

Факторы Риска Ремоделирования Сердца При Кардиоваскулярной Синдропии

Ганиева Шахзода Шавкатовна

Бухарский государственный медицинский институт

Введение: В клинической практике давно обозначена проблема множественных сочетанных заболеваний. До 80% бюджета здравоохранения развитых стран расходуется на пациентов с четырьмя и более заболеваниями. Наиболее распространенный термин для обозначения этого феномена – коморбидность. Однако только та часть сочетанных болезней, которая имеет общую генетическую основу и сходный патогенез, относится к синдропиям. Известно множество клинически доказанных синдропных заболеваний: иммунозависимые болезни (аллергические и аутоиммунные); эндокринные заболевания, в том числе сочетание сахарного диабета (СД2), аутоиммунного тиреоидита и глютеновой энтеропатии, некоторые формы психических заболеваний. Среди них – сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ), объединяемые понятием сердечнососудистого континуума (ССК) [2,3].

Ишемия миокарда, как известно, приводит не только к ухудшению качества жизни больных ишемической болезнью сердца (ИБС), но может считаться фактором риска развития неблагоприятных клинических исходов, связанных с ИБС. Риск сердечно сосудистых осложнений и смерти увеличивается в зависимости от частоты приступов стенокардии. При частоте приступов стенокардии более 6 в неделю, у больных увеличивается риск развития сердечно-сосудистых осложнений в 3 раза. Также, общепризнано, что влияние на ишемию миокарда может стать эффективным подходом к снижению риска развития неблагоприятных исходов. Достичь эффективного контроля приступов стенокардии довольно сложная задача. Симптомы ИБС сохраняются, несмотря на терапию даже несколькими препаратами. 86 % больных ИБС продолжают страдать от приступов стенокардии, принимая 2-3 антиангинальных препарата [1,4].

Цель исследования: разработка программы стратификации риска ремоделирования сердца при сердечно-сосудистых заболеваниях у лиц среднего и пожилого возраста.

Материалы и методы исследования:

В исследование были включены 116 пациентов среднего и пожилого возраста, средний возрастной показатель которых составлял $62,4 \pm 1,27$ лет.

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

При этом придерживались классификации ACC/AHA Hypertension Guidelines (2017).

Критериями включения являлись больные в возрасте от 45 до 74 лет с диагнозом АГ, ИБС, СС 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 Хельсинской декларацией.

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, коагулограмма, иммуноглобулинов, цитокинов, факторов роста и повреждения в сыворотке крови.

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

Результаты и их обсуждение.

При распределении пациентов по возрасту установлено преобладание в возрасте 60-74 лет -73 (62,9%), чаще страдают женщины-45 (61,6%).

Изучение структуры факторов риска у пациентов в зависимости от пола позволило установить преобладание фактора нерационального питания независимо от пола, что составило у мужчин 82%, а у женщин- 67%.

Второе место среди факторов риска у мужчин занимает фактор ожирения (68%) и дислипидемия (58%), у женщин дислипидемия составляет 64%, а фактор ожирения -54%. Третье место составляет гипергликемия, у мужчин-51% и у женщин-47%.

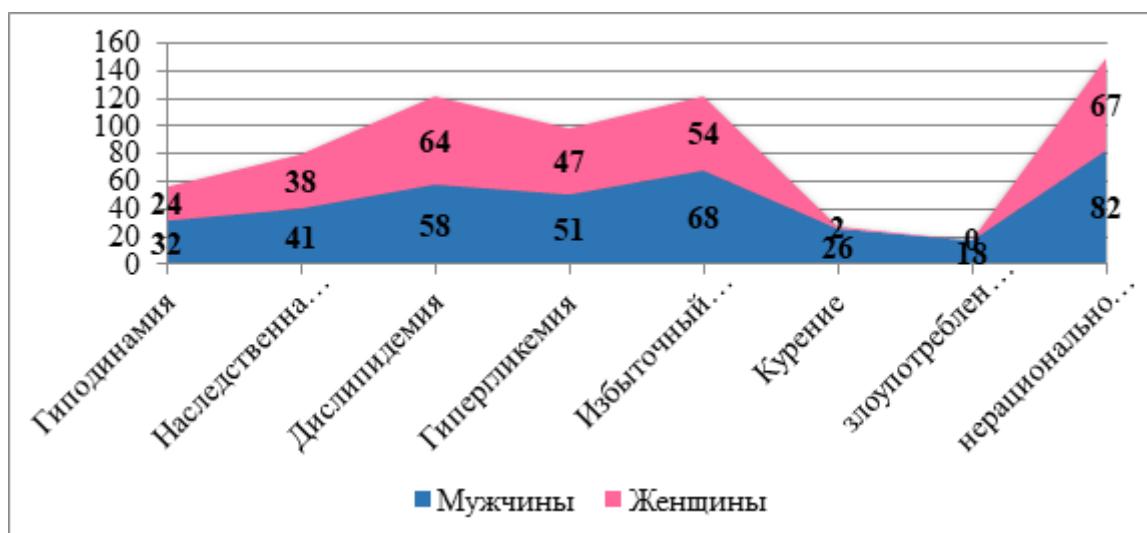


Рисунок 1. Факторы риска кардиоваскулярных заболеваний в зависимости от пола (%)

При этом самый важный фактор риска - наследственная предрасположенность по ССЗ встречается у 41% мужчин и 38% женщин среди всех обследованных.

Таким образом, оценка факторов риска развития ССЗ у пациентов отобранных для научных исследований показала важность учета взаимосвязи установленных факторов со степенью тяжести течения ИБС (рис.1.).

Для дифференциации риска ремоделирования сердца и сосудов при сердечно сосудистых заболеваниях нами были отобраны больные в зависимости от возраста и нозологии.

Выборка пациентов для обследований осуществлялась следующим образом:

- в 1-группу включили 36 больных с гипертонической болезнью (ГБ) 1 стадия, 1-степени, риск II;
 - во 2-группу включили 32 пациентов с ишемической болезнью сердца (ИБС): стабильная стенокардия напряжения (ССН), II функциональный класс (ФК), ГБ 2-стадии, 2-степени, риск III;
 - 3-группу составили 48 больных с ИБС: ССН, III ФК, ГБ 3-стадии, 3-степень, риск IV (рис.2). Соответственно классификации ACC/AHA Hypertension Guidelines (2017) установлено преобладание больных с ИБС ССН, III ФК-51,7%.
- Соответственно современной классификации АГ распределили больных по степени риска развития осложнений. В результате выявили высокую частоту IV риска среди пациентов с ИБС: ССН, II ФК- 31,3%, IIIФК-50% (рис.3).

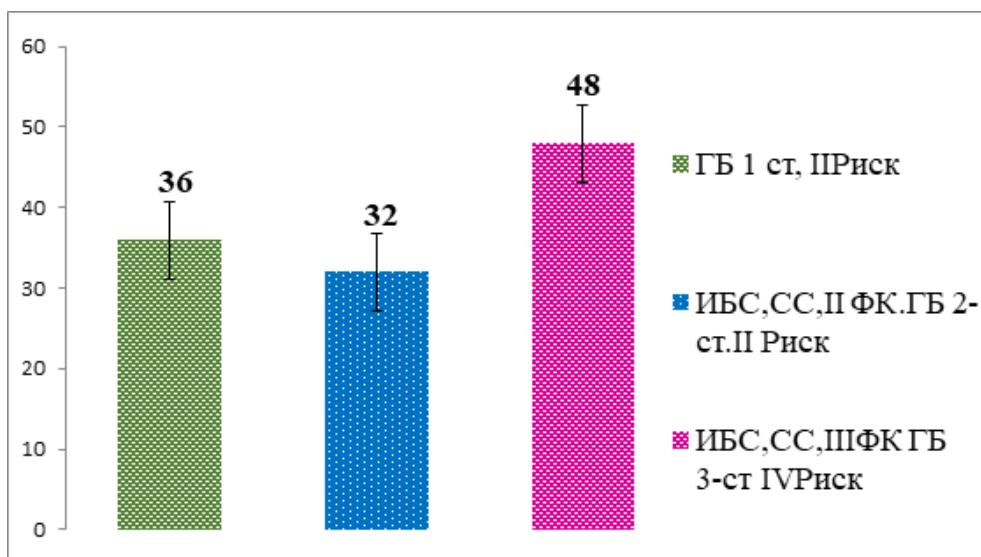


Рисунок 2. Распределение больных по нозологии

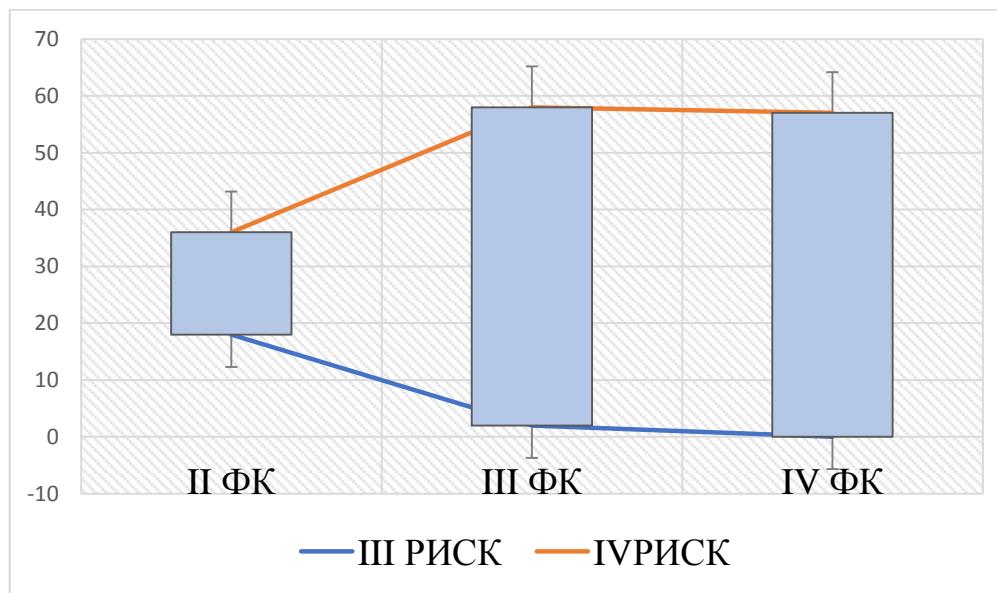


Рисунок 3. Распределение больных с ИБС по степени тяжести и риска

Результаты объективного осмотра показали особенности гемодинамических параметров, которые могут служить показателями степени тяжести ИБС.

Известно, по истечении времени и давности ССЗ происходят структурные изменения сердца и сосудов.

На основании функциональных исследований отобранных для исследования пациентов и распределения по типу ремоделирования сердца установлено 1 тип ремоделирования во всех трех группах обследованных больных. Эксцентрическая гипертрофия ЛЖ преобладает среди пациентов 2-й и 3-й группы (рис.4).

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.

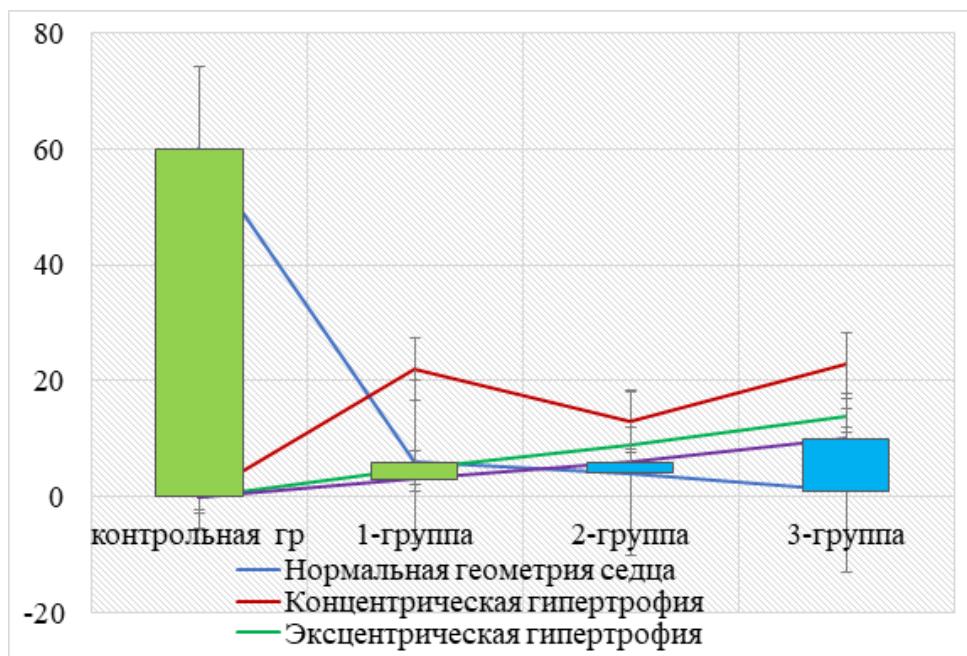


Рисунок 4. Распределение по типу ремоделирования сердца

Важное значение имеют факторы риска формирования ССЗ в зависимости от возраста в популяции.

С целью дифференциации риска ремоделирования сердца были отобраны больные для оценки факторов, способствующих формированию АГ и её трансформации в ИБС, определили ведущие взаимосвязанные по патогенезу и способствующие формированию АГ и её трансформации в ИБС факторы. Изучение наличия определенных факторов проведено сравнительно в зависимости от возраста и степени тяжести АГ и ИБС. Для этого проводили тщательное изучение анамнез, объективный осмотр и обследование отобранных пациентов.

В качестве ведущих причинных факторов развития ССЗ были изучены образ жизни, сфера деятельности, тип телосложения, характер питания и наследственная отягощенность по сердечно сосудистой патологии.

В результате установлена частота определенных факторов и отношение шансов (ОШ) риска ремоделирования сердца.

Малоподвижный образ жизни как фактор риска встречается у пациентов с ИБС: ССН +АГ в 24,2% случаев, а в контроле -в 18,3% случаев, что показывает взаимосвязи данного фактора с повышением шанса развития ремоделирования сердца в 1,42 раза.

Таким образом, изучением влияния факторов риска на развитие ремоделирования сердца при ИБС, ССН и АГ у больных установлено, что при повышении уровня креатинина в крови у пациентов с ИБС в 23,0 раза, у пациентов с ожирением и высокий R V5-6, глубокий S V1-2 (на ЭКГ) в 16,0 раза; при стрессе и/или умственной нагрузке в 16,0 раза, при сдвиге лейкоцитов периферической крови <4,0 и >9,0 г/л в 11,0 раза повышается шанс ремоделирования сердца.

В структуре частоты встречаемости факторов риска ремоделирования сердца 1- место занимает фактор повышения креатинина в крови > 100 ммоль/л-ОШ=22,9, 2- место занимают факторы ожирения и высокий R V5-6, глубокий S V1-2 (на ЭКГ) с ОШ=16,0 соответственно и на 3-м месте выступает фактор стресса и/или умственной нагрузки с ОШ= 14,0.

Важно указать влияние изменения липидного спектра крови на формирование ремоделирования сердца, в частности у пациентов с ИБС повышение ТГ>1,3 ммоль/л способствует повышению шанса ремоделирования сердца в 10,7 раза. При этом индикатором воспаления при ИБС выступают лейкоциты периферической крови, снижение которых <4,0 и/или повышение >9,0г/л свидетельствует о повышении шансов развития ремоделирования в 12,0раза.

Изучение влияния изученных выше факторов риска на течение ИБС и АГ и развитие реструктуризации сердца как осложнение диктует о необходимости разработки совершенствования программы стратификации риска ремоделирования сердца у лиц среднего и пожилого возраста.

Использование данной программы доказывает эффективность при выборе тактики ведения пациентов с ССЗ и способствует уменьшению риска осложнений и инвалидностей.

Выводы:

1. В структуре частоты встречаемости факторов риска ремоделирования сердца 1- место занимает фактор повышения креатинина в крови > 100 ммоль/л-ОШ=22,9, 2- место занимают факторы ожирения и высокий R V5-6, глубокий S V1-2 (на ЭКГ) с ОШ=16,0 соответственно и на 3-м месте выступает фактор стресса и/или умственной нагрузки с ОШ= 14,0.
2. У женщин пожилого возраста ССЗ чаще протекают на фоне хронического холецистита (82,2%), а у мужчин- на фоне сахарного диабета 2- типа (71,4%).
3. При ИБС ССН, III ФК, ГБ 3-стадии, 3-степень, риск IV преобладает эксцентрическая гипертрофия ЛЖ
4. Установлено отсутствие связи избыточного веса и изменения баланса прогестеронов и тестостерона с развитием ремоделирования сердца при ИБС.
5. При повышении уровня креатинина в крови у пациентов с ИБС в 23,0 раза, у пациентов с ожирением и высокий R V5-6, глубокий S V1-2 (на ЭКГ) в 16,0 раза; при стрессе и/или умственной нагрузке в 16,0 раза, при сдвиге лейкоцитов периферической крови <4,0 и >9,0 г/л в 11,0 раза повышается шанс ремоделирования сердца.

Литература

1. Альмухамбетова Р.К., Ш.Б. Жангелова, М.Б. Жангелова, Г.Ж. Уменова Кардиопротективная стратегия в терапии ИБС // Вестник КазНМУ. 2015. №3. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/kardioprotektivnaya-strategiya-v-terapii-ibs> (дата обращения: 02.03.2023).
2. Макеева О.А., Слепцов А.А., Кулиш Е.В., Барбараши О.Л., Мазур А.М., Прохорчук Е.Б., Чеканов Н.Н., Степанов В.А., Пузырев В.П. Геномное исследование коморбидности сердечно-сосудистого континуума // Acta Naturae (русскоязычная версия). 2015. №3 (26). URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/genomnoe-issledovanie-komorbidnosti-serdechno-sosudistogo-kontinuuma>
3. Наврузова Ш.И. (2022). Диагностическое Значение Показателей Клеточного Иммунитета При Артериальной Гипертензии. *Central Asian Journal of Medical and Natural Science*, 3(2), 421-426. <https://doi.org/10.17605/OSF.IO/4FXQ9>
4. Ganieva Sh.Sh, & Akhrorov J.X. (2022). Этиопатогенетические Особенности Ремоделирования Сердца При Кардиоваскулярной Патологии. *Periodica Journal of Modern Philosophy, Social Sciences and Humanities*, 13, 101–105. Retrieved from <https://periodica.org/index.php/journal/article/view/339>