

- у 130 детей (47,2 %) изменения проведения импульса по правой ножке пучка Гиса в виде неполной блокады (у 24,7 % детей), в виде феномена повышения электрической активности наджелудочкового гребешка (у 19,4 % детей);
- у двух детей – изменение положения электрической оси сердца – горизонтальное положение. Эхокардиографические изменения были представлены следующими характеристиками:
- у 120 детей (39,1 %) выявлено открытое овальное окно, у 78 из них (25,4 %) – практически без сброса;
- у 137 детей (44,6 %) – дополнительная трабекула в полости левого желудочка;
- у 47 детей (15,3 %) – выявлялся пролапс митрального клапана.

#### ВЫВОДЫ

В представленной диспансерной группе отсутствовали дети, требующие проведения лечебных мероприятий. Наблюдения кардиолога в динамике и специального обследования требуют дети, у которых были выявлены:

- синусовая тахикардия, дополнительное проведение холтеровского мониторирования – метод выбора кардиолога;
- выявленное горизонтальное положение электрической оси сердца требует проведения анализа ЭКГ ближайших родственников;
- функционирующее овальное окно требует проведения у детей ЭКГ и ЭхоКГ обследования 1 раз в 12–18 месяцев;
- детям с пролапсом митрального клапана показано наблюдение 1 раз в 1–2 года.

Таким образом, проведенное комплексное обследование 307 детей показало, что 131 ребенок (42,7 %) нуждается в последующем наблюдении кардиологом.

**Ж.В. Нефедова, М.К. Соболева**

### МАРКЕРЫ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ С ГИПОТАЛАМИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

*Новосибирский государственный медицинский университет (Новосибирск)*

Метаболический синдром (МС) в последние годы вызывает все больший интерес у педиатров. Несмотря на очевидность его формирования уже в детстве, не вполне ясно, какие маркеры МС и в какой последовательности можно выявить в детском и подростковом возрасте.

#### ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Выявление маркеров МС у детей и подростков с АГ с гипоталамическим синдромом.

#### МЕТОДЫ

Обследовано 100 детей и подростков в возрасте от 11 до 18 лет, средний возраст –  $13,4 \pm 2,6$  (среди них 35 девочек и 65 мальчиков) с гипоталамическим синдромом (ГС). При поступлении 35 больных (35 %) имели I степень АГ, у 65 (65 %) – II степень АГ. Контрольную группу составили 97 здоровых детей и подростков, у которых регистрировали нормальные показатели АД. Составляли, оценивали родословную, проводили суточное мониторирование АД (СМАД), определяли индекс массы тела, характер распределения подкожно-жировой клетчатки с помощью индекса талия/бедро. Оценивали уровень в сыворотке крови мочевой кислоты (метод Мюллера – Зейферта). Исследование общего холестерина, триглицеридов, холестерина липопротеидов высокой плотности (ХС ЛПВП) – ферментными колориметрическими тестами (прямой метод Либермана – Бурхарда) с помощью аппарата «LabSystem» (Финляндия) и реактивов Biocon (Германия), уровень холестерина липопротеидов низкой плотности рассчитывали по формуле Friedwald. Определение уровня глюкозы (Stocser C.L., 1976), С-пептида (Cousins L. et al., 1980), инсулина (Диденко В.А., 1999) в ходе глюкозотолерантного теста (радиоиммунные методы). Индекс инсулинорезистентности (индекс Саго), инсулинорезистентность – при значениях показателя менее 0,33 (Руюткина Л.А., 2006). Определение уровня альбумина в моче (иммунотурбидиметрия) и фибриногена в плазме крови (по Р.А. Рутберг, 1961).

#### РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Родственники 92 пациентов (92 %) больных страдали АГ, ожирением, перенесли инфаркт миокарда, инсульты. 1 степень ожирения имели 32 пациента (32 %), 2 степень – 37 (37 %), 3 степень

ожирения – 10 (10 %) больных, 4 степень ожирения – 9 пациентов (9 %), у 12 больных (12 %) – избыточная масса тела. По данным СМАД – 14 случаев (14 %) «non-dippers», 8 пациентов (8 %) – «over-dippers». Не зарегистрировали случаев гиперинсулинемии, гиперинсулинизма, гиперфибриногенемии, микроальбуминурии, гиперурикемии. У 9 пациентов (9 %): висцеральный тип ожирения + нарушение толерантности к глюкозе (НТГ). Ожирение IV + гиперхолестеринемия + повышение уровня ХС ЛПНП + АГ + снижение уровня ХС ЛПВП + АГ + НТГ в 6 % случаев. Мономаркеры и сочетания различных проявлений МС – у 83 больных (83 %): – ожирение I степени – 15 больных (15 %); гипертриглицеридемия – 4 случая (4 %); ожирение I степени + снижение уровня ХС ЛПВП + гипертриглицеридемия – 17 (17 %); висцеральный тип ожирения + ожирение III степени + АГ + снижение уровня ХС ЛПВП + гипертриглицеридемия – 10 случаев (10 %); ожирение II степени + снижение уровня ХС-ЛПВП + АГ – 20 больных (20 %); висцеральный тип + снижение уровня ХС ЛПВП + гипертриглицеридемия + АГ + ожирение II степени – 8 случаев (8 %); ожирение II степени + гиперхолестеринемия + висцеральный тип ожирения + повышение уровня ХС ЛПНП + АГ + снижение ХС ЛПВП – 9 пациентов (9 %).

#### ВЫВОДЫ

У пациентов с АГ и ГС не выявлено гиперинсулинемии, в то же время другие маркеры МС в различных комбинациях встречались у всех пациентов. Типичными проявлениями МС для пациентов данной группы, помимо ожирения, являются гипер- и дислипидемия.

**Ж.В. Нефедова, М.К. Соболева**

### МЕТАБОЛИЧЕСКИЙ ПРОФИЛЬ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ НА ФОНЕ НЕДИФФЕРЕНЦИРОВАННОГО ВАРИАНТА МЕЗЕНХИМАЛЬНОЙ ДИСПЛАЗИИ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ

*Новосибирский государственный медицинский университет (Новосибирск)*

В последние годы интерес исследователей привлекает изучение метаболического синдрома (МС). Больные с МС относятся к категории высокого риска развития сердечно-сосудистых осложнений. Критерии МС разработаны для взрослых пациентов, а в педиатрии отсутствуют четкие маркеры данного синдрома.

#### ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Выявление маркеров МС у детей и подростков с АГ на фоне недифференцированного варианта мезенхимальной дисплазии соединительной ткани.

#### МЕТОДЫ

Нами было обследовано 103 человека в возрасте от 11 до 18 лет (среди них 42 девочки и 61 мальчик), имеющего АГ на фоне недифференцированного варианта мезенхимальной дисплазии соединительной ткани (ДСТ). При поступлении 63 больных (61,2 %) имели I степень АГ, у 40 (38,8 %) – II степень АГ. Контрольная группа – 97 здоровых детей и подростков с нормальными показателями АД. Составляли родословную, проводили суточное мониторирование АД (СМАД), оценивали характер распределения подкожно-жировой клетчатки с помощью индекса талия/бедро. Определяли уровень в сыворотки крови мочевого кислоты (метод Мюллера – Зейферта). Исследование общего холестерина, триглицеридов, холестерина липопротеидов высокой плотности проводили ферментными колориметрическими тестами (прямой метод Либермана – Бурхарда) с помощью аппарата «LabSystem» (Финляндия) и реактивов Bioson (Германия), уровень холестерина липопротеидов низкой плотности рассчитывали по формуле Friedwald. Проводили определение уровня глюкозы (Crocer C.L., 1976), С-пептида (Cousins L. et al., 1980), инсулина (Диденко В.А., 1999) в ходе глюкозотолерантного теста (радиоиммунные методы). Вычисляли индекс инсулинорезистентности (индекса Саго), инсулинорезистентность регистрировали при значениях показателя менее 0,33 (Ружкина Л.А., 2006). Проводили определение уровней альбумина в моче (иммунотурбидиметрия) и фибриногена в плазме крови (по Р.А. Рутберг, 1961).

#### РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

50 (48,5 %) больных с ДСТ имели родственников, страдающих гипертонической болезнью, сахарным диабетом 2 типа, подагрой. При оценке суточного индекса (степени ночного снижения АД) по данным СМАД обнаружили у 5 больных – «non-dippers», в 14 наблюдениях (13,6 %) – «night-