

Stellt der aktuelle Lebensstil ein Risiko für Kinder mit angeborenem Herzfehler dar?

Übergewicht und Adipositas - ein zunehmendes Problem

Prof. Dr. W. Kienast, Boltenhagen/Rostock

Mit der zunehmenden Zahl von Kindern mit angeborenen Herzfehlern, die oft nach chirurgischen Eingriffen erwachsen werden, ergeben sich eine Reihe von Fragen und Problemen, mit denen die Betroffenen, ihre Familien und auch die behandelnden Ärzte konfrontiert werden. Dies sind Fragen nach sportlichen und beruflichen Belastungen, Lebensstil, Genussmittel und Ernährung, Schwangerschaft und Familienplanung bei Mädchen. Eine Gruppe von „Herzkindern“ hat Einschränkungen der körperlichen Aktivitäten hinnehmen müssen, z.T. hat sich damit oder auch bei familiärer Belastung Übergewicht oder auch Adipositas entwickelt. In der Pubertät stellt sich bei den sog. „Herzkindern“ wie sonst auch ein neues Selbstverständnis ein. Körperliche Handikaps gehören nicht zum neuen Lebensbild und werden oft verdrängt. Ein Symptom davon ist, dass der Jugendliche nicht mehr so oft seinen Kardiologen aufsucht, Medikamente absetzt, er fühlt sich ja auch meist recht gut. Die Hinweise und gut gemeinten Ratschläge der Eltern werden nicht ernst genommen. Gerade in dieser Phase ist der ehemals gut behütete Heranwachsende den aktuellen Gefahren eines unbegrenzten Konsums in jeder Hinsicht ausgeliefert. Natürlich soll auch der nicht ganz herzgesunde Jugendliche selbständig sein und das Leben genießen. Es hat sich gezeigt, dass in dieser Phase der Neuorientierung die bisher vermittelten Werte und Gewohnheiten für das weitere Verhalten prägend sind. Bei der Befragung von Realschulabgängern im Stadtbereich Rostock hatte sich z.B. ergeben, dass 33 Prozent der Jugendlichen rauchten, wenn zu Hause der Vater raucht. Raucht auch die Mutter, war der Anteil 45 %, rauchen beide Eltern nicht, rauchen nur 3 % der Jugendlichen. Für das Herz-Kreislaufsystem in ähnlicher Weise problematisch ist eine neue Gefahr, das Übergewicht, zumal sie ein Massenphänomen geworden ist. 20 Prozent der Kinder gelten als übergewichtig, 6 bis 10 % der Schulkinder als stark übergewichtig – adipös. Ursächlich sind veränderte Umweltfaktoren ver-

antwortlich: Zunehmender Verzehr energiedichterer Nahrungsmittel mit aufgeschlossenen Kohlenhydraten und hoch gesättigten Fetten in Verbindung mit ungenügendem Verbrauch von Obst und Gemüse, die zunehmende Urbanisierung der Lebensumwelt mit begrenzter Gelegenheit für körperliche Aktivitäten und die Dominanz der elektronischen Unterhaltung, die zu einem bewegungsarmen Lebensstil geführt haben. Neuere Untersuchungen haben ergeben, dass die Adipositas im Kindesalter die Basis für die Herz-Kreislauf-erkrankungen des Erwachsenenalters bildet und die mit der Adipositas vergesellschaftete Arteriosklerose mit großer Sicherheit im Kindesalter beginnt. Durch die langfristige Wirkung veränderter Stoffwechselfaktoren und Veränderungen an Herz und Gefäßen überrascht es nicht, dass 55- bzw. 67-jährige Langzeitstudien ergaben, dass Übergewicht im Jugendalter ein erhöhtes Risiko für Herzinfarkt und Schlaganfall – unabhängig vom Erwachsenengewicht – bedeuten (Literaturmitteilungen). Eine weitere Tatsache verdient Beachtung: Trotz erheblicher Fortschritte in der medikamentösen Therapie hat sich das kardiovaskuläre Risikoprofil der europäischen Bevölkerung innerhalb der letzten 12 Jahre so massiv verschlechtert, dass man eigentlich von einer

„Bankrotterklärung“ der Sekundärprävention sprechen kann (EUROSPIRE – aktuelles Programm zur Erfassung der klinischen Wirklichkeit der Koronarprävention in Europa). Fazit der Erwachsenen-kardiologen war, dass es selbst bei bekanntem Risiko und bestehender Erkrankung des Herz-Kreislaufsystems nicht gelang, von dem gewohnten Lebensstil abzugehen und gesünder und gesundheitsbewusster zu leben. Im Unterschied zum Erwachsenenalter ist es schwierig, eindeutige Veränderungen für das Herz-Kreislauf-Risiko bei Kindern und Jugendlichen festzulegen. Lediglich bei einem Zustand nach operativer und/oder Katheterbehandlung einer Aortenisthmusstenose fanden wir noch erhöhte Ruhe- und Belastungsblutdruckwerte in Verbindung mit einer vermehrten Muskulatur der linken Herzkammer (Linkshypertrophie), deutlich verdickter Halsschlagader und eingeschränkter Dehnbarkeit der arteriellen Gefäße. Während bei der Aortenisthmusstenose nur der erhöhte Blutdruck offenbar infolge einer veränderten Wandbeschaffenheit der Aorta als Risikofaktor nachweisbar ist, besteht bei der Adipositas eine ganze Risikokonstellation: Erhöhte Triglyceridwerte, vermindertes HDL-Cholesterin (Schutzfaktor), erhöhte Insulinresistenz z.T. mit erhöhten Blutzuckerspiegeln, Anstieg der Entzündungswerte

Therapie der Adipositas im Kindesalter

Ernährungsmodifikation

- Reduktion, veränderte Qualität

Sport

- Ausdauerbereich
- Energieverbrauch unter Belastung und in Ruhe
- (metabolische Nachbelastungseffekte)
- verminderter Appetit (relativ)
- psychosoziale Vorteile

Gesundheitspsychologische Intervention

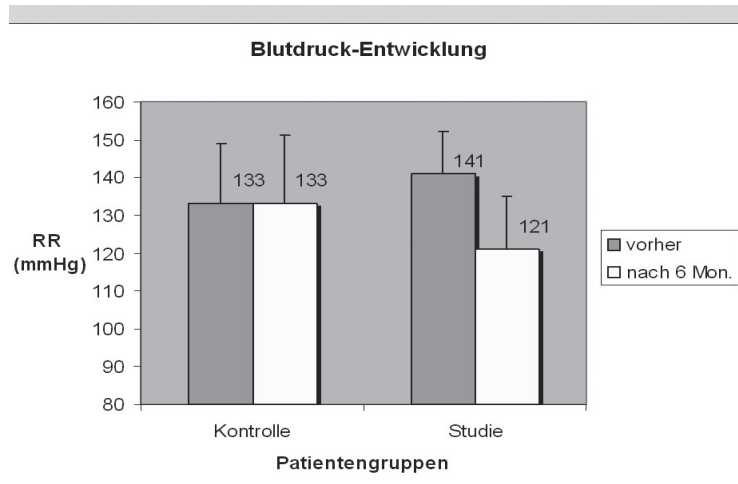
- Verhaltenstherapie
- Training



im Blut (Nüchtern- C-reaktives Protein, Fibrinogen), Blutdruckerhöhung, Vergrößerung des linken Vorhofs und Linksherzhypertrophie, reduzierte Fitness. Diese Werte in Verbindung mit einem erhöhten Körperfettanteil bzw. Bodymass-Index stehen in einem engen Zusammenhang mit Gefäßveränderungen als Zeichen einer frühen Arteriosklerose. Daneben lassen sich in 38 % der Kinder Leberveränderungen im Sinne einer Fettleber darstellen, außerdem bestehen orthopädische Probleme, psychosoziale Störungen und bei Mädchen z.T. zystische Veränderungen an den Eierstöcken. Die Adipositas besonders in Verbindung mit der Zunahme des Bauchfettgewebes (bei jugendlichen Mädchen Bauchumfang über 80 cm, bei Jungen über 94 cm) stellt nicht nur eine Hochrisikokonstellation dar, sondern verschlechtert sich ohne Behandlung zwangsläufig durch die weitere Reduzierung der körperlichen Aktivität. Dies hat kürzlich die European Youth Heart Study (L.Andersen und Mitarb. Lancet 2006; 368) ergeben. Der Grenzwert der körperlichen Aktivität wird danach mit 60 Minuten pro Tag von mindestens moderater Intensität, d.h. gehen mit 4 km/Std. angegeben. Bei Nachweis von Insulinresistenz und sog. Metabolischem Syndrom (Adipositas mit Bauchfettvermehrung und 2 weiteren o.g. Symptomen) soll die forcierte körperliche Aktivität 90 Minuten pro Tag

betragen. Diese Zusammenhänge zwischen aktuellem bewegungsarmen Lebensstil mit z.T. exzessiver Nutzung des Überangebotes elektronischer Medien und Adipositas mit breitem Herz-Kreislauf-Risiko haben wir in einer kürzlich abgeschlossenen Studie bestätigt. Über einen Zeitraum von 6 Monaten gelang

ten unbefriedigenden Ergebnissen der sekundären Prävention und den Schwierigkeiten mit einem effektiven-mehrdimensionalen Behandlungskonzept adipöser Kinder und Jugendlicher gegenwärtig in Deutschland kommt der primären Prävention eine wichtige Bedeutung zu. Gerade bei herzkranken Kindern und Jugendlichen mit einer engen Bindung an Herzzentren und niedergelassene Kinderkardiologen sollte diesen Aspekten mehr Aufmerksamkeit gewidmet werden. Mit der Vermeidung einer Risikokonstellation für das spätere Auftreten von koronarer Herzkrankung, hochdruckbedingter Herzkrankheit und Schlaganfall bes. in Verbindung mit Diabetes mellitus lässt sich die Langzeitprognose für unsere „Herzkinder“ durchaus verbessern. Sollte es trotzdem



es uns durch Ernährungsberatung, psychologischer Begleitung besonders aber durch Steigerung der körperlichen Aktivität mit 3 Terminen pro Woche a 45 Minuten Schwimmen, Sport und Spiel und „Walking“ den Blutdruck zu senken, das o.g. Laborprofil signifikant zu verbessern, die Fitness zu steigern, Körperfett und Bodymass-Index zu reduzieren und auch die Gefäßparameter signifikant in Richtung der altersentsprechenden Werte zu verändern. Im Vergleich wurden bei einer Kontrollgruppe mit ähnlichen Ausgangswerten aber keiner Teilnahme am Fitnessprogramm gleich bleibende oder verschlechterte Werte festgestellt. Ausgehend von den eingangs genann-

zu einer nicht nur vorübergehenden Übergewichtsproblematik Ihres Kindes gekommen sein und sich vor Ort kein geeignetes Behandlungszentrum finden, haben sich in Deutschland einige Rehabilitationseinrichtungen dieser Aufgabe gestellt und bieten ein mehrdimensionales Behandlungskonzept mit Kontrolle der Herz-Kreislauf-Risikokonstellation an. Bis zum 12. Lebensjahr als Mutter/Vater-Kind-Reha leider nur 3 Wochen aber mit Einbeziehung der Familie, bei älteren Kindern und Jugendlichen orientieren wir auf einen 6-wöchigen Aufenthalt.