

Ковтун О.П., Самарина О.В., Трунова Ю.А., Созонов А.В.

АНАМНЕСТИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ РИСКА, ОПРЕДЕЛЯЮЩИЕ ТЕЧЕНИЕ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

МБУ ДГКБ № 11,

ГБОУ ВПО Уральская государственная медицинская академия Минздравсоцразвития России,
г. Екатеринбург

Актуальность. Артериальная гипертензия – это мультифакториальное заболевание, которое возникает в результате взаимодействия генетических, различных средовых и демографических факторов. Известно, что артериальная гипертензия, которой страдает 25% взрослого населения развитых стран, является одним из наиболее важных факторов риска развития серьезных сердечно-сосудистых расстройств, таких как поражение коронарных артерий, инсультов, хронической патологии почек и др. Эссенциальная гипертензия является наиболее частой формой данного синдрома, при которой причина появления повышения артериального давления не установлена [1, 3, 6]. Однако ряд факторов риска, лежащих в основе эссенциальной гипертензии, идентифицированы и включают возраст, пол, генетическую предрасположенность, демографические факторы и другие. Профилактика артериальной гипертензии является важной целью здравоохранения во всем мире [3, 9].

Большое значение в формировании артериальной гипертензии у детей имеют особенности режима дня и образа жизни. В настоящее время все больше детей проводят свободное от учебы время не в спортивных секциях, а сидя за экраном компьютера или телевизора. Также способствует развитию эссенциальной артериальной гипертензии у детей и неблагоприятная психологическая обстановка в семье и школе [7, 8].

Цель работы. Определить влияние социального статуса семьи на течение артериальной гипертензии у детей и подростков, оценить факторы риска формирования артериальной гипертензии у детей из семей, где ребенок воспитывается одним родителем.

Материалы и методы. Проанализировано течение артериальной гипертензии у 38 детей с артериальной гипертензией в течение $8,9 \pm 3,1$ месяцев, неоднократно поступавших на обследование и лечение в дневной стационар

кардиологического профиля МБУ «ДГКБ № 11». Со всеми пациентами и их родителями проводилась индивидуальная беседа о причинах артериальной гипертензии, обсуждались факторы риска, акцентировалось внимание на важность соблюдения режима дня и образа жизни, вреде длительного нахождения у экрана телевизора и компьютера. Для оценки эффективности лечения всем детям проводилось суточное мониторирование артериального давления (СМАД). Все пациенты были разделены на две группы, в первую группу вошли дети из семей с одним родителем ($n = 18$), во вторую были включены дети, воспитывающиеся в полной семье ($n = 20$). Группы были сопоставимы по возрасту, полу, сроку наблюдения (табл. 1)

Таблица 1

Характеристика групп

	Неполная семья	Полная семья	p
Мальчики/девочки	16/2	17/3	
Возраст дебюта заболевания (лет)	$12,9 \pm 2,6$	$13,1 \pm 2,3$	0,29
Срок наблюдения (мес)	$9,2 \pm 3,3$	$8,7 \pm 2,9$	0,2
Возраст при первой госпитализации (лет)	$14,8 \pm 1,5$	$14,6 \pm 2,0$	0,13
Максимальное САД	$161,7 \pm 16,9$	$156 \pm 14,3$	0,2
Максимальное ДАД	$95,2 \pm 12,3$	$89,7 \pm 8,3$	$\leq 0,05$

Результаты. У детей из неполных семей при сборе анамнеза выявлялось достоверно более высокие цифры ДАД, разницы в степени повышения САД зафиксировано не было (рис. 1). В обеих группах цифры артериального давления соответствовали гипертензии 2 степени.

Материальные условия семей обеих групп не отличались, чаще всего родители оценивали материальные условия семьи как удовлетворительные.

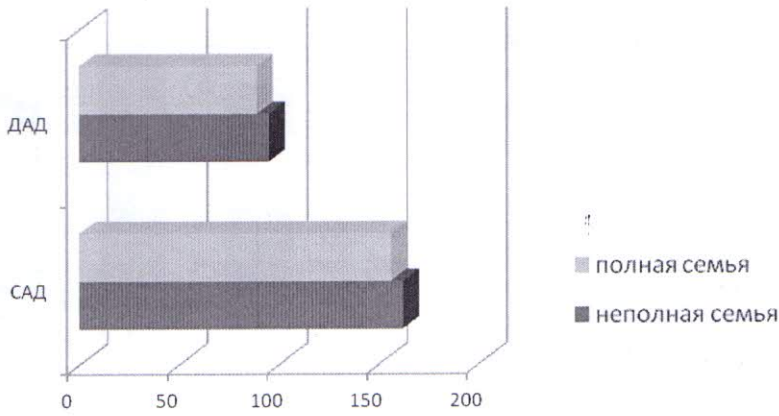


Рис. 1. Степень повышения артериального давления

При сборе анамнеза наследственная отягощенность по артериальной гипертензии у родственников первой линии родства (родители) выявлялась в 72% случаев у детей из неполных семей и в 80% случаев у детей из полных семей. В то же время артериальная гипертензия у родственников второй линии родства выявлялась несколько чаще в группе детей из неполных семей (в 89% случаев), и лишь у 80% детей из второй группы. Было отмечено, что в группе детей из неполных семей реже указывалось на наличие инфарктов и инсультов у родственников второй линии родства, чем в группе детей из полных семей (в 22% и 45% случаев соответственно), что может быть связано с недостаточной осведомленностью о состоянии здоровья родственников со стороны отсутствующего родителя у детей из неполных семей (рис. 2).

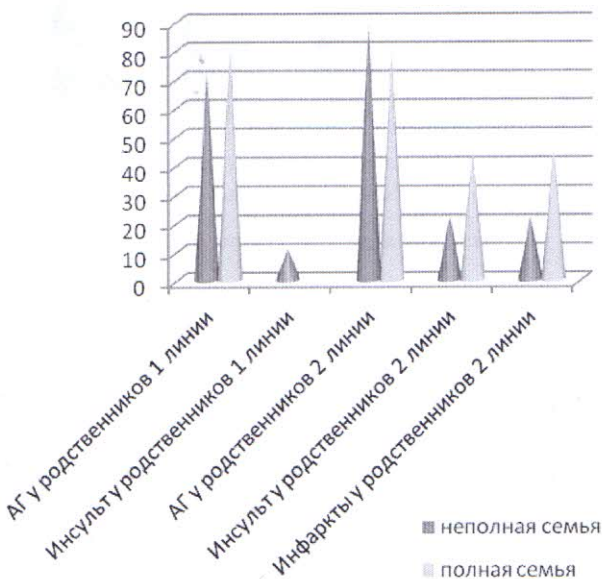


Рис. 2. Наследственность

При проведении СМАД при первой госпитализации достоверных различий индексов измерений гипертензии систолического и диастолического давления у детей обеих групп не выявлялось. При контрольном исследовании у детей из неполных семей индекс измерения гипертензии систолического артериального давления по данным СМАД в среднем составил 58%, что достоверно выше, чем у детей из полных семей (44%) (рис. 3.).

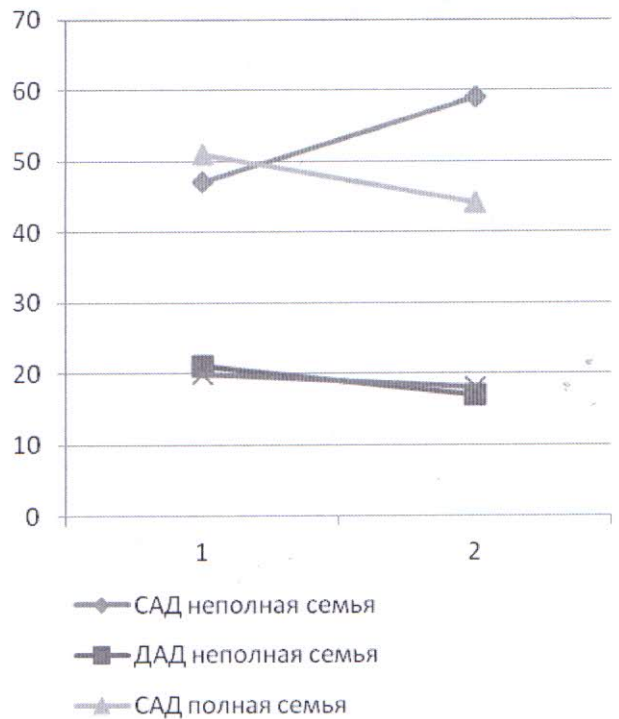


Рис. 3. Динамика показателей индексов измерения гипертензии при проведении СМАД

При анализе причин отсутствия положительной динамики при проведении СМАД на

фоне лечения у детей из первой группы выявлено, что у пациентов из неполных семей не происходило устранение средовых факторов, таких как неправильный режим дня, что приводило к утяжелению течения АГ.

Несмотря на то, что с каждым ребенком и родителями при первой госпитализации проводилась индивидуальная беседа по поводу важности нормализации режима дня, у детей из первой группы нормализации таких параметров как время, в которое дети ложатся спать, и как следствие, длительность сна, не происходило (рис. 4). Связано это с тем, что в семьях, где есть только один родитель, сложнее контролировать ребенка, он больше времени проводит дома один.

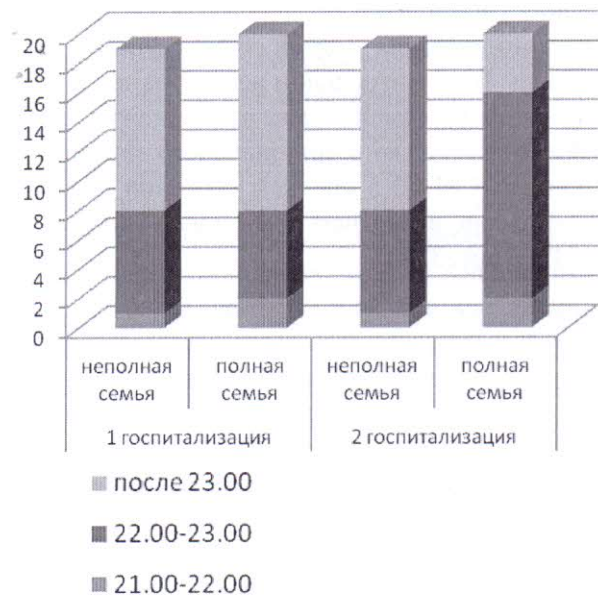


Рис. 4. Время, в которое дети ложатся спать

Аналогичная закономерность выявлялась и при анализе такого параметра, как длительность нахождения ребенка у экрана компьютера. Если при первой госпитализации большинство пациентов обеих групп проводили за компьютером более 3 часов в день, то при повторной госпитализации у детей из полных семей отмечалось значительное уменьшение времени нахождения за компьютером, в отличие от детей из неполных семей, где динамики по данному параметру зафиксировано не было (рис. 5).

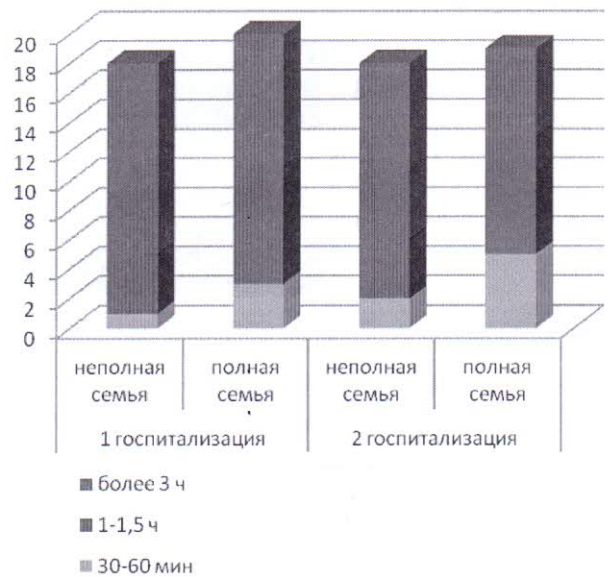


Рис. 5. Время, проводимое за экраном компьютера

Отсутствие положительной динамики при повторной госпитализации у детей из неполных семей отмечалось, несмотря на то, что в этой группе чаще назначалась гипотензивная терапия (рис. 6).

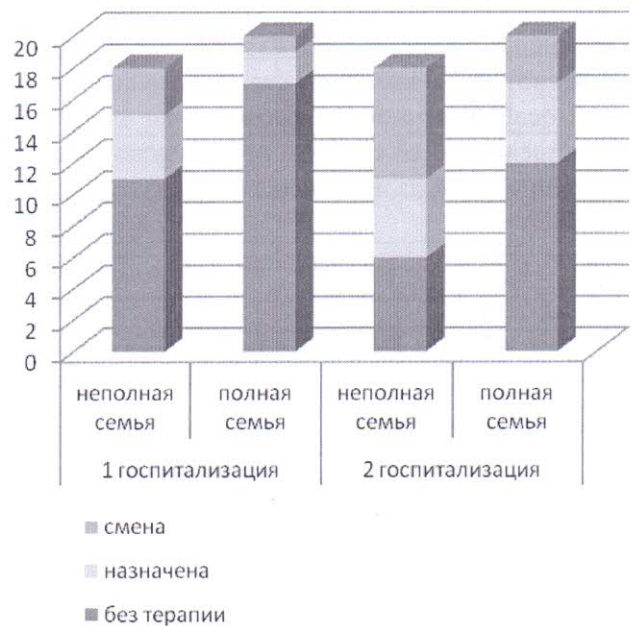


Рис. 6. Гипотензивная терапия у детей

Выводы

Таким образом, при проведении исследования нам удалось установить некоторые факторы анамнеза жизни детей, определяющие течение артериальной гипертонии.

Литература

1. H. Izawa, Y. Yamada, T. Okada, M. Tanaka, H. Hirayama, M. Yokota. Prediction of Genetic Risk for Hypertension // Hypertension.-2003.- Vol. 41.-P.1035-1040.
2. А.Б. Смолянинов. Клеточные и генные технологии в кардиологии: Руководство для врачей.-СПб.:СпецЛит, 2009.-175с.
3. V. Ruppert, B. Maisch. Genetics of Human Hypertension // Herz.-2003.-Vol.28 №8.-P.655-662.
4. Чернышев В.Н. Артериальная гипертония в практике хирурга и терапевта: Монография. – Самара: «Самар. Дом печати», 1998. – 256 с.
5. B. Falkner. Hypertension in children and adolescents: epidemiology and natural history. *Pediatr Nephrol.*-2010.-№ 25.-P.1219-1224
6. Кисляк О.А. Артериальная гипертензия в подростковом возрасте.-М:Миклош, 2007
7. M.B. Lande, J.T. Flynn. Treatment of hypertension in children and adolescents. *Pediatr Nephrol.*-2009.-№ 24.-P.1939-1949
8. Леонтьева И.В. Лекции по кардиологии детского возраста. – М: ИД Медпрактика-М, 2005, 536 с.