

Артеріальна гіпертензія у дітей

Цикл тематического усовершенствования
«Актуальные вопросы педиатрии»
Запорожье - 2016

Клинический пример 1

Ребенок А., 1994 г.р.(17 лет)

Жалобы:

боли в сердце колющего характера, редко сопровождающиеся чувством онемения левой руки, эпизод одышки при подъеме на 3 этаж, ходьбе по ровной поверхности, самостоятельно проходящие после краткого отдыха, не возобновляющиеся после продолжения движения, редкое повышение АД до 140-150/90мм.рт.ст.

Анамнез жизни:

ДУ у кардиолога с 10 лет Д-з: Неревматический кардит, в последующем при лабор. и инструм. исследованиях данных за кардит не было, Д-з изменен на ВСД

В 13 лет Д-з: Хронический гастрит (однократно стац. лечение), в последующем – амбулаторное лечение редко и нерегулярно

С детства страдает миопией средней степени об.глаз, в 10 лет оперирован по поводу варикоцеле. Перенес краснуху, в.оспу

В 2011г. Д-з: Диффузный нетоксический зоб 0-1ст. Эутиреоз

Наследственность:

Мать - ВСД по гипотоническому типу, хр.гастрит

Отец – Хр. гастрит, миопия

Родственников с ГБ нет

Анамнез болезни:

За 5 дней до госпитализации отмечалась фебрильная лихорадка, боль в эпигастрии, жидкий стул. Принимал флюколд, но-шпа. В тот же день возникла резкая боль в обл. сердца, АД 140/90, бригадой СМП введен дибазол с папаверином, состояние нормализовалось. Обратился к уч. врачу, после исключения киш.инфекции направлен в РКО

Вопросы:

1. Предварительный диагноз
2. План обследования

Объективно:

- Нормостеник, ИМТ 21,2 кг/м² (норма), рост 178 см (75 процентиль), сутулая осанка
- Кожа и слизистые чистые, границы ОСТ в пределах возрастной нормы, шум систолический в 5 точке, тоны аритмичны 58-72 в мин, АД 120/80 (норма до 135/85), живот слегка болезнен в эпигастрии
- Ребенок эмоционально лабилен, легко возбудим, прислушивается к внутренним ощущениям.

Лабораторные и инструментальные показатели

- ОАК, ОАМ, биохим.анализ – без патологии
- ЭХО-КС: ПМК 4-5 мм, ПХЛЖ
- УЗИ ГБС: косвенные признаки гастродуоденита
- ФЭГДС: Недостаточность кардии, антральный гастрит, катаральный бульбит
- Уреазный тест – отрицательный
- ЭХО-ЭГ: признаков в/черепной гипертензии нет
- РЭГ-ФМ-ОМ: дистония во всех бассейнах
- Мониторинг АД в течение 12 дней - 120-130/70-80
- рН-мониторинг: патологический щелочной гастроэзофагеальный рефлюкс, большее кол-во рефлюксов в ночное время

Обследование ССС

- ЭКГ: вольтаж нормальный, ритм синусовый, брадиаритмия, НБПНПГ нарушение реполяризации в миокарде желудочков
- ВЭМ: Реакция на физическую нагрузку физиологическая, физ. работоспособность понижена. МПК снижено (29,8 мл/мин/кг при норме 34-50), реакция гемодинамики нормотоническая. Восстановительный период: АД восстановилось на 5 мин, ЧСС на 7 мин сохраняется умеренная тахикардия. Ритм синусовый, правильный
- Холтер-ЧСС: ритм синусовый, правильный, метаболические изменения в миокарде желудочков, нарушение процессов реполяризации, циркадный профиль правильный, вегетативная организация суточного ритма сбалансирована
- КОП – гипердиастолический вариант

Диф.поиск

Синдромы:

Кардиальный

Абдоминальный

Вегетативный

- Вегетативная дисфункция (форма?)
- Хр.заболевание ЖКТ
- Кардит
- Артериальная гипертензия

Диагноз

Вегетососудистая дисфункция по смешанному типу, кардиальный синдром.

ГЭРБ, эндоскопически негативная форма с патологическими щелочными рефлюксами.

Недостаточность кардии. Хр.гастродуоденит, неассоциированный с Н.р, обострение.

Диффузный нетоксический зоб 0-1 ст. Эутиреоз

Миопия OD/OS.

Вопрос:

- Составьте план лечения и диспансерного наблюдения

Лечение

1. Режим
2. Диета
3. Физиотерапия (эл.форез по Фишеру, аэротерапия, ЛФК, фитококтейли)
4. Дозированные физические нагрузки
5. Контроль АД 1раз в нед
6. Гавискон форте 1 ч.л. x 3 р/день 7 дней
7. Гастритол 17 кап x 3 р/день 1 мес
8. Магне В6 1т x 3 р/день до 1 мес
9. Кралонин 10 кап x 3 р/день до 1 мес
10. Глицин 0,1 x 2 р/день до 1 мес
11. АТФ-лонг 0,02 x 2 р/день до 1 мес
12. Осмотр через 1 мес

Клинический пример 2

Ребенок А., 1995г.р. (16 лет)

Жалобы:

боли в сердце колющего характера, чувство сжимания в обл.сердца, частые головные боли распирающего характера, проходящие после приема анальгина, гипергидроз ладоней и стоп, повышение АД до 140-170/90мм.рт.ст.

Анамнез жизни:

Указанные жалобы беспокоят в течение нескольких лет,
ранее не обследован

Наследственность:

Мать – ВСД

Отец – избыточная масса тела, периодическое повышение АД

У бабушки по отцовской линии ГБ

Анамнез болезни:

Госпитализирован в плановом порядке после последнего ухудшения состояния, сопровождавшегося головной болью, повышением АД до 170/90 мм.рт.ст

Вопросы:

1. Предварительный диагноз
2. План обследования

Объективно:

- Нормостеник, ИМТ 18,9 кг/м² (норма), рост 183 см (90 процентиль), сутулая осанка
- Кожа и слизистые чистые, границы ОСТ в пределах возрастной нормы, шум систолический в 5 точке, тоны аритмичны 47-60 в мин, АД 120/80 (норма до 135/85), живот безболезнен
- Ребенок эмоционально лабилен, тревожен.

Лабораторные и инструментальные показатели

- ОАК, ОАМ, биохим.анализ – без патологии
- Проба Реберга: креатинин крови – 82мкмоль/л, креатинин мочи -2,7ммоль/л, КФ 112млмоль (75-125), КР 96,8% (95-98,8)
- Липидограмма: холестерин 2,8ммоль/л (до 5,0), ХЛПВП 0,8 ммоль/л (1,0-1,45), ХЛПНП – 1,3ммоль/л (до 3,0), ТГ – 1,4 ммоль/л (до 1,77),
- ЭХО-КС: ПМК 4-5 мм, ПХЛЖ
- УЗИ щитовидной железы: без патологии
- УЗИ сосудов почек: без патологии
- ЭХО-ЭГ: признаков в/черепной гипертензии нет
- РЭГ-ФМ-ОМ: дистония во всех бассейнах, умеренно снижен тонус обеих позвоночных артерий
- Мониторинг АД в течение 12 дней - 120-130/70-80
- Ro ШОП: нестабильность ШОП на уровне С2-С5 за счет недостаточности задней продольной связки

Обследование ССС

- ЭКГ: вольтаж нормальный, ритм синусовый, брадиаритмия, НБПНПГ нарушение реполяризации в миокарде желудочков
- ВЭМ: прекращена на 2 мин первой ступени из-за неадекватной реакции (повышение АД 170/100 и ЧСС 168), ухудшения самочувствия. После прекращения нагрузки через 7 мин АД 140/90 выраженная тахикардия до 123 в мин.
- Холтер-ЧСС: ритм синусовый, неправильный, приходящая миграция суправентрикулярного водителя ритма, нарушение процессов реполяризации, нарушение толерантности к физической нагрузке, признаки вегетативной дисфункции
- КОП – гиперсимпатикотонический вариант
- СМАД – данные за лабильную АГ в дневное и вечернее время, ИВ САД 27%, СИ 12% - «dippers», максимальное повышение АД днем +20 мм.рт.ст

Течение болезни

- Регистрировались подъемы АД 160/90, 140/80, 140/80, сопровождавшиеся головной болью, похолоданием конечностей.
- Однократно АД снизили в/м введением папаверина и дибазола, дважды – приемом фитоседа и отдыхом

Диф.поиск

Синдромы:

Кардиальный

Нейроциркуляторный

Вегетативный

- Вегетативная дисфункция (форма?)
- Вторичная АГ
- Первичная АГ

Диагноз

Лабильная артериальная гипертензия.

Синдром вегетативной дисфункции.

МАС: ПМК 1 ст (5мм), ПХЛЖ

Вопрос:

- Составьте план лечения и диспансерного наблюдения

Лечение

1. Режим
2. Диета
3. Физиотерапия (эл.форез по Фишеру, аэротерапия, ЛФК, фитококтели)
4. Дозированные физические нагрузки
5. Контроль АД 2 раза в день
6. ИТ №3 (физ.р-р 200,0 +кавинтон 2,0-в/в кап., милдронат 5,0-в/в стр.)
7. Релаксил 1т x 3 р/день до 1 мес
8. Кратал 1 т x 1 р/день
9. Глицин 0,1 x 3 р/день
10. Энап 5 мг x 2 р/день до 1 мес
11. Эскузан 10 кап x 3 р/день 1 мес
12. Ноофен 1 т x 2 р/день со 2-го мес

Список литературы

1. А.П. Волосовец, С.П. Кривопустов, Т.С. Мороз. Артериальная гипертензия у детей и подростков: современные подходы к диагностике и лечению// Therapia. Український медичний вісник. - №2(44). – 2010.
2. Майданник, В.Г. Діагностика та лікування первинної артеріальної гіпертензії у дітей та підлітків (методичні рекомендації)/В.Г. Майданник та ін. – Київ, Національний медичний університет ім. О.О. Богомольця. – 2006. – 43 с.
3. Бережной, В.В. Вторичная артериальная гипертензия у детей (классификация, диагностика)/В.В. Бережной//Український медичний часопис. – № 4 (18). – VII–VIII – 2000. – С. 104–108.
4. Рекомендации по диагностике, лечению и профилактике артериальной гипертензии у детей и подростков //<http://www.cardiosite.ru/medical/recom-diagnoz.asp>