

Ю.И. Ровда, Е.Г. Бунина, Н.Н. Миняйлова

## КЛИНИКО-ПАРАКЛИНИЧЕСКИЕ ПАРАЛЛЕЛИ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ С РАЗЛИЧНЫМИ ФОРМАМИ (СТАБИЛЬНОЙ, НЕСТАБИЛЬНОЙ) АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

*ГОУ ВПО Кемеровская государственная медицинская академия Росздрава (Кемерово)*

Известно, что стабильная АГ (САГ) у детей и подростков в 30–40 % случаев трансформируется с возрастом в эссенциальную гипертоническую болезнь (ГБ). Нестабильные формы АГ (лабильная АГ (ЛАГ), гипертония белого халата (ГБХ)) также могут составлять определенный риск развития ГБ, но только в том случае если имеются патогенетические связи между ними. В связи с этим, настоящее исследование преследовало **цель** выявить клиничко-параклинические параллели между стабильной АГ и нестабильными ее формами (ЛАГ и ГБХ) и обосновать их значимость как предикторов развития ГБ.

### МЕТОДЫ

Исследованию подвергались 95 детей и подростков 12–15 лет, которые по результатам офисного измерения АД и СМАД были разделены на 4 группы. 1-я группа (25 чел.) – САД, 2-я (25 чел.) – ЛАГ, 3-я (25 чел.) – ГБХ и 4-я (20 чел.) – группа сравнения. Дети прошли обследование в условиях крупной многопрофильной областной больницы.

### РЕЗУЛЬТАТЫ

Результаты исследования достоверно выявили симметричные изменения некоторых клиничко-параклинических параметров у детей со стабильными и лабильными формами АГ. Это касалось повышенной вариабельности АД, недостаточного снижения АД в ночное время («non-dipper»), десинхронизации суточного ритма САД и ДАД – по данным СМАД; появления начальных признаков ремоделирования миокарда левого желудочка (признаки начинающейся гипертрофии задней стенки левого желудочка, межжелудочковой перегородки и относительной дилатации камер сердца – по данным ЭХОКГ); изменений на глазном дне (гипертензивная ангиопатия сетчатки), гиперурикемии, определенных психохарактерологических особенностей (акцентуированные, сенситивные и гипертимные подростки с высоким индексом «нейротизма» и тревожности). Среди «гипертоников» опытных 1–3 групп достоверно чаще выявлялись дети с макросоматической конституцией, имеющие неблагоприятную наследственность по ГБ, ожирению, сахарному диабету 2-го типа, камнями в почках, пуринозу. Основная часть клиничко-параклинических параметров имела дозозависимый характер, если под дозой понимать стаж и выраженность АГ.

Таким образом, при всех отличиях основных характеристик АД (офисных, мониторируемых и др.), при стабильной АГ, лабильной АГ и ГБХ, выявляются общие вышеперечисленные клиничко-параклинические особенности, которые не типичны для лиц с нормальным АД.

### ОБСУЖДЕНИЕ

Поскольку эти особенности носят симметричный и дозозависимый характер (во всех опытных группах), не исключается какая-то общая патогенетическая сопряженность между ними. Признание САГ как фактора риска развития ГБ автоматически должно распространяться и на другие формы АГ (в частности ЛАГ и ГБХ). Разница лишь в степени сосудистой реактивности, которая естественно при САГ будет наибольшей, а при ГБХ – наименьшей. В экстремальных ситуациях потенциальный «гипертоник» по-разному демонстрирует распределение нагрузки как систолическим, так и диастолическим давлением на сосуды. В одних случаях это будет САД, в других – ЛАГ или ГБХ. Разным будет и психотравмирующий порог и время появления ГБ.

### ВЫВОДЫ

ЛАГ и ГБХ могут являться предиктором развития ГБ и в этой связи лица с этими формами АГ должны входить в группу риска этой болезни.

**А.Д. Сафронов, С.В. Барановская, Н.И. Басарева, И.И. Гужвина**

## ВЕГЕТАТИВНЫЙ СТАТУС ПРИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЕ У ДЕТЕЙ

*Сибирский государственный медицинский университет (Томск)*

Гиперреактивность бронхов является комплексным физиологическим нарушением, обусловленным медиаторами воспаления, повреждением эпителия, отеком стенки бронхов и нарушением

функций вегетативной нервной системы. Баланс между сокращением и расслаблением гладкой мускулатуры зависит от преобладания симпатических или парасимпатических влияний. В связи с этим, представляется важным изучение функциональных показателей вегетативной регуляции у детей, больных бронхиальной астмой.

#### ЦЕЛЬ

Выявление особенностей функционирования вегетативной нервной системы (ВНС) у детей больных бронхиальной астмой (БА), их зависимости от периода заболевания.

#### МЕТОДЫ

Обследовано 34 больных БА в возрасте 5–15 лет (22 мальчика и 12 девочек). Протокол обследования включал в себя оценку анамнеза, клинико-лабораторных данных, ЭКГ, ЭхоКГ и компьютерной кардиоинтервалографии (ККИМ). По данным ККИМ оценивались: исходный вегетативный тонус (ИВТ), вегетативная реактивность (ВР), вегетативное обеспечение деятельности (ВОД), тип реакции на ортостатическую нагрузку, восстановительный период (ВП). Всем детям ККИМ проводилась в период обострения и перед выпиской из стационара.

#### РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

20 детей были с БА легкой степени тяжести, 12 – с БА средней тяжести и только 2 – с тяжелой БА. При анализе данных ККИМ выявлено, что в периоде обострения БА преобладал симпатикотонический ИВТ – у 17 детей, гиперсимпатикотонический – у 3 больных, эйтония зарегистрирована у 11 детей и только с легким течением БА, а ваготонический ИВТ – у 2-х пациентов с тяжелой астмой и у 1-го с БА средней тяжести. Структура ВР выглядела таким образом: гиперсимпатикотоническая – у 12, симпатикотоническая – у 11, асимпатикотоническая – у 7, нормотоническая – у 4 детей. ВОД в 22 случаях было избыточным, что характеризует повышенный уровень функционирования ВНС при обострении БА, в 9 – недостаточным. Только у 3 больных с легкой БА имело место достаточное ВОД. Тип реакции на ортостатическую нагрузку был симпатикотонический в 24 случаях, астенический – в 5, астеносимпатический – в 3, симпатостенический – в 2. Астенические реакции были зарегистрированы у детей с тяжелой и среднетяжелой БА, что свидетельствовало о грубом дисбалансе в системе вегетативной регуляции у этих больных. ВП в 27 случаях был удлиннен и был расценен как реакция утомления, в 6 – нормальный, в 1 – уменьшен, что характеризует напряжение адаптивных возможностей организма при обострении БА. Перед выпиской результаты были иными: ИВТ симпатикотонический – 11 детей, гиперсимпатикотонический – 2, эйтония – 17, ваготонический – 4; ВР гиперсимпатикотоническая – 5, симпатикотоническая – 8, асимпатикотоническая – 7, нормотоническая – 14; ВОД: достаточное – 15, избыточное – 6, недостаточное – 13. ВП: удлиннен – 9, нормальный – 25.

#### ВЫВОДЫ

Выявленные особенности функционирования ВНС при обострении БА, которые сохраняются у детей и после купирования обострения свидетельствуют о нарушении реактивности не только на уровне бронхов, но всего организма. Поэтому необходимо разумное сочетание медикаментозной терапии с методами адаптационной медицины, направленными на коррекцию вегетативного дисбаланса, реактивности и повышение адаптивных возможностей организма.

**И.А. Семншева**

### **НАРУШЕНИЯ СЕРДЕЧНОГО РИТМА У ДЕТЕЙ И ИХ СВЯЗЬ С СОМАТИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ ПО ДАННЫМ УЛЬТРАЗВУКОВОЙ ДИАГНОСТИКИ**

*Уральская государственная медицинская академия (Екатеринбург)  
Городской детский кардиоревматологический центр (Екатеринбург)*

#### ЦЕЛЬ

Провести ультразвуковую диагностику у детей с нарушениями сердечного ритма для выработки тактики лечения и наблюдения в амбулаторных условиях и установить характер соматической патологии у этих больных.

#### МЕТОДЫ

Были выполнены электрокардиография (ЭКГ), ультразвуковое исследование.