

## **АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ КАК ПРЕДИКТОР НЕАЛКОГОЛЬНОЙ ЖИРОВОЙ БОЛЕЗНИ ПЕЧЕНИ**

**Кручинова София Владимировна**

*студент-специалист Кубанского Государственного Медицинского  
университета, РФ, г. Краснодар*

*E-mail: [skruchinova@mail.ru](mailto:skruchinova@mail.ru)*

**Сируняц Анна Александровна**

*научный руководитель, канд. мед. наук. доцент Кубанского Государственного  
Медицинского университета, РФ, г. Краснодар*

## **ARTERIAL HYPERTENSION AS A PREDICTOR OF NAFLD (NON-ALCOHOLIC FATTY LIVER DISEASE)**

**Sofia Kruchinova**

*student of the Kuban State Medical University, Russia Krasnodar*

**Anna Sirunyants**

*research supervisor, candidate of Medical Science, associate professor of the Kuban  
State Medical University, Russia Krasnodar*

### **АННОТАЦИЯ**

Целью исследования явилось изучение взаимосвязи артериальной гипертензии и неалкогольной жировой болезни печени с характеристикой возможностей ранней диагностики и выявлением факторов, ухудшающих протекание заболеваний. В результате проведённого исследования установлено, что существует тесная взаимосвязь между данными патологиями. Предлагается алгоритм ранней диагностики неалкогольной жировой болезни печени и диагностики осложнений, связанных с коморбидностью артериальной гипертензии и неалкогольной жировой болезни печени.

### **ABSTRACT**

Research goal was studying the interrelation between arterial hypertension and non-alcoholic fatty liver disease, mentioning the characteristics of opportunities of early diagnostics and identification of the factors worsening course of diseases. As the result, it is established that there is a close interrelation between these pathologies. The algorithm of early diagnostics of non-alcoholic fatty liver disease and diagnostics of the complications connected with a komorbidity of arterial hypertension and non-alcoholic fatty liver disease is offered.

**Ключевые слова:** артериальная гипертензия; неалкогольная жировая болезнь печени; предиктор.

**Keywords:** arterial hypertension; non-alcoholic fatty liver disease; predictor.

В последнее десятилетие отмечается пугающий рост распространенности как вирусных и алкогольных гепатитов, так и неалкогольной жировой болезни печени (НАЖБП), которые в исходе приводят к циррозу и также занимают ведущие позиции в структуре летальности.

НАЖБП является самым распространенным заболеванием печени, составляя, по оценкам западных специалистов, 20—30 % общей популяции [2, 4].

В клинической практике очень часто приходится сталкиваться с сочетанием артериальной гипертензии (АГ) и печеночной патологией, которые объединены не только большой распространённостью, а, следовательно, высокой вероятностью комбинации, но и едиными факторами риска и патогенетическими механизмами [3, с. 83].

Целью нашего исследования являлось изучение взаимосвязи между артериальной гипертензией и неалкогольной жировой болезнью печени.

**Материалы и методы:** Ретроспективный анализ историй болезни пациентов, госпитализированных в кардиологическое отделение.

Возрастно-половой состав пациентов от 32 до 65 лет, 38 мужчин (65,5 %) и 20 женщин (34,5 %).

В нашем исследовании обращалось внимание на следующие показатели: в объективном обследовании — объем талии (ОТ), индекс массы тела (ИМТ), суточный контроль артериального давления, биохимическое исследование крови (глюкоза крови натощак, липидный спектр, уровень трансаминаз), а также УЗИ органов брюшной полости.

**Результаты и обсуждения:** При объективном обследовании: у 10 пациентов (17,2 %) — ОТ составлял меньше 94 см у мужчин, меньше 80 см у женщин; у 23 пациентов (39,7 %) — ОТ составил более 94 см у мужчин, более

80 см у женщин; у 18 пациентов (31,0 %) — ОТ составлял более 98 см у мужчин, более 84 см у женщин; и у 7 пациентов (12,1 %) — ОТ более 100 см у мужчин, и более 88 см у женщин. Показатели индекса массы тела: у 9 пациентов (15,5 %) ретранслировались между 18,5—25; у 26 человек (44,9 %) между 25—30; у 17 пациентов (29,3 %) между 30—35 и у 6 пациентов (10,3 %) между 35 и 40. (таб. 1)

**Таблица 1.**

**Интерпретация показателей индекса массы тела**

<b>Показатель ИМТ</b>	<b>Количество пациентов (%)</b>	<b>Интерпретация показателя</b>
18,5—25	15,5 %	Норма
25—30	44,9 %	Избыточная масса тела
30—35	29,3 %	Ожирение первой степени
35—40	10,3 %	Ожирение второй степени

АД у всех исследуемых пациентов превышало 130 и 85 мм. рт. ст.

Биохимические показатели крови: у 12 человек (20,7 %) — глюкоза крови натощак составляла меньше 5,6 ммоль/л; у 24 пациентов (41,4 %) — между 5,6 ммоль/л — 6,0 ммоль/л; у 19 пациентов (32,8 %) — глюкоза крови натощак составила 6,1 ммоль/л до 7,0 ммоль/л и у 3 человек (5,1 %) — 7,0 ммоль/л — 11,1 ммоль/л. (таб. 2).

**Таблица 2.**

**Интерпретация показателей глюкозы крови натощак**

<b>Показатели глюкозы крови натощак (ммоль/л)</b>	<b>Количество пациентов (%)</b>	<b>Интерпретация показателя</b>
меньше 5,6 ммоль/л	20,7 %	норма
5,6 ммоль/л — 6,0 ммоль/л	41,4 %	Нарушенная гликемия натощак
6,1 ммоль/л — 7,0 ммоль/л	32,8 %	Нарушенная толерантность к глюкозе
7,0 ммоль/л — 11,1 ммоль/л	5,1 %	Сахарный диабет

Нарушение липидного спектра были обнаружены у 53 пациентов (91,4 %) — повышенный уровень триглицеридов, ЛПОНП, трансаминазы крови (АСТ, АЛТ), понижен уровень ЛВП.

У 51 пациента (87,9 %) обнаружены эхографические признаки НАЖБП (жировая инфильтрация, повышенная эхогенность, изменение сосудистого рисунка).

Таким образом, в большинстве случаев в клиническом статусе пациентов с артериальной гипертензией определяются признаки неалкогольной жировой болезни печени.

Неалкогольная жировая болезнь печени характеризуется длительным бессимптомным течением и на фоне данной патологии наблюдаются увеличение частоты ишемической болезни сердца (23 %), цереброваскулярных заболеваний (17,2 %) [1, с. 28].

Сложившаяся ситуация диктует необходимость признать приоритетным направлением здравоохранения раннюю диагностику и совершенствования лечебно-профилактической помощи людям с НАЖБП.

Актуальность этого положения несомненна, если учесть неисчерпанный на сегодняшний день эффект профилактики сердечно-сосудистых заболеваний, приводящих к преждевременной смертности и инвалидизации взрослого населения.

У всех пациентов с АГ, особенно с ожирением, СД, или приемом алкоголя в анамнезе, необходимо оценивать состояние печени и учитывать его при выборе терапии.

В каждом конкретном случае нужно вдумчиво относиться к пациенту, учитывать все индивидуальные особенности, сопутствующую патологию, сложные патогенетические взаимодействия. Рациональная терапия способна не только улучшить качество жизни пациентов на этапе постановки диагноза, но и добиться снижения риска фатальных осложнений.

**Список литературы:**

1. Драпкина О.М., Корнеева О.Н. Неалкогольная жировая болезнь печени и сердечно-сосудистый риск: влияние женского пола // Фарматека. — 2010, — № 15, — с. 28—33.
2. Петрова Ю.Н., Назаренко Л.И., Райхельсон К.Л. Цитолитический синдром при стеатогепатите у больных с различными типами ожирения // Тез. докл. 7-го Международного Славяно-Балтийского научного форума «Санкт-Петербург Гастро-2005». Гастроэнтерология Санкт-Петербурга. — 2005.— № 1—2. — С. М110—М111.
3. Райхельсон К.Л., Аль-Нахари М.А., Петрова Ю.Н., Назаренко Л.И., Крулевский В.А. Формирование воспаления и фиброза при неалкогольной жировой болезни печени // Известия высших учебных заведений. Северо-Кавказский регион. Естественные науки. Спецвыпуск «Актуальные проблемы гастроэнтерологии». Ростов-н/Д., 2006. — С. 82—84.
4. Augelico F. et al. Drugs improving insulin resistance for non — alcoholic fatty liver disease and/or non alcoholic steatogepatitis // Cochrane Database Syst Rev. 2007. — С. D005166.