proLékaře.cz | 24.11.2026

V hlavní roli adherence

Kongres Evropské společnosti pro hypertenzi, Miláno 2019

M. Fejfuša

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

V Miláně se koncem června uskutečnil 29. kongres Evropské společnosti pro hypertenzi na téma Hypertenze a kardiovaskulární protekce. Již v jedné z úvodních přednášek nestor evropské hypertenziologie prof. G. Mancia z Milána uvedl, že i když jsou dnes k dispozici účinné léky, problémem je nepravidelné nebo nedostatečné užívání předepsané medikace. **Nízká adherence má za následek zvýšené riziko kardiovaskulárních onemocnění** (KVO), především cévní mozkové příhody a ischemické choroby srdeční (ICHS). Čím lepší je adherence, tím lepší je prognóza pacienta. Důležitá je též úloha lékaře, který by měl motivovat pacienta k pravidelnému užívání léků a dodržování životosprávy.

Autor uvedl některé skutečnosti, které rozhodují o kvalitě terapie hypertenze – účinné a dobře tolerované léky, fixní kombinace léků (single pill), edukace pacienta, cena léků, dobrý vztah lékaře a pacienta, kooperace s příbuznými, selfmonitoring, užití paměťových přístrojů a telemonitoring. Zmínil též nedostatečnou angažovanost některých lékařů v léčebném procesu (inertia).

Další zajímavou prezentaci představil B. Williams z Londýna. V přednášce nazvané **Hypertenze a dyslipoproteinemie – nebezpečné společenství** zdůraznil riziko ukládání cholesterolu do cévní stěny poškozené hypertenzí. Rizikové faktory úmrtnosti KVO působí v následujícím pořadí – hypertenze, kouření, porušená glukózová tolerance, snížená fyzická aktivita, obezita. Nestačí léčit jen samotný krevní tlak (TK), kombinacemi se riziko násobí. V Evropě po stanovení diagnózy ICHS dále kouří 19 % pacientů, 38 % je obezních, 66 % je fyzicky inaktivních, jen 32 % má optimální hladinu LDL cholesterolu. Převážná většina rizikových faktorů, které vedou ke zvýšené morbiditě a mortalitě, je preventabilních.

R. E. Schmieder z německého Erlangenu považuje za důležité pro **zlepšení adherence** užívání tzv. singl pills. S počtem užívaných tablet se zvyšuje riziko KVO. Adherence klesá v čase, po začátku terapie je 100%, za 3 měsíce je 44%, v 6. měsíci 35%. Výsledky označil za šokující. (Před odjezdem na kongres jsem v českých médiích slyšel od prof. Češky podobné výsledky v české populaci závažných hypertoniků.) Existuje synergický efekt perindopril/amlodipin, za **nejlepší fixní kombinaci** v jedné tabletě považuje autor amlodipin/atorvastatin/perindopril.

Zajímavá fakta o hypertenzi v Jižní Africe sdělila A. Schmitte. Pozorovala **větší senzitivitu vůči soli** a zvýšenou arteriální tuhost u černošské populace ve srovnání s bělochy.

Arteriální hypertenze má vliv na změny retinálních arterií. Pomocí laserového scanningu a Dopplerovou flowmetrií lze zjistit změny cévní mikrovaskulatury se zvýšením poměru wall/lumen u hypertoniků ve srovnání s normotenzními osobami. Uvedené změny korelují dle D. Rizzoniho z italské Brescie s úmrtností na KVO.

Pravidelným tématem hypertenzních kongresů je nejčastější **sekundární hypertenze – primární hyperaldosteronizmus**. B. Williams považuje vyšetření CT/MRI u tohoto onemocnění za nedostatečné, lepší je kombinace PET/CT/MRI. Existuje 3. generace nonsteroidálních antagonistů mineralokortikoidních receptorů, finarenon, apararenon a esaxerenon, které jsou účinnější a lépe tolerované. O finarenonu byla na kongresu uveřejněna M. Gil Ortegou z Madridu experimentální studie, která prokázala redukci arteriální tuhosti u hypertenzních nediabetických krysích modelů s chronickým onemocněním ledvin. B. Williams se též zmínil o možnosti léčby primárního hyperaldosteronizmu endoskopickou, ultrazvukem vedenou radiofrekvenční adrenální ablací.

O **izolované systolické hypertenzi** u mladých osob hovořil P. Palatini z italské Padue. Častou příčinou je kouření, nejčastější výskyt je mezi 20–24 lety, z toho 50 % je mezi 18–21 lety. Etiopatogeneticky se předpokládá hyperkine-



Obr. 1. Milánský dóm – perla Lombardie. Zdroj: www.shutterstosck.com.

proLékaře.cz | 24.11.2026

tická cirkulace. Je doložen zvýšený plazmatický norepinefrin, zvláště u mužů. Ke stanovení diagnózy je nutno vyloučit hypertenzi bílého pláště, k léčení jsou indikovány především betablokátory.

Dobrou zkušenost s léčením **ultranízkými dávkami antihypertenziv** (irbesartan 37,5 mg, amlodipin 1,25 mg, atenolol 12,5 mg a hydrochlorothiazid 6,25 mg) v jedné tabletě (Quadrupill) sdělil účastníkům C. Delles z Glasgow. Předchozí studie ukázaly na nutnou opatrnost této léčby a autoři doporučují k ověření bezpečnosti další studie.

Na kongresu byly k dispozici dvě zajímavé monografie. V edici Oxford University Press The ESC Texbook of Sports Cardiology s články (m.j.) Hodnocení tlaku krevního během cvičení (Frederic Schnell) a Diagnóza a léčení arteriální hypertenze u atletů (Stefano Caselli). A poté třetí edice Hypertension a companion to Braunwalds heart disease z vydavatelství Elsevier (George L. Bakris and Matthew J. Sorrentino).

Přesto, že **dosavadní výsledky s renální denervací u rezistentní hypertenze** nebyly přesvědčivé a metoda nebyla dosud schválena pro rutinní léčení, neutuchají pokusy o zlepšení instrumentaria a prokázání účinnosti metody u vybraných pacientů. Společnost Re-Co-Medical uvedla Paradise systém, který spočívá v endovaskulární ultrazvukové renální denervaci s ochranou cévní stěny vodní cirkulací v balonku. Ablace je hloubky 1–6 mm a délky 5 mm, provádí se 2–3 ablace, 7 sekund každá. Studie RADIANCE HTN-SOLO byla zatím bez závažných komplikací, 66 % pacientů s provedeným výkonem mělo pokles TK > 5 mm Hg, pacienti se sham procedurou (klamavou) měli tento pokles TK jen ve 33 % (F. Mahmoud, Homburg/Saar; M. Azizi, Paříž). O možnosti chemické renální denervace hovořil A. Persu z Bruselu.

Ze tří způsobů **měření TK** (klinické, ambulantní měření a domácí monitorace TK) byla poslední metodě věnovaná značná pozornost. Byly prezentovány moderní přístroje disponující pamětí, možností tisku výsledků, přenosu do počítače nebo na dálku s možností odesílání získaných hodnot přes telefon do centra, které výsledky vyhodnocuje (smart phone based device). Automatické oscilometrické pažní přístroje jsou preferovány před zápěstními a prstovými (wearable cuffless monitoring), neboť posledně jmenované jsou méně přesné a je nutné je nejprve porovnat s pažními monitory (G. S. Stergiou, Atény). Domácí monitorace TK má lepší výpovědní hodnotu rizika KVO než klinické měření, umožňuje též diagnostiku bílého pláště a maskované hypertenze (T. Niirane, Turku).

Početná byla aktivní účast českých autorů – 8 proslovených přednášek, 6 předsednictví a 15 posterů odpovídá velmi dobré úrovni hypertenziologie v České republice v posledních desetiletích.

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

