

Strava s nízkým obsahem soli vede k většímu poklesu proteinurie než přidání dalšího farmaka. Vysokosodíková dieta je spojena se zvýšením incidence ESRD o 50 %. Průměrná konzumace soli v ČR se pohybuje okolo 12 g denně, přičemž doporučená hodnota je do 5 g/den. Na slanou chuť navíc vzniká tolerance a jedinec si mnohdy ani neuvědomuje, že konzumuje příliš slané jídlo. Diagnostiku vysokého příjmu soli lze provést pomocí 24hodinového sběru moči s vyšetřením sodíku. 24hodinový odpad sodíku do moči nad 250 mmol odpovídá příjmu soli přibližně 14 g/den.

Nefroprotektivní antihypertenziva a antihypertenziva snižující proteinurii zahrnují ACE inhibitory (perindopril, ramipril, benazepril, lisinopril), některé AT-1 blokátory (valsartan, irbesartan, popř. candesartan), blokátory kalciových kanálů a spironolakton. Antiproteinurický efekt ACEI je závislý na dávce, proto je třeba u pacientů s hypertenzí a proteinurií vytitrovat nejvyšší tolerovanou dávku. Jejich antiproteinurický

účinek navíc potencují diuretika a restrikce soli. Kombinace ACEI a AT-1 blokátorů ale není doporučena ani u pacientů s proteinurií (3).

Kazuistika polymorbidního hypertonika s nedostatečně kontrolovaným TK

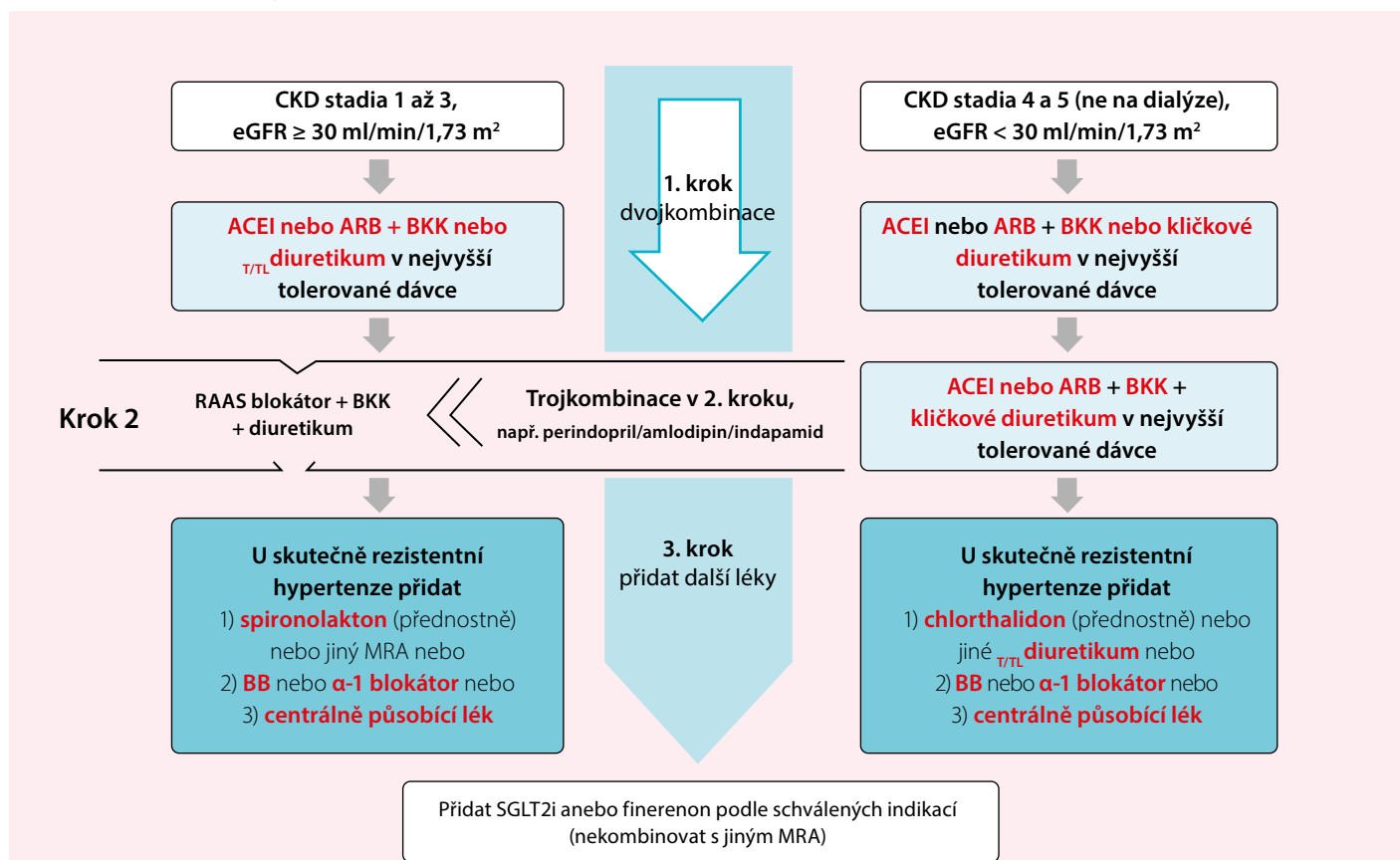
Muž narozený v roce 1961 má hypertenzi od svých 30 let. V osobní anamnéze má dále diabetes 2. typu, nefropatii, obezitu a steatózu jater. Při prvním vyšetření v kardiologické ambulanci v lednu 2024 užíval celkem 10 tablet denně: losartan 50 mg 1-0-0, amlodipin 5 mg 1-0-0, rilmenidin 1 g 1-0-0, doxazosin 4 mg 1-0-1, atenolol 50 mg 1-0-0, kalium chloratum 1-0-0, metformin 1000 mg 1-0-0 a glyquidon 30 mg 1-0-1. Hypertenze přesto nebyla dostatečně kompenzovaná a subjektivně si stěžoval na otoky dolních končetin.

ABMP ukázalo průměrný 24hodinový TK 148/85 mmHg (168/92 mmHg ve dne a 149/84 mmHg v noci), průměrná tepová frekvence

byla 68/min. Z laboratorních vyšetření byla patrná mírná hypokalemie (3,44 mmol/l), vyšší hladina urey (13,3 mmol/l), kreatininu (147 μ mol/l) a kyseliny močové (630 μ mol/l), snížená GF (0,72 ml/s/1,73 m²), HbA1c 57 mmol/mol a pozitivní ACR (4,0 mg/mmol). Další diagnostický postup zahrnoval vyšetření rychlosti šíření pulzní vlny a indexu kotníkových tlaků, které ukázalo zvýšenou tepennou tuhost (PWV 10,7 m/s, ABI 1,03 vlevo 1,06 vpravo). Dle tabulek SCORE pro pacienty s diabetem měl velmi vysoké KV riziko. Přítomna byla také těžká spánková apnoe s hyposaturací. Zátěžové vyšetření perfuze myokardu SPECT bylo bez patologického nálezu.

Indikována byla přetlaková ventilace (CPAP) a provedena byla úprava farmakoterapie. Antihypertenzní léčba byla postupně upravena a následně podávána ve fixní trojkombinaci (perindopril/amlodipin/indapamid, Triplixam® 10/2,5/10 mg 1-0-0) s přidáním spironolaktonu 25 mg 1-0-0, nasazena byla hypolipidemická léčba z důvodu vysokého KV rizika (atorvastatin 40 mg 1-0-0) a anti-

Obr. 2. Doporučená léčba hypertenze u pacientů s poruchou funkce ledvin (5)



ACEI – inhibitor angiotenzin konvertujícího enzymu, ARB – AT-1 blokátor, BB – β -blokátor, BKK – blokátor kalciového kanálu, CKD – chronické onemocnění ledvin, eGFR – odhadovaná glomerulární filtrace, MRA – antagonisty mineralokortikoidních receptorů, SGLT2i – inhibitor sodíko-glukózového kotransportéru 2, T/TL – thiazidové nebo thiazidům podobné