

Tab. 2. Klinické rozdíly mezi primární a nejčastějšími formami sekundární hypertenze u dětí a adolescentů (9, 13)

	Primární hypertenze	Sekundární hypertenze
Věk při diagnóze	Starší školní věk a adolescence	■ Kojenci (koarktace aorty) ■ Malé děti (onemocnění ledvin, vrozená adrenální hyperplazie, tyreotoxikóza, iatrogenní příčiny) ■ Adolescenti (renovaskulární hypertenze, feochromocytom, primární hyperaldosteronismus, tyreotoxikóza, iatrogenní příčiny)
Rodinná anamnéza	Často pozitivní	Většinou negativní
Symptomy	Nepřítomny	Někdy přítomné, závislé na závažnosti hypertenze
Klinické známky	Absence šelestu Normální pulz na femorálních tepnách Nadváha nebo obezita relativně časté	Šelest (koarktace aorty) Hypertenze na horních končetinách Oslabená pulzace na femorálních tepnách
Laboratorní nálezy	■ Normokalemie ■ Normální kreatinin v séru, normální glomerulární filtrace ■ Mikro/makrohematurie nepřítomny ■ Normální močový sediment ■ Tyreotropní hormon může být zvýšený u obézních dětí ■ Hyperurikemie častá	■ Hyper/hypokalemie (vzácně) ■ Zvýšený kreatinin a snížená glomerulární filtrace mohou být přítomny ■ Mikro/makrohematurie může být přítomna ■ Buněčné válce v sedimentu mohou být přítomny ■ Tyreotropní hormon může být snížen ■ Hyperurikemie vzácná

platí pravidlo, že čím nižší je věk pacienta, s tím větší pravděpodobností se jedná o sekundární AH. V tabulce 3 jsou shrnuty klinické rozdíly mezi primární AH a nejčastějšími příčinami sekundární hypertenze v dětském věku a adolescenci (9, 13).

Základní principy léčby hypertenze v dětském věku a adolescenci

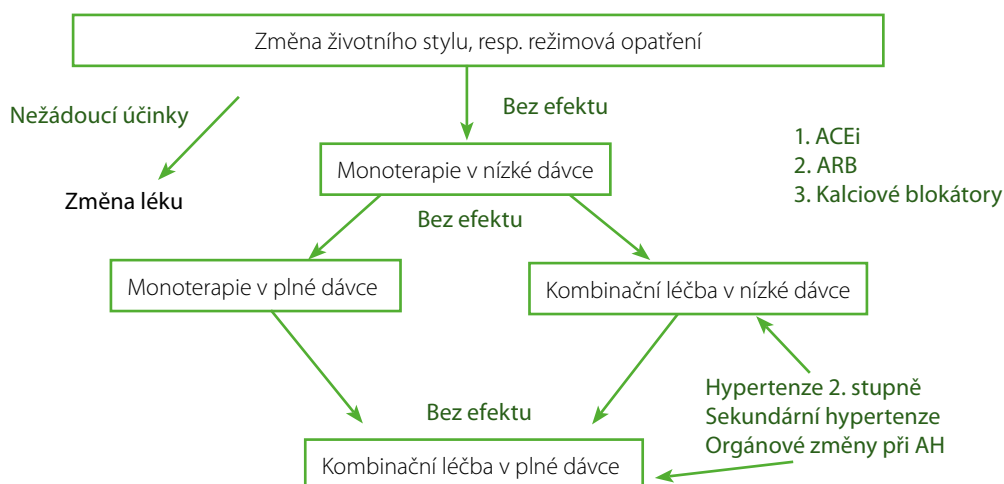
V případě sekundární AH je zásadní léčba vyvolávajícího onemocnění, pokud je možná, např. operační řešení koarktace aorty. Pacienti se sekundární AH, jejíž příčinu nelze zcela odstranit, např. děti s chronickým renálním selháním nebo na dlouhodobé terapii kortikoidy, vyžadují farmakoterapii, často v kombinaci několika antihypertenziv.

U primární AH se recentní doporučení shodují na tom, že farmakologické léčbě by až na výjimky měly předcházet nefarmakologické intervence zaměřené na změnu životního stylu a stravovacích zvyklostí. Cíle těchto opatření musí vycházet z aktuální situace dítěte a jeho rodiny a měly by být realistické. Nejsložitějším úkolem je změna životního stylu, která musí být vždy akceptována celou rodinou dítěte, aby byla šance na úspěch. Intervence jsou zaměřeny na:

- snížení tělesné hmotnosti u dětí s nadváhou a obezitou < 85. percentil,
- zvýšení tělesné aktivity (optimálně 60 minut denně),
- omezení sedavých aktivit (počítač, televize atd.) na maximálně 2 hodiny denně,
- zákaz kouření,
- dostatečnou délku a kvalitu spánku,
- ukončení pití energetických nápojů a nápojů s kofeinem,
- vynechání nebo omezení léků podporujících retenci sodíku a vody, pokud je to možné (nesteroidní antiflogistika, sympatomimetika, kortikoidy, hormonální antikoncepce).

Dietní opatření vycházejí z konceptu Dietary Approaches to Stop Hypertension (DASH dieta) (14) a spočívají zejména v omezení solení na 1,2 g u 4–8letých a na 1,5 g u starších dětí a do 3 g u dospívajících, a dále v redukci jednoduchých cukrů (< 5 % celkového kalorického příjmu), slazených nápojů a nasycených tuků.

Terapeutický postup při řešení AH u dětí a adolescentů shrnuje obrázek 2.

Obr. 2. Doporučený postup léčby AH u dětí a adolescentů. Upraveno podle de Simone et al., 2022 (9)

ACEi – inhibitory angiotenzin konvertujícího enzymu; ARB – blokátory receptorů pro angiotenzin II