

Предсердечная недостаточность у молодых мужчин с метаболическим синдромом.

М.В. Большакова^{1,4} Л.Д. Хидирова^{1,2}, С.А. Захарова^{1,3}

¹ФГБОУ ВО Новосибирский государственный медицинский университет Минздрава России, г. Новосибирск, Россия.

²Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Новосибирской области «Новосибирский областной клинический кардиологический диспансер»

³Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Новосибирской области «Новосибирская клиническая поликлиника №24».

⁴Многопрофильный медицинский центр «Дуэт Клиник».

Актуальность. Артериальная гипертензия и дислипидемия остаются важными факторами риска сердечно-сосудистых заболеваний. Раннее выявление изменений гемодинамики, липидного профиля и маркеров ремоделирования сердца имеет клиническое значение для своевременной коррекции терапии. **Цель.** Оценить клинико-функциональные характеристики, гемодинамический профиль и показатели метаболизма у пациентов с артериальной гипертензией различных степеней, а также выявить изменения маркеров ремоделирования миокарда. **Методы.** Проведено обследование пациентов с артериальной гипертензией с измерением средних значений систолического и диастолического АД, суточного мониторирования АД, а также уровня триглицеридов, гликированного гемоглобина, ЛПВП. Оценены маркеры ремоделирования: NT-proBNP и тетранектин. Пациенты получали гипотензивную или симптоматическую терапию. **Результаты.** Средний систолический АД при поступлении — $162,0 \pm 2$ мм рт. ст., диастолический — $91,2 \pm 2$ мм рт. ст.; среднее суточное САД — 156 мм рт. ст., ДАД — 86 мм рт. ст. АГ I степени выявлена у 14 пациентов (21,3%), II степени — у 16 (30,4%). Гипотензивную терапию получали 66 молодых пациентов (35,9%), симптоматическую — 30 (16,3%). У 31 пациента (63,3%) уровень триглицеридов превышал референсные значения (2,6 (1,03–5,00) ммоль/л). Повышение гликированного гемоглобина выявлено у 16 пациентов (32,6%). У 27 пациентов (55,1%) уровень ЛПВП был ниже нормы (1,0 (0,6–1,4) ммоль/л). NT-proBNP был повышен у 11 пациентов (22,4%), тетранектин снижен у 30 пациентов (61,2%). **Выводы.** У пациентов с артериальной гипертензией выявлены выраженные гемодинамические и метаболические нарушения, включая дислипидемию, повышение гликированного гемоглобина и изменения маркеров ремоделирования сердца. Эти данные подчеркивают необходимость индивидуализированной терапии и мониторинга кардиометаболических параметров.

Список литературы:

1. Nikoobakht M, et al. The relationship between lipid profile and erectile dysfunction. J Urol. 2005;174(4):1291-3. (Исследование показало, что у пациентов с ЭД повышены уровни общего холестерина и ЛПНП)
2. Zhang Z, et al. The indicative effects of apolipoproteins on organic erectile dysfunction. Front Endocrinol (Lausanne). 2024;15:1359015. (Низкие уровни HDL, ApoA1 и соотношения ApoA1/B, а также повышенные уровни ApoB и ЛПНП ассоциируются с органической ЭД) DOI: 10.3389/fendo.2024.1359015
3. Ke M, et al. The association between lipid parameters and erectile dysfunction: a Mendelian randomization study. Lipids Health Dis. 2024;23:45. (Установлена

связь между LDL-C, HDL-C, отношением LDL/HDL и ЭД, однако MR-анализ не подтвердил прямой причинно-следственной связи) DOI: 10.1186/s12944-024-02036-w; EDN: IWJGTL

4. Ma WJ, et al. Relationship between the risk factors of cardiovascular disease and erectile dysfunction in young men: a case-control study. *Transl Androl Urol.* 2021;10(2):619-27. (Повышенные LDL, ВГ и снижение LD в качестве факторов риска ЭД у молодых мужчин) DOI: 10.21037/tau-20-1056

5. Pohjantähti-Maaroos H, et al. Erectile dysfunction, physical activity and metabolic syndrome. *BMC Cardiovasc Disord.* 2011;11:36. (Окисленный ЛПНП (oxLDL) повреждает эндотелий — патогенез, схожий с сосудистой ЭД) DOI: 10.1186/1471-2261-11-36

6. Teja SBR, et al. Is dyslipidemia a risk factor for developing erectile dysfunction? Study from a tertiary care centre. *Health Care Bulletin.* 2023; (Установлена связь между дислипидемией и ЭД; у мужчин с ЭД чаще выявляли высокий холестерин, ЛПНП, триглицериды и низкий ЛПВП)

7. Naglic DT, et al. Lipoprotein(a): Role in atherosclerosis and new treatment options. *Front Cardiovasc Med.* 2023; (Обзор роли Lp(a) как ключевого причинного фактора атеросклероза)

8. PMC

9. Rehman MB, et al. Lipoprotein(a) and risk-weighted apolipoprotein B. *Lipids Health Dis.* 2024;23:307. (ApoB недооценивает риск у лиц с высоким Lp(a); риск-взвешенный ApoB даёт лучшую оценку) DOI: 10.1186/s12944-024-02303-w; EDN: BDRTSA

10. Afanasieva OI, et al. Low molecular weight apolipoprotein(a) phenotype and severity of coronary atherosclerosis. *Front Cardiovasc Med.* 2022;9:843602. (Низкомолекулярный фенотип apo(a) ассоциирован с более тяжёлым поражением коронарных артерий независимо от уровня Lp(a)) DOI: 10.3389/fcvm.2022.843602