proLékaře.cz | 21.11.2026

Kongres International Society of Hypertension 2016 Soul

M. Fejfuša

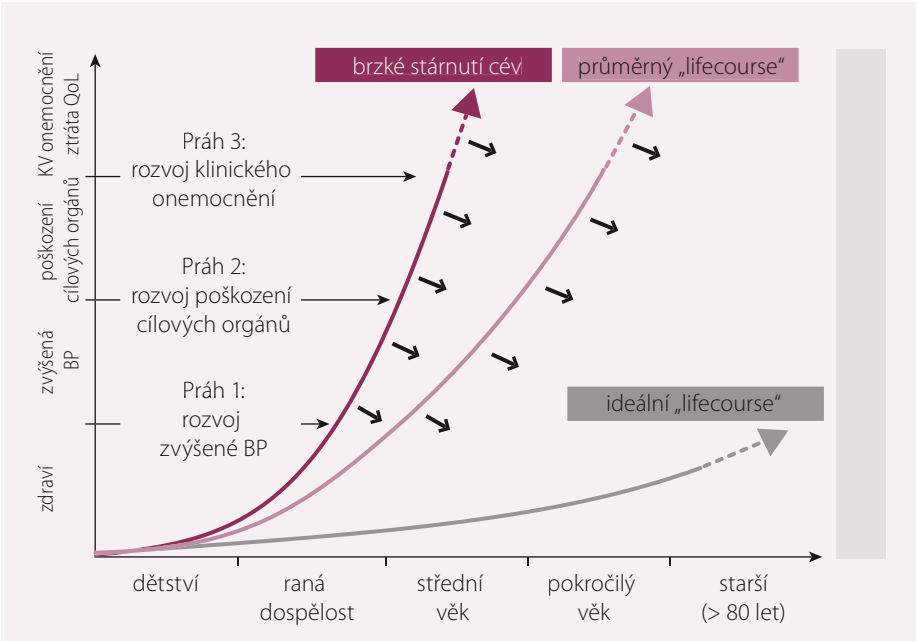
Interní oddělení, Kardiologická klinika Masarykovy nemocnice v Ústí nad Labem, o.z., Krajská zdravotní, a.s.

Ve dnech 24.–29. září 2016 byl uspořádán v jihokorejském Soulu kongres International Society of Hypertension. Tato organizace byla založena v roce1966; její 50. výročí existence, které letos oslavila, tak ovlivnilo slavnostní rámec kongresu.

Na kongresu byl k dispozici graf, který nejlépe vystihuje závažnost léčení arteriální hypertenze s důsledky na životní průběh tzv. kontinua zdraví a nemoci. Čím dříve a čím vyššími hodnotami působí v organizmu krevní tlak (TK), tím více se liší od tzv. ideálního lifecourse (graf 1). Je snadné hypertenzi odhalit, přesto 50 % světové populace o své hypertenzi neví.

Dalo se očekávat, že v oblasti jihovýchodní Asie, kde je vysoká prevalence i incidence cévních mozkových příhod (CMP), se bude hovořit o spotřebě soli v populaci. Redukce soli v potravě je jeden z nejúčinnějších a nejlevnějších prostředků ke zlepšení populačního zdraví (F. Capuccio, UK). Doporučený denní příjem sodíku by měl být 2–2,5 g (asi 5 g soli). Toto množství výrazně překračují např. Japonci a Korejci („milují sůl"), u nichž se navíc často vyskytuje tzv. high salt sensitive allela, která zvyšuje frekvenci cévní mozkové příhody v populaci. Bohužel o mnoho lepší situace není ani v ČR, kde je průměrný denní příjem soli kolem 15 g na osobu, tedy asi 5 g sodíku. World Hypertension League a Světová zdravotnická organizace (WHO) doporučují celosvětově snížit sůl v dietě o 30 % do roku 2025. N. Cambell z Kanady upozornil na nutnou spolupráci zdravotníků s potravinářským průmyslem, neboť značná část soli je přijímána z vyrobených a zpracovaných potravin (uzeniny, konzervy). Nové požadavky by měla splnit tzv. reformulate foods, což je zvláště důležité především u dětské stravy. Příkladem země, kde se to daří, bylo uvedeno Finsko. Sůl je dnes považována za toxickou chemikálii a přesolovat potravu není normální, stejně jako není normální být obézní nebo kouřit (F. Capuccio). Mechanizmy, kterými sůl zvyšuje TK, spočívají ve zvětšení vaskulárního volumu, zhoršení vaskulární relaxace a stimulaci sympatiku. V některých zemích se provádí kontrola 24hod odpadu soli močí, chystá se i v ČR (osobní sdělení prof. Cífkové).

Velmi byla diskutována studie SPRINT (pro připomenutí, studie prokázala, že léčba vysoce rizikových hypertoniků ve věku 50 let a starších snižující systolický TK na 120 mm Hg a méně významně snížila celkovou mortalitu o 27 % a vedla k nižšímu výskytu kardiovaskulárních (KV) úmrtí o 43 % oproti standardní léčbě snižující systolický TK na 140 mm Hg [1]. Pacienti ve věku nad 75 let profitovali z intenzivní terapie více než ti pod 75 let. Na druhou stranu, větev s nižším cílem systolického TK vykázala vyšší výskyt vedlejších účinků: hypotenze a synkop. Častější výskyt abnormalit elektrolytů a také výskyt akutního poškození ledvin nebo selhání byl vyšší v intenzivně léčené skupině. Studie má zastánce i odpůrce. Pro známého hypertenziologa Nora Sverre Kjeldsena je studie „mrtvá", nicméně k dosavadním evropským doporučením byl přidán malý dodatek o možnosti snižovat systolický TK u osob mladších 80 let na méně než 120 mm Hg. Rezervovaný postoj k výsledkům studie SPRINT byl zaujat též na sympoziu o arteriální hypertenzi v Českém Krumlově, které následovalo kongres v Soulu. Snížení systolického TK pod 120 mm Hg je náročné na kombinační léčbu a dosažení této hodnoty je velmi obtížné. O studii SPRINT se jistě bude v odborných kruzích ještě dlouho diskutovat.



Graf 1. Životní průběh zdraví a nemoci ve vztahu k hypertenzi. Převzato z The Lancet Commission on hypertension, September 2016.

proLékaře.cz | 21.11.2026



Obr. 1. Changdeokgung palác v Soulu.

V souvislosti s otázkou, jak dalece snižovat TK, je vhodné uvést klasifikaci osob, které se narodily v roce 1900. L. Rockwood z Halifaxu rozdělil tyto osoby na 3 kategorie: fit, less fit a frailty (křehký). Skupina frailty se vyznačovala pomalým pohybem, slabostí, ztrátou váhy, poklesem aktivity a exhauscí. Všechny tři skupiny měly srovnatelný benefit z léčení TK, ale skupina frailty měla více vedlejších účinků. Je třeba poznamenat, že 80 % všech hypertoniků je starších 70 let (M. Weber), tzv. frailty index, který vyjadřuje míru postižení, se zvyšuje s věkem.

Z nových léků bylo upozorněno na azilsartan, nový blokátor AT_1 receptorů (A. Juhasz, UK). Má výrazný antihypertenzní účinek, dochází po něm k většímu poklesu systolického tlaku než po nejvyšších povolených dávkách olmesartanu či valsartanu. Má předvídatelný farmakokinetický a metabolický profil, prolongované trvání akce a dobrou tolerabilitu a bezpečnost v monoterapii i v kombinacích. Kombinovaný preparát s chlortalidonem se nazývá Edalbyclor. V ČR dosud není azilsartan registrován. Antagonisté mineralokortikoidních receptorů jsou velmi účinné zvláště u rezistentní hypertenze. K dosud známému spironolaktonu a eplerenonu přibyl další – finarenon (S. Kjeldsen, Oslo).

O aneuryzmatu abdominální aorty (AAA) hovořil N. Poulter z UK. Ruptura tohoto aneuryzmatu je v 80 % smrtelná a zaviní 4 000 úmrtí ve Spojeném království ročně. Typické rizikové faktory jsou mužské pohlaví, kouření, vyšší věk, ateroskleróza, genetické dispozice, diabetes mellitus a arteriální hypertenze. Na růst aneuryzmatu má větší vliv vyšší diastolický tlak než vyšší systolický. Byla zmíněna studie AARDVARK trial, ve které byl porovnán vliv na růst aneuryzmatu ve třech skupinách: na perindoprilu, amlodipinu a placebu – v každé skupině bylo 75 pacientů. Po dvou letech nebyl zaznamenán žádný významný efekt na růst AAA u žádného léku. Ze studie vyplynulo, že centrální TK je silněji spojen s budoucími KV příhodami než tlak na arteria brachialis.

Vzhledem k výsledkům studie EMPA-REG OUTCOME nebylo možné, aby nebyl zmíněn antihypertrenzní, kardioprotektivní a nefroprotektivní účinek empagliflozinu (P. Mertens, Německo).

O významu včasného léčení hypertenze hovořil G. Parati (Itálie). Arteriální hypertenze není nikdy rezistentní na svém počátku, stává se rezistentní, je-li neléčena nebo nedostatečně léčena. Musíme léčit dříve, než vznikne poškození orgánů (the earlier the better).

O telemonitoringu v hypertenziologii přednášel I. Imai z Japonska. Údaje o tlakových hodnotách jsou převáděny do centra, kde jsou hodnoceny, a je informován ošetřující lékař. Systém měří automaticky variabilitu i instabilitu TK u široké hypertenzní populace, zlepšuje komunikaci lékař–pacient, umožňuje dosahovat cílových hodnot, odhalovat maskovanou hypertenzi a motivuje lékaře k aktivnímu léčení arteriální hypertenze. Systém byl výhodně uplatněn ve venkovských oblastech Japonska, neboť ovládání pacientem je jednoduché, jen hodnoticí systém je složitý. V OHAMASA studii bylo zdůrazněno, že systém nezvyšoval úzkost pacientů. Přednáška měla živou a pozitivní diskuzi.

Celosvětovým problémem je rezistentní hypertenze. Proto stále existují pokusy o úspěšné léčení intervenčními metodami. O drátěné spojce ROX Control, což je arteriovenózní anastomóza v oblasti ilických cév, hovořil zastánce této metody A. Schmieder z Německa. Zdůraznil, že v dohledné době se nejeví nové antihypertenzní léky „léčíme brzo, léčíme intenzivně", ale vlivem pracovního a společenského stresu incidence v celém světě stoupá. V prezentované studii uvedl, že původní TK 182 mm Hg v průměru klesl po zavedení drátěné spojky na 158 mm Hg a po opětném zrušení spojky stoupl na 180 mm Hg. Metoda vede k poklesu celkové periferní rezistence a zvýšení dodávky kyslíku do tkání. Autor přiznal komplikace: intimální disekce, přechodné bradykardie, reakce na kontrastní látku, žilní stenózy a trombózy. Kontraindikací metody je plicní hypertenze (PCWP více než 15 mm Hg). Proti této metodě byl K. Leeuw z Belgie, který uvedl, že denní praxe není totéž jako jedna studie, předchozí destruktivní metody (carotid body ablation, renální denervace a stimulace karotických baroreflexů) nebyly zavedeny do klinické praxe. ROX spojka může vyžadovat další léčení (stenting při žilní stenóze, která se vyskytuje u 29 % pacientů), hyperkinetická cirkulace může vést k srdečnímu selhání.

O vyspělosti jihokorejské medicíny svědčí 145 transplantací srdce, které byly provedeny v roce 2015 s aktuálním přežíváním srovnatelným s údaji International Society of Heart and Lung.

Na závěr mi dovolte dvě inspirativní poznámky. Během čtyřdenního pobytu v Soulu jsem viděl jediný odhozený nedopalek cigarety na ulici. V metru vytvoří při čekání na vlak dvojstup s uličkou uprostřed, kterou mohou vystupující pohodlně projít. Neviděl jsem žádný špinavý automobil. Korejci jsou velmi přátelští a především ukáznění.

Literatura

Souček M, Řiháček I, Novák J. Na jaké hodnoty snižovat systolický krevní tlak? Studie SPRINT. Kardiol Rev Int Med 2016; 18(1): 55–58.

MUDr. Michal Fejfuša, CSc.
www.kzcr.cz
michal.fejfusa@seznam.cz