

Маски синдрома артериальной гипертензии у детей

Колесникова О.И.¹, Выходцева Г.И.¹, Сероклинов В.Н.¹, Мироненко И.И.¹, Скударнов Е.В.¹, Миллер В.Э.², Прокопьева Е.Л.², Журавлева Н.А.², Снигирь О.А.², Рябова Ю.Г.², Теплякова М.Н.²

¹ ФГБОУ ВО «Алтайский государственный медицинский университет» Минздрава России, Барнаул, Российская Федерация

² КГБУЗ «Алтайский краевой клинический центр охраны материнства и детства», Барнаул, Российская Федерация

Актуальность. Артериальная гипертензия является одним из частых клинических симптомов врожденной патологии сердца и сосудов, эндокринной, реноваскулярной и паренхиматозной патологии почек, дисфункции вегетативной нервной системы и другой патологии в детском возрасте. Дифференциальная диагностика артериальной гипертензии остается серьезной проблемой как для педиатров, так и для врачей других специальностей.

Цель исследования. На примере клинического случая показать необходимость использования алгоритма дифференциальной диагностики артериальной гипертензии для определения ее этиологии и подбора адекватного лечения.

Пациенты и методы. Анализ клинического случая и первичной медицинской документации.

Результаты. Мальчик, 14 лет, обратился с жалобами на повышение артериального давления (АД) до 180/100 мм рт. ст., быструю утомляемость, плохую переносимость физических нагрузок, периодическую пастозность век.

Анамнез заболевания: повышение давления впервые зарегистрировали родители при случайном измерении. Педиатром по месту жительства был поставлен диагноз: «Пубертатный период, синдром артериальной гипертензии». Мальчик трижды в течение года находился на стационарном лечении, получал лозартан, препарат магния, фитотерапию. В связи с отсутствием эффекта от проводимой терапии направлен в лечебное учреждение третьего уровня.

Анамнез жизни: от 4-й беременности (1-я, 2-я — прерывание, 3-я — неразвивающаяся 8–9 нед, 4-я — настоящая), протекавшей на фоне хронической компенсированной фетоплацентарной недостаточности, маловодия. Роды первые, срочные с родовым излитием околоплодных вод, родостимуляцией. Оценка по APGAR — 8/8 баллов. Масса тела при рождении — 2880 г, длина тела — 49 см. Закричал после санации верхних дыхательных путей. Привит по календарному плану, реакций не было. Болел ОРВИ редко, ветряная оспа в 6 лет. Синкопальных состояний не отмечали. Внезапной сердечной смерти у родственников моложе 40 лет не зарегистрировано. Занимался спортом в начальных классах школы боксом и борьбой.

При осмотре: состояние средней степени тяжести. Физическое развитие высокое дисгармоничное, с избытком массы тела. Выявлены патологические изменения: расширение левой границы относительной сердечной тупости, тоны сердца приглушены, ЧСС 62–74 уд./мин, грубый систолический шум в межлопаточной области. Пульсация на бедренных артериях снижена. АД на правой руке 155/80 мм рт. ст., на левой — 150/70 мм рт. ст. АД на ногах — 130/50 мм рт. ст. Предварительный диагноз: «ВПС: коарктация аорты».

При регистрации ЭКГ: электрическая ось сердца вертикальная, синусовая брадикардия с ЧСС 54–68 уд./мин. Повышение биоэлектрической активности миокарда левого желудочка.

ЭхоКГ-ВПС: коарктация аорты в области перешейка (перешеек 6 мм, $-5,7$ z-score), максимальный систолический градиент давления в нисходящей грудной аорте — 45–47 мм рт. ст., средний — 21 мм рт. ст., в брюшной аорте магистрально-измененный кровоток. Гипоплазия нисходящей грудной аорты. Размеры камер сердца и показатели общей сократимости левого желудочка в пределах нормы, фракция выброса — 68%.

УЗИ внутренних органов: уменьшение индекса почечной массы с обеих сторон с сохранением дифференцировки почечных структур и кровотока.

Дуплексное сканирование аорты, артерий брюшной полости и почечных сосудов: повышение периферической сосудистой резистентности на уровне истока левой почечной артерии. Осмотрен окулистом: ангиопатия сетчатки по гипертоническому типу.

Установлен клинический диагноз: «ВПС: коарктация аорты в области перешейка. Симптоматическая артериальная гипертензия. НК I степени». В ФГБНУ ТНИМЦ РАН НИИ кардиологии проведена операция стентирования коарктации аорты. После операции АД стабилизировалось: на правой руке — 130/80 мм рт. ст., на левой — 115/70 мм рт. ст.

Заключение. Регистрация повышенного артериального давления у детей требует учета всех возможных механизмов его повышения, что позволит улучшить диагностику как врожденной патологии сердца и сосудов с артериальной гипертензией, так и артериальной гипертензии другой этиологии.