

**Материал и методы:**

Обследованы 108 пациенток с АГ, которые разделены на 3 группы в зависимости от степени ожирения, и 28 здоровых женщин. Состояние внутрисердечной гемодинамики исследовали методом эхокардиографии с оценкой конечного систолического размера (КСР), конечно-диастолического размера (КДР), индекса массы миокарда левого желудочка (ИММЛЖ), толщины задней стенки (ТЗС), толщины межжелудочковой перегородки (ТМЖП). Оценивали типы ремоделирования ЛЖ.

**Результаты:**

При сравнительной оценке структурно-функциональных параметров миокарда у пациенток АГ с ожирением 1 степени выявлена тенденция к повышению по сравнению с контролем показателей КДР и КСР, ТЗСЛЖ, ТМЖП и ИММЛЖ. При оценке типов ремоделирования ЛЖ у пациенток АГ с ожирением 1 степени наличие концентрического ремоделирования ЛЖ определено у 17 (47,2%) женщин, у 10 (27,8%) пациенток выявлены признаки концентрической гипертрофии ЛЖ, а у 9 (25%) женщин имелась нормальная геометрия ЛЖ. У пациенток с АГ с ожирением 2 степени параметры КДР, КСР, ИММЛЖ, ТМЖП, ТЗС и относительной толщины стенки (ОТС) ЛЖ значимо превышали контрольные величины. В этой группе женщин преобладали концентрическая гипертрофия ЛЖ (50%) и концентрическое ремоделирование ЛЖ (26,3%). При сравнительном анализе структурно-функциональных параметров миокарда ЛЖ у пациенток с АГ и ожирением 3 степени выявлено значимое превышение величин КДР, КСР, ИММЛЖ, ТМЖП и ТЗСЛЖ при сопоставлении с данными здоровых лиц. Изменения гемодинамических показателей в группе пациенток с ожирением 3 степени ассоциировались с развитием эксцентрической гипертрофии ЛЖ (57,9%) и характеризовались значимым подъемом параметров ИММЛЖ при низкой ОТСЛЖ.

**Заключение:**

Выраженность процессов ремоделирования миокарда у пациенток АГ ассоциируется со степенью ожирения и наиболее существенна у женщин АГ с ожирением 3 степени.

---

**ПОКАЗАТЕЛИ ЛИПИДНОГО СПЕКТРА И ФАКТОРА РОСТА ФИБРОБЛАСТОВ-21 У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ**

БАБАК О. Я., ЛАПШИНА Е. А.

ХАРЬКОВСКИЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ

**Введение (цели/ задачи):**

Избыточная висцеральная жировая ткань была определена в качестве одной из основных причин в развитии и прогрессировании как сердечно-сосудистых заболеваний, так и в возникновении неалкогольной жировой болезни печени (НАЖБП). Дисбаланс синтеза адипокинов принимает участие в патофизиологических процессах связанных с развитием атеросклероза, ГБ, нарушений углеводного обмена, в том числе в возникновении СД 2-го типа и НАЖХП. Цель исследования: проанализировать показатели липидограммы и уровни фактора роста фибробластов 21 (FGF21) у больных гипертонической болезнью (ГБ).

**Материал и методы:**

Было обследовано 30 пациентов гипертонической болезнью, группу контроля составили 20 практически здоровых лиц. Среди обследованных было 28 мужчин и 22 женщины в возрасте от 30 до 60 лет. Проводилась оценка объективных,

клинико-биохимических данных, уровень FGF21 определяли в плазме крови иммуноферментным методом.

**Результаты:**

Показатели уровней FGF21 у пациентов обследуемых групп имели достоверную разницу: у больных гипертонической болезнью он составил 119,26 pg/ml (99,95 pg/ml; 141,67 pg/ml), когда в группе контроля - 101,96 pg/ml (91,87 pg/ml; 117,5 pg/ml) ( $p < 0,002$ ). Показатели липидного спектра у больных гипертонической болезнью составили: общий холестерин - 5,36 ммоль / л, триглицеридов -1,75 ммоль / л, холестерин ЛПОНП - 0,78 ммоль / л, ЛПВП-1,18 ммоль/л, ЛПНП-3,32 ммоль/л, КА-3,8; что достоверно отличалось от группы контроля: общий холестерин 4,25 ммоль / л, триглицеридов -0,89 ммоль/л, холестерин ЛПОНП-0,48 ммоль/л, ЛПВП - 1,4 ммоль / л, ЛПНП - 2,27 ммоль / л, КА - 1,9 ( $p < 0,05$ ).

**Заключение:**

Таким образом, у больных ГБ были выявлены повышенные уровни FGF21, а так же увеличение общего холестерина и его составляющих. Показатели липидного спектра у больных ГБ продемонстрировали положительную прямую связь с уровнями FGF21 в плазме крови.

---

**РЕМОДЕЛИРОВАНИЕ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ**

СРОЖИДИНОВА Н. З.

РЕСПУБЛИКАНСКИЙ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННЫЙ ЦЕНТР КАРДИОЛОГИИ

**Введение (цели/ задачи):**

изучить морфофункциональное состояние ЛЖ у больных артериальной гипертензией (АГ) с метаболическим синдромом (МС).

**Материал и методы:**

В исследование были включены 178 больных АГ с МС. МС устанавливали согласно критериям IDF (2005 г.) Все включенные в исследование пациенты были мужчинами и имели АГ I-III степени по ESH, 2013г. Всем больным проводилась эхокардиография с доплерографией в М- и В-режиме. ГЛЖ устанавливали при ИММЛЖ  $\geq 125$  г/м<sup>2</sup>. Пропорциональность ММЛЖ оценивали по коэффициенту диспропорциональности (КД) как соотношение фактической ММЛЖ к должной ММЛЖ. Непропорционально высокую ММЛЖ констатировали при КД  $\geq 128\%$ , непропорционально низкую – при  $\leq 73\%$ .

**Результаты:**

Пропорциональная ММЛЖ выявлена у 43 (24,16%) больных, непропорционально высокая ММЛЖ – у 135 (75,84%) больных, а больные с непропорционально низкой ММЛЖ не выявлены. Среди больных с пропорциональной ММЛЖ у 6 (3,37%) больных наблюдалась ГЛЖ, 37 (20,79%) больные были без ГЛЖ. Все больные с непропорционально высокой ММЛЖ имели ГЛЖ. В группе больных с непропорционально высокой ММЛЖ фактическая ММЛЖ (348,7 $\pm$ 72,1 г против 258,3 $\pm$ 31,6 г,  $p=0,0000001$ ) и ИММЛЖ (166,8 $\pm$ 34,8 г/м<sup>2</sup> против 123,5 $\pm$ 11,7 г/м<sup>2</sup>,  $p=0,0000001$ ) были достоверно высокими по сравнению с группой больных с пропорциональной ММЛЖ. Анализ клинико-демографических показателей у обследованных больных выявил определенный вклад ряда факторов (длительность АГ, САД, ДАД) в развитие непропорционально высокой ММЛЖ. Так, длительность АГ в группе больных с непропорционально высокой ММЛЖ была достоверно больше чем в группе больных с пропорциональной ММЛЖ: 5,7 $\pm$ 4,5 лет против 3,2 $\pm$ 2,0 лет,  $p=0,0005$ . Больные с непропорцио-