

diabetes mellitus, diagnostikovaný před sedmi lety, t.č. s přítomnou mikroalbuminurií a retinopatií. Diabetes je uspokojivě kompenzovaný perorálními antidiabetiky, ve farmakologické anamnéze dále nacházíme atorvastatin 10 mg z indikace přítomné hypercholesterolemie.

Ve vstupním klinickém nálezů dominuje nadváha (85,5 kg při 177 cm, BMI 27,3) a přítomnost arteriální hypertenze – krevní tlak při vstupním vyšetření je opakovaně kolem hodnot 170/100 mm Hg. V donesené dokumentaci je navíc dohledatelná přítomnost arteriální hypertenze již v delším časovém úseku.

Základní vstupní laboratorní vyšetření je bez zásadních patologických nálezů vyjma hodnot cholesterolu, kdy na nastavené terapii pacient dosahuje hodnot LDL cholesterolu 3,6 mmol/l.

Vzhledem ke zjevně dlouhodobě přítomné arteriální hypertenzi je bez dalšího odkladu zahájena terapie arteriální hypertenze dvojkombinační terapií perindopril arginin 5 mg + amlodipin 5 mg a pacient je edukován o domácí monitoraci krevního tlaku. Pro neuspokojivé hodnoty lipidového spektra je dále navýšen atorvastatin na 20 mg.

Při kontrole po deseti dnech se krevní tlak pacienta dle domácího měření pohybuje kolem 150–155 mm Hg systoly, pacient léčbu toleruje dobře, na počátku terapie měl pocity ortostatické hypotenze, které však odezněly. Za další tři týdny pacient přichází ke kontrole po 24hodinové monitoraci krevního tlaku, která prokazuje uspokojivou kompenzaci tlaku (celkový průměr je 127/71 mm Hg, denní průměr 129/71 mm Hg a noční 122/70 mm Hg). Pacient terapii toleruje bez subjektivních obtíží, dále tedy pokračuje v terapii fixní kombinací perindopril arginin 5 mg/amlodipin 5 mg jednou denně. Během kontroly za další tři měsíce pacient díky změně životního stylu udává redukcii hmotnosti o 3 kg, hodnoty jeho krevního tlaku jsou stále uspokojivé, léčba je tedy ponechána. Hodnota LDL cholesterolu na 20 mg atorvastatinu poklesla na 2,7 mmol/l, dávka statinu je tedy opět navýšena, tentokrát na 40 mg denně.

Při kontrole rok po zahájení antihypertenzní terapie má pacient váhový příbytek 4 kg a jeho arteriální hypertenze je dle 24hodinové monitorace krevního tlaku neuspokojivě kontrolovaná (celkový i denní průměr jsou 145/79 mm Hg, noční pak 143/73 mm Hg). Hladina LDL-cholesterolu je 1,8 mmol/l. Při této kontrole je tedy současná antihypertenzní terapie eskalována o 5 mg perindoprilu ve fixní kombinaci perindopril arginin 10 mg/amlodipin 5 mg a k 40 mg atorvastatinu je přidán ezetimib v dávce 10 mg.

Po dalších dvou měsících se i při navýšené antihypertenzní medikaci hodnoty krevního tlaku pacienta při domácí monitoraci pohybují kolem 138/83 mm Hg, tlakový 24hodinový Holter prokazuje mírné zlepšení zejména nočních hodnot krevního tlaku, nicméně (ve shodě s domácí monitorací) nedosahuje optima (celkový průměr 141/78 mm Hg, denní 143/79 mm Hg a noční 127/68 mm Hg). Antihypertenzní terapie je tedy opět rozšířena, k současné dvojkombinaci perindopril amlodipin 10 mg/amlodipin 5 mg je přidán indapamid 2,5 mg denně.

Po navýšení terapie o indapamid došlo k dosažení optimálních hodnot krevního tlaku, při domácí monitoraci má pacient hodnoty tlaku mezi 125 a 130 mm Hg. Rozšíření terapie o diuretikum nebylo provázeno rozvojem minerálové dysbalance. Pro další léčbu pak byla terapie zjednodušena za využití fixní trojkombinace perindopril arginin 10 mg / in-

dapamid 2,5 mg / amlodipin 5 mg v dávce jednou denně a pacient je nadále sledován a terapie jeho arteriální hypertenze je vedena lékařem primární péče. Při užívání kombinace atorvastatin 40 mg a ezetimib 10 mg bylo dosaženo uspokojivé kompenzace hypercholesterolemie, hodnota LDL-cholesterolu pacienta klesla k hodnotě 1,4 mmol/l.

Diskuze

Uvedená kazuistika ukazuje poměrně běžný případ pacienta z klinické praxe – diabetik s arteriální hypertenzí a dyslipidemií. I přes to, že se nejedná o žádného raritního pacienta, můžeme na tomto klinickém případě vysledovat hned několik důležitých principů, které by měly být součástí každodenní klinické praxe, principů, které jsou reálnou aplikací hned několika doporučených postupů.

Překonání terapeutické inercie, ať již své či svých kolegů, je zcela zásadní. Aktivní vstup do nedostatečně vedené terapie, aktivní opakované kontroly výsledků námi nastavené terapie a kritické zamýšlení se nad dalšími možnostmi zlepšení jsou nedílnou součástí správného léčebného postupu. Popisovaný pacient dospěl po prvotním úspěšném nastavení léčby během prvních dvou let hned k několika dalším nezbytným úpravám medikace, bez nichž by nebylo dosaženo optimální kompenzace.

Moderní farmakoterapie arteriální hypertenze je založena na využití kombinační terapie (3). Základními antihypertenzivy jsou RAS blokátory, kalciové blokátory, diuretika a betablokátory (4). Protože cílem léčby arteriální hypertenze je redukce kardiovaskulárního rizika, volíme přednostně léky s prokázaným kardiovaskulárním benefitem (5, 6). Z RAS blokátorů jsou to ACE inhibitory, které, oproti sartanům, disponují řadou klinických dat o svém kardiovaskulárním benefitu (7, 8). V souladu s doporučenými postupy pak byla u tohoto pacienta volena antihypertenzní terapie založená na využití ACE inhibitoru v kombinaci s kalciovým blokátorem (4, 6). Ze skupiny ACE inhibitorů byl zvolen perindopril arginin – molekula, která mezi ACE inhibitory disponuje asi největším množstvím dat o příznivém efektu na redukcii kardiovaskulárního rizika (9, 10). Perindopril má navíc 24hodinový klinický efekt a lze jej tedy velmi dobře využít ve fixních kombinacích s amlodipinem. Protože se v našem případě jednalo o diabetika s mikroalbuminurií a retinopatií, byl pro svůj organoprotektivní efekt v prvním kroku eskalace antihypertenzní terapie přednostně využit ACE inhibitor. V další léčbě pak byla terapie v souladu s doporučeními rozšířena z fixní dvojkombinace na fixní trojkombinaci za využití diuretika – indapamidu (Obr. 1) (4).

Adherence pacienta k terapii je zásadním faktorem, který předurčuje efekt námi doporučené terapie. Zejména u chronických onemocnění, která pacientům nepřinášejí diskomfort (například ve formě bolesti), jako je právě arteriální hypertenze, adherence s délkou terapie významně klesá (11). Ke zlepšení adherence kromě správné komunikace a navázání partnerského vztahu s pacientem významně přispějeme, pokud sestavíme jednoduché léčebné schéma využívající minimální množství tablet – ideálním schématem je jedna tableta jednou denně. Tento poznatek se ostatně promítl do evropských doporučených postupů pro léčbu hypertenze již v roce 2018 (6). Zjednodušením léčby arteriální hypertenze převodem pacienta na schéma s využitím polypill namísto volné kombinace totiž významně zvyšujeme jeho adherenci (12, 13, 14). V současné době již existují i důkazy, že využití fixních kombinací v léčbě arteriální hypertenze vede k finanční úspoře díky menšímu výskytu