

# Jak nastartovat léčbu arteriální hypertenze?

**MUDr. Alena Hruběš Krajčoviechová, Ph.D.**

Centrum kardiovaskulární prevence 1. LF UK a Fakultní Thomayerovy nemocnice, Praha

Primárním cílem léčby arteriální hypertenze je vedle dosažení optimální kontroly krevního tlaku především snížení kardiovaskulárního (KV) rizika a celkové mortality. Blokáda systému renin-angiotenzin-aldosteron (RAAS) je v současné době základem léčby hypertoniků. Řada morbi-mortalitních studií prokázala dlouhodobý kardioprotektivní efekt inhibitorů angiotenzin konvertujícího enzymu (ACE-I), který přesahuje úroveň samotného poklesu krevního tlaku. Metaanalýza, která porovnávala účinky ACE-I a AT1 blokátorů u hypertoniků, dospěla k závěru, že zatímco ACE-I snižují celkovou mortalitu, AT1 blokátory efekt na celkovou mortalitu nemají. Z patofyziologického hlediska je příznivý efekt ACE-I na KV prognózu vysvětlován zvýšenou hladinou cirkulujícího bradykininu spojenou s další vazodilatací a současným snížením stimulace AT2 a AT4 receptorů. Celkově tak ACE-I (a zejména perindopril) významně přispívají k ochraně cévního endotelu, omezení aterosklerózy a prevenci rozvoje remodelace myokardu. (Dvou)kombinace léčiv, a to preferenčně fixní, je dnes již zlatým standardem léčby arteriální hypertenze, a měla by být použita v iniciálním kroku medikamentózní terapie většiny hypertoniků. Důvodem je rychlejší dosažení optimální kontroly krevního tlaku a vyšší míra adherence k léčbě. Nejvíce preferovanou dvoukombinací je podávání ACE-I s blokátorem kalciového kanálu. Její významnou výhodou je komplementární antihypertenzní účinek, dobrá tolerance a evidence o spolehlivém snížení KV rizika a mortality, a to až v horizontu 20 let. Naši pacienti tak zůstávají na zavedené léčbě déle a bez KV komplikací.

**Klíčová slova:** hypertenze, kontrola krevního tlaku, fixní kombinace, KV protekce.

## How to initiate treatment of arterial hypertension

The primary aim of antihypertensive treatment is, beside optimal blood pressure control, to reduce cardiovascular risk and all-cause mortality. Numerous multicenter trials have demonstrated that angiotensin-converting enzyme inhibitors (ACE-I) possess cardioprotective and long-term survival benefits beyond the effect of blood pressure reduction. A meta-analysis of randomized control trials in hypertension which aimed to compare the effect of ACE-I and AT1 blockers on clinical outcomes, demonstrated that while ACE-I reduce all-cause mortality, there was no effect on all-cause mortality with AT1 blockers. The pathophysiological basis of the unique ACE-I properties is the increase in level of circulating bradykinin and a decrease in stimulation of AT2 and AT4 receptors. Thus, ACE-I (and particularly perindopril) play a critical role in maintaining endothelial continuity, reducing the progression of atherosclerosis and left ventricular remodeling. Nowadays, combination therapy, preferably fixed-dose, represents the best practice for safe, effective, well-adhered and rapid blood pressure control, and should be considered in initial management of majority hypertensive patients. Combination of ACE-I and calcium channel blockers is very convenient to use due to its good tolerability, complementary effect on blood pressure reduction and excellent evidence of long-term cardiovascular protection.

**Key words:** hypertension, blood pressure control, fixed combination, CV protection.

### DECLARATIONS:

#### Declaration of originality:

The manuscript is original and has not been published or submitted elsewhere.

#### Ethics approval and consent to participate:

The authors attest that their study is in compliance with human studies committees and animal welfare regulations of the authors' institutions as well as with the Food and Drug Administration guidelines, including patient consent where appropriate. The authors also declare that their paper is in accordance with the World Medical Association Declaration of Helsinki on Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects adopted by the 18th WMA General Assembly in Helsinki, Finland, in June 1964, with subsequent amendments, as well as with the ICMJE Recommendations for the Conduct, Reporting, Editing, and Publication of Scholarly Work in Medical Journals, updated in December 2018.

#### Conflict of interest:

Not applicable.

#### Consent for publication:

Not applicable.

Cit. zkr: **Med. Praxi. 2024;21(1):13-16**  
<https://doi.org/10.36290/med.2024.006>

Článek přijat redakcí: 18. 12. 2023

Článek přijat k tisku: 19. 2. 2024

**MUDr. Alena Hruběš Krajčoviechová, Ph.D.**

[alena.krajcoviechova@email.cz](mailto:alena.krajcoviechova@email.cz)