

následovat v řádu týdnů, nejpozději za 1–3 měsíce, nikoli až při další roční preventivní prohlídce (4–6).

Základem zahájení léčby má být blokátor systému renin-angiotenzin (inhibitor ACE nebo ARB) v kombinaci s dihydropyridinovým blokátorem kalciových kanálů nebo thiazidovým či thiazidům podobným diuretikem. Tento patofyziologicky nejuniverzálnější start pro širokou populaci hypertoniků zajišťuje robustní antihypertenzní účinnost podloženou daty o redukcí mortality. Volba konkrétního přípravku a druhé složky se řídí komorbiditami, renálními funkcemi, tolerancí, rizikem elektrolytových poruch a očekávanou 24hodinovou účinností; inhibitor ACE a ARB se současně nepodávají (4–6).

Pro některé konkrétní léčebné režimy jsou k dispozici rozsáhlá klinická data. Ve studii ASCOT-BPLA byl režim založený na amlodipinu s přidáním perindoprilu podle potřeby ve srovnání s režimem atenolol/bendroflumethiazid spojen s nižším výskytem řady kardiovaskulárních příhod a nižší celkovou mortalitou (15). Ve studii ADVANCE vedlo přidání fixní kombinace perindopril/indapamid ke standardní léčbě pacientů s hypertenzí a diabetem 2. typu ke snížení celkové i kardiovaskulární mortality (16). Studie PATHWAY-1 následně potvrdila, že iniciační léčba kombinací losartan/hydrochlorothiazid umožňuje rychlejší dosažení kontroly krevního tlaku oproti sekvenční monoterapii bez zhoršení tolerance léčby (9). Dostupná data podporují časné použití kombinované léčby napříč třídami antihypertenziv. Zatímco studie PATHWAY-1 dokumentovala přínos iniciační kombinace především z hlediska rychlosti a účinnosti kontroly krevního tlaku, studie ASCOT-BPLA a ADVANCE poskytly důkazy o příznivém ovlivnění kardiovaskulárních příhod a mortality při režimech založených na perindoprilu (15, 16).

Pokud dvojkombinace nevede k dosažení cíle, dalším krokem je zpravidla kombinace blokátoru renin-angiotenzinového systému, di-

hydropyridinového blokátoru kalciových kanálů a thiazidového nebo thiazidům podobného diuretika, opět přednostně v jedné tabletě. Před intenzifikací je třeba ověřit způsob měření TK, adherenci, dávkování, příjem soli, možné presorické látky a sekundární příčiny hypertenze (4–6).

Včasná intenzifikace je součástí stejné strategie jako iniciační dvojkombinace: cílem je zabránit tomu, aby pacient zůstal měsíce na režimu, který zjevně nevede k cílovému TK.

Monoterapie zůstává rozumnou volbou tam, kde je riziko nadměrného poklesu TK vyšší než riziko krátkodobého setrvání nad cílem. I v těchto situacích je vhodné již při zahájení stanovit termín kontroly a podmínky případné intenzifikace. Jinak hrozí, že se z opatrného zahájení stane chronická nedostatečná léčba (4–6, 11).

Závěr

Zahájení antihypertenzní léčby kombinací není pouze otázkou větší účinnosti. Tato strategie odpovídá multifaktoriální patofyziologii hypertenze, zvyšuje pravděpodobnost časného dosažení cíle, omezuje prostor pro terapeutickou inerci a při použití SPC podporuje adherenci. Doporučení ESC 2024 a ESH 2023 preferují u většiny pacientů s potvrzenou hypertenzí úvodní nízkodávkovanou dvojkombinaci; AHA/ACC 2025 tento postup doporučují u hypertenze 2. stupně. Základní variantou je blokátor systému renin-angiotenzin (inhibitor ACE nebo ARB) v kombinaci s blokátorem kalciových kanálů nebo thiazidovým či thiazidům podobným diuretikem. Monoterapie má zůstat vyhrazena situacím, v nichž je opatrnější titrace klinicky odůvodněná. Důsledné využívání SPC, včasná kontrola účinku a předem stanovený plán intenzifikace vytvářejí předpoklady pro lepší dlouhodobou kontrolu TK a snížení kardiovaskulárního rizika.

PROHLÁŠENÍ AUTORŮ: Prohlášení o původnosti: Publikace byla zpracována s využitím uvedené literatury a nebyla publikována ani zaslána k recenznímu řízení do jiného média. **Střet zájmů:** Autor deklaruje spolupráci se společností Servier formou přednáškové, publikační a konzultační činnosti. **Financování:** Podpořeno MZ-ČR - RVO (FNOI, 00098892). **Registrace v databázích:** N/A. **Projednání etikou komisí:** N/A.

LITERATURA

1. NCD Risk Factor Collaboration (NCD-RisC). Worldwide trends in hypertension prevalence and progress in treatment and control from 1990 to 2019: a pooled analysis of 1201 population-representative studies with 104 million participants. *Lancet*. 2021;398(10304):957-980.
2. Cífková R, Bruthans J, Wohlfahrt P, et al. 30-year trends in major cardiovascular risk factors in the Czech population, Czech MONICA and Czech post-MONICA, 1985-2016/17. *PLoS One*. 2020;15(5):e0232845. Available from: <<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0232845>>.
3. Taniwall A, Lustigova M, Broz J, et al. Arterial hypertension in the Czech Republic: prevalence, awareness, and control among adults aged 25-64 in 2019: a cross-sectional study. *Eur Heart J*. 2023;44(Suppl 2):ehad655.2319.
4. McEvoy JW, McCarthy CP, Bruno RM, et al. 2024 ESC Guidelines for the management of elevated blood pressure and hypertension. *Eur Heart J*. 2024;45(38):3912-4018.
5. Mancia G, Kreutz R, Brunström M, et al. 2023 ESH Guidelines for the management of arterial hypertension. *J Hypertens*. 2023;41(12):1874-2071. Available from: <<https://doi.org/10.1097/HJH.00000000000003480>>.
6. Jones DW, Ferdinand KC, Taler SJ, et al. 2025 AHA/ACC/AANP/AAPA/ABC/ACCP/ACPM/AGS/AMA/ASPC/NMA/PCNA/SGIM Guideline for the Prevention, Detection, Evaluation and Management of High Blood Pressure in Adults: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Joint Committee on Clinical Practice Guidelines. *Hypertension*. 2025;82(10):e212-e316. doi:10.1161/HYP.0000000000000249.
7. Mancia G, Rea F, Corrao G, et al. Two-drug combinations as first-step antihypertensive treatment. *Circ Res*. 2019;124(7):1113-1123.
8. Wald DS, Law M, Morris JK, et al. Combination therapy versus monotherapy in reducing blood pressure: meta-analysis on 11 000 participants from 42 trials. *Am J Med*. 2009;122(3):290-300.
9. MacDonald TM, Williams B, Webb DJ, et al. Combination therapy is superior to sequential monotherapy for the initial treatment of hypertension: a double-blind randomised controlled trial. *J Am Heart Assoc*. 2017;6(11):e006986. Available from: <<https://doi.org/10.1161/JAHA.117.006986>>.
10. Egan BM, Bandyopadhyay D, Shaftman SR, et al. Initial monotherapy and combination therapy and hypertension control the first year. *Hypertension*. 2012;59(6):1124-1131.
11. Rea F, Corrao G, Merlino L, et al. Initial antihypertensive treatment strategies and therapeutic inertia. *Hypertension*. 2018;72(4):846-853.
12. Gupta AK, Arshad S, Poulter NR. Compliance, safety, and effectiveness of fixed-dose combinations of antihypertensive agents: a meta-analysis. *Hypertension*. 2010;55(2):399-407.
13. Parati G, Kjeldsen S, Coca A, et al. Adherence to single-pill versus free-equivalent combination therapy in hypertension: a systematic review and meta-analysis. *Hypertension*. 2021;77(3):692-705.
14. Liakos CI, Papadopoulos DP, Kotsis VT. Adherence to treatment, safety, tolerance, and effectiveness of perindopril/amlodipine fixed-dose combination in Greek patients with hypertension and stable coronary artery disease: a Pan-Hellenic prospective observational study of daily clinical practice. *Am J Cardiovasc Drugs*. 2017;17(5):391-398. Available from: <<https://doi.org/10.1007/s40256-017-0232-5>>.
15. Dahlöf B, Sever PS, Poulter NR, et al. Prevention of cardiovascular events with an antihypertensive regimen of amlodipine adding perindopril as required versus atenolol adding bendroflumethiazide as required, in the Anglo-Scandinavian Cardiac Outcomes Trial-Blood Pressure Lowering Arm (ASCOT-BPLA): a multicentre randomised controlled trial. *Lancet*. 2005;366(9489):895-906. Available from: <[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(05\)67185-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(05)67185-1)>.
16. Patel A, MacMahon S, Chalmers J, et al. Effects of a fixed combination of perindopril and indapamide on macrovascular and microvascular outcomes in patients with type 2 diabetes mellitus (ADVANCE): a randomised controlled trial. *Lancet*. 2007;370(9590):829-840. Available from: <[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(07\)61303-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(07)61303-8)>.