

больных 2 группы. В 1 группе 71,4% больных имели II ФК Стенокардии напряжения, III ФК отмечался у 28,6% пациентов. Во 2 группе по функциональному классу стенокардии отмечалось у 11,5 и 88,5% больных соответственно.

Всем пациентам выполнялись антропометрические измерения, клинические и лабораторные исследования, ЭКГ, Эхокардиографическое исследование с доплерографией.

**Результаты.** ИМТ больных 1 группы составил  $25,9 \pm 2,3$  кг/м<sup>2</sup>, у пациентов 2 группы –  $30,8 \pm 3,1$  кг/м<sup>2</sup>, соответственно. Средние показатели ОТ больных 1 группы составляли  $99,8 \pm 2,29$  см и пациентов 2 группы –  $112,4 \pm 4,5$  см. При анализе результатов липидного спектра выявлено, что у всех больных наблюдалась дислипидемия. Достоверная разница между группами отмечалась только по уровням ОХС, ТГ, ХС ЛПНП ( $p < 0,001$ ). Средний показатель ТЭЖ у больных 1 группы составил  $4,8 \pm 0,08$  мм, а у больных 2 группы –  $12,2 \pm 0,13$  мм. ( $p < 0,001$ ). По показателям, КСР, КДО, КСО ФВ, ЛП, Ао отмечалась недостоверная разница в обследуемых группах ( $p > 0,05$ ). По результатам нашего

исследования при распределении больных по толщине эпикардального жира и наличия у больных сахарного диабета II типа отмечалась высокодостоверная разница по показателям массы миокарда ЛЖ ( $199,2 \pm 8,7$ ;  $278,5 \pm 10,2$  г соответственно), ТМЖП см ( $1,07 \pm 0,02$ ;  $1,31 \pm 0,02$  см соответственно), ТЗСЛЖ ( $1,12 \pm 0,01$ ;  $1,25 \pm 0,01$  см соответственно), иММЛЖ ( $102,8 \pm 4,4$ ;  $143,7 \pm 6,1$  соответственно) ( $p < 0,001$ ).

У больных с ИБС. Стенокардией напряжения ФК II–III с ТЭЖ  $< 5$  мм отмечалась прямая средняя корреляционная связь между толщиной эпикардального жира и ММЛЖ и его составляющими показателями (ИММЛЖ, ТМЖП, ТЗСЛЖ), а также ХС ЛПНП. У этой же категории больных, но с повышенной ТЭЖ (ТЭЖ  $> 10$  мм), отмечалась прямая сильная корреляционная связь между ТЭЖ и ОХС, ТЭЖ и ИМТ, ММЛЖ, ИММЛЖ.

**Заключение.** У обследованных больных отмечалась сильная прямая корреляционная связь между показателями ТЭЖ и ОХ, ММЛЖ, ОТ – у больных с ИБС. Стенокардией напряжения.

## ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПОЧЕК У БОЛЬНЫХ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА НА ФОНЕ САХАРНОГО ДИАБЕТА II ТИПА

САИПОВА Д.С., ОРТИКБОВЕВА Ш.О.

*Ташкентский педиатрический медицинский институт, г. Ташкент. Узбекистан*

**Актуальность.** Почки являются частью микроциркуляторной системы организма, влияют на формирование ССЗ, особенно в сочетании с СД, сердечной недостаточностью и почечными заболеваниями. По мере нарастания выраженности ХБП происходит прогрессирование гипертрофии левого желудочка сердца, развитие систолической и/или диастолической дисфункции, «ускорение» атеросклероза, кальцификация сосудистого русла. Во Фремингемском исследовании гипертрофия миокарда левого желудочка у больных с нарушением функции почек встречается в 3–4 раза чаще, чем у больных ИБС с сохранной функцией почек. Ранняя диагностика ишемической болезни почек предопределяет успех лечения таких пациентов, позволяя не только уменьшить число случаев терминальной стадии ХБП, но и снизить количество осложненных форм ИБС (Мухин Н.А., 2009).

**Цель исследования.** Изучить динамику показателей функции почек у больных ишемической болезнью сердца (ИБС) в зависимости от наличия сахарного диабета 2 типа (СД2).

**Материал и методы.** В исследование были включены 55 больных с ИБС, из них 25 больных с СД2 и 30 без СД2. Определяли показатели угле-

водного и липидного обмена, почечного кровотока и параметры функции почек.

**Результаты исследования.** Группы пациентов значимо не различались по возрасту, полу и показателям АД. В 1-й группе СД2 по сравнению со 2-й группой без СД отмечалась более высокая ЧСС:  $74 \pm 3,22$  уд/мин против  $69 \pm 4,17$  уд/мин ( $p < 0,01$ ). У 45 (81,8%) больных диагностирована стабильная стенокардия напряжения функциональный класс (ФК) III, у 10 (18,2%) больных ФК IV. Среди 25 обследованных больных с ИБС с СД2 18 (72%) с выявленной диабетической нефропатией отмечался высокий показатель АД и ФК стабильной стенокардии напряжения. Группы пациентов достоверно различались по содержанию глюкозы в венозной плазме натощак и HbA1c, который в группе больных СД2 составил 7,3% (6,9–8,0), а в группе без СД2 типа – 4,9% (4,7–6,1) ( $p < 0,001$ ). Группы не различались по концентрации ОХС, ХС ЛПНП и ХС ЛПВП в сыворотке крови, триглицеридов (ТАГ), и медиана индекса массы тела (ИМТ) была достоверно выше в группе больных СД2.

Группы пациентов не различались по показателям фильтрационной функции почек: концентрации креатинина и цистатина С в сыворотке крови, клиренсу креатинина и величине СКФ, рас-

считанной по цистатину С (СКФц). В обеих группах отмечалась отрицательная корреляционная взаимосвязь клиренса креатинина с возрастом пациентов ( $rs=-0,65$ ;  $p<0,001$  и  $rs=-0,56$ ;  $p<0,001$  соответственно). Кроме того, в группе больных СД2 прослеживалась отрицательная взаимосвязь клиренса креатинина с продолжительностью заболевания СД 2:  $rs=-0,27$ ;  $p<0,05$ . Величина МАУ в группе больных СД2 была в 5 раз выше, чем у больных без СД2. Величина МАУ в группе больных СД2 была в 5 раз выше, чем у больных без СД.

**Заключение.** Полученные результаты свидетельствуют об общности и взаимосвязи патогенетических механизмов, лежащих в основе развития дисфункции почек, у больных ИБС с сопутствующим СД2. Наличие одновременно факторов риска, таких как высокая АГ, возраст, мужской пол, длительность ИБС, дислипидемия, повышение глюкозы в венозной крови, повышает риска развития нарушения кровотока и гемодинамики в почках.

## ЗАВИСИМОСТЬ СМЕРТНОСТИ ОТ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА В ТЕПЛЫЙ И ХОЛОДНЫЙ ПЕРИОДЫ ГОДА

СЕЙСЕМБЕКОВ Т.З.<sup>1</sup>, МАМЕДОВ М.Н.<sup>2</sup>, ДОЛГИХ С.А.<sup>3</sup>, АБАЕВ Н.Н.<sup>3</sup>, ОНГАРБАЕВА Ж.Е.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>АО «Медицинский университет Астана»; <sup>2</sup>Национальный медицинский исследовательский центр профилактической медицины, г. Москва, Россия;

<sup>3</sup>РГП «Казгидромет»; г. Астана, Казахстан

**Цель.** Выявить взаимосвязь смертности больных ишемической болезнью сердца (ИБС) различного пола и возраста с температурой воздуха в теплый и холодный периоды года.

**Материал и методы.** Анализ заболеваемости и смертности от ИБС взрослого (18 лет и старше) населения Республики Казахстан (РК) и г.Астана за 2009–2015 гг. по данным МЗ РК; а также показатели ежедневной смертности в г. Астане от ИБС (МКБ-10: I20–I25) по данным Комитета статистики МНЭ РК за эти же годы во взаимосвязи с температурой воздуха: средней (Тср.), средней максимальной (Тмакс.) и минимальной (Тмин.) тех же суток. Показатели сгруппированы по теплым (апрель – октябрь) и холодным (ноябрь – март) месяцам года, анализированы в зависимости от пола и возраста: молодой (18–44 лет), средний (45–59), пожилой (60–74) и старческий (75 лет и старше).

**Результаты.** За 2009–2015 гг. наблюдается рост впервые диагностированной ИБС у взрослого населения РК с 457,3 до 470,7, в том числе городского – с 453,8 до 483,6 на 100 тыс. населения. Заболеваемость ИБС в Астане за эти годы также возросла, но показатели заметно ниже (с 228,5 до 238,9). При этом смертность от ИБС за анализируемые годы снизилась по РК с 157,0 до 71,7, среди городского населения – с 186,8 до 85,9, в г. Астана – с 124,5 до 60,5 на 100 тыс. населения. За анализируемые 7 лет число случаев ежедневной смертности в г. Астане составило 4242, в том числе в холодный период (ХП) года – 1858 (муж. – 1032, жен. – 826), в теплый период (ТП) – 2384 (муж. – 1333, жен. – 1050). В молодом возрасте отмечено 235 случаев смерти от ИБС, из них в ХП – 108 (муж. – 88, жен. – 20) в ТП – 127 (муж. – 104, жен. – 23); в среднем возрасте – 880, ХП 400 (муж.

– 339, жен. – 61), ТП 480 (муж. – 407, жен. – 73); в пожилом – 1378, ХП 583 (муж. – 352, жен. – 231) и старческом – 1748, ХП 767 (муж. – 253, жен. – 514), ТП – 981 (муж. – 346, жен. – 635). Температура воздуха в Астане за 2009–2015 гг. колебалась в диапазоне: низкая – 40,6°C (декабрь 2012) и высокая – 38,2°C (август 2014), среднегодовая возросла с 3,73°C (2009) до 4,62°C (2015). При этом число случаев смерти от ИБС уменьшилось с 842 (2009) до 519 (2015), в том числе в ХП – с 358 до 244, в ТП – с 484 до 275. Такая положительная динамика смертности наблюдалась как среди мужчин, так и у женщин по всем возрастным группам.

Анализ взаимосвязи показателей ежедневной смертности от ИБС с температурой воздуха по двум периодам года показал их зависимость от пола и возраста пациентов. Так, в целом между показателями смертности от ИБС в оба периода года и температурой воздуха (Тср., Тмакс., Тмин.) отмечена слабая коррелятивная связь, тогда как среди умерших лиц молодого возраста в ТП года эта связь уже средней силы ( $r=0,418$ ;  $0,430$ ;  $0,404$ ). Причем, у мужчин 18–44 лет отмечена прямая связь со всеми показателями температуры: Тср., Тмакс., Тмин. как в ХП ( $r=0,544$ ;  $0,608$ ;  $0,494$ , так и в ТП года ( $r=0,581$ ;  $0,634$ ;  $0,656$  соответственно). У женщин молодого возраста корреляции, указанных показателей в ХП была обратной, средней силы ( $r=-0,311$ ;  $-0,294$ ;  $-0,349$ ) и слабой в ТП года. Значимые взаимосвязи показателей смертности и всех температур имели место среди лиц в возрасте 44–59 лет, более выраженные в ТП года и достоверные у мужчин в оба периода года. У больных 75 лет и старше анализируемая взаимосвязь средней силы выявлена в ТП с Тср. ( $r=-0,393$ ), Тмин. ( $r=-0,492$ ) у мужчин и Тмин. ( $r=-0,381$ ) у женщин.