

у пациентов с ЦАД  $\leq 120$  мм рт.ст. Так, в I группе значения цинка составили  $177,1 \pm 61,7$  мкг/г, хрома –  $6,0 \pm 2,7$  мкг/г, а во II группе –  $130,8 \pm 55,3$  мкг/г,  $3,1 \pm 2,7$  мкг/г, соответственно ( $p < 0,05$  между I и II группами). Уровни селена и хрома также были достоверно ниже у пациентов с ЦПД  $> 50$  мм рт.ст., чем у с ЦПД  $\leq 50$  мм рт.ст. (уровень селена в I группе составил  $0,7 \pm 0,4$  мкг/г, хрома –  $4,0 \pm 3,1$  мкг/г, во II группе –  $0,5 \pm 0,3$  мкг/г,  $2,7 \pm 2,4$  мкг/г соответственно,  $p < 0,05$  между I и II группами). Таким образом, у пациентов с повышением таких показателей, как ЦАД и ЦПД отмечаются более низкие уровни цинка, хрома и селена. Дополнительно был проведен корреляционный анализ групп пациентов с повышенными значениями уровней ЦАД и ЦПД, т.е. с уровнем ЦАД  $> 120$  мм рт.ст. и

ЦПД  $> 50$  мм рт.ст. Полученные данные показали, что только для цинка получены достоверные результаты при проведенном корреляционном анализе (для ЦАД  $r = -0,21$ , для ЦПД  $r = -0,22$ ,  $p < 0,05$ ).

**Заключение.** Таким образом, микро- и макроэлементы могут принимать участие в формировании жесткости сосудистой стенки. По-видимому, цинк играет значимую роль в повышении сосудистой ригидности. Реализация участия цинка в повышении жесткости сосудистой стенки может осуществляться через матриксные металлопротеиназы, которые представляют собой семейство Zn- и Ca-зависимых эндопептидаз. Возможно, именно через матриксные металлопротеиназы реализуется связь такого микроэлемента, как цинк, с жесткостью сосудистой стенки.

## ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ИНДЕКСА ОТНОШЕНИЯ ТАЛИИ К РОСТУ ПРИ ОБСЛЕДОВАНИИ ПАЦИЕНТОВ С ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ

*КОЧУБЕЙ О.А., АЩЕУЛОВА Т.В.*

*Харьковский национальный медицинский университет, г. Харьков. Украина*

**Введение.** Избыточный вес и ожирение являются распространенными патологическими состояниями у взрослого населения и связаны с другими хроническими заболеваниями, включая гипертоническую болезнь, сахарный диабет 2 типа и дислипидемию. Все эти заболевания являются ключевыми факторами модифицированного риска развития сердечно-сосудистых заболеваний. Раннее выявление данных состояний поможет в управлении стратегией по контролю и лечению пациентов.

**Цель.** Изучение взаимосвязи индекса отношения талии к росту (WHtR) с параметрами липидного обмена у пациентов с гипертонической болезнью.

**Материал и методы.** Обследованы 73 больных гипертонической болезнью. Все пациенты прошли комплексное клиническое обследование, которое включало оценку жалоб, сбор анамнеза, объективное обследование и дополнительные методы обследования: антропометрические параметры (индекс WHtR) и параметры липидного обмена. Статистический анализ данных проводили методами непараметрической статистики. Результаты представлены в виде Me (Q25-Q75), где Me – медиана (50-й процентиль), Q25 и Q75 – 25-й и 75-й процентиля соответственно (верхний и нижний квартили). Нулевую гипотезу отвергали при уровне достоверности ( $p < 0,05$ ).

**Результаты.** Пациенты с гипертонической болезнью характеризовались повышенным уровнем общего холестерина  $5,67$  ( $4,96-7,11$ ) ммоль/л, три-

глицеридов  $2,75$  ( $2,56-3,01$ ) ммоль/л, липопротеидов низкой плотности  $0,9$  ( $0,83-1,35$ ) ммоль/л и снижением уровня липопротеидов высокой плотности  $3,51$  ( $2,77-4,54$ ) ммоль/л. Ожирение наблюдалось у 86% пациентов с гипертонической болезнью, выявленных с помощью индекса WHtR  $\geq 0,5$ , дислипидемия была обнаружена у 73% пациентов, выявленных по уровням общего холестерина. При проведении корреляционного анализа были обнаружены положительные взаимосвязи между индексом WHtR и уровнем общего холестерина ( $R = 0,42$ ;  $p < 0,05$ ) у пациентов с гипертонической болезнью.

**Заключение.** Гипертоническая болезнь сопровождается дислипидемией, характеризующейся повышенным уровнем общего холестерина, триглицеридов, липопротеидов низкой плотности и снижением уровня липопротеидов высокой плотности. Выявлены достоверные положительные корреляции между индексом WHtR и уровнем общего холестерина у пациентов с гипертонической болезнью, что является дополнительным подтверждением клинической значимости этого показателя и обосновывает необходимость скрининга пациентов с использованием индекса WHtR при выявлении ожирения, дислипидемии и сердечно-сосудистого риска.