Diagnostika hypertenze u žen a mužů

Měření TK se řídí u obou pohlaví aktuálně platnými odbornými doporučeními (1, 2). Stran pohlavních rozdílů může být u žen přítomno kolísání TK v průběhu menstruačního cyklu, zejm. zvýšení TK před menstruací z důvodu vyšší citlivosti k příjmu soli v důsledku sekrece progesteronu. Údaje z různých pozorování se liší a změny nejsou považovány za klinicky významné. Pokud je v diagnostice hypertenze podezření na sekundární hypertenzi, byla tato v souboru čítajícím přes 2 000 hypertoniků ve věku 18–40 let častěji diagnostikována u žen než u mužů (34,4 % oproti 24,3 %; p < 0,001). U žen byl častější výskyt primárního hyperaldosteronismu a renovaskulární příčiny (zejm. stenóza renální tepny při fibromuskulární dysplazii) a samozřejmě vliv užívání hormonální antikoncepce na zvýšení TK (15). Při měření TK v ordinaci mají ženy častěji hypertenzi bílého pláště, zatímco muži mají častěji maskovanou hypertenzi (16).

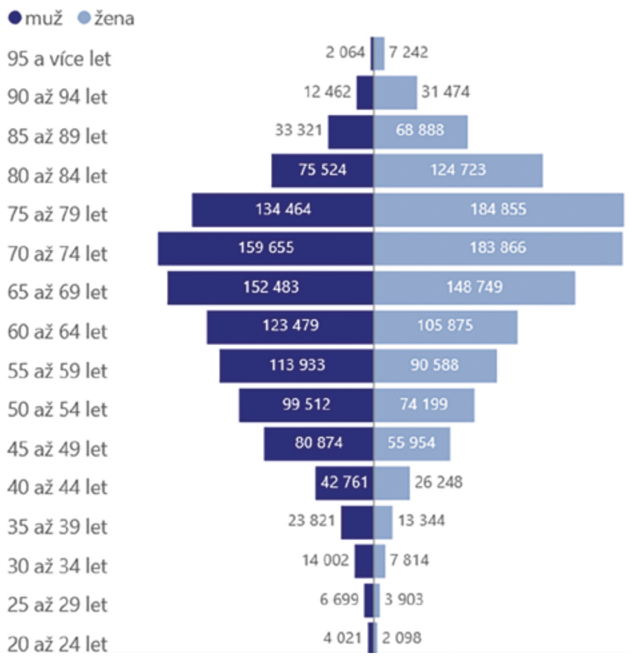
Léčba hypertenze u žen a mužů

Ženy stejně jako muži jsou ohroženy komplikacemi hypertenze a nedostatečná léčba hypertenze jim zkracuje život. Hlavním cílem léčby hypertenze u obou pohlaví je snížení KV morbidity a mortality. Z rozdílů v režimových opatřeních uvádějí odborná doporučení vhodnost náhrady části přijaté kuchyňské soli solemi se zvýšeným obsahem draslíku, a to zejména u žen (1, 2, 17). Příjem kuchyňské soli by měl být nižší než 5–6 g/den. I nízký příjem alkoholu zvyšoval riziko rozvoje hypertenze u mužů o 14 %, ale nikoliv u žen (18).

U obou pohlaví platí, že máme k dispozici pět tříd základních antihypertenziv. Hlavními lékovými skupinami s jednoznačnými důkazy o snížení incidence KV příhod úpravou TK jsou inhibitory ACE, sartany, dihydropyridinové blokátory kalciových kanálů, diuretika a betablokátory. U nekomplikovaného hypertonika začínáme kombinací blokátoru systém renin angiotenzin aldosteron (RAAS) s thiazidovým/thiazidům podobným diuretikem nebo blokátorem kalciového kanálu ideálně ve fixní kombinaci. Do trojkombinace patří pak třetí chybějící. Nejúčinnější lék čtvrté volby je spironolakton. Dle přítomnosti dalších komorbidit mohou být indikovány betablokátory, antagonisté imidazolinových receptorů, alfablokátory a další diuretika (1, 2). V případě, že žena plánuje těhotenství, je kontraindikováno podávání antihypertenziv ovlivňujících RAAS – tzn. inhibitorů ACE a sartanů, ale i blokátorů mineralokortikoidních receptorů (spironolakton, eplerenon), z důvodu fetotoxicity. Při jejich užívání musí být u žen v reprodukčním věku zavedena účinná antikoncepce. Ideálními antihypertenzivy pro ženy, které plánují těhotenství a pro těhotné, jsou blokátory kalciových kanálů (zejm. nifedipin s pozvolným uvolňováním), labetalol (alfa + betablokátor) a metyldopa (centrální alfa agonista). Diuretika kromě skupiny blokátorů mineralokortikoidních receptorů jsou doporučována u preexistující hypertenze, pokud byla podávána i před těhotenstvím. Kontraindikací užívání diuretik je preeklampsie. Doporučovaný labetalol není v Česku dostupný v p. o. formě. V těhotenství může být hypertenze léčena pouze některými zástupci skupiny betablokátorů - metoprololem a bisoprololem. U atenololu byla popsána fetotoxicita. Pokud hypertonička užívala blokátory RAAS a došlo k otěhotnění, je třeba je ihned vysadit. Většina stávajících doporučení pro léčbu hypertenze v těhotenství není podložena důkazy z velkých klinických studií, jedná se o názor expertů (1, 2, 19).

Ženy byly ve velkých randomizovaných klinických studiích zaměřených na hypertenzi zastoupeny asi v 44 %, ale ve většině studií nejsou

Obr. 1. *Prevalence hypertenze v ČR v r. 2023 dle věkových skupin (4)*



Tab. 1. *Shrnutí mezipohlavních rozdílů hypertenze*

	Muži	Ženy
Rozvoj hypertenze	od mladšího věku	méně v mladším věku, strmě stoupá po menopauze
Prevalence hypertenze v populaci ČR	48,9 %	51,1 %
Pravděpodobnost přechodu prehypertenze v hypertenzi	větší u žen	
Náchylnost k rozvoji orgánového poškození (mikro- i makrovaskulární)	větší u žen	
Pravděpodobnost sekundární hypertenze	častěji u žen	
Hypertenze bílého pláště	častěji u žen	
Maskovaná hypertenze	častěji u mužů	
Farmakoterapie hypertenze	všechny skupiny antihypertenziv	kontraindikace RAAS inhibitorů v těhotenství
Pravděpodobnost farmakoterapie	1,33× vyšší u žen než u mužů	
Přínos farmakoterapie hypertenze	identický	
Kontrola hypertenze v ČR	lepší u žen	
Nežádoucí účinky farmakoterapie	častěji u žen	