

Влияние хронической болезни почек на липидный профиль у пациентов с ишемической болезнью сердца в пожилом возрасте**Мирхаётов М.М., Даминов Б.Т.**

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Цель исследования: изучить особенности липидного состава крови у пациентов с ИБС с наличием ХПБ старшего возраста.

Материалы и методы исследования. В исследование были включены 115 (мужчины – 60% (n= 69) и женщины – 40% (n=46)) пациентов пожилого возраста (от 60 лет и старше) с установленным диагнозом ИБС, находившихся на лечении в кардиологическом отделении ГКБ№7 г. Ташкент. Длительность ИБС более 5 лет, ХПБ – более 3 лет. Для определения возраста больных в исследовании использовалась классификация Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ, 2015). Диагноз ХПБ устанавливался в соответствии с критериями KDIGO (2012), Национальных рекомендаций Российского общества нефрологов (2020) и Европейского общества нефрологов (ERA-EDTA, 2021). Изучены липидный состав крови (липопротеид низкой плотности-ЛПНП, липопротеид высокой плотности- ЛПВП, общий холестерин-ОХ, триглицериды-Т, коэффициент атерогенности-КА) и мочевины, креатинин и скорость клубочковой фильтрации. Для оценки достоверности различий между группами применялся **t-критерий Стьюдента** для независимых выборок. Различия считались статистически значимыми при $p < 0,05$. Корреляционный анализ проводился с расчетом коэффициента корреляции Пирсона (для нормального распределения).

Результаты

исследования. Анализ липидного обмена у пациентов двух групп показал достоверные различия по атерогенным показателям, за исключением общего холестерина. **Общий холестерин** в группе 1 составил $6,2 \pm 1,2$ ммоль/л, а в группе 2 - $5,9 \pm 1,1$ ммоль/л. Различия между группами не достигли статистической значимости ($p > 0,05$), что может быть связано с высокой вариабельностью этого показателя у пациентов с ХБП. Концентрация ЛПНП оказалась достоверно выше у пациентов с ИБС и ХБП - $4,1 \pm 1,0$ ммоль/л, тогда как в группе 2 этот показатель составил $3,5 \pm 0,9$ ммоль/л ($p < 0,05$). Это подтверждает более выраженные атерогенные изменения у пациентов с сочетанной патологией. Уровень ЛПВП был значительно ниже у пациентов первой группы - $0,9 \pm 0,2$ ммоль/л против $1,1 \pm 0,2$ ммоль/л в группе 2 ($p < 0,05$). Это свидетельствует о сниженной антиатерогенной защите у пациентов с ХБП, что повышает риск сердечно-сосудистых осложнений. Уровень ТГ в группе пациентов составил $2,3 \pm 0,5$ ммоль/л, что достоверно выше, чем у пациентов с изолированной ИБС ($1,8 \pm 0,4$ ммоль/л, $p < 0,05$). Это указывает на нарушение липидного обмена и повышенный риск атеросклероза у пациентов с сочетанной патологией. У пациентов с ИБС и ХБП (группа 1) коэффициент атерогенности оказался достоверно выше и составил $5,8 \pm 1,2$, тогда как в группе с изолированной ИБС (группа 2) этот показатель был $4,7 \pm 1,1$ ($p < 0,05$). Корреляционный анализ позволил выявить следующие ключевые взаимосвязи между показателями липидного обмена у пациентов с разными стадиями ХБП: Слабая положительная корреляция с уровнем креатинина ($p < 0,05$), что может свидетельствовать о некотором влиянии почечной дисфункции на общий уровень холестерина. Умеренная отрицательная корреляция с уровнем СКФ ($r = -0,35$, $p < 0,05$), что говорит о тенденции к увеличению уровня ОХС при

снижении функции почек. Выявлена достоверная отрицательная корреляция с СКФ ($r = -0,45$, $p < 0,01$), что подтверждает атерогенную роль ЛПНП при снижении функции почек. Умеренная положительная связь с уровнем креатинина ($r = 0,39$, $p < 0,05$), говорит о вероятном ухудшении липидного обмена по мере прогрессирования ХБП. Значимая положительная корреляция с СКФ ($r = 0,42$, $p < 0,01$), указывает на снижение антиатерогенной активности липидного обмена (ЛПВП) ухудшении почечной функции. Негативная связь с уровнем креатинина ($r = -0,37$, $p < 0,05$), подтверждает снижение защитных свойств ЛПВП у пациентов с тяжелыми стадиями ХБП. ТГ- выраженная отрицательная корреляция с СКФ ($p < 0,01$), свидетельствует о том, что по мере снижения функции почек уровень триглицеридов значительно возрастает. Положительная связь с уровнем креатинина ($p < 0,05$), указывает на нарушение метаболизма жиров у пациентов с почечной дисфункцией. Достоверная положительная корреляция с уровнем креатинина ($p < 0,05$), еще раз указывает на усиление атерогенного потенциала крови у пациентов с прогрессирующей почечной недостаточностью.

Выводы. По мере прогрессирования ХБП (снижения СКФ) ухудшаются параметры липидного обмена: повышаются уровни ЛПНП, триглицеридов и коэффициента атерогенности, тогда как уровень ЛПВП снижается. Выявленные связи подчеркивают необходимость контроля липидного профиля у пациентов с ХБП, так как нарушения липидного обмена являются важным фактором риска сердечно-сосудистых осложнений. Стратегии лечения ХБП должны включать коррекцию дислипидемии, особенно у пациентов с низкой СКФ, для снижения риска атеросклеротических осложнений.