

ХБП возрастает по мере увеличения уровня глюкозы ( $p=0,0022$ ). При анализе взаимосвязей отмечено, что по мере увеличения значения NFS уменьшается значение СКФ, возрастает стадия ХБП ( $p=0,049$ ).

Было обнаружено, что по мере увеличения стадии ХБП у пациентов отмечается увеличение размеров правого предсердия ( $p=0,044$ ). Ухудшение СКФ является предиктором неблагоприятного прогноза ХСН. Вклад патологии почек в развитие ХСН заключается не только в формировании отечного синдрома, но и прогрессировании дисфункции миокарда. Почки, увеличивая преднагрузку, способствуют дилатации ЛЖ, развитию гипертрофии и фиброзу миокарда путем активации РАСС.

В настоящем исследовании среднее значение СКФ составило  $65,4 \pm 14,4$  мл/мин/1,73 м<sup>2</sup>. Показано, что по мере увеличения шкалы по ШОКС и ФК ХСН возрастает стадия ХБП ( $p=0,0027$ ). По мере увеличения стадии ХБП у пациентов отмечается увеличение размеров правого предсердия ( $p=0,044$ ).

**Заключение.** Таким образом, пациенты с ХСН перенесшие COVID-19 нуждаются в оценке СКФ. Раннее выявление поражения почек у пациентов с ХСН перенесших COVID-19 позволит отобрать больных для дальнейшего обследования и подбора терапии, учитывая сопутствующую патологию.

## **НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫЕ ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ ССЗ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПОЧЕК**

**Расулев Ё.Э., Даминов Б.Т.**

Ташкентский педиатрический медицинский институт, Ташкент,  
Узбекистан

**Актуальность исследования:** в настоящее время во всем мире смертность от сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) начала снижаться, но в Узбекистан до сих пор занимают лидирующее положение в структуре смертности населения. Ежегодно только от ССЗ умирает больше людей, чем от любой другой патологии. Поэтому так важно выявить основные факторы риска в развитии данной патологии у человека. По данным ВОЗ от ССЗ в 2016 году умерло порядка 18 миллиона человек во всем мире. Это составило 31% от всех зарегистрированных случаев смерти. Ишемическая

болезнь сердца, сердечный приступ и инсульт – на них приходится порядка 85% от всех смертей. Известно, что одним из факторов риска является мужской пол, это связано с тем, что мужчины до 50-55 лет чаще курят и употребляют алкоголь поэтому они чаще подвержены развитию явлений стенокардии. При этом низкую заболеваемость среди женщин связывают с гормональным фоном, а с наступлением климакса процент заболеваемости выравнивается. У мужчин риск ССЗ увеличивается после 45 лет, а у женщин — после 55 лет. Так же нельзя недооценивать значение наследственности в развитии коронарной болезни сердца, как известно: для людей, чьи родители или другие члены семьи имеют симптоматическую коронарную болезнь сердца, характерна повышенная вероятность развития заболевания. Увеличение относительного риска у лиц сотягощенной наследственностью может быть в 5 раз. Риск особенно высок, если развитие ССЗ у родителей или других членов семьи произошло до 55-летнего возраста. Наследственность способствует развитию гипертензии, сахарного диабета, ожирения и, возможно, определенных структур поведения, приводящих к развитию заболевания сердца.

**Цель исследования:** выявить и оценить один из наиболее частый фактор риска (дислипидемия) развития сердечно – сосудистых заболеваний у больных с хронической болезнью почек.

**Материал и методы исследования:** проведен ретроспективный анализ 140 историй болезни пациентов, в возрасте до 86 лет, госпитализированных в отделение интервенционной кардиологии, ГУ «РСНПМЦТ и МР» 2018 - 2020 года. Проанализированы основные факторы риска для развития ССЗ: протеинурия в анамнезе, ХБП у прямых родственников, повышение сахара в крови, сахарный диабет у прямых родственников, ожирение, гиперхолестеринемия, злоупотребление анальгетиками, АГ и/или прием антигипертензивных препаратов, низкая физическая активность, ССЗ у прямых родственников.

В условиях стационара был сформирован в онлайн опросники и размещенный в интернете (<https://docs.google.com/forms/d/1-bsQWspbgVLYo6EUsxFzdMPj2kVjEheQk5Gq5xBkej0/edit?usp=sharing>). Опрос был добровольным и анонимным, опрошено 140 больных с признаками ХБП. Статистическая обработка проводилась в программе Microsoft Office Excel 2019.

**Результаты исследования:** было обследовано 140 пациентов, из них 81 (57,85%) мужчин и 59 (42,15%) женщин, лишь 55 пациентов перенесли ОИМ в анамнезе, так среди пациентов, перенесших ИМ и возрасте до 86 лет мужчин было 37 (45,67%), женщин – 18 (30,50%). Более низкая заболеваемость среди женщин связана с «защитным» действием эстрогенов, при наступлении менопаузы с возрастом процент заболеваемости постепенно выравнивается. Средний возраст на момент исследования составил –  $66,53 \pm 7,79$  лет, среди мужчин –  $65,44 \pm 7,17$  лет, среди женщин  $65,20 \pm 9,06$  лет соответственно.

Проанализированы основные факторы риска (ФР) для развития ССЗ: протеинурия в анамнезе, ХБП у прямых родственников, повышение сахара в крови, сахарный диабет у прямых родственников, ожирение, гиперхолестеринемия, злоупотребление анальгетиками, АГ и/или прием антигипертензивных препаратов, низкая физическая активность, ССЗ у прямых родственников было выявлено что наиболее высоким оказалось наличие 8 ФР развития ССЗ, а минимальным 1 ФР.

При анализе уровня артериального давления (АД) у пациентов выявлено, что у 125 человек (89,23%) в анамнезе была АГ.

При исследовании антропометрических показателей пациентов средний индекс массы тела по выборке составил  $28,46 \pm 2,58$  м<sup>2</sup>/кг, что говорит о преобладании избыточного веса. Ожирение отмечалось у 48 (34%) пациентов, избыточная масса тела – у 75 (53,57%).

Оценку липидного обмена мы проводили по показателям уровня общего холестерина, липопротеидов низкой плотности, липопротеидов очень низкой плотности, липопротеидов высокой плотности, триглицеридов.

В целом в общей группе ОХС составил  $5,08 \pm 1,07$  ммоль/л, ЛПНП  $3,40 \pm 0,82$  ммоль/л, ЛПОНП  $0,42 \pm 0,19$  ммоль/л, ЛПВП  $1,04 \pm 0,23$  ммоль/л и ТГ  $2,22 \pm 0,84$  ммоль/л соответственно.

Наиболее высокие цифры всех показателей липидного спектра, отмечалось у представителей I группы и необходимо отметить, что показатели липидного спектра 1 - группы статистически достоверно отличались от 2 группы ( $p = 0,06$ ).

Сильная положительная связь отмечалась между показателями ОХ и ЛПНП ( $r = 0,89$ , то есть чем выше показатели ОХ, тем выше показатели ЛПНП крови).

Таким образом, дислипидемии по уровню ОХС  $\geq 5,0$  ммоль/л было зафиксировано у 70 (50%) больных, однако были повышены показатели ЛПНП более чем 3 ммоль/л у 91 (65%) больных, наибольшей во I группе пациентов. Во 2 - й же группе были выявлены наивысший показатель уровня ТГ  $\geq 9,0$  ммоль/л.

Уровень ТГ составил в целом общей группе  $2,21 \pm 0,84$  ммоль/л, при этом у пациентов I группы, уровень ТГ достоверно не отличался, с показателями пациентов II группы ( $p > 0,05$ ). Максимальное среднее значение ТГ наблюдалось в I группе пациентов. Необходимо отметить, что снижение веса повышает чувствительность к инсулину и способствует снижению уровня ТГ.

Оценку частоты дислипидемии по уровню ОХС, ТГ и ЛПВП, используя для этого критерии дислипидемии, представленных в рекомендациях НОА (Диагностика и коррекция нарушений липидного обмена с целью профилактики и лечения атеросклероза. Российские рекомендации VII пересмотр. Москва 2020 г.).

Современные международные рекомендации по сердечно-сосудистой профилактике предлагают в качестве целевых уровни ХС-ЛПНП  $< 2,5$  ммоль/л для больных ХБП с СКФ 30–60 мл/мин/1,73м<sup>2</sup> и  $< 1,8$  ммоль/л для больных ХБП с СКФ  $< 30$  мл/мин/1,73м<sup>2</sup> [European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice (version 2012): the Fifth Joint Task Force of the European Society of Cardiology and Other Societies on Cardiovascular Disease Prevention in Clinical Practice (constituted by representatives of nine societies and by invited experts). EurHeartJ2012;33:1635–701.].

В нашем исследовании 88 пациентов с ХБП, относятся к пациентам высокого риска. Для этой категории пациентов (высокого риска) оптимальными значениями уровня ОХС следует считать уровень  $\leq 4,5$  ммоль/л (НОА 2012).

Таким образом, у 70 (50%) и у 91 (65%) пациентов было выявлено отсутствие оптимальных значений ОХС и ЛПНП, требующее по современным представлениям коррекции по модификации образа жизни и приему гиполипидемических препаратов.

Необходимо отметить, что типичным для выраженной почечной недостаточности является обнаружение гипертриглицеридемии в комбинации с низким уровнем липопротеидов высокой плотности, низким уровнем общего холестерина [Kopple J D et al, 2000, Ikizler T

A et al, 1995, Kopple J D et al, 1989, Coggins C H et al, 1994, Pollock SA et al, 1997].

Таким образом, более 87 % пациентов имели повышенный коэффициент атерогенности, в основном, за счет повышения уровня ТГ и снижения уровня ЛПВП.

**Выводы:** исходя из выше приведенных результатов наибольшее значение в преморбидном фоне имеют такой фактор риска как дислипидемия, так у 70 (50%) и у 91 (65%) пациентов было выявлено отсутствие оптимальных значений ОХС и ЛПНП, требующее по современным представлениям коррекции по модификации образа жизни и приему гиполипидемических препаратов. В первичной профилактике ИБС у молодых людей необходимо уделять внимание отказу от вредных привычек, рациональному питанию, раннему выявлению артериальной гипертонии.

## **АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ, САХАРНЫЙ ДИАБЕТ – КАК ФАКТОР РИСКА РАЗВИТИЯ ССЗ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПОЧЕК**

**Расулев Ё.Э., Даминов Б.Т.**

Ташкентский педиатрический медицинский институт,  
Ташкент, Узбекистан

**Актуальность исследования:** в настоящее время во всем мире смертность от сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) начала снижаться, но в Узбекистан до сих пор занимают лидирующее положение в структуре смертности населения. Ежегодно только от ССЗ умирает больше людей, чем от любой другой патологии. Поэтому так важно выявить основные факторы риска в развитии данной патологии у человека. По данным ВОЗ от ССЗ в 2016 году умерло порядка 18 миллиона человек во всем мире. Это составило 31% от всех зарегистрированных случаев смерти. Ишемическая болезнь сердца, сердечный приступ и инсульт – на них приходится порядка 85% от всех смертей. Известно, что одним из факторов риска является мужской пол, это связано с тем, что мужчины до 50-55 лет чаще курят и употребляют алкоголь поэтому они чаще подвержены развитию явлений стенокардии. При этом низкую заболеваемость среди женщин связывают с гормональным фоном, а с наступлением климакса