, zejména opatrnou titraci dávek léků a sledování nežádoucích účinků, a pečlivě kontrolovat renální funkce (5).

## Co říkají nová evropská guidelines (4) o cílových hodnotách TK u starších pacientů?

U starších pacientů ve věku 65–80 roků je doporučováno snížení STK do pásma 130–139 mm Hg. U osob nad 80 let má být nově cílová hodnota systolického krevního tlaku v pásmu 130–139 oproti dříve doporučovanému rozmezí 140–150 mm Hg. Toto stanovisko vychází zejména ze studie SPRINT, jedná se však o sporný bod díky automatickému měření TK v této studii, kde jak známo, měřený TK bývá významně nižší oproti tomu klinickému použitému ve všech ostatních hlavních studiích. U nemocných ve vyšším věku bývá tolerance nižších hodnot TK horší. Nepochybně bez ohledu na

doporučení je nutné volit individuální přístup. Navíc je celá diskuze o přesných hodnotách cílového TK trochu akademická, neboť v současné době TK pod 140/90 mm Hg dosahuje jen necelá polovina osob.

## Jaké preferujeme léky u hypertoniků ve vyšším věku?

Z lékových skupin preferujeme dihydropyridinové BKK, diuretika (indapamid, chlortalidon, ev. hydrochlorothiazid) a ACE-inhibitory/AT1-blokátory. Betablokátory ve stáří mají nižší účinnost ve snížení TK a v prevenci cévních mozkových příhod (5), naproti tomu jsou prospěšné v sekundární prevenci ischemické choroby srdeční, při chronickém srdečním selhání či v případě vyšší TF nad 70/min. Jistě lze rovněž zvažovat alfa-blokátory u nemocných s hypertrofií prostaty.

## Úskalí léčby hypertenze starších osob

Léčba hypertenze u starších osob vede sice ke snížení KV rizika (zejména snížení rizika srdečního selhání a cévních mozkových příhod), může však přinášet problémy v případě křehkých („frail“) osob (9, 10). Antihypertenzní léčba u této skupiny může vést dokonce ke zvýšení morbidity a mortality ve srovnání s normotenzními osobami! (9, 10) V klinických studiích se sice „křehké“ starší osoby prakticky nevyskytují, avšak v klinické praxi je tomu právě naopak (10). Problémy interpretace výsledků léčby hypertenze starších osob jsou shrnuty v Tab. 1.

Potenciální rizika farmakologické léčby hypertenze starších osob jsou shrnuta v Tab. 2.

## Jak se vyhnout komplikacím při léčbě hypertenze starších osob?

Měli bychom zdůrazňovat význam nefarmakologické léčby – omezení přívodu soli, pravidelná fyzická aktivita, kontrola hmotnosti, abstinence nikotinu, omezení alkoholu. Při rozboru farmakologické anamnézy bychom měli doporučovat omezení užívání léků zvyšujících TK (nesteroidní antirevmatika, kortikoidy apod. V případě nutnosti farmakologické léčby – je vhodné používat nízké dávky antihypertenziv, zejména v případě mírné hypertenze/preference.

**Tab. 1.** Problémy interpretace výsledků léčby hypertenze v klinických studiích

Starší hypertonici nad 65 let zařazení do klinických studií – jsou často v dobrém klinickém stavu
Nemusí reprezentovat starší populaci, kterou představují mnohdy křehké, polymorbidní osoby
Komorbidity – CKD, DM, AS, SS, nádory, zhoršení hybnosti, ztráta autonomie atd. tvoří často kontraindikaci ke vstupu do studií
Použité zkratky: CKD – chronické onemocnění ledvin, DM – diabetes mellitus, AS – ateroskleróza, SS – srdeční selhání

**Tab. 2.** Rizika antihypertenzní léčby starších osob

Velké množství antihypertenzních léků – polyfarmacie – nonadherence
Nadměrná antihypertenzní léčba – zvýšené riziko hypotenze, ortostatické hypotenze (zejména diuretika, alfa-blokátory)
Riziko pádů se všemi důsledky – fraktury, krvácení atd.
Riziko ischemických CMP při nadměrném poklesu TK
Riziko akutního renálního selhání díky hypotenzi
Vyšší incidence nežádoucích účinků