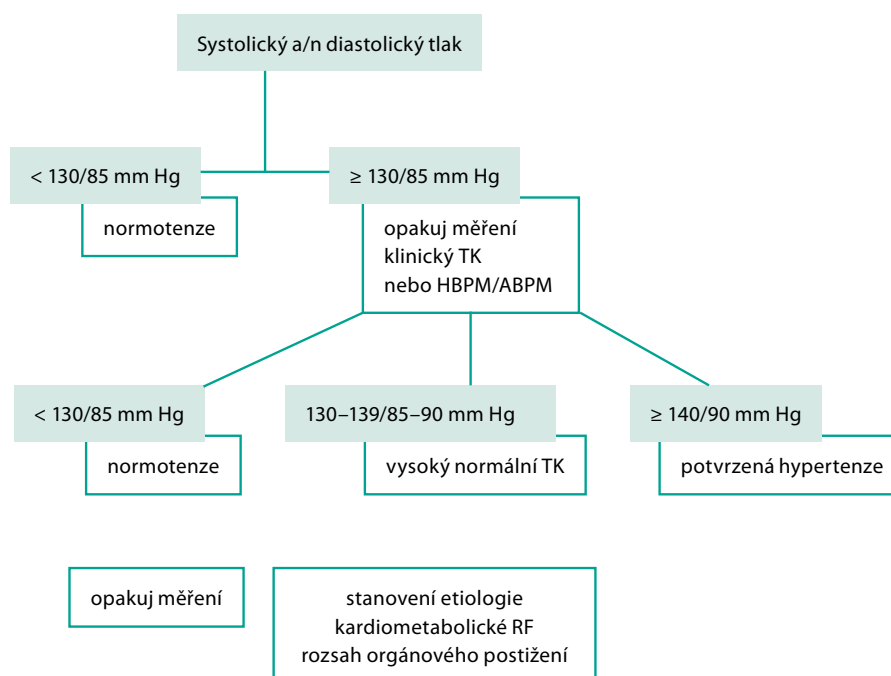


Tab. 1. Klinické rozdíly mezi esenciální a sekundární hypertenzí u dětí a adolescentů

	Esenciální hypertenze	Sekundární hypertenze
Věk začátku onemocnění	děti a adolescenti	kojenci (koarktace aorty) malé děti (onemocnění ledvin, tyreotoxikóza, iatrogenní příčina) adolescenti (renovaskulární hypertenze, feochromocytom, prim. hyperaldosteronismus, tyreotoxikóza, iatrogenní hypertenze)
Rodinná anamnéza	často pozitivní	obvykle negativní
Subjektivní potíže	obvykle žádné	někdy přítomné a spojené se závažností hypertenze
Klinické známky	absenze šelestu normální pulzace na femorálních tepnách často nadváha či obezita	srdceční a/nebo abdominální šelest (koarktace aorty) vysoký tlak na horních končetinách a slabý nebo vymizelý pulzace na femorálních tepnách nadváha nebo obezita málo častá
Laboratoř	normální kalemie normální funkce ledvin nepřítomná mikroskopická či makroskopická hematurie normální močový sediment často hyperurikemie	hypo/hyperkalemie porucha funkce ledvin může být mikroskopická či makroskopická hematurie může být patologický močový sediment TSH může být snížený hyperurikemie málo častá

Upraveno dle citace de Simone, Eur Heart J 2022;43:3290-3301 (5)

Obr. 1. Postup při zjištěném vyšším krevním tlaku u mladistvých a mladých dospělých

klinických návštěvách (Obr. 1). Doporučení Evropské společnosti pro hypertenzi z roku 2016 uvádí pro splnění diagnózy hypertenze nutnost detekce vyšších hodnot TK při minimálně třech klinických návštěvách (4). Ve společném dokumentu několika odborných evropských společností (5) vydaném v roce 2022 je konstatováno, že lze stanovit diagnózu arteriální hypertenze, pokud je zvýšený TK zjištěn minimálně na dvou klinických návštěvách (pokaždé TK měříme 3x, řídíme se průměrem 2. a 3. měření), a tato měření jsou zároveň podpořena měřeními TK mimo zdravotnické zařízení. K potvrzení diagnózy je tedy vhodné doplnit buď 24hodinovou monitoraci TK (ABPM, ambulatory blood pressure monitoring) nebo domácí měření TK (HBPM, home blood pressure monitoring). Podporováno je použití tonometrů validovaných pro měření TK u dětí a měření za standardních podmínek a s použitím správné šířky manžety (5).

Léčba hypertenze u adolescentů mezi 16 a 18 lety

Léčba hypertenze u adolescentů je založena na úpravě životního stylu – především přechodu ke zdravější dietě a podpoře pravidelné fyzické aktivity. U obézních je velmi vhodná redukce hmotnosti. Farmakologická léčba se opírá o následující třídy antihypertenziv: blokátory renin-angiotenzinového systému, blokátory kalciových kanálů, diuretika a betablokátory (Obr. 2). Na rozdíl od starších osob je při iniciaci antihypertenzní léčby preferováno použití monoterapie. Blíže viz specializovaná literatura (5).

Hypertenze u mladých dospělých (18–30 let)

Dle populační observační studie post-MONICA má zhruba 20 % mužů a 5 % žen ve věku 25–35 let arteriální hypertenzi (6). V porovnání se staršími věkovými kategoriemi mají mladší hypertenici nižší znalost