Tab. 2. *Doporučení pro léčbu hypertenze a izolované systolické hypertenze u seniorů ve věkové skupině 65–79 a více než 80 let (Guidelines ESH) (8)*

Doporučení a stanoviska	CoR	LoE
Pacienti ve věku 65 až 79 let		
Doporučená hranice krevního tlaku pro zahájení léčby je 140/90 mm Hg.	I	A
Primárním cílem léčby je snížení TK pod 140/80 mm Hg.	I	A
Lze zvážit snížení krevního tlaku pod 130/80 mm Hg, pokud je léčba dobře tolerována.	I	B
Pacienti ve věku 65 až 79 let s ISH (izolovaná systolická hypertenze)		
Primárním cílem léčby je snížení systolického krevního tlaku v rozmezí 140 až 150 mm Hg.	I	A
Nicméně snížení systolického krevního tlaku v rozmezí 130 až 139 mm Hg lze zvážit, pokud je dobře tolerováno, byť opatrně, pokud je diastolický tlak již pod 70 mm Hg.	I	B
V RCT (randomizovaných kontrolovaných studiích) prováděných u starších pacientů s ISH byly převážně používány CCB (blokátory kalciových kanálů) a thiazidy/thiazidům podobná diuretika. Mohou být použity všechny hlavní třídy antihypertenziv vzhledem k přítomnosti indikací u přidružených onemocnění a potřebě kombinované léčby k dosažení cílových hodnot STK.	I	A
Zahájení léčby kombinací dvou léků se také doporučuje ve většině případů starších pacientů s ISH, pokud nejsou křehcí.	I	C
Pacienti ≥ 80 let		
Doporučená hranice systolického krevního tlaku měřená v ordinaci pro zahájení léčby je 160 mm Hg.	I	B
Může být zvážena nižší hranice systolického krevního tlaku v rozmezí 140 až 159 mm Hg.	II	C
Systolický krevní tlak měřený v ordinaci by měl být snížen na rozmezí 140 až 150 mm Hg.	I	A
Snížení systolického krevního tlaku v rozmezí 130 až 139 mm Hg lze zvážit, pokud je dobře tolerováno, byť opatrně, pokud je diastolický tlak již pod 70 mm Hg.	II	B
Další doporučení		
U křehkých pacientů by mělo být zahájení farmakoterapie a cílový krevní tlak pro systolický a diastolický tlak individualizovány.	I	C
Zahájení monoterapií by mělo být zváženo u pacientů s křehkostí a/nebo pokročilým věkem.	I	C
Nezaměřujte se aktivně na cílový systolický tlak měřený v ordinaci pod 120 mm Hg nebo diastolický tlak pod 70 mm Hg během léčby.	III	C
Nicméně u pacientů s nízkým diastolickým tlakem měřeným v ordinaci, tj. pod 70 mm Hg, by měl být systolický tlak stále snížen, byť opatrně, pokud je systolický tlak nad cílovými hodnotami.	II	C
Snížení léčby lze zvážit u pacientů ve věku 80 let nebo starších s nízkým systolickým tlakem (<120 mmHg) nebo za přítomnosti těžké ortostatické hypotenze nebo vysoké úrovně křehkosti.	II	C
Ukončení léčby snižující krevní tlak na základě věku, i když pacienti dosáhnou věku ≥ 80 let, se nedoporučuje, pokud je léčba dobře tolerována.	III	B
U starších pacientů by léčba měla začínat nižšími dávkami a navyšování by mělo být pomalejší.	II	C
Hledání ortostatické hypotenze u starších pacientů by mělo být systematické, i při absenci symptomů. Opatrná titrace k nižším dávkám nebo přerušení léčby snižující krevní tlak by měly být zváženy u pacientů s ortostatickou hypotenzí.	I	C
U starších pacientů s hypertenzí by mělo být vždy provedeno posouzení funkčního stavu/soběstačnosti včetně kognitivních funkcí.	I	C
U pacientů se sníženým funkčním stavem / nesoběstačností a/nebo léčenou demencí by měla být léčba antihypertenzivy individualizována.	I	C

CoR (Class of Recommendation) síla doporučení; LoE (Level of Evidence) úroveň důkazu

starších 80 let jsou doporučení dle současných požadavků nedostatečně podložená s nižší vědeckou evidencí. Slabá doporučení jsou především pro výraznější snižování tlaku a kombinační léčbu i pro postupy u seniorů s vyšším stupněm křehkosti.

V klinické praxi je důležitá otázka, zda a jak dlouho v osmém a devátém decenniu pokračovat v chronické antihypertenzní léčbě. Ve studii HYVET byly asi 2/3 ze zařazených 3 845 pacientů v době randomizace již léčených antihypertenzivy. V placebové větvi byla proto v době randomizace antihypertenzní léčba vysazena a podobně tomu bylo i ve studii SPRINT. Jednoznačně lepší prognózu měli nemocní s aktivně léčenou hypertenzí, zatímco v placebové větvi došlo k nárůstu KV událostí, disproporčně zejména srdečního selhání. Proto současné guidelines doporučují léčbu antihypertenzivy nevysazovat ani u osmdesátníků, pokud není přítomna ortostatická hypotenze nebo STK neklesá pod 120 mm Hg, nebo se nejedná o pacienty vysoce křehké, nesoběstačné s limitovaným přežitím.

Strategie pro depreskripci antihypertenziv

Při iniciaci léčby hypertenze i v průběhu chronické léčby je třeba s pacienty hovořit o tom, co od léčby očekávají. Pokud je zájmem starších či multimorbidních pacientů co nejvíce snížit riziko potenciálně invalidizující příhody (např. CMP) a zůstat v pozdním věku nezávislí, přistupujeme k léčbě antihypertenzivy i dalšími léky aktivně. Naopak pokud mají nemocní již významně omezenou životní prognózu, ve vymezeném čase preferují co nejlepší kvalitu života a terapie by mohla kvalitu života snižovat (při horší toleranci léků, při symptomech navozenými léky, při nejisté adherenci), postupujeme konzervativně a léčbu zpravidla redukujeme.

Přes nezpochybnitelný přínos antihypertenzní léčby ve vyšším věku je potřeba upozornit pacienty i na zvýšené riziko (nežádoucí účinky) této léčby především u velmi starých nebo křehkých osob. Například zcela recentní studie u více než 29 648 rezidentů ošetřovatelských zařízení v USA potvrdila téměř dvojnásobné riziko závažných pádů vyžadujících hospitalizaci nebo ošetření na urgentním příjmu (HR = 1,80; 95% CI, 1,53–2,13) a synkop (HR = 1,69; 95% CI, 1,30–2,19) v období do 30 dnů po zahájení léčby antihypertenzivy. (24) Také léčba diuretiky a NÚ s léčbou spojené jsou jedním z častých důvodů hospitalizace u křehkých seniorů. V praxi je při léčbě diureticky z indikace hypertenze třeba opatrnosti a zahájení nižšími dávkami než ve středním věku (např. indapamid 0,625 mg denně). Nižší dávky obvykle již mají dobrý antihypertentní efekt a nižší výskyt NÚL. Vyšší dávky diuretik mohou vést k dehydrataci se sníženým perfuzním tlakem a zhoršovat tak renální funkce, poten-