

Arteriální hypertenze, multimorbidita a křehkost ve vyšším věku

Kardiovaskulární (KV) onemocnění jsou nejčastější skupinou onemocnění ve vyšším věku. Postihují 60–70 % starších osob a mají vysokou mortalitu (jsou na prvním místě v příčinách úmrtí seniorů), omezují významně funkční kapacitu a zhoršují kvalitu života. Se zvyšujícím se věkem narůstá nejen prevalence hypertenze, ale i její závažnost a rozvoj komplikací. Hypertenze se u starších nemocných nevyskytuje jako izolované onemocnění. S vyšším věkem narůstá i výskyt současně přítomných dalších onemocnění, multimorbidita (v geriatrii definovaná jako přítomnost 4 a více chronických systémových onemocnění současně). V populaci osob starších 70 let je multimorbidita velmi častá, v průměru jsou přítomny 3–4 choroby a setkáváme se s pokročilými fázemi kardiovaskulárních onemocnění a orgánovým selháním (1).

Podle rozsáhlé britské studie, která analyzovala výskyt 10 častých chronických onemocnění u 1,75 milionu osob v primární péči, byla u pacientů s arteriální hypertenzí přítomna současně ICHS u 52 %, u 57 % srdeční selhání, 61 % prodělalo cévní mozkovou příhodu nebo tranzitorní ischemickou ataku, 55 % mělo fibrilaci síní, 54 % mělo diabetes a 41 % současně trpělo demencí. Průměrný počet komorbidit u pacientů nad 65 s hypertenzí byl 3,6 (2).

V praxi to znamená, že u starších hyperteniků musíme kromě hypertenze léčit i další současně přítomné komorbidity a přihlížet k možným interakcím (kontraindikacím) lék – nemoc. Jde o nemocné s obvykle značnou polyfarmakoterapií, která zvyšuje riziko nežádoucích lékových interakcí a také nežádoucích událostí spojených s užíváním léků. Multimorbidita a vlastní stárnutí snižují celkovou robustnost organismu,

orgánové funkce a celkovou adaptační schopnost organismu, které se manifestují fenotypem křehkosti a postupně i disabilitou. Fyziologické změny v průběhu stárnutí i seniorská křehkost ovlivňují rozvoj hypertenze, vedou k významným změnám regulace krevního tlaku, ale i změnám v odpovědi na farmakologickou léčbu. Tyto změny jsou podrobněji popsány jinde (3). Obrázek 1 zachycuje faktory ovlivňující kontrolu krevního tlaku u starších nemocných se syndromem křehkosti. Proto antihypertenzní léčba u těchto seniorů může mít méně predikovatelný poměr rizika/přínosu a intenzitu léčby musíme pečlivě zvažovat (3).

Komorbidity, a to jak jednotlivě, tak při své vzájemné interakci, mohou vyvolávat nebo zhoršovat kardiovaskulární onemocnění včetně hypertenze, ale i maskovat jejich klinické projevy a negativně ovlivňovat adherenci pacienta k léčbě (4). Proto je velmi důležitá spolupráce praktického lékaře, internisty a kardiologa při stanovení cílů léčby a léčebného plánu a zohlednění přání a preferencí pacienta. To se týká nejen rozsahu a invazivity vyšetřovací postupů, ale i farmakologické léčby. Klinický farmaceut i geriatr se tak stávají součástí multidisciplinárního týmu zejména u „komplexně nemocných“ seniorů (angl. „complex elderly“) a s ohledem na přítomné komorbidity, ale i stupeň křehkosti a disability, úroveň kognitivních schopností, odhadované přežití nastavují vysoce individualizovanou farmakologickou léčbu.

U starších nemocných s vícečetnou nemocností mohou být důležitější zlepšení fyzických schopností, mobility a kvality života, omezení hospitalizací a možnost žít samostatně ve své domácnosti než například snižování mortality vycházející z doporučení národních nebo mezinárodních guidelines. Dosahování guidelineových cílových hodnot krevního tlaku může u některých nemocných kvalitu života i zhoršovat,

Obr. 1. Faktory ovlivňující kontrolu krevního tlaku a přínos antihypertenzní léčby u nemocných vysokého věku se syndromem křehkosti (3)

