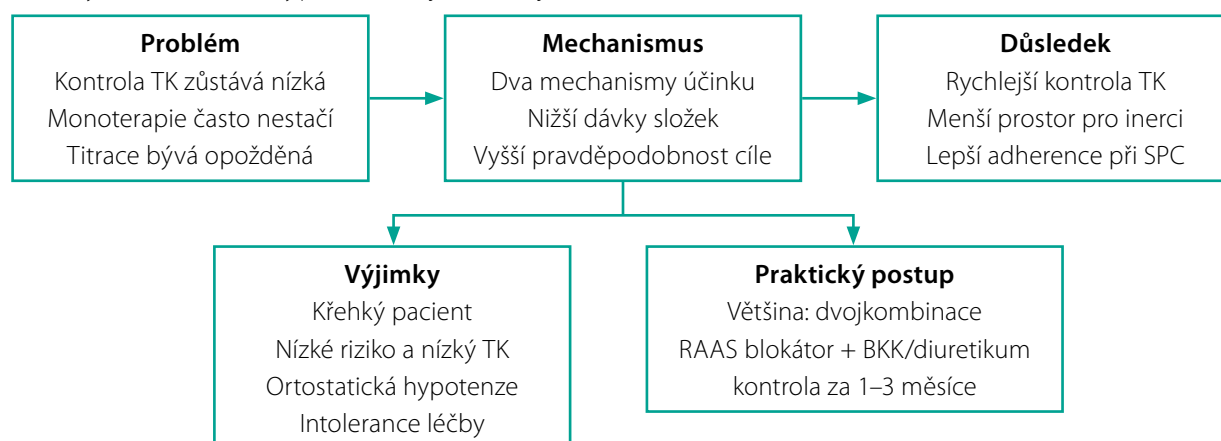


Obr. 4. Grafický souhrn. Proč u většiny pacientů zahájit léčbu dvojkombinací

Zdroje: ESC 2024, ESH 2023, AHA/ACC 2025; Wald 2009; Everett 2008; Rea 2018; MacDonald/PATHWAY-1 2017.

Schéma shrnuje hlavní argumenty pro iniciační kombinovanou léčbu a situace, kdy zůstává vhodná monoterapie.

i při volné kombinaci (HR 1,34; 95% CI 1,31–1,37) (10). Tato data podporují praktický význam časně kombinace, aniž by nahrazovala nutnost individualizace léčby.

Hlavní přínos časně kombinace tedy nespočívá pouze ve větším poklesu TK, ale také ve zkrácení období, během něhož pacient zůstává mimo cílové rozmezí.

Riziko zahájení monoterapií: terapeutická inercie

Největším praktickým rizikem monoterapie není samotná první tableta, ale skutečnost, že se z dočasného kroku stane dlouhodobý stav. Analýza administrativních dat z Lombardie zahrnuje 125 635 pacientů zahajujících antihypertenzní léčbu; z nich 100 982 zahájilo léčbu jedním lékem. Mezi pacienty zahájenými monoterapií zůstávalo po 6 měsících na jednom antihypertenzivu 78 %, po 1 roce 73 %, po 2 letech 68 % a po 3 letech 64 %; kombinovanou léčbu užívalo po 3 letech pouze 36 % (11).

Tato čísla neříkají, že všichni pacienti setrvávající na monoterapii byli nekontrolovaní. Ukazují však klinicky podstatný mechanismus: pokud léčbu zahájíme jedním lékem, pravděpodobnost pozdější intenzifikace je v reálné praxi nízká. Monoterapie tak může podporovat terapeutickou inerci, zvláště pokud kontrola TK není vázána na standardizované domácí měření, jasný časový plán titrace a aktivní kontrolu adherence (11).

Adherence a výhoda jedné tablety

Kombinovaná léčba má být, pokud je to možné, podána jako SPC. Důvodem není pouze pohodlí pacienta, ale měřitelný dopad na adherence. Metaanalýza fixních kombinací antihypertenziv prokázala lepší adherence ve srovnání s volnou kombinací léčiv a současně neukázala zhoršení bezpečnosti (12). Systematický přehled a metaanalýza zaměřené na SPC oproti volným ekvivalentním kombinacím potvrdily lepší adherence a perzistenci při léčbě jednou tabletou (13).

SPC má i organizační výhodu: zjednodušuje preskripci, snižuje počet rozhodnutí při další kontrole a usnadňuje vysvětlení léčby pacientovi. Výběr kombinace má vycházet z komorbidit, věku, renálních funkcí, tolerance, rizika elektrolytových poruch a očekávané 24hodinové účinnosti. Základními složkami jsou inhibitor ACE nebo ARB v kombinaci

s dihydropyridinovým blokátorem kalciových kanálů nebo thiazidovým či thiazidům podobným diuretikem. Betablokátor je vhodný při specifické klinické indikaci (4–6).

Bezpečnost zahájení kombinací a obava z hypotenze

Častou námitkou proti úvodní dvojkombinaci je obava z hypotenze. Největší pozornost zasluhují starší pacienti, zejména při křehkosti, ortostatických obtížích, autonomní dysfunkci, dehydrataci nebo současném užívání dalších léků s hypotenzním účinkem. Obava se však objevuje i u mladších osob s TK okolo 140–150 mm Hg. Je třeba rozlišit nízkodávkovanou racionální kombinaci od zahájení vysokými dávkami. Nižší dávky dvou komplexnějších léčiv obvykle přinášejí větší pokles TK než maximální dávka jedné látky a současně méně dávkově závislých nežádoucích účinků (8).

Absolutní pokles TK navíc závisí na výchozí hodnotě: při vyšším vstupním TK bývá větší, zatímco u mírnější hypertenze je obvykle menší. V prospektivní observační studii s fixní kombinací perindoprilu a amlodipinu činil průměrný pokles TK u hypertenze 1., 2. a 3. stupně přibližně 19/9, 32/14 a 48/22 mm Hg; nežádoucí reakce byly hlášeny u 0,7 % pacientů a nevedly k přerušení léčby (14). Jde o příklad jedné konkrétní kombinace z observační praxe, nikoli o přímé srovnání všech doporučených strategií. U velmi starých nebo křehkých pacientů, při symptomatické ortostatické hypotenzii, autonomní dysfunkci, významné stenóze aortální chlopně nebo po akutním onemocnění je vhodná opatrnější titrace. Měření TK po postavení je doporučeno zejména u starších a křehkých osob, u pacientů se symptomy a při podezření na autonomní dysfunkci (4–6).

Praktické implikace

Po potvrzení diagnózy, přednostně také mimoordinančním měřením – domácím měřením krevního tlaku (HBPM) nebo 24hodinovým ambulantním monitorováním (ABPM) – je vhodné určit celkové kardiovaskulární riziko, přítomnost hypertenze mediovaneho orgánového poškození a komorbidit. U většiny pacientů s potvrzeným TK $\geq 140/90$ mm Hg má být výchozím krokem nízkodávkovaná dvojkombinace, nejlépe jako SPC. Kontrola účinnosti, tolerance a adherence má