



Medikamentózní léčba hypertenze obézních zahrnuje jak antihypertenziva, tak (mnohem skromněji) antiobezitika – z nich jsou v současnosti k dispozici tři léčivé přípravky: orlistat, liraglutid a kombinace naltrexon/bupropion (20).

Orlistat, blokátor střevní lipázy, je jedinou látkou, která snižuje využitelnou energii již přijaté potravy. Má řadu výhod: při správném používání má minimální a nezávažné vedlejší účinky (častější a/nebo řidší stolice), a to většinou jen v průběhu prvních týdnů; nemá téměř žádné kontraindikace ani lékové interakce a je dostupný bez lékařského receptu. Ovšem snížení využitelné energie je pouze v řádu stovek kJ denně, tedy téměř vždy pod 10 % redukováné energetické dávky (třetina z energetické dávky dodané tuky).

Naltrexon/bupropion představuje moderní centrálně působící antiobezitikum ovlivňující nejen sytost a apetit, ale i uspokojení z příjmu potravy (ovlivňuje tzv. reward system). Dávkování se zvyšuje po týdnu od 1 × 1 tablety až do plné dávky 2 × 2 tablety; pokud do 16 týdnů nedojde k poklesu hmotnosti alespoň o 5 %, nelze lék podle SPC dále předepisovat.

Liraglutid, GLP-1 agonista, je již léta zaveden jako antidiabetikum. Ve vyšší dávce (3 mg denně) se osvědčil i jako antiobezitikum, využívající mj. zpomalení vyprazdňování žaludku. Na překážku většímu rozšíření jsou především náklady, protože antiobezitika nejsou hrazena ze všeobecného zdravotního pojištění. V blízké době lze očekávat uvolnění dalšího GLP-1 agonisty semaglutidu, jehož největší výhoda je v podávání 1× týdně.

Jednoznačné místo v terapii obézních diabetiků si v posledních letech vydobily glifloziny, látky blokující reabsorpci glukózy (SGLT-2 inhibitory). Svými antidiabetickými, antiobezitickými, ale i hypolipidemickými účinky, a dokonce i hypotenzním efektem se výrazně blíží ideálnímu léku pro

nemocné s metabolickým syndromem (21). Podávání obézním hypertonikům bez diabetu však zatím není indikováno.

Základem farmakoterapie hypertenze obézních jsou jednoznačně inhibitory angiotenzin konvertujícího enzymu (ACEi) a blokátory angiotenzinového receptoru (ARB – inhibitory receptoru pro angiotensin, sartany). Ovlivňují totiž nejvýznamnější patofyziologické mechanismy, aniž by měly nežádoucí vliv na poruchu glukózového metabolismu, kterou můžeme prokázat či očekávat u většiny obézních hypertoniků. Mají také nejlepší mortalitní data a jejich kontraindikace zahrnují kromě těhotenství jen oboustrannou stenózu ledvinových tepen.

Poměrně často přicházejí obézní hypertonici s již zahájenou léčbou betablokátory, což snad bývá motivováno jejich nižším věkem. Důvodem, proč betalytika nepodávat, není jen jejich nepříznivý metabolický účinek. Velmi nežádoucí je zábrana urychlení srdeční frekvence při fyzické zátěži – jestliže součástí redukčních režimů je fyzická aktivita, není možné ji současně blokovat podávanými léky.

Indikace diuretik obézním hypertonikům je kontroverzní – zejména z důvodu jejich nepříznivého metabolického profilu. U závažně obézních se setkáváme s otoky dolních končetin velmi často (i když u žen může jít o lymfedém, který nebývá vždy dobře rozpoznán). Důvodem otoků zdaleka nemusí být jen srdeční selhávání, ale i žilní insuficience, mimo jiné s přispěním zvýšeného nitrobřišního tlaku. Diuretikům se v těchto případech nevyhneme, ale nejsou vhodným lékem hypertoniků bez srdečního selhávání či bez souběhu s jejich jinou indikací. Vhodné jsou samozřejmě kalium šetřící nethiazidové léky (22).

Mezi málo často indikovaná antihypertenziva neprávem patří centrálně působící selektivní agonista imidazolových receptorů moxonidin,