

Postřehy ze seminářů Lege Artis

PharmDr. Vladimír Végh
Edukafarm, Praha

Aktuální jarní série edukačních seminářů Lege Artis pořádaných ve spolupráci se společností Krka se věnovala mimo jiné aktuálnímu vydání nových doporučení pro léčbu hypertenze České společnosti pro hypertenzi.

Přednáška prof. MUDr. Jiřího Widimského jr., CSc. byla určena především odborníkům – kardiologům, ale její všeobecné části přinesly mnoho užitečného i praktickým lékařům a lékárníkům. Přednáška se zabývala novými českými doporučeními pro léčbu hypertenze, vydanými letos Českou společností pro hypertenzi na základě aktualizovaných „guidelines“ pracovního výboru European Society of Hypertension (ESH) a European Society of Cardiology (ESC) z roku 2007.

Úvodem byly zmíněny základní rozsahy hodnot pro klasifikaci naměřeného tlaku krve (TK). Za optimální se považují hodnoty STK < 120/DTK < 80 mm Hg, za normální se však ještě dají považovat hodnoty STK/DTK = 120–129/80–84 mm Hg. Za vysoký normální TK se považují hodnoty 130–139/85–89 mm Hg. Všechny vyšší hodnoty TK jsou už považovány za hypertenzi: 140–159/90–99 mm Hg mírná (stupeň 1), 160–179/100–109 mm Hg středně závažná (stupeň 2) a $\geq 180/\geq 110$ mm Hg závažná (stupeň 3). Důležitou diagnózou je též izolovaná systolická hypertenze, o které uvažujeme při naměřených hodnotách STK/DTK $\geq 140/< 90$ mm Hg.

Pokud hodnoty STK a DTK spadají do různých kategorií, je třeba pacienta zařadit do vyšší kategorie.

Za zlatý standard při měření TK je stále považován rtuťový tonometr, důležitá je ovšem správná volba manžety: obvyklá šíře 12 cm pro obvod paže do 33 cm, 15 cm pro obvod paže 33–41 cm a 18 cm pro obvod paže nad 41 cm. TK by se měl měřit vsedě třikrát, přičemž se bere průměr ze druhého a třetího měření. Semiautomatické digitální tlakoměry jsou vhodné pro domácí měření, avšak jen s manžetou na paži, zápěstní tlakoměry se nedoporučují.

Odhad rizika fatálních kardiovaskulárních příhod se provádí pomocí tabulky SCORE, která byla vytvořena na základě rozsáhlých kohortových studií pro konkrétní populace a bere v úvahu věk, po-

hlaví, kouření, systolický TK, celkový cholesterol nebo poměr celkový cholesterol/HDL-cholesterol. Odhadnuté riziko má být dále vynásobeno dvěma pro muže s diabetes mellitus (DM) a čtyřmi pro ženy s DM. Nově je v doporučeních zdůrazněn význam proteinurie jako nezávislého prognostického rizikového faktoru.

Zahájení farmakologické léčby by mělo probíhat podle aktuálního stavu pacienta:

- TK $\geq 180/110$ mm Hg – léčbu zahájit ihned.
- TK 150–179/95–109 mm Hg opakovaně – léčbu zahájit do jednoho měsíce, při subklinickém orgánovém poškození (SOP), manifestním kardiovaskulárním či renálním onemocnění, DM, odhadu SCORE $> 5\%$ – ihned.
- TK 140–149/90–94 mm Hg opakovaně – léčbu zahájit do 1 měsíce při odhadu SCORE $\geq 5\%$, DM nebo metabolickém syndromu, přítomnosti SOP, kardiovaskulárního nebo renálního onemocnění. V ostatních situacích lze s farmakoterapií vyčkat po dobu 3 měsíců a v případě přetrvávajícího TK $> 140/90$ mm Hg nasadit farmakologickou léčbu.
- TK 130–139/85–89 mm Hg opakovaně – zahájit léčbu do 1 měsíce v případě DM, přítomnosti SOP, manifestního kardiovaskulárního nebo renálního onemocnění.

Cílem léčby má být maximální snížení dlouhodobého celkového kardiovaskulárního rizika. Cílovými hodnotami TK jsou TK $< 140/90$ mm Hg u samotné hypertenze a TK $< 130/80$ mm Hg u pacientů s DM, metabolickým syndromem, s odhadovaným SCORE $> 5\%$, renální dysfunkcí, proteinurií, po infarktu myokardu nebo cévní mozkové příhodě (CMP).

Nejdůležitější novinkou aktualizovaných doporučení je změna pořadí doporučovaných antihypertenziv. Na rozdíl od předchozích doporučení se na první místo dostaly inhibitory ACE (ACEI) a blokátory AT₁, následované blokátory kalciových kanálů (BKK). Diuretika se z prvního místa přesunuly až na čtvrtou pozici. Ve speciálních indikacích zůstávají beta-blokátory (BB), pro převážně kombináční léčbu jsou doporučovány alfa-blokátory a centrálně působící látky.

Výběr antihypertenziv se musí odvíjet od konkrétního stavu pacienta, v jednotlivých situacích se dává přednost následujícím látkám:

Subklinické orgánové poškození:

- Hypertrofie levé komory – ACEI, blokátory AT₁, BKK
- Asymptomatická ateroskleróza – BKK, ACEI
- Mikroalbuminurie – ACEI, blokátory AT₁
- Renální dysfunkce – ACEI, blokátory AT₁

Manifestní KV onemocnění:

- Stav po IM – BB, ACEI/blokátory AT₁
- Angina pectoris – BB, BKK
- Srdeční selhání – ACEI/blokátory AT₁, BB, diuretika, spironolaktone/eplerenon
- Fibrilace síní paroxysmální, perzistující – blokátory AT₁, ACEI
- Fibrilace síní permanentní – BB, non-dihydropyridinové BKK
- Ischemická onemocnění dolních končetin – BKK

Další stavy:

- Terminální renální selhání/proteinurie – ACEI, AT₁ blokátory, kličková diuretika
- Hypertenze starších osob/ISH – diuretika, BKK
- Metabolický syndrom – ACEI/blokátory AT₁, BKK
- Diabetes mellitus – ACEI/blokátory AT₁
- Těhotenství – methyldopa, BKK, BB

Zvláštní pozornost je potřeba věnovat léčbě hypertenze u diabetiků. Cílová hodnota je u diabetiků nižší (TK $< 130/80$ mm Hg). Preferována je blokáda renin-angiotenzinového systému (RAS), často je však nutná kombináční terapie. Mikroalbuminurie je indikací pro terapii (blokátor RAS) bez ohledu na hodnoty TK.

Velmi důležité je též ovlivnit metabolismus cholesterolu – u všech hypertoniců s manifestní ischemickou chorobou srdeční, ischemickou chorobou dolních končetin, po CMP nebo tranzitorní ischemické atace a u diabetiků, u kterých není nefarmakologickou léčbou dosaženo cílové hodnoty celkového cholesterolu $< 4,5$ a LDL-cholesterolu $< 2,5$ mmol/l, jsou indikovány statiny. U ostatních hypertoniců jsou statiny indikovány při celkovém kardiovaskulárním riziku $> 5\%$, pokud nebylo nefarmakologickou léčbou dosaženo cílových hodnot (celkový cholesterol $< 5,0$ a LDL-cholesterol $< 3,0$ mmol/l).

Na závěr byl zdůrazněn význam správné compliance hypertoniců a potřeby pravidelné kontroly v odborných ambulancích, volná diskuse pak byla věnována individuálním kasuistikám a dotazům zúčastněných.