

NĚKTERÉ ASPEKTY TERAPIE HYPERTENZE U SENIORŮ

U seniorů je rozdíl už v samotné prevalenci hypertenze: ve věku nad 65 let je vyšší než 60% a dále výrazně stoupá. Hypertenze seniorů přináší i zvýšené riziko komplikací, jako je hypertrofie levé komory. Úbytek elasticity tepen vede ve věku nad 60 let ke vzestupu systolického tlaku u osob, které ve středním věku měly normální tlak krve (TK), i u hypertoniků, což má za následek větší výskyt izolované systolické hypertenze (systolický TK \geq 140 mm Hg při diastolickém TK $<$ 90 mm Hg). Zároveň stoupá následkem aterosklerotických změn v renálních arteriích i výskyt renální a vazorenální hypertenze.

ZÁSADY LÉČBY

Z vyššího výskytu kardiovaskulárních rizik u starších hypertoniků vyplývá mimořádný význam antihypertenzní léčby v této věkové skupině pro snížení morbidity a mortality. Například pokles systolického TK o 10 mm Hg vede u těchto pacientů ke snížení výskytu cévních mozkových příhod přibližně o 30 procent.

Základem léčby hypertenze jsou vždy režimová opatření – snížení příjmu soli, snížení tělesné hmotnosti, přiměřené zvýšení tělesné aktivity. Farmakoterapii je třeba zahájit při hodnotách systolického TK nad 180 mm Hg a/nebo diastolického TK nad 110 mm Hg. U pacientů s hodnotami systolického TK 160–179 mmHg a hodnotami diastolického TK 100–109 mm Hg se zahajuje farmakoterapie, jestliže přetrvávají zvýšené hodnoty TK i přes čtyřtýdenní režimová opatření, či pokud jsou přítomny známky orgánového poškození souvisejícího s hypertenzí. U pacientů s vysokým kardiovaskulárním rizikem se obvykle nasazuje farmakoterapie již při hodnotách TK nad 140/90 mm Hg.

Pro farmakoterapii hypertenze u seniorů platí několik pravidel: je vhodné začínat nižšími dávkami antihypertenziv, vybrat přípravky z lékových skupin vhodných pro vyšší věk a preferovat léky s dlouhodobým působením. Je důležité léčit souběžně i veškerá přidružená onemocnění. Cílem je dosáhnout hodnot TK pod 140/90, u diabetiků pod 130/80 mm Hg.

FARMAKOTERAPIE

Pro farmakoterapii hypertenze ve starším věku lze použít léčiva z několika skupin s rozdílným mechanismem účinku. Pro výběr mají význam i další vlastnosti léčiv, například kardioprotektivita, prospěšné metabolické působení či schopnost snižovat riziko demence.

Inhibitory ACE řada autorů doporučuje jako antihypertenziva první volby. Působí inhibicí vazokonstrikčního působení angiotenzinu, působí vazodilatačně díky zvýšení hladiny bradykininu.

MUDr. Pavel Kostiuk, CSc.
Edukafarm, Praha

Incidence hypertenze s věkem narůstá a zvyšuje se i výskyt komplikací. Pokud jde o antihypertenzní terapii seniorů, existují určitá specifika, která je třeba v přístupu ke staršímu pacientovi brát v úvahu.

Vykazují ochranné působení na endoteliální funkci, proto účinkují antiaterogenně. Vyznačují se také kardioprotektivním vlivem (regrese hypertrofie myokardiální svaloviny, intersticiálního kolagenu) a mají nefroprotektivní účinky. Výhodné je jejich podávání u diabetiků s diabetickou nefropatií (zpomalují její rozvoj), navíc mohou působit i v prevenci samotného diabetu. Lze je výhodně kombinovat s diuretiky, například thiazidovými. Jsou výhodné u pacientů se srdečním selháváním. Podle jedné z metaanalýz snižují inhibitory ACE incidenci či progresi demence. Alternativou inhibitorů ACE jsou inhibitory receptorů AT1 pro angiotenzin II (sartany). Jsou vhodné pro pacienty, kteří inhibitory ACE nesnášejí pro výskyt nežádoucího účinku – suchého kašle.

Diuretika, především thiazidová, jsou vhodnými antihypertenzivy pro hypertoniky vyššího věku. Obvykle působí již v malých dávkách a jsou vhodným doplňkem v lékových kombinacích (například s inhibitory ACE). Pro pacienty ve vyšším věku je důležité, že mají prospěšný vliv na metabolismus vápníku, a proto jsou výhodnou léčebnou variantou pro osoby ohrožené osteoporózou. U pacientů se systolickou hypertenzí (v této věkové skupině častou) nesnižují thiazidy výrazněji diastolický tlak, a nedochází tak ke zvyšování pulsního tlaku.

Mechanismus účinku **blokátorů kalciových kanálů** spočívá v systémové vazodilataci. Jsou výhodné pro pacienty ve vyšším věku s izolovanou systolickou hypertenzí. Jejich výhodou je, že jsou metabolicky neutrální, nezpůsobují ortostatickou hypotenzi. Jak ukázala studie s nifedipinem, snižují blokátory kalciových kanálů riziko vzniku demencí. Vhodné je jejich podávání při ischemické chorobě dolních končetin a aterosklerotickém poškození karotid. U většiny u nás užívaných léčiv z této skupiny bylo prokázáno příznivé ovlivnění kardiovaskulární morbidity a mortality. Nepodává se nedostatečně retardovaný nifedipin, u starších osob se navíc většinou obáváme verapamilu ve vyšších dávkách pro možnost zhoršení časté stávající poruchy SA a AV vedení a/nebo dysfunkce levé komory, navíc může vyvolat nebo zhoršovat zácpu.

Pokud jde o **beta-blokátory**, metaanalýzy ukázaly, že jejich podávání může mít některé negativní metabolické účinky. Jejich místo je především

u pacientů po infarktu myokardu a se srdečním selháváním (např. metoprolol), kde vedou k poklesu mortality. Některá antihypertenziva nejsou pro pacienty ve vyšším věku optimální, např. alfa-blokátory nejsou vhodné pro nebezpečí ortostatické hypotenze, některá centrálně působící antihypertenziva (alfa-methyldopa) pro možnost zhoršení kognitivních funkcí.

U starších hypertoniků může představovat optimální postup například zahájení léčby inhibitorem ACE, popřípadě jeho kombinace s diuretikem. Pokud pacient nesnáší inhibitor ACE, je možno použít sartan. U pacientů s izolovanou systolickou hypertenzí je možno užít blokátor kalciových kanálů. V léčbě hypertenze se v současné době dává přednost racionálně sestaveným lékovým kombinacím. Příkladem mohou být kombinace ACE inhibitorů s diuretiky (např. quinapril/hydrochlorothiazid), které nejen zvyšují účinnost kontroly tlaku, zároveň snižují riziko poruchy glukózové tolerance (při léčbě samotnými diuretiky je vyšší riziko hypokalemie, která může vést k poruše glukózové tolerance; inhibitory ACE riziko hypokalemie snižují).

ZÁVĚR

Hypertenze představuje velmi závažný rizikový faktor kardiovaskulární morbidity a mortality, a ve vyšším věku se její závažnost ještě zvyšuje. Antihypertenzní terapie tuto morbiditu i mortalitu významně snižuje. V léčbě je třeba respektovat řadu specifík této věkové skupiny a při výběru antihypertenziv zohlednit význam takových vlastností léčiv, jako je jejich metabolické působení, kardioprotektivita, nefroprotektivita či snižování rizika demence. Společně s hypertenzí je u těchto pacientů třeba léčit i další onemocnění, která zvyšují kardiovaskulární riziko (např. hyperlipoproteinemii, diabetes mellitus).

Literatura

Franz IW, Tönesmann U, Müller, JFM. Time course of complete normalization of left ventricular hypertrophy during long-term antihypertensive therapy with angiotensin converting enzyme inhibitors. *Am J Hypertension* 1998;11:631–639.

Rajagopalan S, Harrison, DG. Reversing endothelial dysfunction with ACE inhibitors (a new TREND). *Circulation* 1996;94:240–243.

Seidlerová J, Filipovský J. Léčba arteriální hypertenze ve stáří. *Interní medicína pro praxi* 2007;2:75–77.

Widimský J jr, Cífková R, Špinar J, et al. Doporučení diagnostických a léčebných postupů u arteriální hypertenze – verze 2007. Doporučení České společnosti pro hypertenzi. *Cor et Vasa* 2008; 1: K5–22.

Widimský J, Monhart V, Hulínský V. *Kardioprotektivní a nefroprotektivní vlastnosti inhibitorů ACE*. Praha: Triton 2004.

Další literatura u autora