

Состояние печени и поджелудочной железы у детей и подростков с артериальной гипертензией и риском развития метаболического синдрома.

О.Н. Назаренко, С.Э. Загорский, О.С. Жданович, Н.И. Ловкис.

Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск.

В настоящее время в терапевтической практике идёт интенсивное изучение проблемы метаболического синдрома (МС) в силу широкой его распространённости с тенденцией к нарастанию частоты встречаемости и риском развития ряда тяжёлых заболеваний, зачастую с летальным исходом. Основными клиническими проявлениями МС считаются в первую очередь инсулинорезистентность и/или гиперинсулинемия и сахарный диабет 2 типа, а также другие нарушения обмена глюкозы (нарушенная гликемия натощак, нарушение толерантности к глюкозе). К «малым» признакам МС относят: артериальную гипертензию (АГ), абдоминальное ожирение, атерогенную дислипидемию, гиперурикемию, микроальбуминурию, гиперандрогению (важные, но непостоянные признаки МС). В последнее время к проявлениям МС относят также неалкогольную жировую болезнь печени. Зачастую те или иные проявления МС манифестируют уже в детском и подростковом возрасте, что обуславливает актуальность проведения исследований в педиатрической практике.

С целью изучения состояния органов пищеварения, а также клинических проявлений метаболического синдрома у детей с артериальной гипертензией нами был проведен анализ 30 историй болезни детей с АГ (сплошная выборка за 2008 год), находившихся на лечении в отделении ревматологии 4 детской клинической больницы г. Минска. Дети были в возрасте от 9 до 17 лет, мальчиков было 20 (66,67%), девочек – 10 (33,33%). При анализе историй проводилась оценка частоты встречаемости тех или иных форм ожирения, изучение состояния печени и поджелудочной железы по данным биохимического анализа крови и УЗИ, углеводного обмена – на основании теста на толерантность к глюкозе.

В группе наблюдения АГ 1 степени имели 20 (66,7%) детей, 2 степени – 10 (33,3%) пациентов, причём заболевание имело чаще стабильное течение и наблюдалось преимущественно в подростковом возрасте, начиная с 15 лет: в 15 лет – в 16,7%, в 16 – в 26,7%, в 17 лет – в 36,7% случаев. При анализе сопутствующих заболеваний установлена высокая частота различных признаков дисплазии соединительной ткани, в т.ч. малых аномалий развития сердца (76%) и отягощённого по АГ семейного анамнеза (56,7%).

Оценка физического развития с использованием адаптированной к детскому возрасту перцентильной таблицы ИМТ = вес (кг)/рост<sup>2</sup> (м) показала, что здоровый вес имело только 12 (40%) детей с АГ, выше нормы – 9 (30%) и ожирение – 9 (30%). Нарушение толерантности к глюкозе отмечено у 7 (23,33%) пациентов.

По данным УЗИ, диффузные изменения печени по типу стеатоза наблюдались у 9 (30%) пациентов, увеличение печени – у 8 (26,7%), диффузные изменения поджелудочной железы – у 14 (46,67%), из них стеатоз поджелудочной железы – у 6 (20%). При изучении биохимических показателей крови повышение уровня холестерина установлено у 4 (13,33%), этот показатель на верхней границе нормы имели ещё 9 (30%) детей, NDL-холестерин был повышен у 9 (30%) пациентов, липопротеиды высокой плотности - у 9 (30%). У 7 (23,33%) детей отмечено умеренное повышение уровня АЛАТ, у 6 (20%) – АСАТ. Содержание альфа-амилазы было в пределах нормы у всех больных.

Таким образом, при артериальных гипертензиях в детском и подростковом возрасте с достаточно высокой частотой регистрируются те или иные проявления метаболического синдрома: избыток массы тела или ожирение (у 60% больных), изменение показателей как жирового (43,3%), так и углеводного (23,33%) обмена. Наличие высокой частоты встречаемости жирового гепатоза и диффузных изменений поджелудочной железы, в некоторых случаях по типу стеатоза органа, а также повышение уровня трансаминаз (26,7%) в этой группе больных требуют пристального внимания и дальнейшего изучения

