

kardiologické společnosti, u adolescentů od 16 let posuzujeme TK stejně jako u dospělých (7). Ke stanovení percentilu TK jsou k dispozici on-line kalkulátory, např. HyperChildNet (10). Mezní hodnoty pro jednotlivé stupně AH shrnuje tabulka 1.

Obrázek 1 zobrazuje diagnostický postup AH u dětí do 16 let.

Tab. 1. Hodnocení klidového krevního tlaku v dětském věku a adolescenci (8)

	0–5 let	≥ 16 let
	Percentil systolického (STK) a/nebo diastolického TK (DTK)	STK a/nebo DTK (mm Hg)
Normální TK	< 90.	< 130/85
Vysoký normální TK	≥ 90. < 95.	130–139/85–89
Hypertenze	≥ 95.	≥ 140/90
Hypertenze 1. stupně	95.–99. + 5 mm Hg	140–159/90–99
Hypertenze 2. stupně	> 99. + 5 mm Hg	160–179/100–109
Izolovaná systolická hypertenze	STK ≥ 95. a DTK < 90.	≥ 140/< 90

Měření krevního tlaku u dětí a adolescentů

TK by měl být změřen při každé preventivní prohlídce u praktického lékaře pro děti a dorost (PLDD) od 3 let věku dítěte. Pro další management dítěte s podezřením na AH je nezbytná správná technika stanovení TK. V dětském věku zůstává metodou volby ke stanovení diagnózy AH měření klidového TK rtuťovým tonometrem v ordinaci lékaře. TK má být měřen vždy na pravé horní končetině, aby bylo možné vyloučit i doposud nediodagnostikovanou koarktaci aorty. TK měříme v klidném prostředí po nejméně 5minutovém zklidnění dítěte. Velmi významný je empatický přístup vyšetřující osoby, zpravidla dětské sestry tak, abychom předešli nežádoucímu stresovému zvýšení TK. Součástí správného postupu je klidná komunikace s dítětem odpovídající jeho věku a kognitivním schopnostem. Měření je prováděno vsedě s podloženým předloktím na úrovni srdce. Manžetu nafoukneme přibližně 20 mm Hg nad očekávaný systolický TK a pomalu ji vypouštíme rychlostí 2–5 mm Hg za minutu. Systolický TK je určen 1. Korotkovovým fenoménem, a diastolický pátým. Pouze u dětí, u kterých je slyšitelná pulzace až do 0 mm Hg, používáme

4. Korotkovův fenomén – okamžik oslabení pulzace. TK měříme vždy 3× po sobě s odstupem 1–2 minut, výsledek se stanoví jako průměr druhé a třetí naměřené hodnoty. Diagnóza AH má být stanovena na základě nejméně dvou izolovaných návštěv u lékaře (8).

Pro screeningové účely lze využít k měření TK u dětí i oscilometrické přístroje, tyto však musí být validovány pro děti. Seznam vhodných oscilometrických tonometrů pro děti je dostupný např. na stránce mezinárodní vědecké neziskové organizace založené odborníky na hypertenzi STRIDE BP, která působí ve spojení s Mezinárodní společností pro hypertenzi, Evropskou společností pro hypertenzi a Světovou ligu pro hypertenzi (11).

Bez ohledu na typ tonometru je nezbytné provádět měření manžetou správné šíře, protože výsledky měření jsou u příliš malých manžet nadhodnoceny, a naopak hodnoty krevního tlaku u příliš širokých manžet jsou nižší než skutečná hodnota TK. Šířka manžety optimální velikosti odpovídá přibližně 40 % obvodu paže v jejím středu mezi akromionem a olekranonem a nafukovací část manžety by měla pokrývat 80 až 100 % obvodu paže.

K definitivnímu potvrzení nebo vyloučení AH u dětí můžeme s výhodou využít 24hodinové ambulantní měření krevního tlaku (ABPM). Indikujeme jej při podezření na hypertenzi bílého pláště, sekundární AH, u dětí s diabetem mellitem a ke kontrole efektu režimových opatření a antihypertenzní farmakoterapie. Hodnoty průměrného denního a nočního TK jsou vztaženy k pohlaví a výšce dítěte (12). Další možností, jak průběžně monitorovat efekt antihypertenzní léčby, je domácí měření klidového TK (5), ideálně s telemedicínskou podporou, která umožňuje lékařovi on-line přístup k naměřeným hodnotám.

Diferenciální diagnostika u dětí s arteriální hypertenzí

V dětském věku se setkáváme jak s primární AH, jejíž příčina není nalezena ani při podrobném vyšetření, tak se sekundární hypertenzí, která je symptomem jiného onemocnění. Sekundární etiologie hypertenze je významně častější v dětském věku než v dospělosti, přičemž

Obr. 1. Diagnostický algoritmus AH u dětí a adolescentů. Upraveno podle Lurbe et al, 2016 (8)

