

анамнестическое обследование, использовались функциональные и инструментальные методы, включающие суточное мониторирование артериального давления.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Наиболее частыми причинами возникновения АГ является: эссенциальная форма АГ — 74 больных (87 %), паренхиматозные заболевания почек — 1 (1,1 %), реноваскулярная АГ — 2 (2,2 %), эндокринная патология — 8 (9,7 %). Согласно классификации АГ (Всероссийское научное общество кардиологов и Ассоциация детских кардиологов России, 2003) 18 пациентам выставлен диагноз АГ 1 степени, 15 пациентам выставлен диагноз АГ 2 степени, гипертоническая болезнь выявлена у 9 пациентов. 32 пациента имели лабильную АГ с признаками нейро-циркуляторной астении. Встречаемость факторов риска развития АГ: курение (наблюдалось практически у половины всех подростков), общий холестерин выше 6,5 (1 пациент), сахарный диабет (1 пациент), отягощенная наследственность (54 больных). Из дополнительных факторов риска встречались: снижение холестерина ЛВП (9 пациентов), повышение холестерина ЛНП (8 пациентов), нарушение толерантности к глюкозе (1 пациент), ожирение (33 пациента), малоподвижный образ жизни (практически у всех пациентов). У пациентов встречались следующие поражения органов мишеней: гипертрофия левого желудочка (по данным ЭКГ, ЭхоКГ) у 5 пациентов, протеинурия и повышение концентрации креатинина плазмы — у 2 пациентов. Согласно классификации у пациентов были определены группы риска: при АГ 1 степени: низкий риск — 3 случая, средний риск — 13 случаев, высокий риск — 2 случая. Пациенты с АГ 2 степени относятся к группе высокого риска (15 случаев). Подросткам с АГ низкого и среднего риска, с лабильной АГ на фоне нейроциркуляторной астении (48 случаев) назначалась немедикаментозная терапия, включающая нормализацию режима дня и питания, снижение избыточной массы тела, оптимизация физической активности, отказ от курения; лечение вегетативных нарушений, включающая физиотерапию, массаж; медикаментозное лечение, включающее препараты, улучшающие церебральную гемодинамику и ноотропные препараты. При выписке рекомендовались консультация психотерапевта и наблюдение кардиолога. В медикаментозном лечении нуждались подростки с АГ высокого риска, гипертонической болезнью и с вторичной АГ (37 человек). В нашем отделении часть пациентов (10 пациентов) получала терапию бета-блокаторами. Это подростки с гиперкинетическим типом гемодинамики с симпатикотонической направленностью вегетативной нервной системы. У этой группы пациентов по данным мониторирования АД повышение САД четко связано с повышением ЧСС: САД более лабильно, повышалось пикообразно и отмечается также большая степень его снижения в ночное время. Вторая группа больных (пациенты с вторичной АГ на фоне почечной патологии) составила 21 человек. У этих пациентов по данным суточного мониторирования АД — отмечался «монотонный» характер кривой АД, как САД так и ДАД, с менее выраженным снижением в ночное время. Пациентам этой группы назначались ингибиторы АПФ. У третьей группы (6 пациентов) в лечении применялись гипотензивные препараты (диуретики). В эту группу входили подростки, имеющие ожирение различной степени выраженности. У двоих больных использовалась комбинированная терапия, включавшая диуретик с ингибитором АПФ. Блокаторы кальциевых каналов использовались в комплексной терапии для купирования гипертонических кризов (6 пациентов).

ВЫВОДЫ

Увеличивается удельный вес АГ среди других заболеваний сердечно-сосудистой системы. В общем объеме АГ преобладают лабильная АГ и АГ 1 степени. Среди факторов риска чаще всего преобладают курение, отягощенная наследственность и ожирение. В лечении АГ используется курсовое назначение медикаментозных препаратов. Формирование гипертонической болезни начинается в подростковом возрасте. Создание школы АГ среди детей и подростков приведет к существенному улучшению качества жизни и формированию благоприятного прогноза заболевания.

Ю.А. Ермолаева, О.П. Харина, Н.А. Шмакова

ВЕГЕТАТИВНЫЙ СТАТУС У ДЕТЕЙ С ХРОНИЧЕСКИМ РЕФЛЮКСНЫМ ПИЕЛОНЕФРИТОМ

ГОУВПО СибГМУ (Томск)

ЦЕЛЬ

Оценить показатели вегетативной регуляции, выявить бессимптомные формы вегетативной дисфункции.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Нами были обследованы 30 детей (28 девочек и 2 мальчика) с хроническим пиелонефритом на фоне ПМР на базе нефрологического отделения ДБ № 1 за период 2006 – 2007 г. Возраст больных варьировал от 4 до 16 лет. Диагностика хронического рефлюксного пиелонефрита основывалась на общепринятых исследованиях согласно протоколу № 151 МЗ Российской Федерации от 07.05.98 г. Состояние вегетативной иннервации сердца оценивали с помощью КИГ на аппарате «ЭКГ-ТРИГ-ГЕР» с проведением КОП.

Больные хроническим рефлюксным пиелонефритом получали этиотропную и патогенетическую терапию. При выявлении в качестве сопутствующей патологии ВСД использовали лечебную тактику, соответствующую типу вегетативной дисфункции.

РЕЗУЛЬТАТЫ

В результате обследования односторонний ПМР был диагностирован у 17 детей, двусторонний – у 13 детей, справа – в 43 % случаев, слева – в 57 % случаев. 47 % обследуемых имели I – III степень ПМР, оставшиеся 53 % детей – IV – V степень ПМР. При этом все обследуемые находились в стадии клинко-лабораторной ремиссии хронического пиелонефрита. По данным УЗИ, экскреторной урографии и динамической нефросцинтиграфии (ДНСГ) вторичное сморщивание почек выявлено у 8 детей. Снижение функции почек по осмотическому концентрированию почек отмечалось у 4 больных, снижение экскреторной и фильтрационной функции почек по результатам ДНСГ – у 4 детей. Средняя длительность заболевания составила $5,88 \pm 3,9$ года. Средний возраст, в котором был впервые диагностирован ПМР – $3,64 \pm 2,3$ г.

Изучение анамнеза выявило наличие патологии перинатального периода, заболеваний органов мочевой системы в семье, психотравмирующих ситуаций, высокого инфекционного индекса в раннем возрасте.

Наиболее частыми жалобами со стороны ВНС были повышенная утомляемость, нарушение внимания, низкая толерантность к физическим нагрузкам, изменения в психо-эмоциональной сфере, головные боли, головокружение, расстройства сна.

Кардиоритмологическое исследование выявило нарушения вегетативной регуляции, которые характеризовались изменениями показателей исходного вегетативного тонуса (ИВТ), вегетативной реактивности (ВР), вегетативного обеспечения деятельности (ВОД), и восстановительного периода (ВП). Так, ваготоническая направленность ИВТ была у 8 детей, симпатотоническая – у 8 детей, гиперсимпатотоническая – у 3 детей. Нарушения вегетативного гомеостаза у детей с хроническим рефлюксным пиелонефритом проявлялись асимпатотонической ВР у 5 детей, гиперсимпатотонической – у 9 детей. ВОД характеризовалась как недостаточное в 7 случаях. ВП был удлинён у 20 детей за счет сохраняющейся симпатотонической реакции или реакции утомления.

ВЫВОД

Результаты обследования выявили вегетативные расстройства у детей с хроническим рефлюксным пиелонефритом как с выраженными клиническими проявлениями вегетативных синдромов, так и при бессимптомном течении, что требует дополнительного углубленного обследования для выявления причин отклонений в состоянии здоровья. Обращает на себя внимание значительное количество детей с дезадаптивными реакциями ВНС при проведении КОП (асимпатотоническая ВР, недостаточное ВОД, реакция утомления ВП), что свидетельствует об истощении функциональных резервов организма.

Л.Г. Завьялова, Д.В. Денисова, Г.И. Симонова, Ю.И. Рагино

**ПОВЫШЕННОЕ АРТЕРИАЛЬНОЕ ДАВЛЕНИЕ И ДРУГИЕ КОМПОНЕНТЫ
МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА У ПОДРОСТКОВ**

ГУ НИИ терапии СО РАМН (Новосибирск)

Артериальная гипертензия (АГ) является важным и независимым фактором риска сердечно-сосудистых заболеваний. Взаимосвязи инсулинорезистентности, компенсаторной гиперинсулинемии и АГ в рамках метаболического синдрома (МС) до конца неясны. АГ признана компонентом МС во взрослой популяции, роль этого компонента в детской и подростковой популяции полностью не изучена.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Изучение ассоциаций повышенного артериального давления (ПАД) с основными компонентами МС (инсулинорезистентность, абдоминальное ожирение, гипертриглицеридемия (ГТГ), сни-