



Ганиева Шахзода Шавкатовна

Бухарский государственный медицинский институт, Республика Узбекистан, г. Бухара

**ЮРАК-ҚОН ТОМИР СИНТРОПИЯСИДА БЕМОЛЛАРНИ ТАШХИСЛАШ ВА ОЛИБ БОРИШ
АЛГОРИТМИ**

Ганиева Шахзода Шавкатовна

Бухоро давлат тиббиёт институти, Ўзбекистон Республикаси, Бухоро ш.

**ALGORITHM OF DIAGNOSTICS AND TACTICS OF MANAGEMENT OF PATIENTS WITH
CARDIOVASCULAR SYNTROPY**

Ganieva Shakhzoda Shavkatovna

Bukhara State Medical Institute, Republic of Uzbekistan, Bukhara

e-mail: doctor.ganieva@gmail.com

Резюме. Мақолада муаллиф томонидан юрак-қон томир синтропиясини ташкил этувчи гипертензия ва юрак ишемик касалликларининг иммунологик ва гемодинамик параметрларини комплекс баҳолаш натижалари берилган. Муаллиф юрак-қон томир континуумининг турли босқичларида беморларни ташхислаш ва олиб бориш алгоритминини ишлаб чиққан.

Калит сўзлар: Юрак қон-томир касалликлари, юрак ишемик касаллиги, артериал гипертензия, иммунологик маркерлар, алгоритм.

Abstract. In the article, the author carried out a comprehensive assessment of immunological and hemodynamic parameters of hypertension and coronary heart disease, which constitute cardiovascular syntropy. The author has developed an algorithm for the diagnosis and management of patients at various stages of the cardiovascular continuum.

Keywords: cardiovascular diseases, coronary heart disease, arterial hypertension, immunological markers, algorithm.

Введение. Сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ) – результат различных взаимосвязанных процессов (атеросклероза, эндотелиальной дисфункции), а также, как показали многочисленные исследования, ремоделирования левых камер сердца, способного повысить риск развития сердечно-сосудистых осложнений [3].

В настоящее время установлено, что патогенез большинства ССЗ и метаболических заболеваний, таких как дислипидемия, артериальная гипертензия (АГ), ишемическая болезнь сердца (ИБС), стенокардия, сахарный диабет, ожирение, связан с системным воспалением и оксидативным стрессом. Предполагается, что данные патологические процессы при этих заболеваниях имеют общие патогенетические звенья [2, 5].

Несмотря на то, что за долгие годы исследований ученые разобрались в механизмах развития и прогрессирования многих ССЗ, в частности

ИБС и АГ, распространенность этих видов патологии неуклонно возрастает. В современных руководствах по диагностике и лечению ССЗ основное внимание уделено факторам риска их развития [4].

Итогом ССЗ становится хроническая сердечная недостаточность, при которой, как и на начальных этапах сердечно-сосудистого континуума, отмечается хроническая гиперактивация РААС. Прогрессирование сердечной недостаточности приводит к смерти пациента – как непосредственно от декомпенсации, так и от связанных с ней жизнеугрожающих аритмий [1].

Наиболее интригующим новшеством в мозаике механизмов, возникших в последнее десятилетие и способствующих развитию гипертонической болезни (ГБ), стало открытие того, что компоненты врожденного и адаптивного иммунитета также участвуют в развитии ГБ[6].

Цель исследования: разработка алгоритма диагностики и тактики ведения пациентов при кардиоваскулярной синтропии.

Материалы и методы исследования: В исследование были включены 234 пациентов среднего возраста, средний возрастной показатель которых составлял $52,4 \pm 1,27$ лет.

Верификацию артериальной гипертензии (АГ) проводили по требованиям Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), классифицировали по международной классификации болезней (МКБ-10).

При этом придерживались классификации АСС/АНА Hypertension Guidelines (2017).

Критериями включения являлись больные в возрасте от 45 до 59 лет с диагнозом гипертоническая болезнь (ГБ), ИБС, стабильная стенокардия напряжения (ССН) подтвержденными клиническими и лабораторно-инструментальными методами, госпитализированные в стационар.

Пациенты исследуемых групп были сопоставимы по возрасту, полу, наличию факторов риска ССЗ.

Критериями исключения из исследования были пациенты с острым инфарктом миокарда, острым коронарным синдромом, острыми инфекционными заболеваниями, миокардитом и кардиомиопатиями, хронической почечной и печеночной недостаточностью, легочной гипертензией, врожденными и приобретенными пороками сердца, системными заболеваниями, онкологическими и гематологическими заболеваниями.

Исследования выполнены в соответствии с Хельсинкской декларацией.

Распределение пациентов по группам для проведения исследования проводилось следующим образом:

- в 1-группу включили 64 больных с гипертонической болезнью (ГБ) 1 стадия, 1-степени, риск II;

- во 2-группу включили 52 пациентов с ишемической болезнью сердца (ИБС): стабильная стенокардия напряжения (ССН), II функциональный класс (ФК), ГБ 2-стадии, 2-степени, риск III;

- 3-группу составили 58 больных с ИБС: ССН, III ФК, ГБ 3-стадии, 3-степень, риск IV;

- контрольную группу составили 60 практически здоровых лиц без сердечно-сосудистой патологии. Всем больным наряду с необходимыми функциональными (ЭКГ, ЭХОКГ, коронароангиография, УЗИ органов брюшной полости, рентгенография грудной клетки. Лабораторно было проведено исследование по изучению белкового, липидного и углеводного спектра крови, коагуло-

грамма, цитокинов и факторов роста в сыворотке крови.

Статистическая обработка результатов проведена при помощи программ «Excel» из пакета приложений Microsoft Office XP (Microsoft, США).

Результаты и их обсуждение. В процессе разработки алгоритма были определены критерии ремоделирования сердца: Для оценки концентрического ремоделирования левого желудочка рассчитывали индекс относительной толщины стенки левого желудочка (ОТС) и индекс массы миокарда левого желудочка (ИММЛЖ). Концентрическое ремоделирование имеет место в том случае, если $ОТС > 0,44$ ед., а ИММЛЖ. Гипертрофия ЛЖ определялась по методике Penn на основании расчета массы миокарда (ММ) и индекса (и) ММЛЖ. При этом иММЛЖ был получен индексацией ММЛЖ к площади поверхности тела пациента. Нормальными значениями ММЛЖ считали у женщин и мужчин 67–162 и 88–224 грамма (г), а иММЛЖ – не превышающим 95 и 115 г/м² соответственно. ГЛЖ диагностировали при превышении верхней границы указанных параметров. Были выделены больные с ГЛЖ и без ГЛЖ. Затем, в соответствии с рекомендациями P. Verdecchia и соавт. были выделены пациенты с нормальной геометрией (НГ) и концентрическим ремоделированием (КР) ЛЖ, а при выявлении ГЛЖ – с концентрической (К) и эксцентрической (Э) ГЛЖ.

Современные литературные источники свидетельствуют о том, что результаты Фремингемского исследования показали, что уровень сердечно-сосудистого риска был наиболее высоким в группе пациентов с концентрической гипертрофией ЛЖ.

Существует значительное преобладание концентрической геометрии ЛЖ в течение естественной прогрессии АГ к коронарной болезни сердца и преобладание эксцентрической геометрии ЛЖ при присоединении ишемической болезни сердца (ИБС) как следствие постинфарктного ремоделирования и неизбежной систолической дисфункции ЛЖ.

Исходя из полученных результатов диссертационной работы по изучению иммунобиохимических, клинических и функциональных маркеров АГ, ИБС и сочетанного их течения, представляющих кардиоваскулярную синтропию нами был разработан алгоритм диагностики и тактики ведения пациентов (рис.1). Для оценки эффективности терапии пациентов рекомендуется изучать степень приверженности пациентов к терапии при каждом их обращении к врачу.

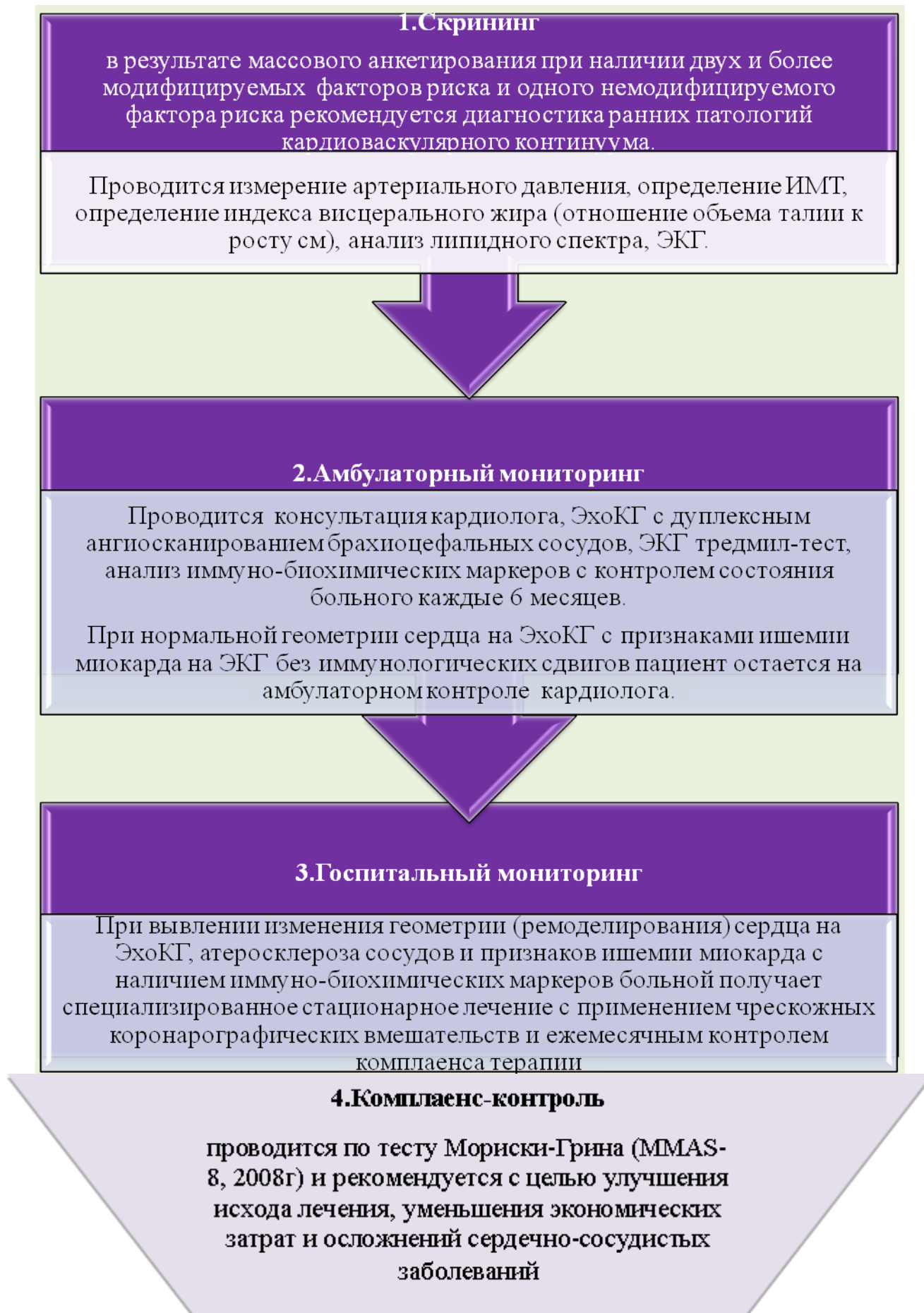


Рис. 1. Алгоритм диагностики и тактики ведения пациентов на различных этапах кардиоваскулярного континуума

В ходе изучения зарубежной и отечественной литературы наиболее оптимальным является тест Мориски-Грина для оценки комплаенса больных АГ, разработанный в 2008г и состоящий из 8 вопросов.

Комплаентными (приверженными) считаются больные, набравшие 4 и более балла. Больные, набравшие 2 балла и менее считаются неприверженными. Больные, набравшие 3 балла, считаются недостаточно приверженными и находящимися в группе риска по развитию неприверженности.

Внедрение алгоритма позволяет врачам общей практики, кардиологам и терапевтам проводить своевременные диагностические мероприятия для раннего выявления сердечно-сосудистых заболеваний, стратифицировать больных по группам риска, выбрать оптимальную тактику ведения и комплаенс-контроль лечения.

Выводы. В результате комплексного исследования клинико-иммунологических и гемодинамических показателей при кардиоваскулярной синтропии определены 8 иммуновоспалительных маркеров, предложено применение метода диагностики ремоделирования сердца и теста комплаенс-контроля больных в лечебных учреждениях, разработан алгоритм диагностики и тактики ведения пациентов на различных этапах кардиоваскулярного континуума. Внедрение алгоритма в практическое здравоохранение способствует раннему выявлению заболевания, эффективному амбулаторному и госпитальному мониторингу с контролем приверженности пациентов к терапии для повышения эффективности лечения и снижения частоты летальных исходов.

Литература:

1. Карпов Ю.А., & Шубина А.Т. (2017). Эффективность валсартана на различных этапах сердечно-сосудистого континуума. Атмосфера. Новости кардиологии, (2), 32-38.
2. Лебедева Ирина Александровна, Маградзе Гурам Надарович, Парцерняк Сергей Александрович, Устюжанинов Виталий

Сергеевич, Парцерняк Александр Сергеевич, Айвазян Белла Гагиковна, & Афлитонов Максим Александрович (2021). Общность патогенеза сердечно-сосудистых заболеваний и воспалительных процессов полости рта и челюстно-лицевой области с позиций взаимосвязи системных провоспалительных биомаркеров. Кардиология: Новости. Мнения. Обучение, (1 (26)), 39-48.

3. Хабибулина М., & Дмитриев А. (2017). Воздействие на ремоделирование сердца при аг с гипеоэстрогемией и дислипидемией. Врач, (1), 46-49.

4. Шилов Александр Михайлович Роль дефицита магния в сердечно-сосудистом континууме // Лечебное дело. 2013. №4. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/rol-defitsita-magniya-v-serdechno-sosudistom-kontinuume>

5. Gay I.C., Tran D.T., Cavender A.C., Weltman R., Chang J., Luckenbach E. et al. The effect of periodontal therapy on glycemic control in a hispanic population with type 2 diabetes: a randomized controlled trial // J. Clin. Periodontol. 2014. Vol. 41. P. 673–680.

6. Guzik TJ, Skiba DS, Touyz RM, Harrison DG. The role of infiltrating immune cells in dysfunctional adipose tissue. Cardiovasc Res. 2017;113(9):1009–23. <https://doi.org/10.1093/cvr/cvx108>

АЛГОРИТМ ДИАГНОСТИКИ И ТАКТИКИ ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ ПРИ КАРДИОВАСКУЛЯРНОЙ СИНТРОПИИ

Ганиева Ш.Ш.

Резюме. В статье автором проведена комплексная оценка иммунологических и гемодинамических показателей гипертонической болезни и ишемической болезни сердца, составляющих кардиоваскулярную синтропию. Автором разработан алгоритм диагностики и тактики ведения больных на различных этапах сердечно-сосудистого континуума.

Ключевые слова: сердечно-сосудистые заболевания, ишемическая болезнь сердца, артериальная гипертензия, иммунологические маркеры, алгоритм.