

**Выводы:** Оценивая динамику возрастных изменений, можно сделать вывод о том, что чем раньше возникают изменения со стороны костно-мышечной системы, тем быстрее это приводит к нарушениям опорно-двигательного аппарата, а также к дегенеративным изменениям в СТ: снижение растяжимости и прочности эластических волокон с увеличением возраста. В более старших поколениях нарастает количество осложнений, к которым приводит синдром ГС, но уменьшается ГС в связи с дегенеративными изменениями в СТ.

#### Литература

1. Земцовский Э.В. Диагностика и лечение дисплазии соединительной ткани // Медицинский вестник. 2006.

## ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У БОЛЬНЫХ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

*Неведомская А.Н.*

Научный руководитель: аспирант Соусова Я.В.

Кафедра факультетской терапии им. проф. В.А. Вальдмана

Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет

**Актуальность исследования:** в основе развития метаболического синдрома (МС) лежит ожирение и инсулинорезистентность тканей [1]. Компоненты МС вносят значительный вклад в сердечно-сосудистый континуум. Большинство экспертов указывают на увеличение риска развития сердечно-сосудистой патологии при наличии МС в два раза [2].

**Цель работы:** определить характер зависимости уровня артериального давления от выраженности ожирения у больных с метаболическим синдромом.

**Материалы и методы:** обследовано 50 пациентов в возрасте от 30 до 70 лет (19 мужчин и 31 женщина) с абдоминальным ожирением и артериальной гипертензией, проходивших стационарное лечение. Средний возраст —  $53,7 \pm 12,2$  лет. Больным проводилась антропометрия. Лабораторные показатели брались из медицинских карт.

**Результаты:** медианное значение окружности талии составило 98 и 105 см у женщин и мужчин соответственно, массы тела — 85 и 110 кг, индекса массы тела — 30,4 и 36,6 кг/м<sup>2</sup> средней толщины кожно-жировой складки — 32 и 43 мм

Наличие сахарного диабета 2 типа подтверждалось у половины больных, и у 17 (34%) выявлялись признаки нарушения толерантности к глюкозе. Дислипидемия встречалась у 24 (48%), при этом повышение уровня триглицеридов наблюдалось у 16 (32%), липопротеидов низкой плотности — у 9 (18%), и снижение липопротеидов высокой плотности — 7 (14%) обследованных. До госпитализации регулярную антигипертензивную терапию ингибиторами АПФ или блокаторами АТ-рецепторов иногда в комбинации с бета-блокаторами или диуретиками получали 40 человек (80%). При этом у 30 пациентов, регулярно принимавших только ингибиторы АПФ, сохранялись нестабильные значения артериального давления.

Статистический анализ показал наличие прямой корреляционной связи между уровнем диастолического давления и массой тела ( $r=0,37$ ,  $p<0,05$ ).

**Выводы:** обусловленные наличием ожирения патогенетические механизмы развития артериальной гипертензии оказывают значительное влияние на формирование повышенного диастолического давления [3]. Полученные результаты могут служить дополнительным аргументом в пользу целесообразности назначения блокаторов рецепторов к ангиотензину II (АТ1-подтип) у пациентов с метаболическим синдромом. Однако, для получения достоверных данных о преимуществах подобной терапии, требуется выполнение анализа её эффективности по сравнению с альтернативными вариантами лечения на большей когорте больных.

#### Литература

1. Успенский Ю.П., Булавко Я.Э., Казимова О.А. Артериальная гипертензия канонический кластер метаболического синдрома // Материалы VII научно-практического конгресса. Ме-

- таболический синдром. Фундаментальные и клинические аспекты от теории к практике. 2018. С. 29.
- Успенский Ю.П., Соусова Я.В., Гулунов З.Х., Фоминых Ю.А., Захаров Д.В. Актуальные проблемы метаболического синдрома и ассоциированных с ним клинических состояний // Дневник казанской медицинской школы. 2018. № 3. С. 182–187.
  - Borghi F. The adipose tissue and the involvement of the renin-angiotensin-aldosterone system in cardiometabolic syndrome // Cell Tissue Res 2016. v. 366 (3). P. 543–548.

## К ВОПРОСУ О КЛИНИЧЕСКОМ ТЕЧЕНИИ ИБС В СТРУКТУРЕ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА У ПАЦИЕНТОВ КАРДИОЛОГИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ МНОГОПРОФИЛЬНОГО СТАЦИОНАРА

*Притугина Е.А.*

Научный руководитель: к. м. н., доцент Шаповалова А.Б.  
Кафедра госпитальной терапии с курсом эндокринологии  
Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет

**Актуальность исследования:** Метаболический синдром (МС) — одна из самых актуальных междисциплинарных проблем современной внутренней медицины. Особое значение имеет высокая частота сердечно-сосудистых событий при МС. Клиническое течение ИБС при МС изучается в различных аспектах, в т. ч. при сахарном диабете (СД) 2 типа [1].

**Цели исследования:** Изучить некоторые особенности клинического течения ИБС у пациентов кардиологического отделения многопрофильного стационара с учетом клинко-лабораторных проявлений других компонентов МС.

**Материалы и методы:** Обследовано 25 пациентов с МС (м-8, ж-18; ср. возраст — 68,5±1,78 лет). В зависимости от степени ожирения (Ож) (ВОЗ), все пациенты были разделены на группы: 1 группа (Ож 1 степ.) — 8 чел., 2 группа (Ож 2 степ.) — 17 чел. Все пациенты прошли комплексное лабораторно-инструментальное обследование.

**Результаты:** Средний ИМТ в группах достоверно не различался ( $34\pm0,87$  и  $36,02\pm1,36$  кг/м<sup>2</sup> при  $p>0,05$ ). Окружность талии была увеличена:  $147,1\pm10,2$  см в 1 гр. и  $131\pm5,4$  см во 2 гр. ( $p>0,05$ ). В обеих группах ср. уровни гликемии натощак оказались повышенными ( $7,2\pm1,7$  и  $7,9\pm3,8$  ммоль/л при  $p>0,05$ ). Количество больных СД 2 типа в группах было одинаковым. Показатели липидного обмена в группах не различались, уровни общХС были выше в 1 гр., но оставались целевыми ( $4,17\pm1,09$  и  $4,42\pm1,4$  ммоль/л при  $p>0,05$ ), ЛПНП превышали целевые значения ( $2,6\pm1,16$  и  $3,0\pm1,3$  ммоль/л при  $p>0,05$ ). СКФ достоверно в группах оказалась сниженной ( $48,3\pm15,0$  и  $65,0\pm19,3$  мл/мин/1,72 м кв.,  $p>0,05$ ). Причины госпитализации: прогрессирующая стенокардия (12,5 и 38,0%), ОИМ (по 1 случаю в каждой группе), декомпенсированная хроническая сердечная недостаточность (75 и 52,9%,  $p>0,05$ ), в том числе у лиц с постинфарктным кардиосклерозом и постоянной формой фибрилляции предсердий (37,5% в 1 гр.).

**Выводы:** Таким образом, при МС частота госпитализаций в связи с прогрессирующей стенокардией нарастает при более высокой степени ожирения, тогда как декомпенсированная ХСН встречается с практически одинаковой частотой при ожирении 1 и 2 степени (ВОЗ). При этом метаболические показатели в группах достоверно не различались.

### Литература

- Шишкин А.Н., Дроганова А.С. Влияние метаболического синдрома на течение ишемической болезни сердца // Вестник Санкт-Петербургского университета. 2014. Сер 11, Вып. 4. С. 19–25.