

ření jsou prvním terapeutickým opatřením v případě primární hypertenze a významným doplňkovým opatřením u hypertenze sekundární. Zahrnují dietní opatření, pravidelnou fyzickou aktivitu dítěte, v případech dětí s nadváhou/obezitou také redukci tělesné hmotnosti, a behaviorální terapii. Nefarmakologická opatření jsou v podstatě změnou životního stylu a vyžadují dlouhodobou edukaci a podporu nejen dítěte, ale všech členů rodiny. Cílem tohoto edukačního článku je podrobný přehled o nefarmakologické terapii jako součásti léčby hypertenze v dětském věku.

Přehled opatření v rámci změny životního stylu při léčbě hypertenze

Nefarmakologická strategie léčby primární hypertenze zahrnuje kombinaci tří základních opatření:

- redukci tělesné hmotnosti u dětí s nadváhou/obezitou,
- dietní opatření, zejm. doporučený/snížený příjem soli a DASH dieta (z angl. *Dietary Approaches to Stop Hypertension*),
- zvýšení fyzické aktivity dítěte.

Kontrola TK nebývá většinou dosažena dodržáním pouze jednoho z těchto tří opatření, naopak léčebná intervence ve smyslu kombinované změny životního stylu je úspěšnější (1, 2, 3). Pokud kombinace opatření nevede v časovém horizontu 6–12 měsíců ke zlepšení hodnot TK u konkrétního jedince, je nutné přistoupit i k druhému kroku léčby, tj. nasadit farmakologickou léčbu. Nefarmakologická léčba zůstává ale důležitým léčebným opatřením a doplněním léčebného postupu i u dětí a adolescentů po nasazení antihypertenzní medikace, a to jak v případě primární, tak sekundární hypertenze. Obrázek 2 ukazuje postup při rozhodnutí o samostatné aplikaci nefarmakologických opatření (2).

Nefarmakologická opatření jsou významnými změnami životního stylu. U všech dětí s hypertenzí a obzvláště u dětí s nadváhou a obezitou vedou nejen ke snížení tělesné hmotnosti, zvýšení tělesné zdatnosti, ale také k redukci kardiometabolických rizikových faktorů včetně TK (3). Změna životního stylu

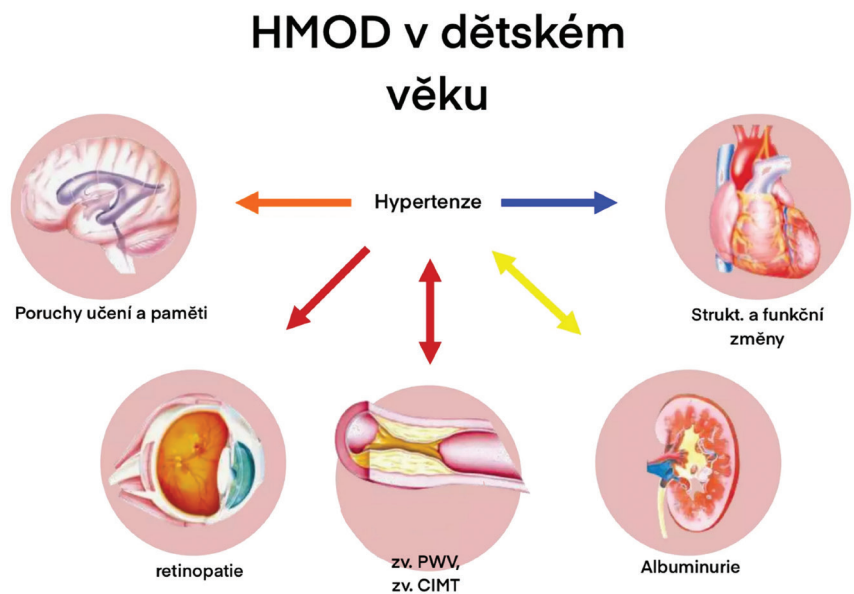
ale vyžaduje edukaci a spolupráci dítěte i celé rodiny, individualizaci doporučení – „na míru“ (to znamená přizpůsobené rodině, realistické cíle) a behaviorální přístup.

Redukce tělesné hmotnosti

Redukce tělesné hmotnosti je primárním opatřením u dětí a adolescentů s hypertenzí, která je spojena s nadváhou a obezitou, a ve-

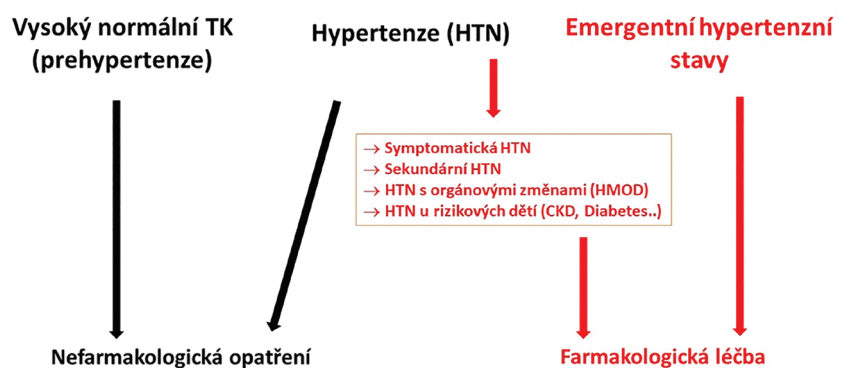
de k snížení TK, zejména systolického, ale také diastolického. Cílem opatření je BMI < 85. percentil, tedy normální hmotnost, resp. BMI, viz tabulka 1. Snížení tělesné hmotnosti má statisticky významné antihypertenzní účinky, které odpovídají rozsahu úbytku tělesné hmotnosti: pokles tělesné hmotnosti o 1 kg je doprovázen poklesem systolického TK o 1–2 mmHg a diastolického o 0,9–1,4 mmHg

Obr. 1. Hypertenzí mediované poškození orgánů u dětí



CIMT – z angl. carotid intima-media thickness, intimo-mediální šíře karotidy; HMOD – z angl. hypertension-mediated organ damage, hypertenzí mediované postižení orgánů; PWV – z angl. pulse wave velocity, rychlost pulzní vlny; Strukturální a funkční změny srdce – hypertrofie levé komory, porucha systolické a diastolické funkce srdce

Obr. 2. Kdy zahájit nefarmakologickou terapii (upraveno dle Doporučení ESH 2016)



Tab. 1. Nefarmakologická terapie – opatření stran tělesné hmotnosti (2)

BMI	Cíl
< 85. percentil:	udržet normální BMI jako prevence nadváhy
85.–95. percentil: (nadváha)	mladší děti – udržet hmotnost adolescenti – postupná redukce TH na BMI < 85. percentil
> 95. percentil: (obezita)	postupná redukce TH (1–2 kg/měsíc) s cílem dosáhnout BMI < 85. percentil

BMI – body mass index, TH – tělesná hmotnost