

Nedostatečná kontrola TK není neutrální stav. Riziko kardiovaskulárních příhod roste kontinuálně s hodnotou TK a není dáno ostrou hranicí mezi normotenzí a hypertenzí. Doporučení ESC 2024 proto u většiny léčených dospělých preferují cílový systolický TK 120–129 mm Hg, pokud je léčba dobře tolerována (4). Doporučení ESH 2023 a AHA/ACC 2025 rovněž zdůrazňují časnou, strukturovanou léčbu s pravidelnou kontrolou účinnosti a tolerance (5, 6).

Změna doporučení: od postupné eskalace k časné kombinaci

Starší klinický zvyk zahajovat léčbu jedním antihypertenzivem a čekat na jeho selhání je historicky srozumitelný, ale méně odpovídá současným cílům léčby. Doporučení ESC 2024 uvádějí u většiny pacientů s potvrzenou hypertenzí jako preferovaný první krok nízkodávkovanou dvojkombinaci, ideálně v jedné tabletě. Doporučení ESH 2023 obdobně podporují iniciační kombinovanou léčbu a jednotabletovou kombinaci (single-pill combination, SPC). AHA/ACC 2025 doporučují zahájení dvěma léčivými prvky první volby různé třídy u pacientů s hypertenzí 2. stupně a rovněž preferují SPC, je-li dostupná (4–6).

Monoterapie si zachovává místo u vybraných pacientů. Patří mezi ně zejména osoby s nižšími vstupními hodnotami TK, velmi staří nebo křehcí pacienti, nemocní se symptomatickou ortostatickou hypotenzí a osoby s omezenou tolerancí léčby, u nichž je vhodná opatrná titrace. Přesné vymezení těchto situací se mezi doporučeními částečně liší; u většiny pacientů s potvrzeným TK $\geq 140/90$ mm Hg však kombinovaná léčba představuje preferovaný výchozí postup (4–6).

Proč monoterapie často nestačí

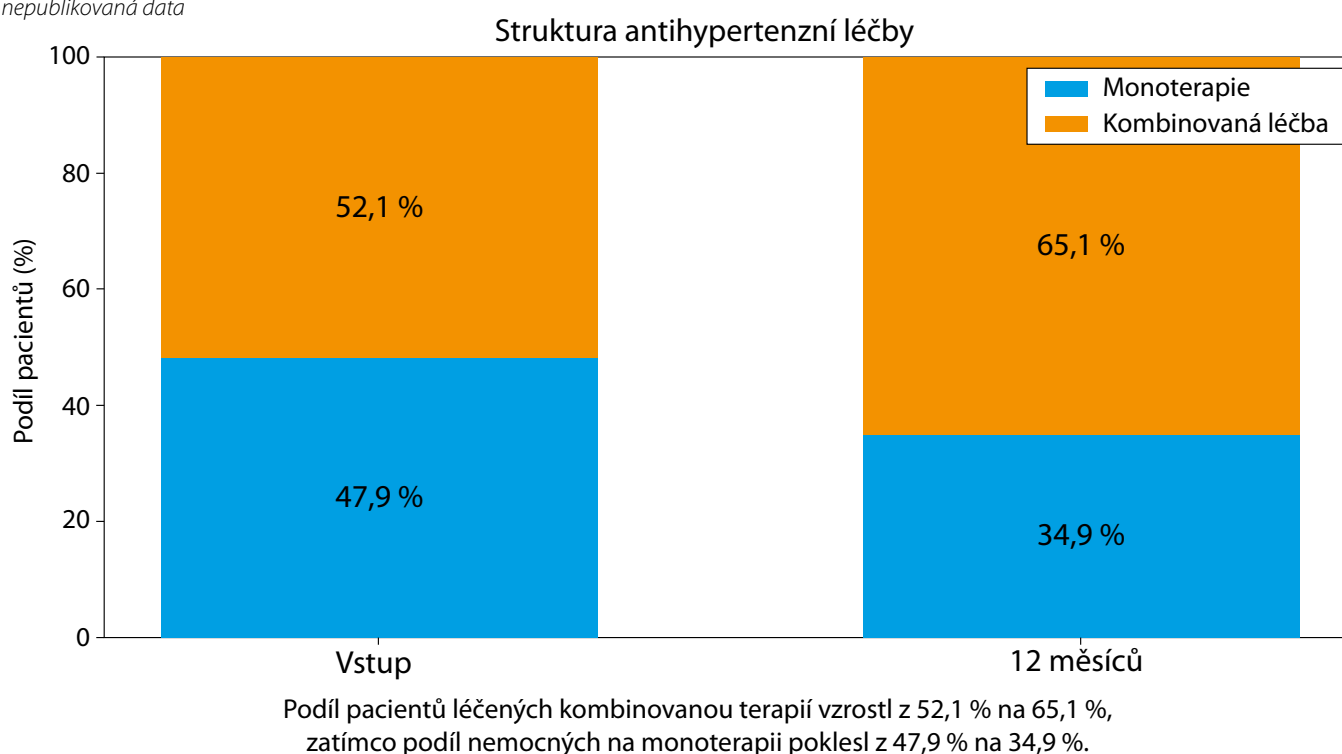
Hypertenze je heterogenní syndrom, nikoli porucha jedné regulační osy. U části pacientů dominuje aktivace renin-angiotenzin-aldosteronového systému, u jiných objemová složka, zvýšená cévní rezistence, sympatická aktivace, obezita, inzulinová rezistence, zvýšená tepenná tuhost nebo jejich kombinace. Dvojkombinace zvyšuje pravděpodobnost ovlivnění více relevantních mechanismů a současně umožňuje použít nižší dávky jednotlivých složek, a tím omezit dávkové závislé nežádoucí účinky (5, 7). Např. v kombinaci perindopril a indapamid kombinace vykazuje výbornou toleranci, neboť ACE inhibitor díky venodilatačnímu účinku zmírňuje riziko vzniku periferních edémů indukovaných dihydropyridiny.

Metaanalýza 42 randomizovaných studií zahrnující 10 968 účastníků ukázala, že přidání druhého léku z jiné třídy snižuje TK přibližně pětkrát více než zdvojnásobení dávky jednoho léku (8). Pokud pacient nedosahuje cíle na nízké nebo střední dávce monoterapie, další zvyšování dávky stejné látky proto obvykle přinese menší dodatečný účinek než racionální kombinace dvou tříd.

Struktura léčby může být důležitější než její intenzita

V běžné klinické praxi bývá nedosažení cílového krevního tlaku často řešeno prostým navyšováním dávek antihypertenziv. Stejně důležitá však může být struktura léčby, preference dlouhodobě působících molekul, použití SPC, systematická titrace a kontrola adherence. V pilotním českém programu „Nebuď pod tlakem“, zaměřeném na pacienty s nekomplikovanou arteriální hypertenzí, vzrostl během 12 měsíců podíl

Obr. 1. Změna struktury antihypertenzní léčby během 12měsíčního sledování v programu „Nebuď pod tlakem“. Podíl pacientů léčených kombinovanou antihypertenzní terapií vzrostl z 52,1 % na 65,1 %, zatímco podíl nemocných na monoterapii poklesl z 47,9 % na 34,9 %. Výsledky ilustrují posun ve struktuře léčby směrem ke kombinované terapii v rámci komplexního programu péče o pacienty s nekomplikovanou arteriální hypertenzí. Vlastní dosud nepublikovaná data



Randomizovaná studie u hypertenze 2. stupně: valsartan/HCTZ vs valsartan; dosažení cíle 44,5 % vs 29,1 %, $p < 0,001$ (8).