

a to nezávisle na glykemické kontrole. Naopak intenzivní glykemická kontrola k $\text{HbA}_{1c} < 6,5\%$ byla spojena s nižší albuminurií pouze u pacientů s neuspokojivou kompenzací krevního tlaku, kdežto u dobře kompenzovaných nepřinesla další benefit (27).

Rutinní skrínink hypertrofie levé komory srdeční u diabetických pacientů 2. typu se neprovádí, přestože kardiovaskulární příhody jsou nejdůležitější příčinou morbidity a mortality, na nichž se podílí dvěma třetinami. Odhadovaná prevalence hypertrofie levé komory srdeční u diabetiků je 56–71 %, a je tak 1,5× častější než u nediabetických kontrol (28, 29). U pacientů se současným výskytem hypertenze a diabetu je rozlišení hypertenzí mediované hypertrofie levé komory srdeční a diabetické kardiomyopatie problematické. Diabetická kardiomyopatie je definovaná jako s diabetem spojené strukturální a funkční poškození myokardu, které není příslušné komorbiditám, jako je hypertenze nebo koronární nemoc (28). Tento jev je nezávislý na výši krevního tlaku a BMI, ale vykazuje souvislost s centrální obezitou a inzulinovou rezistencí (30, 31). Naopak u pacientů s koincidencí hypertenze a diabetes mellitus byla těsná kontrola krevního tlaku a glykemie spojena s nižší prevalencí HLK, zvláště pokud bylo dosaženo přísnějšího cíle (27).

Doporučení do praxe

První hodnocení orgánového poškození (vyšetření moči na ACR, EKG nebo lépe echokardiografie k detekci HLK, měření eGF a výpočet kardiovaskulárního rizika) by mělo být samozřejmostí u všech jedinců s vysokým normálním tlakem v ordinaci. Incidence maskované hypertenze je v některých subpopulacích vysoká (například diabetici, pacienti s metabolickým syndromem anebo obstrukční spánkovou apnoe, pacienti s renální insuficiencí), proto právě nález HMOD může být prvním vodítkem k pečlivějšímu ověření průměrné výše krevního tlaku. Také u nově diagnostikovaných hypertoniců patří základní skrínink HMOD mezi jednoznačně doporučená vyšetření. Přítomnost HMOD v okamžiku diagnózy znamená potvrzení, že krevní tlak je elevovaný a pacient bude profitovat z kombinované léčby hypertenze. Opakované hodnocení HMOD v průběhu léčby bychom měli provádět nejméně 1x za dva roky, u jedinců se vstupně pozitivním nálezem anebo neuspokojivou kompenzací krevního tlaku či rezistentní arteriální hypertenzí i častěji. Nejkratší racionální odstup mezi dvěma echokardiografickými hodnoceními hypertrofie levé komory je 1 rok, hodnocení albuminurie může být přínosné provádět při každé návštěvě.

Obr. 2. Jak postupovat v léčbě hypertenze

Krok 1.

OBP $\geq 135/85$ mm Hg

pokles GF? ACR? HLK?

ano

ne

Krok 2.

výpočet KV rizika SCORE 2

hypertenze potvrzená ABPM?

nízké riziko, žádné HMOD a STK < 150 mm Hg

režimová opatření a ověření ABPM nebo HBPM za 3–6 M

monoterapie

ostatní

fixní dvojkombinace

RAAS + BKK

nebo

RAAS + DIU

nebo

BB + RAAS

Krok 3.

Kontrola úspěchu za 1 měsíc: OBP + ABPM nebo HBPM + ACR, GF, K, krea

HBPM $\geq 135/85$ nebo ABPM $\geq 130/80$ mm Hg

navýšení dávky dvojkombinace nebo akcentace léčby na fixní trojkombinaci

Krok 4.

opakuj krok 3. do maximální tolerované dávky

přesto: HBPM $\geq 135/85$ nebo ABPM $\geq 130/80$ mm Hg

rezistentní hypertenze, konzultuj specialistu

Legenda: GF – glomerulární filtrace, ACR – albumin/kreatinin poměr, LK – levá komora, OBP – tlak v ordinaci, ABPM – ambulantní monitorování krevního tlaku, HBPM – domácí monitorování krevního tlaku, HMOD – hypertenzí mediované orgánové poškození, RAAS – blokátor renin-angiotenzin-aldosteronového systému, DIU – indapamid nebo chlortalidon, BB – betablokátor