

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