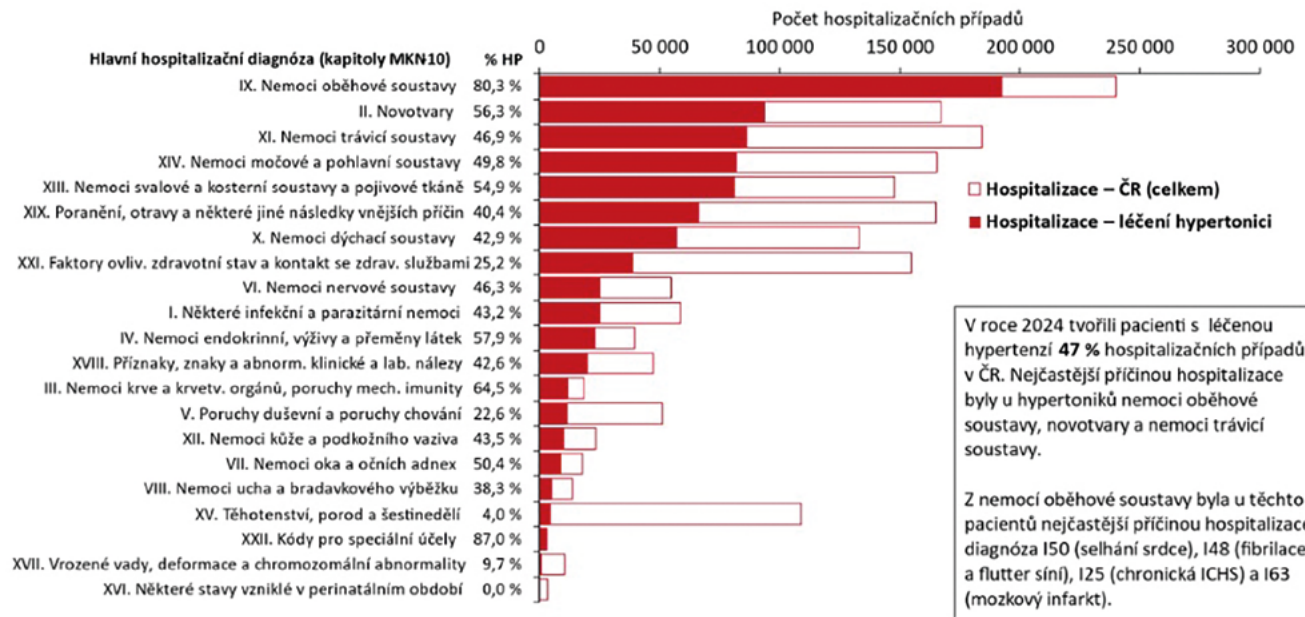


**Obr. 2.** Hypertenze je častou komorbiditou pacientů hospitalizovaných i pro jiná než kardiovaskulární onemocnění

## Příčiny hospitalizací u pacientů s léčenou hypertenzí v roce 2024

Počet hospitalizačních případů (HP) u pacientů s léčenou hypertenzí a jejich podíl na celkovém počtu HP v ČR:



domácího měření sdělené pacientem bylo možno vyvodit závěr, že jde o dlouhodobě nedostatečně kompenzovaného hypertonika, a proto byla farmakoterapie hypertenze eskalována o indapamid v dávce 2,5 mg 1x denně. Po této změně dochází u pacienta k poklesu krevního tlaku a na konci hospitalizace se TK pacienta pohybuje v hodnotách mezi 130–135/78–83 mm Hg. S ohledem na terapii diuretikem je ještě před propuštěním provedena kontrola renálních parametrů i kalemie, přičemž hodnoty renálních parametrů jsou stacionární a nedochází k rozvoji hypokalemie. Při dimisi je pacientova léčba hypertenze upravena na preparát obsahující fixní kombinaci perindopril 10 mg / amlodipin 5 mg / indapamid 2,5 mg. Cestou praktického lékaře jsou pak doporučeny další kontroly TK, případně úpravy terapie s dosažením cílových hodnot krevního tlaku v rozmezí 120–129/70–79 mm Hg (při měření v ambulanci) (7). Dále je s ohledem na nasazení indapamidu doporučena kontrola kalemie v odstupu, a to i přesto, že kontrolní kalemie v době hospitalizace byla v normě (přísun kalium byl totiž během hospitalizace výrazně pozitivně ovlivněn léčbou krystalickým penicilinem – v podávané denní dávce 30 milionů I. u. krystalického penicilinu je obsaženo 50,4 mmol K (8), což odpovídá množství kalium ve více než sedmi 500mg tabletách chloridu draselného (9), a případná hypokalemie jako nežádoucí účinek indapamidu by se tak mohla projevit až opožděně).

### Diskuze

Uvedená kazuistika popisuje poměrně typického obézního hypertonika trpícího současně diabetem mellitem 2. typu a hypercholesterolemií. Z pohledu kardiovaskulárního rizika se jedná o pacienta vysoce rizikového, k jehož léčbě přistupujeme komplexně ve snaze ovlivnit všechny významné kardiovaskulární rizikové faktory. Arteriální hypertenze je jedním ze základních a stěžejních kardiovaskulárních

rizikových faktorů, přičemž je současně i faktorem dobře ovlivnitelným. Ačkoliv se v této kazuistice nejedná o dekompenzaci krevního tlaku, která by pacientovi přinášela bezprostřední nebezpečí, je zcela na místě se k této situaci postavit čelem a věnovat pozornost úpravě léčby. Jak již bylo uvedeno v úvodu, i dlouhodobě působící mírná subkompenzace krevního tlaku má z dlouhodobého hlediska řadu nepříznivých důsledků, zejména z pohledu kardiovaskulárního rizika a rozvoje orgánových komplikací hypertenze. Z kazuistiky je zřejmé, že sám pacient nebyl svým ošetřujícím lékařem dostatečně poučen o cílových hodnotách krevního tlaku měřených v domácím prostředí, které by se dle doporučení měly blížit k hodnotě 120/70 mm Hg (7). U daného pacienta tedy kromě změny v terapii proběhla i redukce o cílových hodnotách TK v domácím prostředí.

Při analýze složení chronické farmakoterapie nacházíme u tohoto obézního hypertonika plnou dávku ACEI a základní dávku kalciového blokátoru. Důvodem, proč bylo u tohoto pacienta rozšíření terapie na trojkombinaci obsahující diuretikum upřednostněno před eskalací zavedené dvojkombinační léčby do maximálních dávek, bylo zohlednění patofyziologických mechanismů uplatňujících se na rozvoji hypertenze u obézních osob. U obézních hyperteniků je na základě vícero faktorů hyperaktivovaný systém renin–angiotensin–aldosteron a dále u těchto pacientů dochází k nadměrné retenci natria a vody (10, 11). Přidání diuretika ke stávající terapii perindopril / amlodipin tak příznivě zasáhlo právě do mechanismu nadměrné retence tekutin, přičemž nastavená trojkombinace obsahující diuretikum je i v souladu s doporučenými postupy léčby arteriální hypertenze (12).

Při léčbě každého hypertonika uvažujeme v souvislostech jeho komorbidit a zvažujeme i možné metabolické důsledky zvolené farmakoterapie. Asi největšího významu nabývá tento pohled u diabe-