

Piotr Romańczuk

NZOZ Gdańska Poradnia Cukrzycowa

Przypadek kliniczny 7

Pacjent z nadciśnieniem i cukrzycą

Nadciśnienie Tętnicze w Praktyce 2015, tom 1, nr 2, strony: 126–127

Wstęp

Pacjent lat 71, mężczyzna, emerytowany radca prawny, pod opieką Poradni Cukrzycowej od 4 lat. Do 2011 roku był podopiecznym lekarza rodzinnego.

Podstawowe zgłaszane dolegliwości to chromanie przestankowe w zakresie obu podudzi z dystansem 200–400 metrów. Dolegliwości z progresywnym nasileniem datują się od 2008 roku. Chory prowadzi regularny tryb życia z bardzo wczesnym wstawaniem (ok. godz. 4.00). Aktywność fizyczna ogranicza się do spacerów trwających około 1 godziny z częstotnością 2 razy w tygodniu oraz udział w polowaniach 1–2 razy w miesiącu. W ostatnim roku zwiększył częstotliwość spacerów do 6 razy tygodniowo. Od 20. roku życia palił około 40 papierosów dziennie do 2011 roku. Alkohol w ilości 1–2 jednostek spożywa kilka razy tygodniowo. Stosuje dietę niskich indeksów glikemicznych od 2 lat oraz dietę z ograniczeniem cholesterolu od około 5 lat.

Badanie przedmiotowe

Waga 89,1 kg, wzrost 169 cm, obwód talii (WC, *waist circumference*) 101 cm, indeks masy ciała (BMI, *body mass index*) 31,1 kg/m² (otyłość brzuszna), ciśnienie tętnicze (BP, *blood pressure*) 141/75 mm Hg, częstość akcji serca (HR, *heart rate*) 72/min. Z odchyień od normy stwierdza się:

- wyczuwalną wątrobę na 1 p.p. ł.ż. o gładkiej powierzchni i zwiększonej;
- słabo wyczuwalne tętno na lewej tętnicy podkolanowej i piszczelowej tylnej, niebadalne tętno na tętnicach grzbietowych obu stóp;

Adres do korespondencji: lek. Piotr Romańczuk
NZOZ Gdańska Poradnia Cukrzycowa
ul. Wałowa 27, 80–858 Gdańsk, tel. 583010723
e-mail: piotrom@wp.pl

 Copyright © 2015 Via Medica, ISSN 1428–5851

— obniżony próg odczuwania wibracji oraz osłabione czucie dotyku na obu stopach.

Historia choroby

Nadciśnienie tętnicze rozpoznano i rozpoczęto leczenie choroby w 1996 roku. Kontrola ciśnienia tętniczego w latach 1996–2015, mimo regularnego stosowania leków, była niezadowolająca, z wartościami BP w granicach 150–170/85–100 mm Hg. Cukrzycę typu 2 rozpoznano w grudniu 2010 roku z glikemią wstępną o wartości 198 mg%. Pacjent przyjmował metforminę do 2014 roku. Po dołączeniu pochodnej sulfonilomocznika uzyskano istotną poprawę kontroli metabolicznej cukrzycy. Hiperlipidemię mieszaną rozpoznano w 2001 roku, ale leczenie farmakologiczne rozpoczęto dopiero w roku 2010. W 2011 roku ujawnił się podwyższony poziom kwasu moczowego, który jest wyrównany za pomocą Miluritu oraz diety niskopurynowej.

Leczenie do czerwca 2015 roku:

1. Tritace 10 mg 1 tabletko rano
2. Amlopin 10 mg 1 dziennie
3. Diuresin SR 1,5 mg 1 tabletko rano
4. Milurit 100 mg 1 × dziennie
5. Atorwasterol 40 1 × mg dziennie
6. Lipanhyll Supra 215 mg 1 × dziennie
7. Glucophage 3 × 1000 mg
8. Diaprel MR 60 mg 1 × dziennie
9. Polocard 75 mg 1 × dziennie

Dane z dzienniczka samokontroli ciśnienia tętniczego (codzienne pomiary rano i wieczorem) wykazały wartości stale przekraczające 150 mm Hg przy prawidłowych wartościach ciśnienia rozkurczowego do 85 mm Hg. Pacjent zgłaszał obiekcyjne do ilości przyjmowanych leków oraz ich wysokiej ceny. Kontrola glikemii w samokontroli: na czczo 101–115 mg%, po posiłkach do 150 mg%, bez epizodów hipoglikemii.

Aktualne leczenie:

1. Triplixam 10/2,5/10 mg 1 × dziennie
2. Milurit 100 mg 1 × dziennie
3. Atorwasterol 40 1 × mg dziennie
4. Lipanthyl Supra 215 mg 1 × dziennie
5. Glucophage 3 × 1000 mg
6. Diaprel MR 60 mg 1 × dziennie
7. Polocard 75 mg 1 × dziennie

Po modyfikacji leczenia nadciśnienia uzyskano zalecane wartości ciśnienia tętniczego do 140/85 mm Hg po około 2 tygodniach (dane z dzienniczka samokontroli BP) stosowania Triplixamu w najwyższej dawce terapeutycznej przy dobrej tolerancji leku.

Aktualne wyniki badań

Cholesterol całkowity 171, cholesterol frakcji LDL (*low density lipoprotein* — lipoproteiny o małej gęstości) 82, cholesterol frakcji HDL (*high density lipoprotein* — lipoproteiny o dużej gęstości) 42, Tg 147 mg/dL, kwas moczowy 5,1 mg/dL, kreatynina 0,91 mg/dL, ALT 50 j., AST 33 j., Alb/Kreat. 54 mcg/mg, K 4,7 mEq/L, Na 141 mEq/L, HbA1c 6,4%.

W badaniu EKG — rytm zatokowy miarowy 75/min, blok przedniej wiązki lewej odnogi pęczka Hisa (LAH, *left anterior hemiblock*), blok prawej odnogi pęczka Hisa (RBBB, *right bundle branch block*) — pacjent został skierowany do dalszej diagnostyki kardiologicznej i wykonania dopplerowskiego USG tętnic kończyn dolnych. Aorta brzuszna nieposzerzona, przepływ zachowany. Tętnice biodrowe drożne, bez przewężień. W prawej kończynie tętnica udowa powierzchowna zamknięta — przepływ powraca w 1/3 dolnej

uda. Tętnica podkolanowa i tętnice podudzia drożne, z przepływem jednofazowym. W lewej kończynie tętnica udowa wspólna i głęboka drożne, bez przewężień. Tętnica udowa powierzchowna kilka centymetrów poniżej podziału ulega zamknięciu. Widoczne krążenie oboczne. Przepływ powraca w tętnicy podkolanowej, która nie wykazuje istotnych zwężeń. Tętnice podudzia z przepływem jednofazowym.

Komentarz

1. Wprowadzenie preparatu trójlekowego pozwoliło uzyskać dobrą kontrolę ciśnienia tętniczego z wartościami BP do 140/85 mm Hg.

2. Wielokrotne próby stosowania inhibitorów konwertazy angiotensyny (cilazapril, lisinopril, ramipril) w przeszłości nie dawały pożądanych efektów redukcji ciśnienia tętniczego.

3. Stosowany przez pacjenta preparat złożony zapewnia całodobową kontrolę ciśnienia tętniczego.

4. Uzyskano zadowolenie pacjenta, który był świadomy dotychczasowego braku prawidłowej kontroli nadciśnienia.

5. Uzyskano lepszy *compliance* leczenia:
— ze względu na różną liczbę tabletek w opakowaniach leków czasami występował brak jednego z leków przeciwnadciśnieniowych;
— pacjent czasami zapominał przyjąć jeden z leków przeciwnadciśnieniowych.