

jsou na svůj věk fit nebo jen s mírnou křehkostí a dle možností doplnit nefarmakologickými behaviorálními opatřeními (mírné navýšení fyzické aktivity dle tolerance, podpora adherence).

Pro hyperteniky v 9. decenniu a také pro pacienty se závažnějším stupněm křehkosti a disabilitou s omezenou soběstačností a omezenou mobilitou nejsou dostupné žádné vědecké evidence o bezpečnosti a účinnosti léčby. Některé observační studie však naznačují, že u seniorů s vyšším stupněm křehkosti vede léčba/snižování STK pod hodnoty 130 mm Hg k vyšší morbiditě i mortalitě, pádům a úrazům a k akcelerovanému poklesu kognitivních schopností (18–22). Bohužel tak stále nemáme dostatek vědecky podložených informací, při jakých hodnotách TK máme zahajovat léčbu a jakých cílových hodnot dosahovat u nemocných v osmé a deváté dekádě a zda a jak se mají cílové hodnoty lišit pro zdatné nebo závislé seniory v této věkové skupině. Přes naše zatím omezené znalosti doporučuje EHS u pacientů nad 80 let posuzovat funkční schopnosti a stupeň křehkosti včetně zhodnocení kognitivních funkcí jako nedílnou součást diagnostického algoritmu vyšetření u hypertenze a východisko pro léčebnou rozvahu.

Hodnocení funkčního stavu seniora pro individualizovanou/personalizovanou léčbu hypertenze




Guidelines ESH 2023 (8) doporučují využívat u seniorů nad 80 let pro posuzování funkčního stavu metodu modifikovaného funkčního geriatrického hodnocení (v angličtině Comprehensive Geriatric Assessment). To zahrnuje posouzení sebeobsluhy v základních denních

činnostech ADL, kognitivních funkcí (test MMSE, Mini-Mental State Examination), mobility (chůze, rovnováha, test SPPB, Short Physical Performance Battery) a křehkosti (Clinical Frailty Scale). Podle výsledků jsou pacienti stratifikováni do 3 skupin: skupina 1 – robustní, fit senioři, skupina 2 s omezením a mírnou křehkostí a skupina 3 závažně křehkých s disabilitou a závislých na péči, popřípadě imobilních nebo se závažnou demencí. Pro jednotlivé skupiny jsou obecná doporučení pro léčbu upravena a jsou uvedena v tabulce 1 (23). Hodnocení stavu se doporučuje opakovat jedenkrát ročně k monitorování vývoje disability. Pro fit seniory jsou cíle léčby shodné s doporučením pro věkovou kategorii 65–79 let, s narůstající disabilitou pak zvažujeme více konzervativní postup léčby. U skupiny 2 a 3 zvažujeme i depreskpci antihypertenziv (viz dále), eventuelně i zhodnocení dalších oblastí funkčního hodnocení (přítomnost deprese, nutriční stav)

Síla doporučení a úroveň důkazů pro zahájení léčby hypertenze a dosahování cílových hodnot u starších nemocných podle doporučení Evropské společnosti pro hypertenzi, 2023

Guidelines ESH pro léčbu hypertenze a izolované systolické hypertenze u seniorů podle věkových skupin jsou shrnuty v tabulce 2, která u každého doporučení uvádí také sílu důkazu a úroveň evidence (8). Je zřejmé, že robustnější údaje a tím i odborná vědecká evidence je dostupná u mladší skupiny seniorů mezi 65–79 lety. I když například silné doporučení pro zahájení léčby kombinací antihypertenziv není podloženo žádnou randomizovanou kontrolovanou studií. U seniorů

Tab. 1. Modifikované strategie antihypertenzní léčby u pacientů 80letých a starších s ohledem na funkční stav a soběstačnost (upraveno podle 23)

	Skupina 1 Fit 	Skupina 2 Omezená zdatnost, mírně snížená soběstačnost 	Skupina 3 Plná závislost na péči 
Funkční posouzení	ADL samostatně \geq 5/6 aktivit nepřítomnost klinicky významné kognitivní poruchy (MMSE \geq 20/30 bodů) schopen samostatné chůze	Profil mezi skupinou 1 a 3 pomalý, ale stále nezávislý ve většině ADL	ADL samostatně \leq 2/6 aktivit nebo těžká demence (MMSE \leq 10/30 b) nebo chronicky imobilní nebo paliativní péče
Léčebné strategie	Zahajte léčbu při STK \geq 160 mm Hg Zvažte zahájení léčby u hodnot STK 140–159 mm Hg Zvažte zahájení léčby monoterapií	Zahajte léčbu při STK \geq 160 mm Hg Zvažte zahájení léčby při STK 140–159 mm Hg	Stanovte priority léčby s ohledem na komorbiditu a polyfarmakoterapii Individuálně posuďte zahájení léčby a její přínosnost Zvažte léčbu při STK \geq 160 mm Hg
Cílové hodnoty	Cílová hodnota STK 140–150 mm Hg Zvažte pokles na STK 130–139 mm Hg, pokud je dobrá tolerance léčby DTK udržte nad 70 mm Hg	STK měřený v ordinaci snižte na 140–150 mm Hg Zvažte snížení na STK 130–139 mm Hg při dobré toleranci, opatrně, pokud je DTK v ordinaci pod 70 mm Hg Zvažte zahájení léčby monoterapií a jen velmi pomalu titrujte Zvažte redukcí dávky při STK v ordinaci $<$ 120 mm Hg nebo při ortostatické hypotenzi Vyšetřete podrobně další funkční oblasti (mobilita, rovnováha, svalová síla, stav nutriční a přítomnost deprese) pro rozhodnutí o intenzitě léčby	Cílová hodnota STK 140–150 mm Hg Redukujte léčbu, pokud je STK $<$ 120 mm Hg a u pacientů s ortostatickou hypotenzí upravte klinické i lékové příčiny poklesu STK

ADL – aktivity denního života; MMSE – Mini Mental State Exam