

4. Кельмансон И.А. Низковесный новорожденный и отсроченный риск кардиореспираторной патологии. Ст-Петербург: СпецЛит 1999; 156.
5. Jiang B., Godfrey K.M., Martyn C.N., Gale C.R. Birth weight and cardiac structure in children. *Pediatrics* 2006; 117: 257—261.
6. Riggs T., Sharp S.E., Batton D. et al. Spontaneous closure of atrial septal defects in premature vs full-term neonates. *Pediatr Cardiol* 2000; 21: 129—134.
7. McMahon C.J., Feltes T.F., Fraley J.K. et al. Natural history of growth of secundum atrial septal defects and implications for transcatheter closure. *Heart* 2002; 87: 256—259.
8. Maeno Y.V., Benson L.N., McLaughlin P.R., Boutin C. Dynamic morphology of the secundum atrial septal defect evaluated by three dimensional transoesophageal echocardiography. *Heart* 2000; 83: 673—677.
9. Varan B., Tokel K., Yilmaz G. Malnutrition and growth failure in cyanotic and acyanotic congenital heart disease with and without pulmonary hypertension. *Arch Dis Childh* 1999; 81: 49—52.
10. Iver R.S., Hoschitzky A., Jacobs J. et al. Closure of isolated secundum atrial septal defects in infancy. *Asian Cardiovasc. Thorac Ann* 2000; 8: 38—40.
11. Shigeto F., Tomita H., Hatakeyama K. et al. Effect of size of a secundum atrial septal defect on shunt volume. *Am J Cardiol* 2001; 88: 1447—1450.
12. Du Z.-D., Cao Q.-L., Koenig P. et al. Speed normalization of right ventricular volume overload after transcatheter closure of atrial septal defect in children and adults. *Am J Cardiol* 2001; 88: 1450—1453.
13. Lee E., Siegel M.J., Chu C.M. et al. Amplatzer atrial septal defect occluder for pediatric patients: Radiographic appearance. *Radiology* 2004; 233: 471—476.
14. Rhee E.K., Evangelista J.K., Nigrin D.J., Erickson L.C. Impact of anatomic closure on somatic growth among small, asymptomatic children with secundum atrial septal defect. *Am J Cardiol* 2000; 85: 1472—1475.

Поступила 10.12.07.

Гипертонический криз у новорожденных и детей старшего возраста

Hypertensive Crisis in Infancy and Childhood

J. Wirbelauer, J. Strotmann, A. Kirchhoff, K. Darge, W. Thomas

Klin Padiat 2007 Dec 21 [Epub ahead of print]

Любое многопрофильное обследование детей должно включать измерение артериального давления, что может вызвать некоторые затруднения у новорожденных и детей младшего возраста ввиду отсутствия контакта с пациентом. Это способствует тому, что зачастую данному важному методу исследования не уделяется должного внимания. Описан клинический случай, когда у девочки в возрасте 16 мес случайно было выявлено повышение артериального давления, которое впоследствии проявилось в виде гипертонического криза с показателем систолического давления более 200 мм рт.ст. При тщательном обследовании ребенка было установлено, что причиной криза явилась нефробластома. В другом случае было выявлено быстрое прогрессирование артериальной гипертензии у 16-месячной девочки с дилатацией левого желудочка и снижением функции почек, обусловленным почечной дисплазией.

Еще одно наблюдение касается юноши 17 лет с жалобами на рецидивирующую головную боль, у которого была диагностирована субтотальная коарктация перешейка аорты.

Гипертонические кризы у новорожденных, детей младшего возраста и подростков описываются в настоящей статье на примере указанных клинических случаев. Также в статье приводятся особенности измерения артериального давления в педиатрической практике, представлен патогенез гипертонического криза, описаны возможности терапии, дан краткий обзор литературы.

Референт А.И. Асманов