

ФАКТОРЫ РИСКА АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

А.В. Мелитицкая, Л.В. Яковлева, А.В. Бурангулова

*Кафедра факультетской педиатрии (зав. – проф. Т.Б. Хайретдинова) Башкирского
государственного медицинского университета, Республиканский кардиологический диспансер
(главврач – И.М. Карамова), г.Уфа*

По данным литературы, артериальная гипертензия (АГ) у детей и подростков является с частотой от 2,4 до 18% в зависимости от выбранных критериев. У 33–42% детей АД не нормализуется, а у 17–26% повышается еще больше. У трети подростков с повышенным АД в дальнейшем возможно формирование гипертонической болезни [1]. Для реального изменения существующего положения наибольшее значение имеет проведение первичной профилактики сердечно-сосудистых заболеваний, в том числе АГ, в основу которой положена концепция факторов риска (ФР). Ранее считалось, что ФР влияют на заболеваемость и смертность в основном в пожилом возрасте. Детей и подростков традиционно относили к группе низкого риска. Однако появившиеся в последние годы данные позволяют взглянуть на эту проблему иначе и обратить внимание на необходимость учета ФР в подростковом возрасте [7]. Обследование подростков 16–18 лет выявило у них высокую распространенность известных ФР и необходимость проведения медикаментозной и немедикаментозной коррекции ФР в этом возрасте [2, 4, 6].

Цель исследования – выявить некоторые факторы риска у детей подросткового возраста с АГ.

На базе Башкирского Республиканского кардиологического диспансера нами было обследовано 88 подростков в возрасте от 13 до 17 лет (средний возраст – $14,6 \pm 0,6$) со стабильной АГ, среди них было 71,5% (63 чел.) юношей и 27,5% (25 чел.) девушек. Критериями включения в исследование были возраст от 13 до 17 лет, информированное согласие, АД выше 95-го перцентиля трехкратно с интервалом от 10 до 14 дней, за исключением симптоматической АГ. Критерии исключения: лабильная АГ, вторичный характер АГ, отказ родителей или ребенка от обследования, хронические заболевания в стадии декомпенсации, острые интеркуррентные заболевания в течение последнего месяца. Группу сравнения составили здоровые

дети (23 чел.), сопоставимые по возрасту и полу.

Диагностика АГ осуществлялась в соответствии с последними рекомендациями для врачей (Москва, 2003) [5]. У всех подростков уровень АД превышал 95-й перцентиль кривой распределения АД по полу, возрасту и росту. Также были проведены анкетирование и индивидуальные беседы со всеми детьми и их родителями.

Гиподинамия определялась по критериям Американской кардиологической ассоциации в том случае, если общая продолжительность физической нагрузки не превышала 3 часов в неделю (подросток не посещал уроков физкультуры в основной группе, спортивные секции, танцевальные коллективы или у него отсутствовали другие физические нагрузки). Избыточную массу определяли путем расчета индекса массы тела (ИМТ), который сравнивали с должным по центильным таблицам. При ИМТ выше 90-го центиля констатировали избыток массы тела, а выше 95-го – ожирение. В липидном профиле крови исследовали содержание общего холестерина (ХС), триглицеридов (ТГ), холестерина липопротеинов высокой плотности (ЛПВП) с расчетом ХС липопротеинов низкой плотности (ЛПНП) по формуле Фридвальда [2].

В группе обследованных нами подростков с АГ регулярно курили (от 1 до 15 сигарет в день) 14 (15,9%) мальчиков, из них двое – нерегулярно до 40 сигарет в день. У 47 (53,4%) детей в семьях курят родители, причем в 9 (10,2%) семьях – оба родителя, в 39 (44,3%) – только отец. Алкоголь, в основном пиво, употребляли 20 (22,7%) подростков мужского пола. В группе сравнения регулярно курили (от 1 до 15 сигарет в день) 6 (26,1%) мальчиков. У 12 (52,1%) детей в семьях курят родители, причем в 5 (21,7%) семьях – оба родителя, в 6 (26,1%) – только отец. Алкоголь в группе сравнения употребляли 8 (34,8%) подростков мужского пола.

Гиподинамия выявлена у 42 (47,7%) детей с АГ, что чаще ($p < 0,05$), чем в груп-

пе сравнения (21,7%). Подростки с АГ в большинстве случаев были освобождены от занятий физкультурой и не получали никаких дополнительных физических нагрузок.

Среди подростков с АГ в 53 (60,2%) случаях, по данным анкетирования, установлена наследственность, отягощенная сердечно-сосудистыми заболеваниями, из них у 44 (50,0%) родственники первой линии родства страдали гипертонической болезнью, у 8 (9,0%) – ишемической болезнью сердца, у 4 (4,5%) – перенесли инсульт ($p < 0,05$). У 45 (51,1%) подростков обнаружена наследственная отягощенность обменными и эндокринными заболеваниями: у 33 (37,5%) – ожирением и у 12 (13,6%) – сахарным диабетом 2-го типа. В группе сравнения наследственность была отягощена сердечно-сосудистыми заболеваниями у 8 (34,8%) детей: у 6 (6,8%) – гипертонической болезнью, у 2 (2,3%) – ишемической болезнью сердца; случаев инсульта не было. В этой группе реже ($p < 0,05$) отмечалась наследственная отягощенность эндокринно-обменными заболеваниями – у 5 (21,7%) детей, в частности ожирением у 4 (17,4%) подростков ($p < 0,05$). Сахарный диабет 2-го типа у родственников первой линии родства выявлен лишь у одного ребенка группы сравнения.

Среди всех обследованных подросткового возраста с АГ повышенная масса тела была у 48 (54,5%) человек (16 девочек, 32 мальчика). Причем избыточная масса тела отмечалась у 18 (20,5%), ожирение – у 30 (34,1%). В группе сравнения избыточная масса тела выявлена у 4 (17,3%) обследованных ($p < 0,05$), подростков с ожирением не было.

Среднее содержание ХС во всех группах находилось в пределах желательной категории значений. Однако в группе детей с АГ обнаружен значительно более высокий уровень ХС ($4,3 \pm 0,2$ ммоль/л), чем в группе сравнения ($3,6 \pm 0,3$ ммоль/л; $p < 0,05$). Анализ показателей общего холестерина показал наличие желательного уровня ХС (по рекомендациям NCEP) в группе сравнения у 88,0% обследованных, в группе с АГ – у 58,0% ($p < 0,05$). Погранично высокие показатели ХС в группе сравнения были у 12,0% детей, с АГ – у 30,2%. Высоких значений ХС в группе сравнения не было, а в группе с АГ имели место у 11,8% подростков. Гипертриглицеридемия (более 2,19 ммоль/л) выявлена у 9,4% подростков с АГ, в группе сравнения таких показателей ТГ не определялось.

Уровень триглицеридов $> 1,69$ ммоль/л, являющийся независимым фактором атерогенного риска, обнаружен в группе с АГ у 16,0% детей, в группе сравнения – у 3,0%.

В группе с АГ у 77,5% подростков уровень ЛПНП находился в пределах желательной категории значений, у 15% – в пределах погранично высокой категории, у 7,5% – высокой категории. В группе сравнения показатели ЛПНП находились в области желательных значений. В нашем исследовании самые низкие показатели ЛПВП выявлены в группе с АГ – $1,3 \pm 0,1$ ммоль/л. Гипоальфа-холестеринемия была в группе с АГ у 3,8% подростков, у остальных значения ЛПВП находились в пределах нормальных значений. Среди подростков группы сравнения снижение ЛПВП не выявлено.

Среди обследованных подростков с АГ ни одного из основных факторов риска не обнаружено только у 16 (18,2%) больных. Один или два основных ФР были у 52 (59,1%) пациентов, сочетания трех и более ФР – у 20 (22,7%). Необходимо отметить, что в группе сравнения также выявлено наличие одного или двух ФР у 8 (34,8%) подростков, трех и более ФР – у 2 (8,7%).

Таким образом, обследование детей подросткового возраста с АГ показало среди них значительную распространенность многих ФР. К группе низкого риска сердечно-сосудистых осложнений (не имеющих ФР) могут быть отнесены только 12 юношей и 4 девушки, среднего риска (1–2 ФР) – 40 юношей и 12 девушек, высокого риска (3 и более ФР) – 11 юношей и 9 девушек. В группе сравнения средний риск развития АГ имели 6 юношей и 2 девушки, высокий – 2 пациента мужского пола, остальные были отнесены к группе низкого риска. Многочисленными клинико-эпидемиологическими исследованиями установлено, что эффективная коррекция ФР позволяет существенно повысить результативность лечения АГ и снизить риск возникновения серьезных сердечно-сосудистых осложнений. Полученные нами данные свидетельствуют о том, что детей и подростков с АГ нельзя рассматривать как однородную группу низкого риска развития сердечно-сосудистых осложнений. Часть пациентов подросткового возраста с АГ, отнесенная к группе высокого риска, нуждается в применении комплексных программ по воздействию на ФР, включающих мероприятия по коррекции массы тела, полный отказ от курения, гиполипид-

демическую диету. Учет указанных факторов риска необходим для целенаправленной профилактики АГ у детей.

№ 4. – С. 82–85.

7. Moser M; Giles TD; Falkner B. et al. //J. Clin Hypertens. (Greenwich). – 2005. – Vol. 7 (1). – P. 24–30.

ЛИТЕРАТУРА

Поступила 27.03.07

1. Александров А.А., Розанов В.Б. // Росс. педиатрич. журн. – 1998. – № 2. – С.16–20.

2. Кисляк О.А., Сторожаков Е.В., Петрова Е.В. и др. // Педиатрия. – 2003. – № 2. – С.16–20.

3. Ледаев М.Я., Бурзак И.Н., Гиномедова Т.А., Мусатова Ю.А. // Сиб. мед. журн. – 2005. – № 4. – С. 30–34.

4. Одуд Е.А., Бородина О.В., Тимофеев А.В. // Фарматека. – 2005. – № 8. – С.22–30.

5. Рекомендации по диагностике, лечению и профилактике артериальной гипертензии у детей и подростков. – М., 2003.

6. Ровда Ю.И., Ровда Т.С. // Педиатрия. – 2002. –

RISK FACTORS FOR ARTERIAL HYPERTENSION IN CHILDREN AND TEENAGERS

A.V. Melititskaya, L.V. Yakovleva, A.V. Burangulova

S u m m a r y

To distinguish a risk group, 88 teenagers with arterial hypertension were under observation. It was found that 18% of patients belong to low risk group, 59% – to intermediate, and 23% – to high risk group for cardiovascular events. The results suggest the necessity to use a complex program to act on risk factors such as correction of body weight, giving up smoking, hypolipidemic diet.

УДК 616.329 – 089.844

СПОСОБЫ ПРОФИЛАКТИКИ АСПИРАЦИОННОЙ ПНЕВМОНИИ ПРИ АТРЕЗИЯХ ПИЩЕВОДА У НОВОРОЖДЕННЫХ

А.А. Ахунзянов, А.И. Фадеев, О.В. Фадеева, М.А. Саакян

Кафедра детской хирургии с курсом ФПК и ППС (зав. – проф. А.А. Ахунзянов) Казанского государственного медицинского университета, Детская республиканская клиническая больница (главрач – канд. мед. наук Е.В. Карпухин)

Атрезия пищевода (АП) – один из наиболее тяжелых врожденных пороков развития. Хотя в лечении данной патологии достигнуто немало положительного, нерешенных вопросов остается еще много [2, 4].

Нами проанализирован опыт лечения АП за последние 25 лет.

Наблюдались новорожденные с АП и нижним трахеопищеводным свищом – НТПС (161 ребенок), с верхним – ВТПС (5), с двумя трахеопищеводными свищами – ДТПС (9), без свищей – БС (14). Известно, что адаптационные механизмы в организме новорожденного улучшаются с течением времени. В связи с этим была применена различная хирургическая тактика (см. табл.), позволяющая отложить выполнение радикальной операции от нескольких часов до нескольких дней [1, 2, 3, 4].

Четырем новорожденным с АП БС была наложена гастростома по Витцелю для кормления. Данный метод позволял пережить период послеродовой адаптации.

Однако организовать отсасывание слизи и слюнного секрета из проксимального отдела пищевода с интервалом менее 10 минут оказалось невозможным из-за загруженности медицинского персонала. За 10 и более минут верхний отдел пищевода переполнялся, что приводило к затеканию содержимого в трахею и к аспирационной пневмонии. Попытки наладить постоянную аспирацию также не увенчались успехом, потому что однопросветная трубка постоянно присасывалась к стенкам пищевода, а в двухпросветной трубке (трубка меньшего диаметра, по которой проводилась отсасывание содержимого, в просвете трубки большего диаметра) густая слизь забивала отверстия в наружном контуре, что делало аспирацию неэффективной. В связи с этим всех детей прооперировали на фоне прогрессирующей аспирационной пневмонии.

Трем новорожденным пластика пищевода была выполнена на 4-й день жизни