

méně striktní než u systolicko-diastolické hypertenze, tj. dosáhnout snížení STK pod 160 mm Hg, v ideálním případě dosahovat hodnot STK mezi 130–139 mm Hg, i když pro tyto nižší hodnoty není dostatečná evidence. Předpokladem však je, že nedojde k poklesu DTK pod bezpečné hodnoty 70–80 mm Hg (8).

Při volbě iniciální terapie postupujeme opatrně a u hypertenze st. 1 zahajujeme léčbu monoterapií, u vyšších stadií 2 a 3 obvykle již dvojkombinací antihypertenziv. Obecně zahajujeme léčbu nízkými dávkami. Krevní tlak snižujeme pomalu a dávky, je-li třeba, jen pomalu up-titrujeme (geriatrické pravidlo „start low, go slow“). Pokud se objeví NÚ antihypertenziv, je snaha vyhnout se jim i za cenu nedosažení cílových hodnot a tím i menší redukce KV rizika. U seniorů s vyšším stupněm křehkosti a nesoběstačnosti, ve fázi orgánových selhání a v paliativním režimu již nastavenou léčbu de-intenzifikujeme nebo vůbec nezahajujeme (3). U již léčených můžeme využít kritéria STOPP-FRAIL potenciálně nevhodné medikace u seniorů se závažnou křehkostí, závislých na péči druhé osoby v sebeobluze a odhadovaným přežitím méně než 12 měsíců (10, 11). Pro léčbu antihypertenziv doporučují STOPP-FRAIL opatrnou redukci dávek antihypertenziv nebo jejich vysazení u pacientů se setrvalě nízkým systolickým krevním tlakem pod doporučenou cílovou hodnotou (u křehkých seniorů je 130–160 mm Hg). Před vysazením zkontrolujte, zda není lék podáván pro jinou indikaci (např. betablokátor u fibrilace síní, diuretika u srdečního selhání).

Antihypertenzní léčba ve stáří je vysoce individualizovaná, přihlížíme nejen k věku, pohlaví, ale zejména komorbiditám a přítomnosti poškození cílových orgánů. Podrobně je výběr antihypertenziv, četnost kontrolních vyšetření a přínos fixních lékových kombinací u seniorů popsán Filipovským 2024 (12). Pro výběr antihypertenziv u nemocných s konkrétními komorbiditami (ICHS, fibrilace síní, st.p. IM, st.p. CMP, ICHDK, diabetes, postižení ledvin, asymptomatická ateroskleróza) se řídíme doporučeními pro střední věk vycházející z velkých RCT (13). U většiny kardiovaskulárních i metabolických komorbidit byl prokázán pozitivní efekt inhibitorů systému renin-angiotenzin (RAS) – ACE-inhibitorů a sartanů. Pro ACE-I jsou dostupné jednoznačné výsledky RCT (snížení KV příhod). U sartanů RCT chybějí, ve srovnávacích studiích s ACE-I však měly srovnatelný efekt. Jsou proto základem farmakoterapie hypertenze u starších nemocných. Pokud zahajujeme léčbu dvojkombinací, kombinujeme RAA nejčastěji s blokátory kalciových kanálů, případně s dalšími skupinami dle přítomnosti přidružených komorbidit. Současné použití ACE-inhibitoru a sartanu se nedoporučuje, neboť nevede ke snížení výskytu kardiovaskulárních příhod a úmrtí, ale naopak k častějšímu výskytu nežádoucích účinků (hypotenze, průjem, renální insuficience). V případě léčby hypertenze u pacienta s ischemickou chorobou srdeční je v prvním kroku léčby indikována kombinace ACE-inhibitoru nebo sartanu s betablokátořem nebo blokátorem kalciových kanálů. U pacientů s hypertenzí a chronickým onemocněním ledvin je již v prvním kroku léčby možné v kombinaci použít thiazidová/thiazid-like diuretika. Dřívější paradigma nepodávat tato diuretika u významnějšího poklesu GF pod 30 ml/min vyvrátila studie CLICK. Sledovala pacienty průměrného věku 66 let (SD ± 10) s průměrnou GF 23 ml/min/1,75 m² (CKD stadia G4), kteří užívali v průměru 3,4 antihypertenziva a 60 % bylo léčeno kličkovým diuretikem. Léčba chlortalidonem

po vysazení kličkového diuretika snížila krevní tlak a také albuminurii ve srovnání s placebem (13). V našich podmínkách se u pacientů s pokročilou CKD osvědčilo zahájení léčby indapamidem, který je možno v případě potřeby kombinovat i s kličkovým diuretikem. V případě hypertenze a srdečního selhání s redukovanou ejekční frakcí HFrEF je v prvním kroku léčby indikována trojkombinace betablokátoru, diuretika (thiazidového, u pacientů s retencí tekutin a edémy kličkového) a ACE-inhibitoru nebo sartanu (nebo jejich alternativy – ARNI). U všech léčených monitorujeme účinnost léčby nejlépe domácím měřením krevního tlaku. Doporučuje se provádět systematický screening ortostatické hypotenze, a to i při chybění symptomů (14).

Doporučení EHS 2023 pro léčbu hypertenze u nemocných 80letých a starších

Až doposud máme evidenci pro efekt antihypertenzní léčby u hypertoniků starších 80 let pouze v jedné studii – HYVET (HYpertension in the Very Elderly Trial). Studie prokázala, že u hypertoniků (prům. věk 83 let) vede léčba (indapamid popřípadě s přidáním perindoprilu) s dosažením TK 150/80 mm Hg a méně ke 23% snížení relativního rizika KV příhody, 30% snížení rizika CMP a 64% snížení rizika srdečního selhání během dvouletého sledování v porovnání s placebem a je tedy jednoznačně prospěšná (15). Křehkost pacientů zařazených do studie HYVET měřená pomocí frailty indexu (FI) byla sama silným prediktorem zvýšeného výskytu cévních mozkových příhod, celkové úmrtnosti a kardiovaskulárních příhod. Z aktivní léčby hypertenze profitovali všichni pacienti bez ohledu na FI, s rostoucím FI byl pozorován dokonce silnější protektivní vliv antihypertenzní léčby na výskyt CMP, kardiovaskulárních příhod a celkovou úmrtnost (16). Nutné je však uvést, že průměrné hodnoty FI se pohybovaly mezi 0,1–0,2, což odpovídá seniorům ve skupině 2–3 v Klinické škále křehkosti ještě zcela soběstačným. (Pacienti s klinicky významnou křehkostí středního stupně dosahují FI 0,3–0,4; nemocní institucionalizovaní pak 0,5 a více). Nemocní s omezenou mobilitou, dementní a s dalšími komorbiditami nebyli do studie HYVET zařazeni. Příznivý efekt léčby potvrdila i studie SPRINT (N = 2636, průměrný věk 79,9 let) porovnávající intenzivní snížení krevního tlaku (STK <120 mm Hg) se standardní léčbou (STK <140 mm Hg) (17). Subanalýza výsledků nemocných starších 75 let ukázala, že přísná kontrola TK je prospěšná, protože významně snížila výskyt primárního kombinovaného kardiovaskulárního cíle, srdečního selhání i celkové mortality, a to i u seniorů křehkých. Je však třeba zohlednit, že pro měření krevního tlaku bylo použito automatické měření, a proto lze předpokládat, že měřené hodnoty v obou ramenech by byly o 5–15 mm Hg vyšší, pokud by byly měřeny v ambulanci klasickým měřením. Ani v této studii nebyli zařazeni nemocní se srdečním selháním, diabetem, posturální hypotenzí a demencí. Křehkost byla definována jako FI > 0,21, tedy klinicky mírná křehkost. Přes příznivý efekt intenzivního snížení TK měli křehcí nemocní o 20 % vyšší výskyt nežádoucích účinků léčby – hypotenze, synkop, bradykardie, elektrolytových poruch, pádů s poraněním a akutního zhoršení renálních funkcí (AKI). Hyponatrémie (Na < 130 mmol/l) byla 1,5× častější ve skupině intenzivní léčby.

Na základě této evidence doporučují Guidelines ESH 2023 (8) zahajovat antihypertenzní léčbu i u velmi starých hypertoniků, pokud