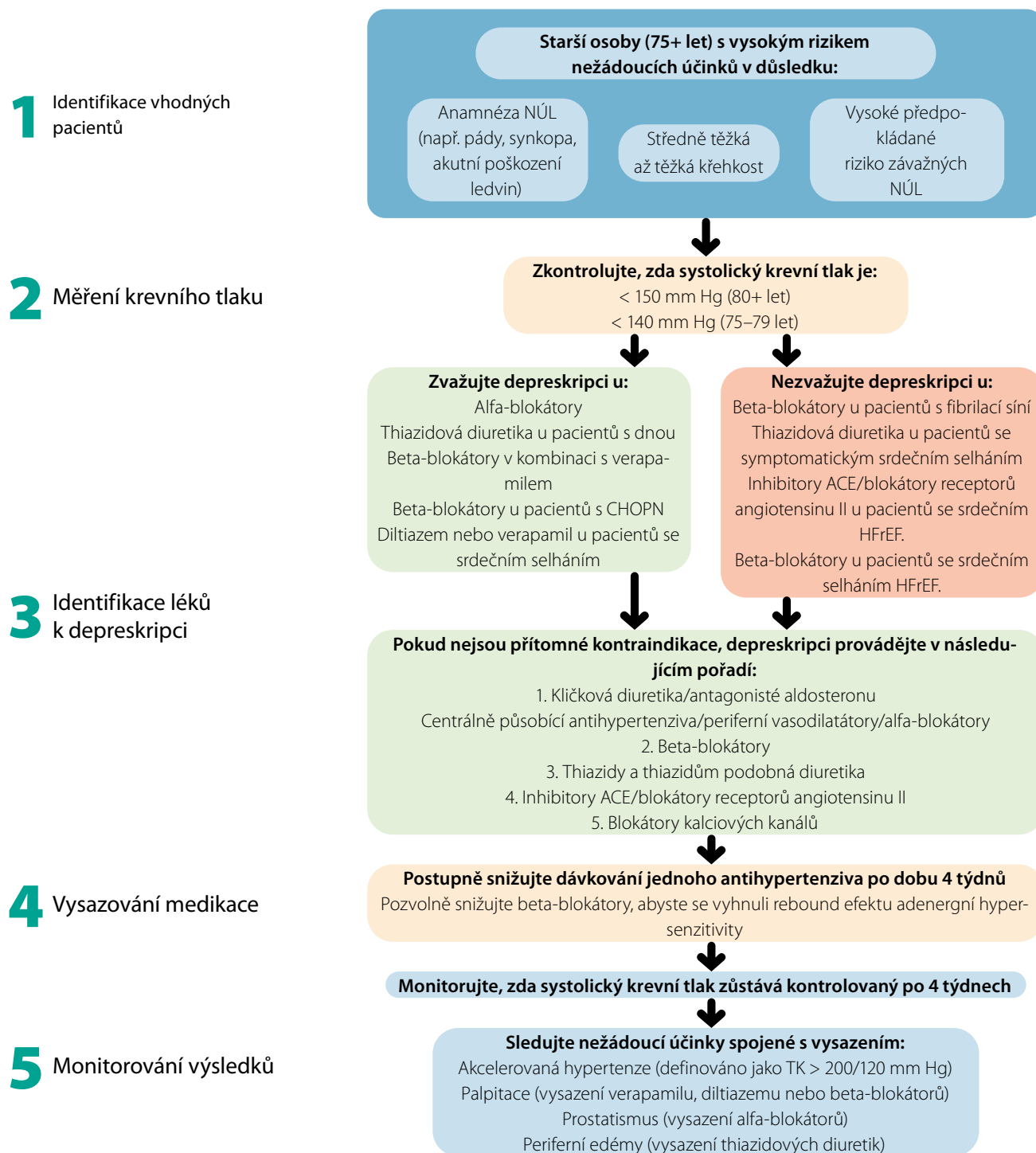


Obr. 3. Postup při zvažování depreskripce antihypertenziv (podle 26)

jeme klíčková diuretika (pokud je podáván ve vyšších dávkách, tj. > 40 mg furosemidu denně) pro riziko retence tekutin při náhlém vysazení. Opatrně vysazujeme i vyšší dávky antihypertenziv (týká se např. amlodipinu 20 mg, enalaprilu 40 mg a vyšších dávek sartanů). Doporučeno je monitorování STK, obvykle po 4 týdnech od vysazení/snížení dávky ověříme, že se hodnoty nezvyšují nad doporučenou cílovou hodnotu. Pokud je kontrola TK po vysazení nedostatečná, je možné navrátit medikaci, dle možností v nižší dávce. Klinické dilema při realizaci depreskripce dobře reflektuje i klinické doporučení z roku 2023, které podrobně rozebírá postup léčby hypertenze dvěma ve stáří rizikovými skupinami antihypertenziv – centrálně působícími

antihypertenzivy a alfa-blokátory u pacientů s pády a navrhuje algoritmus pro terapeutickou rozvahu a jejich depreskripci.

Závěr

Farmakologická léčba hypertenze u velmi starých a křehkých seniorů přináší řadu úskalí. Jde především o měnící se poměr přínos/riziko léčby, kdy i přes signifikantní účinnost se snížením CMP a dalších kardiovaskulárních příhod narůstá s věkem a křehkostí riziko léčby – tedy nežádoucích účinků antihypertenziv. Proto u starých hypertoniků provádíme širší diagnostiku hypertenze doplněnou o funkční zhodnocení