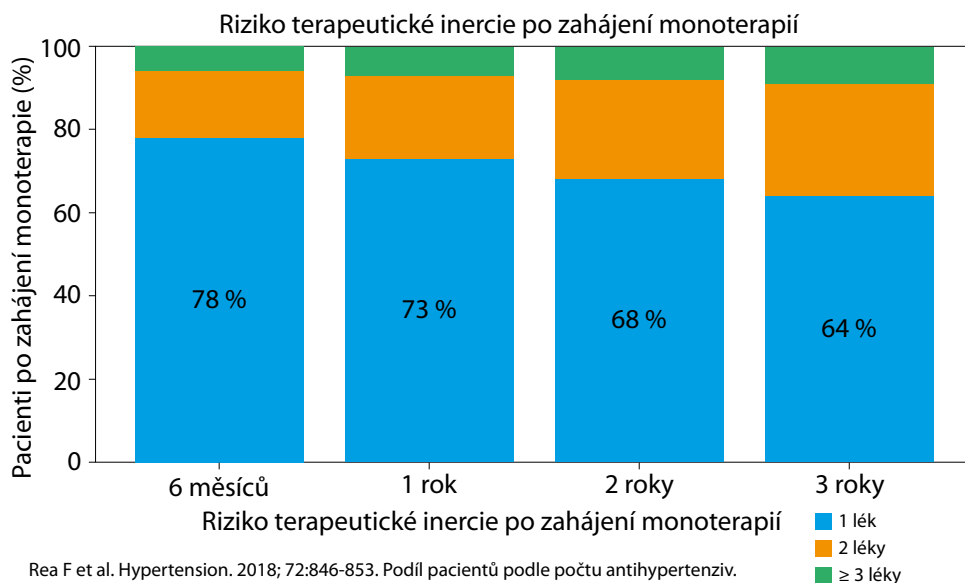
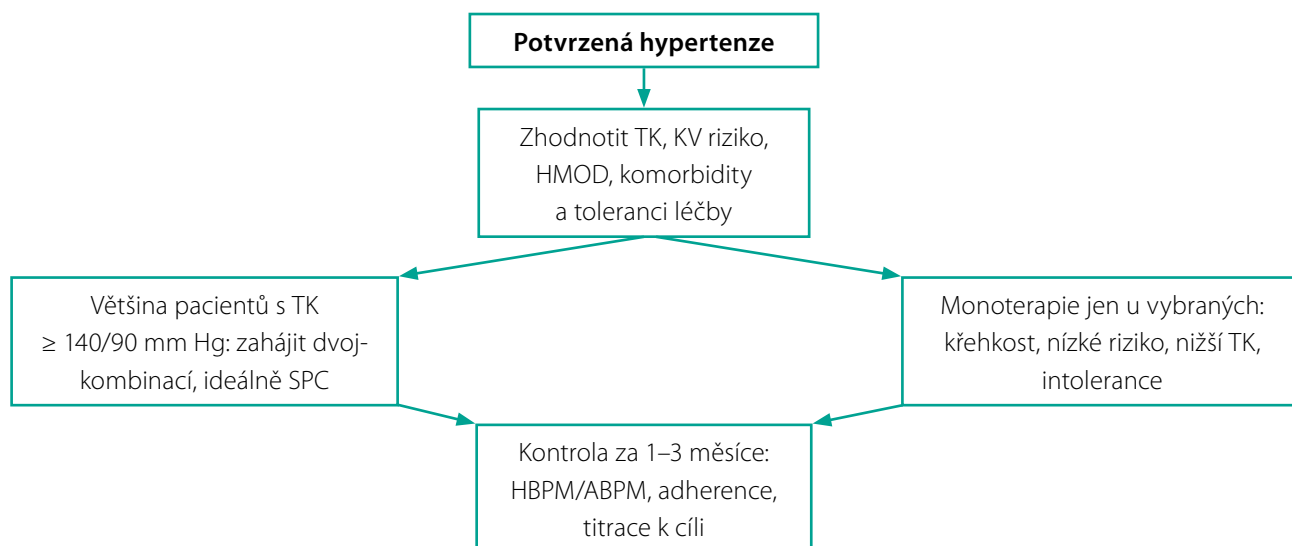


Obr. 2. *Terapeutická inercie po zahájení antihypertenzní léčby monoterapií*

Podíl pacientů užívajících 1, 2 nebo ≥ 3 antihypertenziva po zahájení léčby jedním lékem v lombardské databázové analýze (10).

Obr. 3. *Praktický algoritmus zahájení léčby arteriální hypertenze*

Autorské schéma podle doporučení ESC 2024, ESH 2023 a AHA/ACC 2025 (3–5).

pacientů léčených kombinovanou terapií z 52,1 % na 65,1 %, zatímco podíl pacientů na monoterapii poklesl z 47,9 % na 34,9 % (Obr. 1). Posun ve struktuře léčby byl provázen zlepšením kontroly TK bez statisticky významného zvýšení sumy dávkových poměrů antihypertenziv. Jde o vlastní dosud nepublikovaná data z nerandomizovaného, selektovaného souboru pacientů bez významných komorbidit; ilustrují proto proveditelnost tohoto postupu, nikoli jeho kauzální účinek.

Čas do dosažení cíle je klinicky významný

U hypertenze není důležité pouze konečné dosažení cílového TK, ale také doba, po kterou pacient zůstává nad cílovou hodnotou. Odkládaná intenzifikace prodlužuje expozici zvýšenému TK a může být prognosticky významná. Randomizovaná i observační data ukazují, že zahájení kombinací vede k rychlejší kontrole TK než postupná titrace monoterapie (7, 9, 10).

Ve studii PATHWAY-1 bylo 605 dosud neléčených pacientů s TK ≥ 150/95 mm Hg randomizováno k úvodní kombinaci losartanu s hydrochlorothiazidem nebo k sekvenční monoterapii. Domácí systolický TK klesal při úvodní monoterapii během prvních 32 týdnů v průměru o 4,9 mm Hg méně než při úvodní kombinaci. Na konci 32. týdne se rozdíl mezi strategiemi vyrovnal, avšak pacienti zahájení monoterapií zůstávali v časně fázi léčby déle vystaveni vyšším hodnotám TK. Výskyt vysazení pro nežádoucí účinky se mezi strategiemi nelišil (9). Studie zároveň ukázala, že odpověď na jednotlivé monoterapie se lišila podle tercílů reninu, zatímco kombinace poskytovala rovnoměrnější účinek, který byl dokonce silnější než při terapii cílené podle hladiny reninu (9).

Podobný obraz přinesla rozsáhlá analýza běžné péče v prvním roce léčby. Ve srovnání s úvodní monoterapií byla pravděpodobnost dosažení kontroly TK vyšší při zahájení SPC (HR 1,53; 95% CI 1,47–1,58)