

hypertenzní terapie a je potřeba se rozhodovat individuálně na základě komorbidit a klinického stavu. U pacientů nad 85 let je doporučeno zvážit zahájení terapie až v kategorii hypertenze (140/90 mm Hg) pokud jsou křehcí, mají ortostatickou hypotenzi anebo předpokládané dožití méně než 3 roky. Pokud je medikace již nasazena dříve (pravděpodobně naprostá většina případů), pak je doporučeno pokračovat za pravidelné kontroly tolerance. Terapie by měla být tvořena RAAS blokátory anebo dlouhodobě působícími dihydropyridinovými Ca blokátory, eventuálně nízkou dávkou diuretika. Betablokátory jsou méně vhodné. Dále je v doporučení zdůrazněna potřeba kontrolovat přítomnost dalších léků s potenciálem redukce krevního tlaku, jako jsou například sedativa nebo alfablokátory u hyperplazie prostaty.

ESH kategorizuje starší pacienty s věkem 80 let a více. Dále uvádí dělení podle míry autonomie a křehkosti, což ovlivňuje iniciační práh léčby a cílové hodnoty, viz tabulka 7. Doporučeno je provádět testování syndromu geriatrické křehkosti a deprese pomocí skórovacích systémů.

Těhotenství

U těhotných pacientek s gestační i preexistující hypertenzí je indikováno nasazení terapie při krevním tlaku nad 140/90 mm Hg, není vhodné čekat na efekt nefarmakologických opatření. Léky volby jsou methyldopa, dlouhodobě působící dihydropyridinové Ca blokátory a betablokátory – nejvíce dat je pro labetalol (v České republice omezeně dostupný), dále jsou za bezpečné považovány bisoprolol a metoprolol. Kontraindikovány jsou RAAS blokátory. Cílový krevní tlak je pod 140/90 mm Hg. Součástí doporučení je ale i zmínka, že diastolický tlak by neměl klesnout pod 80 mm Hg. Při krevním tlaku nad 160/110 mm Hg se jedná o hypertenzní urgenci a pacient by měl být hospitalizován.

Renální insuficience

Jednou z nejperspektivnějších a nejvíce zkoumaných lékových skupin jsou v posledních letech inhibitory sodíko-glukózoového kotransportéru 2 (SGLT2i). Podle ESC by u pacientů s hypertenzí a chronickou renální insuficiencí a odhadem glomerulární filtrace (estimated glomerular filtration rate, eGFR) > 20 ml/min/1,73 m² měly být součástí terapie. Vzhledem k renoprotektivnímu efektu by měla být u pacientů s hypertenzí a albuminurií zvažena terapie především blokátory RAAS.

Farmakoterapie by měla být zahájena už od 130/80 mm Hg k prevenci dalšího zhoršení renální funkce.

Renální denervace

Na rozdíl od posledních doporučených postupů se ESC rozhodla vrátit katérovou renální denervaci mezi léčebné postupy, které je možné zvážit. Podmínkou je provedení výkonu v centru, které má dostatečné zkušenosti s metodou, a u pacienta, který s výkonem souhlasí, má farmakorezistentní hypertenzi a byl uznán za vhodného multidisciplinárním týmem. Podobně doporučuje provádět renální denervaci i ESH. Zmiňuje navíc jako podmínku odhad glomerulární filtrace nad 40 ml/min/1,73 m² a jako možnou indikaci závažné nežádoucí účinky antihypertenziv. Také zdůrazňuje zkušenosti centra a sdílené rozhodnutí o podstoupení výkonu mezi pacientem a lékařem po objektivním a kompletním zhodnocení klinické situace.

Sekundární hypertenze

Součástí diagnostického postupu pacienta s nově zjištěnou (nebo rychle progredující) hypertenzí by měla být úvaha nad možností sekundární etiologie hypertenze. Ta se vyskytuje u přibližně 10 % hypertoniků (19). Různé etiologie mají odlišnou prevalenci na základě věku pacienta. ESC doporučuje zvážit screening sekundární hypertenze u pacientů mladších 40 let, kteří nejsou obézní. U mladých obézních by mělo dojít k vyloučení syndromu obstrukční spánkové apnoe (5). Vzhledem k vysoké prevalenci by u každého hypertonika měl být dle ESC zvážen základní screening primárního hyperaldosteronismu (PHA) pomocí poměru aldosteron/renin. Dle ESH je ale plošný screening všech hypertoniků na různé etiologie sekundární hypertenze nákladově neefektivní, při podezření by měli být pacienti odesláni do specializovaného centra. Názorem autorů článku je, že vzhledem k odhadované vysoké prevalenci primárního hyperaldosteronismu, by bylo racionální, aby screening byl prováděn specialisty i praktickými lékaři u pacientů s těžšími a rezistentními formami hypertenze a u pacientů s hypertenzí a hypokalemií. PHA je nejčastější etiologií sekundární hypertenze, obzvláště mezi 19 a 65 roky věku (6).

Závěr

Doporučené postupy jsou jednou z hlavních součástí snahy odborných společností o rozšíření léčebných postupů, které jsou neaktuálně-

Tab. 7. Práh nasazení a strategie léčby u osob nad 80 let věku podle ESH. Krevním tlakem je myšlen systolický, pokud není zmíněno jinak (6)

	Samostatní pacienti	Pomalejší, ale autonomní	Vysoce závislí na okolí
Zahájení léčby	1. Při > 160 mm Hg 2. Ke zvážení při 140–159 mm Hg	1. Při > 160 mm Hg 2. Ke zvážení při 140–159 mm Hg	1. Podle komorbidit a ostatní medikace 2. Ke zvážení při > 160 mm Hg
Cílový krevní tlak	1. 140–150 mm Hg 2. Ke zvážení 130–139 mm Hg při dobré toleranci 3. Opatrnost při diastole < 70 mm Hg	1. 140–150 mm Hg 2. Ke zvážení 130–139 mm Hg při dobré toleranci 3. Opatrnost při diastole < 70 mm Hg	1. 140–150 mm Hg
Postup	1. Ke zvážení zahájení léčby monoterapií	1. Ke zvážení zahájení léčby monoterapií 2. Opatrná up-titrace 3. Snížení léčby při < 120 mm Hg a při ortostatické hypotenzii 4. Zvážit vyšetření soběstačnosti a syndromu geriatrické křehkosti (např. MMSE)	1. Opatrné zahájení léčby 2. Snížení léčby při < 120 mm Hg a při ortostatické hypotenzii 3. Kontrolovat přítomnost dalších faktorů a medikace potenciálně snižující tlak

MMSE – mini mental state exam