

REZISTENTNÁ HYPERTENZIA – KAZUISTIKA

Peter Najmik

Interná ambulancia, Košice – Staré Mesto

Kazuistika pacientky, ročník narodenia 1954, s rezistentnou hypertenziou a pozitívnou rodinnou anamnézou.

Kľúčové slová MeSH: hypertenzia – etiológia, farmakoterapia; rezistencia lieková; kazuistika (publikačný typ).

Via pract., 2007, roč. 4 (1): 47

Úvod

Rezistentnou hypertenziou nazývame stav, keď sa nepodarí dosiahnuť u liečeného hypertonika cieľové hodnoty krvného tlaku ani trojkombináciou antihypertenzív (poznámka: z ktorých je jedno diuretikum – podľa JNC 7).

Medzi najčastejšie príčiny rezistentnej hypertenzie (RH) patria:

- zlá compliance („nepravá rezistentná hypertenzia“),
- hypertenzia bieleho pláštá,
- pseudohypertenzia – kalcifikácia art. brachialis,
- lieky: nedostatočné dávky antihypertenzív, zlé kombinácie, krátko účinkujúce liečivá používané len 1 x denne, liekové interakcie, nízka dávka alebo nepodanie diuretika,
- sekundárna hypertenzia: renálna – parenchymová a vaskulárna, primárny hyperaldosteronizmus,
- významná obezita, inzulínová rezistencia,
- syndróm spánkového apnoe,
- chronický príjem alkoholu,
- chronická bolesť,
- zvýšený extracelulárny objem – retencia sodíka, progresívna nefroskleróza,
- lieky: NSAR, antikoncepcia, dekongestíva, antidepressíva, anorektiká, Erythropoetín, kokaín, steroidy, liquiritia,
- a iné, menej časté príčiny.

Kazuistika

Pacientka A.S., ročník narodenia 1954, liečená od svojich 29 rokov na artériovú hypertenziu (AH). Pozitívna rodinná anamnéza – matka zomrela po cievej mozgovej príhode, otec vo vyššom veku po akútnom IM. Obaja boli hypertonici.

Na internú ambulanciu prišla prvýkrát **na jar roku 1999** s hodnotami krvného tlaku 200/110 mmHg, s pravidelnou akciou srdca 83/min, pri liečbe Enalapril 10–0–5 mg a Vasocardin 50 mg 1 krát denne. EKG bez známok preťaženia, bez ektopie, normálny záznam.

Vzhľadom na uvedené hodnoty, bola zmenená liečba na Trandolapril 2 mg, Amlodipin 5 mg, Atenolol 100 mg. Kontrolné vyšetrenie po mesiaci vykazovalo hodnoty TK 145/95 mmHg, pulz 72/min.

Na **jeseň roku 1999** pri kontrole vykazoval TK hodnoty 160/105 mmHg pri pravidelnej akcii srdca 70/min, pri liečbe Trandolapril 2 mg, Atenolol 50 mg. Amlodipín pre výrazné opuchy dolných končatín prestala užívať. Na základe uvedeného bola liečba upravená na Valsartan 80 mg, Hydrochlorotiazid 12,5 mg a Atenolol 50 mg.

Začiatkom roku 2000 pri kontrolnom vyšetrení konštatujeme prijateľné hodnoty TK 145/90 mmHg, pulz 70/min, bez významných laboratórných odchýlok. Na EKG bez známok preťaženia, sínusový rytmus. Pokračovala podľa poslednej ordinovanej liečby.

Na ďalšiu kontrolu prišla pacientka **na jar roku 2004**. Medzitým prestala užívať Valsartan, údaje z finančných dôvodov, na ambulancii praktického lekára ordinovaný Lisinopril v dávke 20 mg. Pri vyšetrení konštatovaná hodnota TK 170/120 mmHg pulz 65/min, pacientka sa sťažovala na suchý kašeľ, dýchavicu, slabosť.

Nasledovala korekcia liečby – pacientke bol predpísaný Candesartan plus 16/12,5 mg, Atenolol 100 mg. Liečbu tolerovala, po mesiaci užívania bol TK 150/95 mmHg, pulz 67/min, v deň vyšetrenia neužila ráno lieky a vyšetrená bola na poludnie. Poučená o nutnosti pravidelného užívania liekov. Na ďalšiu kontrolu neprišla.

Znova sa pacientka objavila na ambulancii **vo februári 2005**. Udáva liekové prázdny, lebo jej praktický lekár mal dovolenku, týždeň bola bez liečby. V objektívnom náleze TK 180/110 mmHg, pulz 74/min, EKG bez významných zmien, predpísané lieky.

Január 2006. Pacientka prichádza na ambulanciu s dyspeptickými ťažkosťami, kyslým refluxom žalúdočnej šťavy, zistená malá hiátová hernia, začatá liečba antacidami, ťažkosti ustúpili. Hodnoty TK 135/90 mmHg, pulz 72/min.

V **júli 2006** prišla pacientka na internú ambulanciu: sťažuje sa na zhoršenie spánku, údajne začala chrápať, budí sa častejšie, zadýchava sa pri predtým lepšie tolerovanej námahe, nyktúria. Vyšetrená gynekologicky, konštatovaný klimax.

Objektívne TK 165/105 mmHg, pulz 70/min. EKG bez zmeny, vykonané ECHOKG vyšetrenie – zistená koncentrická hypertrofia ľavej komory mierneho stupňa, porucha relaxácie svaloviny ľavej komory.

Komplexným zhodnotením stavu je naplánovaná takáto liečebná stratégia: Telmisartan 80/12,5 mg plus, 1 x denne, Carvedilol 2 x 25 mg, Spironolakton 25 mg denne, Moxonidín 0,3 mg večer.

Na **jeseň 2006** sa stav pacientky stabilizuje, subjektívne sa cíti dobre, schudla, pravidelný režim, aktívny pohyb, lieky užíva podľa odporúčania. Realizované domáce meranie krvného tlaku počas 7 dní. Priemerná hodnoty TK pri rannom a večernom meraní je 142/92 mmHg, pulz 70/min.

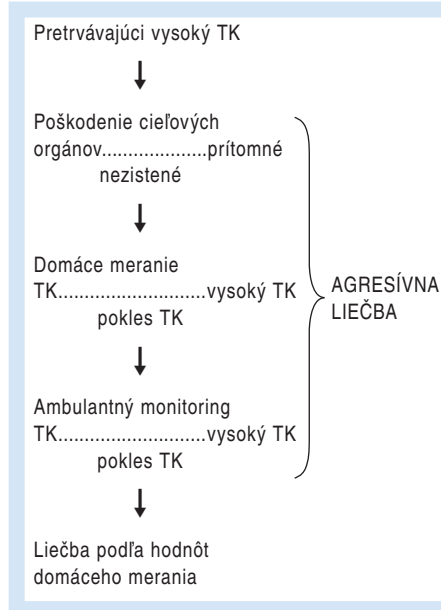
Diagnostická úvaha

U pacientky veľmi pravdepodobne ide o rezistentnú hypertenziu, pri pozitívnej genetickej záťaži. Na sťaženií úpravy stavu sa podieľa i nie ideálna compliance.

Koincidujúcou okolnosťou je deprivácia spánku, možné je i zatiaľ nepotvrdené spánkové apnoe.

Aký by mal byť ideálny postup pri detekcii a liečbe rezistentnej hypertenzie, naznačuje algoritmus v grafe 1.

Graf 1. Algoritmus detekcie a liečby rezistentnej hypertenzie (Pickering TG et al., Jama 1988; 259: 225–228).



MUDr. Peter Najmik

Interná ambulancia, Košice – Staré Mesto
e-mail: najmikp@hotmail.com

Literatúra u autora