

Evropský a světový kongres o hypertenzi 2021

Ve dnech 11.–14. dubna 2021 byl uspořádán kongres Evropské hypertenziologické společnosti (ESH) a Mezinárodní společnosti pro hypertenzi (ISH), který měl být původně v Glasgow, ale z důvodu pandemie proběhl on-line.

V úvodní přednášce V. J. Dzau (USA) vyzval k boji proti arteriální hypertenzi všemi moderními technologickými prostředky a s důrazem na adherenci. Autor předpokládá, že hypertenze bude do r. 2040 leadrem rizikových faktorů kardiovaskulárních onemocnění.

Blok přednášek s názvem „Potřebujeme beta-blokátory v léčení hypertenze?“ uvedl G. Mancia (Itálie). Beta-blokátory patří mezi základní léky, jsou indikovány u symptomatické anginy pectoris, při tachykardii, po srdečním infarktu, při srdečním selhávání a u mladých hypertoniců plánujících těhotenství. M. Schlaich (Austrálie) v impresivní přednášce zdůraznil vedoucí úlohu CNS v regulaci TK. U hypertoniců lze prokázat zvýšenou sympatickou aktivitu (m.j. pomocí mikroneurografie – MSNA). Zvýšená srdeční frekvence akceleruje endoteliální dysfunkci, arteriální tuhost a aterosklerózu, indukuje dysfunkci levé komory a srdeční selhávání. Klidová srdeční frekvence zvyšuje riziko kardiovaskulárních úmrtí, nejvíce náhlou smrt u mužů i žen. Kombinace zvýšené srdeční frekvence a zvýšeného tlaku jsou zvláště rizikové. Aplikace beta-blokátorů brání vzniku těchto patologických změn. Autor zmínil též nevýhody beta-blokády: metabolický vedlejší efekt (inzulinová rezistence) s neselektivními beta-blokátory, menší pokles centrálního TK s některými beta-blokátory a menší prevenci CMP (s atenolem v randomizovaných kontrolovaných studiích). Označil chyby v hypertenziologických guidelines: beta-blokátory jsou rozdílné a současná doporučení vedou k poddávkování této lékové skupiny. S. E. Kjeldsen (Norsko) hovořil o výhodné kombinaci bisoprololu a amlodipinu v léčení hypertenze. Fixní kombinace (singl pill) těchto látek vede k poklesu TK i zpomalení srdeční frekvence s lepší adherencí i perzistencí a dosažením cílových hodnot ve srovnání s volnou kombinací.

Absence nočního poklesu TK má značnou prognostickou hodnotu, silnější, než měření klinické, měření ve dne nebo 24 hod. měření TK. Čím hlubší je pokles nočního TK, tím menší je riziko mortality (Parati, G. H. Itálie). Riziko kardiovaskulární i celkové mortality má inverzní vztah k poklesu TK, největší je při vzestupu nočního TK. S těmito poznatky stoupá potřeba optimálního měření nočního tlaku. ABPM s měřeními na paži má některé nevýhody: je drahé, není vždy k dispozici, je nepohodlné, může rušit spánek. Měření přístrojem Omron

HEM-96 01 T, který je připevněn na zápěstí, umožňuje méně invazivní noční měření (Sanner, B. Německo).

V rámci terapie primárního aldosteronismu byly zmíněny dva nové léky – finerenon (Doulas, M. UK) a esexerenon (Fumitoshi, M. Japonsko). Jde o moderní antagonisty mineralokortikoidních receptorů, které snižují systolický i diastolický TK, jsou selektivnější než eplerenon, nemají vedlejší účinky (gynekomastie, hyperkalemie). Ve vývoji jsou inhibitory aldosteron syntézy – CIN 17 a DP 13.

Byl představen nový lék ze skupiny centrálně působících antihypertenziv – firibastat (Laurant, S. Francie). Je to selektivní a specifický inhibitor aminopeptidázy A, brání produkci angiotensinu III v mozku. Kontroluje TK zvláště u nízkoreninových pacientů s vysokou koncentrací vazopresinu (Low Renin High Vasopressin – LRHV profile). Lék je perorální, je vhodný pro léčení rezistentní hypertenze.

O epidemiologii srdečního selhání se zachovalou ejekční frakcí (HFpEF) hovořil T. Weber (Rakousko). HFpEF je nejčastější formou srdečního selhání, u osob nad 65 se vyskytuje v 70 %. Její prevalence stoupá každým rokem o 10 %, stoupá její kombinace s hypertenzí. Je častější u žen. Agabiti-Rosei (Itálie) popsal ventrikulo-vaskulární (arteriální) interakci, která spočívá ve vlivu arteriální tuhosti (způsobené věkem, hypertenzí, diabetem a nemocemi ledvin) na vznik koncentrické remodelace komory, fibrózy myokardu a dynamické poruchy relaxace. Při léčení hypertoniců s HFpEF jsou první volbou inhibitory ACE (Kasiakogias, A. Řecko), pokud není kontraindikace. Aplikace diuretik je nutná při kongesci. Spirolakton je indikován při rezistentní hypertenzi a k prevenci hospitalizací pro srdeční selhání, ze stejného důvodu lze podat ARNI (sacubitril-valsartan). Beta-blokátory mohou být kombinovány s jiným hlavním antihypertenzivem, zvláště u těch pacientů, kde jsou jiné kardiální indikace. V budoucnu mohou být slibné látky, ovlivňující tuhost velkých tepen a bránící vzniku fibrózy myokardu.

Elektronické cigarety – nová epidemie? Pod tímto názvem proběhly přednášky o kouření E-cigaret – vapování. Bauld, L. (UK) popsal vliv nikotinu na kardiovaskulární systém: zvyšuje srdeční frekvenci, kontraktilitu myokardu a koronární a kožní vazokonstrikci. Mortalita na kouření je způsobena ze 48 % nemocemi kardiovaskulárního ústrojí, z 18 % chorobami plicními a nádory z 33 %. Při kouření je vdechována řada škodlivých látek, které působí endoteliální dysfunkci, zvyšují arteriální tuhost a rychlost pulzové vlny (PWV). Kuřáci kouří nikotin, ale umírají na dehet! S délkou kouření se tyto účinky zvyšují. Riziko vzniku infarktu myokardu je při vapování menší než při kouření cigaret. Vapování

s nikotinem i bez nikotinu způsobuje ve srovnání s kontrolní skupinou (SHAM metoda – klamavá) konstriktci dýchacích cest a snížení arteriální tenze kyslíku (Chaumont, M. Belgie). O krátkodobém vapování je již řada poznatků, ale o dlouhém užívání jsou data neznámá. Každopádně lze říci, že E-cigarety jsou méně škodlivé, ale ne neutrální!

Fibromuskulární dysplazie je zesílení arteriální stěny způsobené fibrózou, vedoucí ke stenózám. Postiženy jsou především renální tepny, méně často řečiště cerebrovaskulární a koronární (Persu, A. Belgie). Vzhledem k častému výskytu u žen ve středním věku je nutný skrínink hypertoniček před otěhotněním. Komplikací jsou disekce, infarkty a tortuozita tepen. V léčení se uplatňuje kromě ovlivnění hypertenze protidestičková léčba, PTR angioplastika, ev. implantace stentu (Adlam, D. UK).

Svalová síla je prediktorem budoucích kardiovaskulárních onemocnění (Lopez-Jaramillo, P. Kolumbie). Menší hodnoty zjištěné hand-gripem (síla stisku ruky) a menší obvod zápěstí předpovídají vývoj metabolického syndromu a kardiovaskulárních onemocnění (nejmenší hodnoty byly naměřeny v Pakistanu, největší ve Švédsku – v souvislosti se socio-ekonomickým statusem). Sarkopenie jsou progresivní a generalizované poruchy kosterního svalstva, které jsou spojeny s vedlejšími následky, jako jsou pády, fraktury, fyzickou neschopností, infarkty myokardu, CMP, nádory, pneumonií (Borghi, C. Itálie). Faktory, ovlivňující kvantitu a kvalitu svalstva, jsou věk, choroby, inaktivita a malnutrice. Jednou ze známek poklesu svalové síly je pomalá chůze (slow gait speed). Sarkopenická obezita, jejímž základním mechanismem je inzulinová rezistence, je spojena s kardiovaskulárními chorobami, diabetem mellitem 2. typu a s nealkoholickým tukovým onemocněním jater. Prevence sarkopenie spočívá ve správné výživě (proteiny), tělesném cvičení, ve stáří s udržení svalové hmoty.

V rámci nefarmakologického léčení hypertenze byly uvedeny přednášky o stimulaci baroreflexu. Stimulací klesá sympatická aktivita, srdeční frekvence i krevní tlak (Leeuw, P. W. Holandsko). Elektrické impulzy jsou lokalizovány do oblasti karotických siní, existuje tzv. baropacing a barostenting, v unilaterální nebo bilaterální aplikaci. Současné přístroje umožňují dosáhnout TK pod 140 mmHg systoly u 50 % pacientů. Metoda je indikovaná pro těžké a rezistentní hypertony, u nichž nebylo farmakologicky dosaženo cílových hodnot. Z kandidátů výkonu je nutno vyloučit pacienty se sekundární hypertenzí, metoda je méně efektivní u izolované systolické hypertenze.

Ačkoli katéetrová ablace renálních tepen (RDN) byla vyloučena z rutinního užití v léčení hypertenze, objevují se na kongresech stále práce obhajující tuto metodu. Arteriální hypertenze má ve světě na svědomí 19,2 % všech úmrtí, adherence při léčení medikamenty je pouze 20–70 % (Tsioufis, C. Řecko). Bylo zdůrazněno, že správná lokalizace ablace v periferii renální tepny a jejích větví s pomocí spirálního multiektorového ablačního systému a ev. užitím endovaskulárního ultrazvuku umožňuje dosáhnout dostatečně silný a dlouhý antihypertenzní účinek. Prezentované studie Spyral HTN on-MED a off-MED tyto předpoklady splňují (Schmieder R. E, Německo, Schlaich, S. Austrálie). RDN je podle autorů lepší variantou pro pacienty se zvýšeným kardiovaskulárním rizikem (věk, fibrilace síní, chronické onemocnění ledvin, diabetes), než postupné zvyšování medikace. Výhodou je nezávislost metody na chování pacienta.

Na závěr kongresu A. F. Dominiczak (UK) konstatovala, že za daných podmínek byl kongres velmi úspěšný. C. Tsioufis (Řecko) pozval posluchače na příští kongres ESH do Athén v r. 2022 a Japonce Hiroshi Itoh na kongres ISH do Kjóta v říjnu téhož roku, který proběhne se sloganem „The Wisdom for Conquering Hypertension“.