

Jak léčit obézního hypertonika?

Hana Rosolová

Centrum preventivní kardiologie Univerzita Karlova,
Lékařská fakulta v Plzni a 2. interní klinika Fakultní nemocnice Plzeň

Obezita (nejčastější metabolické onemocnění) a arteriální hypertenze (nejčastější kardiovaskulární choroba) se často vyskytují společně, což přináší velmi vysoké kardiometabolické riziko, tj. riziko aterosklerotických vaskulárních nemocí a diabetu 2. typu. Hypertenze u obézních pacientů je často rezistentní k léčbě, je sůl senzitivní a provázejí ji častěji orgánové komplikace a další onemocnění. Jsou uvedeny společné patofyziologické mechanismy obou chorob, které vedou k rozvoji makro- i mikrovaskulárních komplikací a vyplývají z nich i farmakologické přístupy v léčbě hypertenze u obézních pacientů. Kombinace inhibitoru ACE a metabolicky neutrálního diuretika indapamidu se zdá být vhodná pro zahájení léčby hypertenze u obézního pacienta.

Klíčová slova: arteriální hypertenze, obezita, diuretika, antihypertenzní kombinovaná léčba.

How to treat arterial hypertension in obese patients?

Obesity (the most common metabolic disease) and arterial hypertension (the most common cardiovascular disease) are often occurring together, which brings very high cardiometabolic risk, i.e. risk for atherosclerotic vascular diseases and type 2 diabetes. Hypertension in obese patients is often resistant to drug treatment, represents the salt sensitive hypertension and many organ damages and other diseases are present. The common pathophysiological mechanisms of the both diseases are mentioned. Those mechanisms stimulate the development of macro- and micro-vascular complications and from those mechanisms arise the management of hypertension in obese patients. Combination of ACE inhibitor and metabolically neutral diuretic indapamide seems to be suitable for the pharmacological treatment of hypertension in obese patient.

Key words: arterial hypertension, obesity, diuretics, combined antihypertensive treatment.

Úvod

Arteriální hypertenze (AH) je nejčastější kardiovaskulární (KV) onemocnění a postihuje přibližně 40 % vyspělých populací. V české populaci postihuje cca třetinu žen a polovinu mužů ve věku 25–65 let, přičemž dramaticky narůstá ve vyšších věkových skupinách (1). Téměř 75 % hypertoniků ve vyspělých zemích světa má nadváhu nebo obezitu a téměř každý hypertonik má nějaký další metabolický rizikový faktor. V r. 2015 postihovala obezita definovaná podle body mass indexu (BMI) $\geq 30 \text{ kg/m}^2$ téměř 604 milionů lidí naší planety. Za posledních 10 let se zvýšila prevalence obezity v různých zemích světa o 10–40 % (2). Obezita je často asociována s dalšími chorobami včetně AH. Především abdominální (viscerální) obezita související s inzulínovou rezistencí je spojena s dyslipidemií, poruchou metabolismu glukózy a s vysokým normálním krevním tlakem (TK) nebo AH. Všechny tyto rizikové faktory, resp. onemocnění, souvisejí s rozvojem makrovas-

kulárních poškození, tj. s aterosklerotickými kardiovaskulárními onemocněními (ASKVO), ale i s rozvojem mikrovaskulárních poškození, tj. především s rozvojem nefropatie. Obezita viscerálního typu zvyšuje riziko vzniku steatózy jater a dalších následných hepatopatií a přispívá k rozvoji syndromu obstrukční spánkové apnoe, která se dále podílí na zvyšování TK. Společný výskyt obezity a AH významně zvyšuje riziko vzniku diabetes mellitus 2. typu (DM2), srdečního a renálního selhání, řady maligních nádorů i demence (3).

Patofyziologie obezity a hypertenze

Patofyziologie současně se vyskytující obezity a AH není dosud zcela jasná, i když se intenzivně zkoumá. Ke společným patofyziologickým faktorům patří kromě genetické náchylnosti a nezdravého životního stylu zvýšená aktivita renin-angiotenzin-aldosteronového systému (RAAS) a sympatického nervového systému (SNS) (4).

KORESPONDENČNÍ ADRESA AUTORA:
prof. MUDr. Hana Rosolová, DrSc.
2. interní klinika FN Plzeň, E. Beneše 13, 305 99 Plzeň

Cit. zkr: Vnitř Lék 2020; 66(8): 490–493
Článek přijat redakcí: 4. 6. 2020
Článek přijat po recenzích: 24. 7. 2020