

např. vést k nadměrné únavě, slabosti, závratím v důsledku ortostatické hypotenze a k pádům a úrazům (5).

Racionální farmakoterapie vychází z výsledků randomizovaných kontrolovaných studií (RCT). Bohužel senioři, a především senioři s další nemocností, užívající větší počet léků, křehčí, se zdravotním postižením nebo demencí, ale i z logistických důvodů designu studií nebyli a stále nejsou do RCT proporcionalně zařazováni. Tato skutečnost je významnou bariérou pro geriatrickou farmakoterapii založenou na vědeckých důkazech. Reálná účinnost a bezpečnost lékových postupů ve stáří, arteriální hypertenzi nevyjímaje, tak není podpořena spolehlivou evidencí zejména u seniorů s komplexní nemocností a syndromem křehkosti. Geriatrická farmakoterapie je proto někdy označována za „medicínu zkreslenou důkazy“ (anglicky „evidence – biased medicine“) (6). To platí i pro léčbu antihypertenziv, kdy u starších pacientů je RCT studií i observačních studií méně, jejich kvalita je nižší, a proto není vždy možné formulovat jednoznačná a dostatečnou silou důkazů podložená doporučení zejména pro nemocné v osmém a devátém věkovém decenniu.

Arteriální hypertenze jako modelový příklad složité farmakoterapie u starých a velmi starých nemocných

Arteriální hypertenze je typickým onemocněním vyššího věku, je asociována s dalšími KV chorobami a polyfarmakoterapií, která přes nepochybnitelný přínos představuje i významné farmakologické riziko. Na příkladu farmakoterapie hypertenze bychom chtěli dokumentovat složitost rozhodování a potřebu individualizovat antihypertenzní léčbu. Individuální přístup je třeba uplatňovat jak při zahajování léčby a výběru antihypertenziva, dávkování, dosahování cílových hodnot, tak při jejím udržování, ale i při rozhodování o nezahájení léčby antihypertenziv nebo o jejím ukončení, pokud odhadované individuální riziko přesáhne očekávaný benefit.

Komorbidity jsou zásadním kritériem pro určení stupně hypertenze a kardiovaskulárního rizika. Přítomnost chronického onemocnění ledvin (CKD) ve stadiu G3 nebo diabetu mellitu bez orgánového poškození posouvá v doporučeních Evropské společnosti pro hypertenzi a Evropské kardiologické společnosti (ESH/ESC) hypertenzi do 2. stadia hypertenze a většina z těchto pacientů má vysoké nebo velmi vysoké kardiovaskulární riziko. Hypertonicí s manifestním kardiovaskulárním onemocněním, CKD G4 nebo G5 nebo diabetem s orgánovým poškozením jsou řazeni do nejvyššího 3. stadia a všichni spadají do kategorie s velmi vysokým kardiovaskulárním rizikem (7). Právě pro vysoké kardiovaskulární riziko budou senioři nejvíce profitovat z antihypertenzní léčby, která snižuje výskyt kardiovaskulárních příhod, kardiovaskulární i celkové mortality.

V současném článku vycházíme z doporučení pro léčbu hypertenze u seniorů, která jsou zahrnuta v guidelines 2023 Evropské společnosti pro hypertenzi (8). Ta se věnují problematice a individualizaci léčby u seniorů mladšího (65–79 let) i staršího (80letých a starších) seniorského věku a vycházejí ze stratifikaci pacientů s ohledem KV a mortalitní rizika daná věkem, funkčním stavem (především soběstačnosti v sebeobslužných denních činnostech) a křehkostí.

Vzhledem k potenciálnímu riziku nežádoucích účinků antihypertenziv, které se zvyšuje u vysokověkých, křehkých a multimorbidních osob, je třeba v léčbě hypertenze u těchto zvýšeně rizikových skupin postupovat ve farmakoterapii uvážlivě, zvažovat délku přežití, a tedy čas k projevení se přínosu léčby (tzv. „time to benefit“). V současnosti je také stále více diskutována strategie depreskripce antihypertenziv především u osob ohrožených vyšším rizikem nežádoucích účinků, lékovými interakcemi a interakcemi lék-nemoc a u osob s nízkou compliance. V této souvislosti uvedeme v dalším textu příklady doporučení pro redukci potenciálně nevhodné a rizikové antihypertenzní medikace, vycházející z explicitních kritérií potenciálně nevhodných léčiv, např. FORTA, STOPP-START verze 3, STOPP-FRAIL a STOPP-FALL.

U starších pacientů zvyšuje arteriální hypertenze riziko nepříznivých kardiovaskulárních a renálních zdravotních důsledků, a to v celém seniorském věkovém rozmezí 65–95 a více let. S nepříznivou prognózou je více asociován zvýšený systolický krevní tlak (STK) než diastolický krevní tlak (DTK). Nejčastějším typem hypertenze ve stáří především v populaci starší 70 let je izolovaná systolická hypertenze (asi 60 % všech starších hypertoniců) s normálními nebo dokonce sníženými hodnotami diastolického krevního tlaku. Z klinického a farmakologického pohledu jsou v doporučeních ESH rozlišovány dvě skupiny seniorů: skupina seniorů 65–79 let, u které dochází sice k akceleraci vaskulárního stárnutí s prudkým nárůstem hodnot STK a mírnému poklesu DTK, ale většina lidí v tomto věku je dostatečně fyzicky zdatná pro zvládnání běžné sebeobsluhy a schopná vést nezávislý život. Druhou skupinou jsou senioři 80letí a starší, u nichž již je pravidlem multimorbidita, křehkost a pokles schopnosti sebezpečí. Ale i v této skupině si část seniorů zachovává dobré zdraví, kognitivní schopnosti a uspokojivou fyzickou výkonnost.

Doporučení ESH 2023 pro léčbu hypertenze u nemocných ve věku 65–79 let

V této věkové skupině je léčba antihypertenziv obvykle dobře tolerována a významně snižuje KV nemocnost, KV úmrtnost a celkovou úmrtnost. Při dobré toleranci léčby jsou jako cílové hodnoty doporučovány hodnoty 130–139/80–89 mm Hg. Dvě velké RCT studie u starších nemocných STEP a SPRINT však potvrzují další významný pokles incidence KV příhod, pokud je dosahováno ještě nižších hodnot STK v rozmezí 110–129 mm Hg. Na základě dostupné evidence doporučují guidelines ESH z roku 2023 jako úvodní cíl dosahovat hodnot STK 130–140 mm Hg a DTK pod 80 mm Hg, které poskytují KV protekci a jsou určitým kompromisem mezi maximálním KV benefitem a možnými NÚ léčby (8). Pokud je dosažení úvodního cíle dobře tolerováno bez známek orgánové hypoperfúze a nežádoucích účinků antihypertenziv, je možné zvážit další redukci k hodnotám 120–130 mm Hg STK zejména u nemocných s diabetem a renálním onemocněním.

U izolované systolické hypertenze potvrdila metaanalýza 5 RCT (SHEP, SHEP-pilot, Syst-China, Syst-Eur, VALISH) z roku 2023 zahrnující 15 636 nemocných ve věku 70–84 let (průměrný věk 71,5 let, doba léčby 3,1 roku), že snížení STK z průměrných hodnot 171,3 na 145,2 mm Hg vedlo k 30% poklesu výskytu závažných KV příhod a 24% snížení kardiovaskulární mortality v porovnání s placebovou skupinou (9). Proto jsou u izolované systolické hypertenze doporučení pro cílové hodnoty