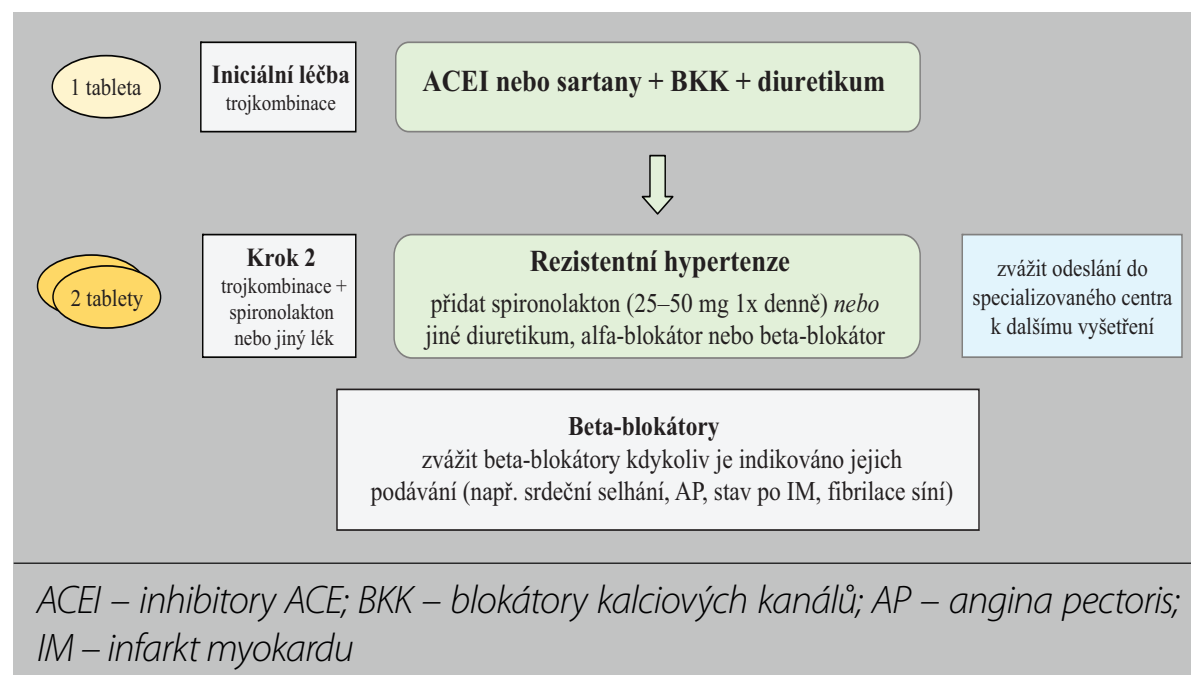


Obr. 1. Základní léčebná strategie pro rezistentní hypertenzi

trojkombinace (inhibitor ACE nebo sartan + blokátor kalciového kanálu + diuretikum), kterou je vhodné podat ve fixní kombinaci v jedné tabletě. V současné době existují fixní trojkombinace v různých dávkách jednotlivých účinných látek, což umožňuje lékaři flexibilitu.

Nejúčinnější léčebnou strategií se zdá být aditivní navýšení diuretické léčby s cílem snížit volumové přetížení společně s restrikcí soli, zvláště u pacientů s chronickým ledvinovým onemocněním. Kontrolu TK lze zlepšit zvýšením dávky podávaného diuretika nebo záměnou za účinnější thiazidům podobné diuretikum (chlorthalidon nebo indapamid). Kličkové diuretikum je nutno podávat, pokud vypočtená glomerulární filtrace (eGFR) < 30 ml/min (0,5 ml/s).

Hromadí se důkazy pro to, aby jako čtvrtý lék do kombinace byl zahrnut antagonist mineralokortikoidních receptorů (spironolakton až do

dávky 50 mg denně), jak ukázala studie PATHWAY 2 (6) a další studie a jejich meta-analýzy (7, 8).

Někteří pacienti netolerují spironolakton pro jeho antiandrogenní nežádoucí účinky rezultující v citlivost prsou nebo gynekomastii (cca v 6 %), impotenci u mužů a nepravidelnosti menstruačního cyklu u žen.

Podávání spironolaktonu u rezistentní hypertenze je obvykle omezeno vypočtenou glomerulární filtrací (eGFR) ≥ 45 ml/min (0,75 ml/s) a hladinou kálie v plazmě < 4,5 mmol/l. Renální funkce je třeba vyšetřit znovu krátce po zahájení léčby spironolaktonem a dále monitorovat v minimálně ročních intervalech. V případě intolerance spironolaktonu lze zvážit eplerenon (50–100 mg). Studie PATHWAY-2 (9) prokázala, že amilorid v dávce 10–20 mg denně je stejně účinný jako spironolakton v dávce 25–50 mg denně.

Na základě výsledků studie PATHWAY lze doporučit podávání bisoprololu a doxazosinu v léčbě rezistentní hypertenze, pokud je spironolakton kontraindikován nebo není tolerován.

Léky s přímým vazodilatačním účinkem (např. hydralazin nebo minoxidil) se příliš nepoužívají, protože způsobují výraznou retenci tekutin a tachykardii.

Závěrem je možné shrnout, že hlavní novinkou v léčbě rezistentní hypertenze je podávání spironolaktonu již jako čtvrtého léku do kombinace. Základem léčby je trojkombinace (nejčastěji inhibitor ACE nebo sartan + blokátor kalciového kanálu + diuretikum), nejlépe jako fixní kombinace v jedné tabletě. Vždy je třeba vyloučit pseudorezistentní hypertenzi a provést screeningová vyšetření k vyloučení primárního hyperaldosteronismu a stenózy renální tepny.