

covat ortostatický pokles TK a koronární a cerebrální perfuzi. Na toto nebezpečí je třeba léčeného seniora upozornit a edukovat o významu tekutinové rovnováhy i o situacích, kdy mohou být rizika diuretické léčby zvýšená (horečka, horké počasí, průjem).

Sheppard a kol. sledovali výskyt závažných nežádoucích polékových událostí v retrospektivní kohortové studii zahrnující údaje z elektronické databáze u 484 187 nemocných v primární péči bez předchozí antihypertenzní léčby, u nichž byla antihypertenziva nově nasazena. Průměrná délka sledování byla 7,1 roku. Léčba zvyšovala riziko hospitalizací nebo úmrtí v důsledku pádů (adjusted hazard ratio [aHR] 1,23, 95% CI 1,21–1,26), hypotenze (aHR 1,32, 95% CI 1,29–1,35), synkopy (aHR 1,20, 95% CI 1,17–1,22), akutního poškození ledvin (aHR 1,44, 95% CI 1,41–1,47), elektrolytových poruch (aHR 1,45, 95% CI 1,43–1,48) a dny (aHR 1,35, 95% CI 1,32–1,37). Přestože absolutní riziko závažných NÚ léčby bylo velmi nízké (6 pádů na 10 000 pacientoroků), věk nad 80 let a závažná křehkost zvyšovaly riziko NÚ (61, respektive 84 smrtelných pádů na 10 000 pacientoroků) (25).

Přínos a riziko antihypertenzní léčby ve vztahu k věku léčených s ohledem na vědecké důkazy roku 2024 zachycuje obrázek 2 (26). Je patrný přínos léčby (prevence kardiovaskulárních událostí), ve všech věkových skupinách, nejvyšší redukce KV příhod je u nejvyšších věkových skupin. Riziko závažných pádů s věkem též stoupá, především ve skupině nad 80 let. Poměr benefit/risk se obrací a ve věkové skupině nad 85 let již je celkové riziko vyšší než očekávaný benefit.

Pokud zvažujeme nezačínání léčby, její snížení nebo ukončení léčby antihypertenzivy (depreskripce), máme jen omezenou oporu v dostatečně robustních klinických studiích. Kompletní náhlé vysazení antihypertenziv při NÚL nebo z jiných důvodů je ve středním věku spojeno s více nebo méně rychlým návratem hodnot krevního tlaku na úroveň před zahájením léčby (27). To vede k opětovnému zvýšení kardiovaskulárního rizika (28–29). Některé studie však nepotvrdily zvýšení TK až u čtvrtiny pacientů, u kterých byla antihypertenziva vysazena (27), takže závěry nejsou jednoznačné. Další rizika náhlého vysazení (withdrawal adverse events, nežádoucí účinky z vysazení) jednotlivých skupin antihypertenziv jsou souhrnně uvedena v tabulce 3.

Přes výše uvedená rizika uvádí National Institute for Health and Care Excellence (NICE) ve svých doporučeních „Guideline on clinical- and cost-effectiveness of stopping anti-hypertensive drugs“, že depreskripce antihypertenziv může být přínosná a redukovat polyfarmakoterapii i nežádoucí účinky léčby a zlepšovat kvalitu života zejména u nemocných s nízkým KV rizikem (tj. u pacientů s dlouhodobě uspokojivě léčenou hypertenzí s nízkým kardiovaskulárním rizikem/bez KV onemocnění) (30). Cochrane systematický přehled 6 RCT u pacientů starších 50 let publikovaný v roce 2020 nepotvrdil zvýšení celkové mortality ani výskyt infarktu myokardu po vysazení antihypertenziv oproti osobám nadále léčeným (31). Bohužel úroveň evidence byla nízká a studie většinou s nízkou kvalitou a malým počtem pacientů. K podobným závěrům došli

**Obr. 2.** Mění se přínos a riziko antihypertenzní léčby podle věku (26)

