

НЕКОТОРЫЕ ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ

*Попов С.В., д-р мед. наук, профессор,
Медицинский институт Сумского государственного университета,
г. Суми*

Метою роботи було вивчення особливостей діагностики й лікування артеріальної гіпертензії у дітей. Відзначено низький рівень артеріальної гіпертензії в дитячому віці - у 2-3% дітей. Діагностика АГ ґрунтується на комплексі клініко-анамнестичних і лабораторно-інструментальних методів дослідження. Лікування повинно включати використання переважно немедикаментозних факторів із застосуванням монотерапії за відсутності ефекту зміни стилю життя.

Ключові слова: артеріальна гіпертензія, діти.

Целью работы было изучение особенностей диагностики и лечения артериальной гипертензии у детей. Отмечен низкий уровень артериальной гипертензии в детском возрасте – у 2-3% детей. Диагностика АГ основывается на комплексе клиничко-анамнестических и лабораторно-инструментальных методов исследования. Лечение должно включать использование преимущественно немедикаментозных факторов с применением монотерапии при отсутствии эффекта изменения стиля жизни.

Ключевые слова: артериальная гипертензия, дети.

ВВЕДЕНИЕ

Артериальная гипертензия (АГ) является одним из наиболее широко распространенных заболеваний, которое наблюдается у 30-40% взрослого населения. Течение АГ сопровождается развитием разнообразных осложнений, ведущих, в конечном итоге, к значительному ухудшению состояния здоровья и потере трудоспособности. Своевременная диагностика и терапия адекватными средствами должны помочь ограничить негативное влияние АГ на качество жизни пациента. Однако указанная эффективность в значительной степени зависит от своевременного начала терапии и использования эффективных медикаментов. В последнее время все больше авторов указывают на вероятность формирования предикторов многих заболеваний, а также их самих в детском возрасте. В значительной степени это касается артериальной гипертензии. Причем уже в детском возрасте развивается поражение органов-мишеней. Наиболее частым из них может быть гипертрофия левого желудочка, выявляющаяся у 38-41% детей с АГ [1-5]. Увеличение АД уже средней степени может иметь отрицательный эффект на структуру сосудов и их функцию даже у асимптоматичных молодых людей [6]. Все это указывает на крайнюю важность своевременной диагностики АГ и последующей эффективной терапии, на фоне которой возможно обратное развитие некоторых осложнений, в частности, той же гипертрофии.

Целью работы было изучение данных о современном состоянии диагностики и лечения артериальной гипертензии в детском возрасте.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Были изучены обзорные статьи, резюмирующие рандомизированные клинические исследования, программные документы ведущих организаций и ряда авторов, как зарубежных, так и отечественных, касающиеся вопросов диагностики и лечения артериальной гипертензии у

детей и подростков. Имеются некоторые разночтения в определении границ подросткового возраста и критериев диагностики и эффективности назначенной терапии в исследуемой литературе. Это касается, в том числе, мнений отечественных и зарубежных авторов. Учитывая постепенное приведение положений и норм критериев диагностики и лечения к западным, в основном использовались иностранные источники.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Распространенность АГ в детском возрасте относительно невелика сравнительно с таковой у взрослых. В целом частота гипертензии может составлять от 2 до 3% [7]. С возрастом распространенность АГ увеличивается, так, она выявляется у 4,5% школьников [7, 8]. В то же время другие авторы приводят более значительные цифры: по их мнению АГ может встречаться у 9-22% детей [9]. Имеется несколько факторов, с которыми связывается повышенный риск эссенциальной гипертензии. На первом месте избыточная масса тела, распространенность которой в детской популяции может достигать 20% [8]. Частота гипертензии в данной группе достигает 10-30% [7, 8, 10]. Несколько чаще к повышенному давлению склонны мальчики, возможно, за счет большей у них распространенности избыточного веса. В то же время возраст, в пределах 10-19 лет, может не иметь достоверного влияния на повышение АГ [8].

Диагностические критерии гипертензии определены – увеличение систолического/диастолического артериального давления 95-й перцентили относительно пола, возраста, роста [2, 9]. Для точности диагностики АГ имеет значение применяющаяся методика измерений АД. Предпочтительной является аускультативная с выявлением тонов Короткова [2]. Использование осциллометрического метода, по данным некоторых авторов, может давать переоценку систолического давления на 4-5 mm Hg. Аппарат определяет среднее АД, далее, используя алгоритмы, различные для каждой фирмы-производителя, выполняется расчет систолического и диастолического АД. Поэтому в случае выявления АД выше 95-й перцентили указанным способом необходимо подтверждать гипертензию аускультацией [2].

Для достоверной диагностики необходимо 3 кратное измерение АД с перерывами в 1-2 недели для исключения, в частности, эффекта «белого халата» [2]. Он может встречаться у 44-53% детей, у которых первичный скрининг выявил гипертензию [7, 11]. А число последних может быть достаточно велико. Так, по данным одного из исследований, при первом скрининг-тесте АД ее повышенное значение наблюдалось у 990 (19%) из 5102 школьников. Второе обследование, проведенное через 1-2 недели, выявило увеличение АД у 56% детей из отобранного контингента, что составило 9,5% от всех школьников (472 из 4954), продолжающих участие в эксперименте. Наконец, третий этап, также проведенный через указанный интервал времени, показал наличие гипертензии у 54% исследуемых [8]. Таким образом, итоговая распространенность АГ у школьников составила 4,5%, остальные случаи повышенного АД можно было отнести к эффекту «белого халата».

В то же время иногда и 3-кратного измерения АД может быть недостаточно для подтверждения гипертензии. В некоторых исследованиях отмечалось снижение АД через 6 месяцев после предварительного установления факта АГ 5 кратными измерениями в течение 4 месяцев. Было показано, что у 17% пациентов с подтвержденной гипертензией отмечалось снижение АД на фоне плацебо-терапии [12]. Но и наоборот, неподтверждение АГ при последующих, после первого, измерениях не тождественно низкому риску в отношении данной патологии. У таких детей АД может оставаться на высоких

нормальных цифрах, но вероятность последующего развития АГ у них существенно выше [8].

В Украине принято выделять лабильную, стабильную гипертензию и собственно гипертоническую болезнь. Маркерами первых двух служит, в первую очередь, индекс времени повышенного САД – 25-60% и 60-100% суточного/дневного профиля АД соответственно. Диагностика гипертонической болезни основывается на возрасте больного больше 16 лет, более чем годичном стаже заболевания, вовлечении в патологический процесс органов-мишеней [9]. За рубежом при превышении АД 95-й перцентили относительно соответствующего роста, возраста, пола диагностируют гипертензию 1-й степени, выше 99-й плюс 5 мм рт. ст. – 2-й степени. Для детей с АД 2-й степени рекомендуются незамедлительное проведение полного объема диагностических мероприятий и последующая терапия. То же касается детей с вторичной/симптоматической гипертензией, детей раннего возраста и детей с поражением органов-мишеней. При выявлении АД 1-й степени программа обследования меняется незначительно, не всегда выполняется лишь определение уровня ренина плазмы, стероидов и катехоламинов плазмы и мочи [2].

Симптоматическая гипертензия считается характерной прежде всего для детского возраста. Чаще всего она связана с ренальной/реноваскулярной патологией – в 60-70% случаев, реже с заболеваниями сердечно-сосудистой и эндокринной систем. Первичная гипертензия в качестве основного диагноза у ребенка до 10 лет представляется скорее исключением. Однако у подростков это главная причина повышенного АД, которая диагностируется у 85-95% пациентов [2, 13].

В целом объем исследований при выявленной АГ может быть достаточно велик и дорогостоящ [2, 9]. Использование амбулаторного мониторинга АД (АМАД) в течение 24 часов специальной носимой аппаратурой позволяет исключить гипертензию, связанную с эффектом «белого халата», снижая, таким образом, затраты на диагностические мероприятия [2, 8, 9]. Кроме того, суточный профиль АД дает возможность оценить эффективность применяемых лекарственных средств, развитие гипотензивных состояний [2, 9]. К тому же АМАД позволяет решать, в определенной степени, вопрос дифференциальной диагностики между первичной и вторичной гипертензией. Для последней считается характерным повышение систолического артериального давления (САД) ночью и диастолического (ДАД) днем [14].

Рекомендуемый зарубежными авторами перечень лабораторных и инструментальных исследований для подтверждения АГ может выглядеть следующим образом [2]:

- остаточный азот, креатинин, электролиты, посев мочи;
- липидный профиль, уровень глюкозы;
- ультразвуковое исследование мочевыделительной системы;
- полисомнография;
- определение уровня концентрации медикаментозных препаратов в крови;
- эхокардиография;
- исследования глазного дна;
- суточный мониторинг артериального давления;
- определение уровня ренина плазмы;
- исследование гормонального профиля.

Первоочередным мероприятием терапии артериальной гипертензии, в особенности ее первичного варианта, является изменение стиля жизни. Снижение массы, если она есть, – одно из важнейших положений. Регулярная физическая нагрузка, ограничение сидячего образа жизни

могут снизить риск эпизодов повышения АД. Несмотря на недостаточность подтвержденных данных об изменениях в диете, все же общими представлениями о пользе для детей с АГ являются употребление свежих овощей, фруктов, ограничение жиров и натрия [2, 5].

Показания к медикаментозной терапии при артериальной гипертензии в детском возрасте включают вторичную и симптоматическую гипертензию, отсутствие ответа на нефармакологические средства лечения, поражение органов-мишеней, диабет 1-го и 2-го типов. В число используемых средств входят ингибиторы АПФ, блокаторы рецепторов ангиотензина, -блокаторы, блокаторы кальциевых каналов, диуретики. Назначается монотерапия, её целью является снижение АД ниже 95-й перцентили относительно роста, возраста, пола. При наличии сопутствующих состояний – снижение проводится до 90 перцентили. Тяжелая, симптоматическая гипертензия должна лечиться внутривенным введением препаратов.

Выбор препарата остается прерогативой лечащего врача. Назначение медикамента осуществляется с нижней рекомендуемой дозы. Она повышается до достижения 90-й/95-й перцентили АД. Если достигнута наивысшая рекомендуемая доза или отмечается побочный эффект, то назначается второй препарат иного класса.

ВЫВОДЫ

Диагностика артериальной гипертензии в детском возрасте должна основываться на комплексе клинико-anamnestических и лабораторно-инструментальных методов исследования с учетом значительной вероятности вторичной гипертензии и гипертензии «белого халата».

Лечение артериальной гипертензии в детском возрасте должно включать использование преимущественно немедикаментозных факторов с применением монотерапии при отсутствии эффекта изменения стиля жизни.

ПЕРСПЕКТИВЫ ДАЛЬНЕЙШИХ ИССЛЕДОВАНИЙ

Требуется дальнейшая исследовательская работа по уточнению распространенности артериальной гипертензии, в том числе на региональном уровне, выяснению степени повреждения органов-мишеней, совершенствованию методик медикаментозного воздействия.

SUMMARY

SOME FEATURES OF DIAGNOSTICS AND TREATMENT OF THE ARTERIAL HYPERTENSIA IN CHILDREN

S.V. Popov,

Medical Institute of Sumy State University

The purpose of work was studying features of diagnostics and treatment of the arterial hypertension (AH) at children. The low level of the arterial hypertension at children is described - at 2-3%. Diagnostics AH is based on a complex clinical and laboratory-tool methods of research. Treatment should include use of mainly nonpharmacologic measures with application of monotherapy at absence effect lifestyle's change.

Key words: *an arterial hypertension, children.*

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. The Effects of Obesity, Gender, and Ethnic Group on Left Ventricular Hypertrophy and Geometry in Hypertensive Children: A Collaborative Study of the International Pediatric Hypertension Association/ C. Hanevold, J. Waller, S. Daniels et. al. //Pediatrics. – 2004. - Vol. 113, N 2. – P. 328-333.
2. High Blood Pressure in Children and Adolescents. The Fourth Report on the Diagnosis, Evaluation, and Treatment of/ National High Blood Pressure Education Program Working Group on High Blood Pressure in Children and Adolescents// Pediatrics. – 2004. – Vol. 114, N 2. – P. 555-576.

3. Influence of diurnal blood pressure variations on target organ abnormalities in adolescents with mild essential hypertension/ C.W.Belsha, T.G.Wells, K.L.McNiece et. al. //Am. J. Hypertens. - 1998. - N 11. - P. 410-417.
4. Carotid artery intimal-medial thickness and left ventricular hypertrophy in children with elevated blood pressure / J.M. Sorof, A.V. Alexandrov, G. Cardwell, R.J. Portman // Pediatrics. - 2003. - Vol. 111. - P. 61-66.
5. Luma G.B., Spiotta R.T. Hypertension in Children and Adolescents// Am. Fam. Physician. - 2006. - Vol. 73, N 9. - P. 1558-1568.
6. Barnes V.A. Impact of transcendental meditation on cardiovascular function at rest and during acute stress in adolescents with high normal blood pressure / V.A. Barnes, F.A. Treiber, H. Davis // J. Psychosom. Res. - 2001. - Vol. 51. - P. 597-605.
7. Cost-Effectiveness of Ambulatory Blood Pressure Monitoring in the Initial Evaluation of Hypertension in Children / Swartz S.J., Srivaths P.R., Croix B., Feig D.F.// Pediatrics. - 2008. - Vol. 122, N 6. - P. 1177-1181.
8. Overweight, Ethnicity and the Prevalence of Hypertension in School-Aged Children / Sorof J.M., Lai D., Turner J.et. al. // Pediatrics. - 2004. - Vol. 113, N. 3. - P. 475-482.
9. Діагностика та лікування первинної артеріальної гіпертензії у дітей і підлітків. Методичні рекомендації / В.Г. Майданник, М.В.Хайтович, Л.І. Місюра та ін. //Київ. - 2006. - 43 с.
10. Sorof J. Obesity hypertension in children: a problem of epidemic proportions/ J. Sorof, S. Daniels // Hypertension. - 2002. - Vol. 40. - P. 441-447.
11. Sorof J.M. White coat hypertension in children with elevated casual blood pressure / Sorof J.M., Portman R.J. // J. Pediatr. - 2000. - Vol. 137, N 4. - P. 493-497.
12. Screening for eligibility in the study of antihypertensive medication in children: experience from the Ziac Pediatric Hypertension Study / J.M. Sorof, E.M. Urbina, R.J. Cunningham et al. //Am. J. Hypertens. - 2001. - Vol. 14. - P. 783-787.
13. Flynn J.T. Evaluation and management of hypertension in childhood / J.T. Flynn // Prog. Pediatr. Cardiol. - 2001. - Vol. 12. - P. 177-188.
14. Flynn J.T. Differentiation Between Primary and Secondary Hypertension in Children Using Ambulatory Blood Pressure Monitoring / J.T. Flynn // Pediatrics. - 2002. - Vol. 110, N 1. - P. 89-93.

Поступила в редакцію 22 октября 2010 г.