

УДК 616.12-008.331.1-053.2./6

© О.К. Алёшина, 2013.

НЕКОТОРЫЕ ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ ПЕРВИЧНОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У ДЕТЕЙ

О.К. Алёшина

Кафедра педиатрии с курсом физиотерапии ФПО (зав.кафедрой - проф. Н.Н. Каладзе), Государственное учреждение «Крымский государственный медицинский университет им. С.И. Георгиевского», г. Симферополь.

SOME RISK FACTORS OF DEVELOPMENT OF PRIMARY ARTERIAL HYPERTENSION AT CHILDREN

O.K. Al'oshina

SUMMARY

There are found out a hereditary burdeness, a way of life and the features of a delivery of families at 164 children with the primary arterial hypertension (PAH) and the data of the anti-, the intra- and the neonatal period at 82 mothers of children with PAH by the method of questioning.

ДЕЯКІ ФАКТОРИ РИЗИКУ РОЗВИТКУ ПЕРВИННОЇ АРТЕРІАЛЬНОЇ ГІПЕРТЕНЗІЇ У ДІТЕЙ

О.К. Альошина

РЕЗЮМЕ

У 164 дітей з первинною артеріальною гіпертензією (ПАГ) шляхом анкетування з'ясовано спадкова схильність, образ життя та особливості харчування в сім'ях і у 82 матерів дітей з ПАГ дані анте-, інтра- та неонатального періоду.

Ключевые слова: первичная артериальная гипертензия, факторы риска, дети

В последние годы широко исследуются факторы, способствующие развитию и прогрессированию артериальной гипертензии (АГ) у детей. Сегодня принято считать, что АГ полигенно наследуемое заболевание, на возникновение и течение которого в различной мере влияют наследственность, пол, возраст, расовая принадлежность, другие заболевания и некоторые факторы окружающей среды. Описано более 30 генов, полиморфизм которых может способствовать развитию АГ [1, 5]. В подавляющем большинстве генетические отклонения создают лишь только предрасположенность к развитию АГ. А более главенствующее значение для появления болезни имеют пусковые причины, т.е. факторы риска и условия окружающей среды [3, 7].

Эта область медицинских исследований является перспективной и актуальной, поскольку полученные данные могут быть полезны с точки зрения профилактики развития АГ.

Поэтому целью нашей работы было изучение некоторых факторов риска развития первичной артериальной гипертензии (ПАГ) у детей.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Нами было обследовано 164 ребенка в возрасте 12-17 лет с ПАГ, находившихся на обследовании и лечении в кардиоревматологическом отделении КРУ «ДКБ» г. Симферополя (82 чел.) и санатории «Юбилейный» г. Евпатории (82 чел.) с 2009 по 2012 г.г. В зависимости от формы АГ пациенты были разделены на 2 группы: 1 группу составили дети со стабиль-

ной АГ (САГ) – 51 человек; во 2 группу вошли дети с лабильной АГ (ЛАГ) – 113 человека. Критерием отбора детей в группу с САГ был гипертонический индекс нагрузки временем более 60%, а также уровень среднесуточного и среднедневного систолического артериального давления (СрСутСАД, СрДнСАД) выше 95 перцентеля для данного роста и возраста по данным суточного мониторинга артериального давления (СМАД). Критерием отбора детей в группу с ЛАГ был гипертонический индекс нагрузки временем в диапазоне 25% - 60% при уровне СрСутСАД и среднесуточного диастолического давления (СрСутДАД) ниже 95 перцентеля и нестойким повышением САД, особенно в дневное время для данного роста и возраста по данным СМАД.

У всех детей путем анкетирования выяснены наследственная отягощенность, образ жизни и особенности питания в их семьях. Также проанализированы данные анте-, интра- и неонатального периода только у стационарной группы из-за отсутствия родителей пациентов во время санаторно-курортного лечения.

Для вычисления достоверности различий долевых и процентных показателей использован метод углового преобразования Фишера (φ).

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

При анализе неблагоприятных анте-, интра- и постнатальных факторов нами выяснено (см. табл. 1) что, нет достоверных различий во влиянии их на возникновение ЛАГ или САГ у детей. Однако заме-

чено, что наибольший процент имеют течение беременности на фоне хронической патологии (68,3%), ранний и поздний гестозы (29,3%), а также искусственное вскармливание (35,4%).

Таблица 1

Анализ влияния неблагоприятных ante-, intra- и неонатальных факторов у пациентов с ЛАГ и САГ

Неблагоприятные факторы	ЛАГ n = 54		САГ n = 28		Всего n = 82	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Течение беременности на фоне АГ	0	0,0	1	3,6	1	1,2
Течение беременности на фоне хронических заболеваний	38	70,4	18	64,3	56	68,3
Ранний гестоз	5	9,3	6	21,4	11	13,4
Поздний гестоз	6	11,1	7	25,0	13	15,9
Угроза прерывания беременности	6	11,1	5	17,9	11	13,4
Возраст матери старше 35 лет	4	7,4	4	14,3	8	9,8
Преждевременные роды	3	5,6	4	14,3	7	8,5
Искусственное вскармливание	21	38,9	8	28,6	29	35,4

Примечание: n – общее количество человек в группе

Таблица 2

Наследственный анамнез у детей с ПАГ (n=164)

Наследственность		ЛАГ I группа n=113		САГ II группа n=51		Общее кол-во n=164		
		абс.	%	абс.	%	абс.	%	
Артериальная гипертензия	I линия родства	Мать	17	15,0	3	5,9*	20	12,2
		Отец	5	4,4	3	5,9	8	4,9
		Оба родителя	4	3,5	6	11,8*	10	6,1
		Всего	26	23,0	12	23,5	38	23,2
	II линия	бабушки/дедушки	9	8,0	5	9,8	14	8,5
		Всего	9	8,0	5	9,8	14	8,5
	I и II линия родства	мать + бабушка/дедушка	14	12,4	3	5,9	17	10,4
		Отец + бабушка/дедушка	14	12,4	7	13,7	21	12,8
		оба родителя + бабушка/дедушка	11	9,7	5	9,8	16	9,7
		Всего	39	34,5	15	29,4	54	32,9
	Всего		74	65,5	32	62,7	106	64,6
	Другая сердечнососудистая патология (инсульт, ИБС)		16	14,2	27	52,9***	43	26,2
	Сахарный диабет у родственников II линии		15	13,3	7	13,7	22	13,4
Ожирение	у родственников I линии	24	21,2	6	11,8	30	18,3	
	у родственников II линии	10	8,8	2	3,9	12	7,3	
	у родственников I и II линии	15	13,3	1	2,0**	16	9,7	
	Всего	49	43,4	9	17,6***	58	35,4	
Не отягощен		34	30,1	12	23,5	46	28,0	
Не знают		5	4,4	7	13,7*	12	7,3	

Примечание: *, **, *** - достоверность различия встречаемости аналогичных факторов между группами с ЛАГ и САГ (p < 0,05; p < 0,01; p < 0,001 соответственно).

По данным анкетирования нами (см. табл. 2) было выяснено, что только 28,0% больных ПАГ имели неотягощенную наследственность; 7,3% детей не знали семейного анамнеза, а у остальных - родственники страдали АГ (64,6%), различной другой сердечно-сосудистой патологией (26,2%) и заболеваниями обменного и эндокринного характера: сахарным диабетом II типа (СД 2) по 2-й линии родства - 13,4% и ожирением - 35,4 %, из них 18,3% - родители.

Наши результаты согласуются с данными, полученными в ходе Богалузского исследования, из которых следует, что отягощенная наследственность по СД 2 является независимым предиктором возникновения гипертензии [4, 6].

Среди детей с ЛАГ наиболее часто наследственность была отягощена по 1-й линии (АГ - 23,0%, ожирение - 14,63% случаев) и по 1-й и 2-й линиям родства: (АГ - 23,78%, ожирение - 21,2% случаев). В группе детей с САГ также наиболее часто наследственность была отягощена по 1-й линии родства (23,5%) и больше всего родственники страдали инсультом, ИБС и другими ССС заболеваниями (52,9%).

Следует отметить, что в группе детей с ЛАГ по 1-й линии родства АГ достоверно чаще болели мамы, а в группе с САГ - оба родителя. Ожирение чаще встречалось у родителей (21,2% и 11,8% в группе с ЛАГ и САГ соответственно).

Среди сопутствующих заболеваний наблюдались угрожаемые по ожирению 48 (29,3%) человек, с алиментарно-конституциональным ожирением - 18 (11%) детей, с нарушением зрения - 10 (6,1%) пациентов, с назофарингеальной патологией в периоде ремиссии - 34 (20,7%) ребенка, с заболеваниями желчевыводящих путей - 23 (14%) и опорно-двигательного аппарата - 26 (15,9%) детей.

Учитывая, что более 1/3 детей с ПАГ страдали от избыточной массы тела, нами был проанализирован образ жизни и особенности питания в семьях всех обследуемых детей. Известно, что избыточное, гиперкалорийное питание - одна из причин отклонения в липидном обмене, что, в свою очередь, может приводить к разнообразным сосудистым нарушениям [2]. Нами выявлено, что только 52 (31,7%) пациента были очень подвижными, делали утреннюю гигиеническую гимнастику и занимались спортом; 25 (15,2%) из них также проводили менее 2 часов возле компьютера или телевизора. Остальные 112 (68,3%) детей вели пассивный образ жизни, до 5 часов и более были заняты просмотром телевизионных передач, мультфильмов и фильмов (61 (37,2%) ребенок и компьютером (до 2 часов/день - 40 (24,4%) детей, более 2 часов/день - 72 (43,9%) подростка). Причем нами замечено, более 90,0% детей с ПАГ и избыточной массой тела (ИМТ) входят в группу малоподвижных.

Проведя анализ пищевого поведения 164 паци-

ентов, мы выяснили, что 152 (92,7%) больных ПАГ соблюдали не рациональный режим питания (менее 5 раз/день). Из них большинство - 108 (65,9%) подростков - 66 (40,2%) с избытком веса и 42 (25,6%) с нормальной массой тела производили не более 2-3 приемов пищи в день, получая недостаточный объем калорий и необходимых микроэлементов, либо дополняя свой пищевой рацион гиперкалорийными перекусами. 134 (81,7%) обследованных детей имели "страсть" к сладкому, однако 82 (50,0%) пациента могли употреблять шоколад и другие углеводистые продукты бездумно, без режима, иногда заменяя ими прием пищи.

Также обнаружено, что излишний вес наших пациентов скорее всего обусловлен устоявшимися пищевыми привычками в их семьях. В этой группе детей были выявлены следующие пищевые погрешности: у 56 (84,8%) подростков отмечалось избыточное употребление жирной пищи, в большинстве животного жира; у 34 (51,5%) - дефицит фруктов и овощей в рационе; у 41 (62,1%) ребенка - излишнее использование углеводистых продуктов и сахара. Также, исходя из вышеизложенного, от 1 до 4 родственников в семье страдали ожирением у 58 (35,4%) детей, и из них у 51 (31,1%) ребенка с избыточной массой тела. То есть из всех 66 подростков с избытком веса 77,3% имели ближайших членов семьи с ожирением, причем у 24 (36,4%) детей таковой являлась мать. Последнее в большинстве случаев может накладывать отпечаток на пищевой рацион этой группы детей. У больных ПАГ с нормальной массой тела также были погрешности в питании, однако они незначительны и не имели постоянного характера.

ВЫВОДЫ

Таким образом, из неблагоприятных факторов риска в возникновении ПАГ у детей нами выделены следующие:

1. Рождение от беременности, протекавшей на фоне хронической патологии, раннего или позднего гестоза, искусственное вскармливание в неонатальном периоде.
2. Наследственная отягощенность - артериальная гипертензия, ИБС, инсульты, сахарный диабет 2-го типа и ожирение у родственников 1-2 степени родства.
3. Избыточная масса тела у детей.

ЛИТЕРАТУРА

1. Абатуров А.Е. Особенности метаболического синдрома у детей / А.Е. Абатуров // Дитячий лікар. - 2011. - №4. - С. 54 - 61.
2. Леонтьева И.В. Диагностика и лечение метаболического синдрома в практике педиатра / И.В. Леонтьева // Современная педиатрия. - 2012. - №6 (46). - С.48-54.
3. Ройтберг Г.Е. Метаболический синдром. М.:

МЕДпресс-информ. - 2007. - 223 с.

4. Association of fasting insulin with longitudinal changes in blood pressure in children and adolescents. The Bogalusa Heart Study / X. Jiang [et al.] // Am. J. Hypertens. 1993. Vol. 6. № 7. Part 1. P. 564-569.

5. Essential hypertension / J. A. Stassen [et al.] // Lancet. 2003; 361: 1629 -1634.

6. Li C. Effects of low birth weight on insulin resistance syndrome in Caucasian and african-american children / C. Li, M.S. Johnson, M.I. Goran // Diabetes Care. 2001. Vol. 24. № 12. P. 2035-2042.

7. Seventh report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation and Treatment of High Blood Pressure / A. V. Chobanian [et al.] // Hypertension 2003; 42: 1206 – 1211.