



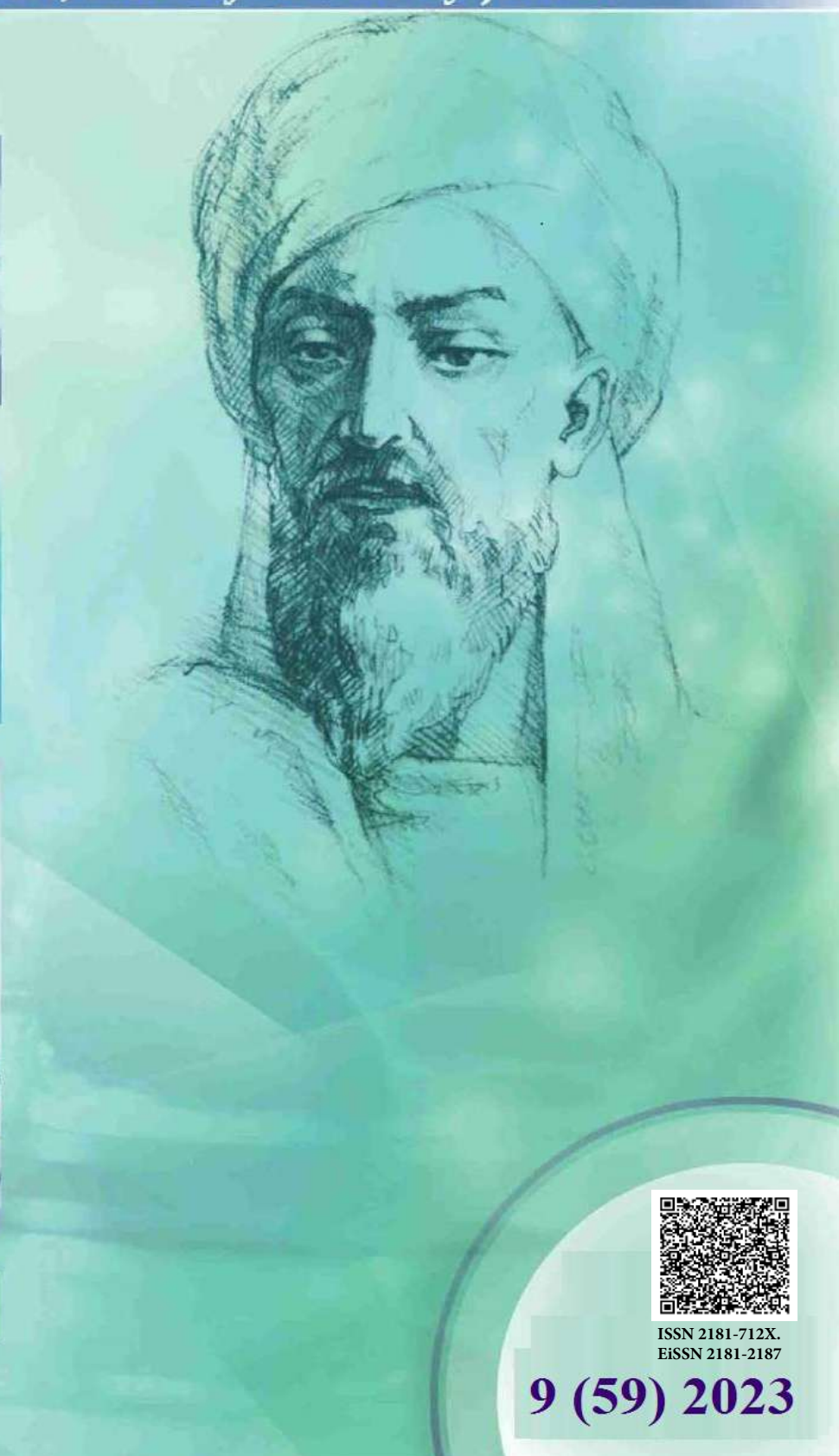
New Day in Medicine
Новый День в Медицине

NDM



TIBBIOVIYOTDA YANGI KUN

Ilmiy referativ, marifiy-ma'naviy jurnal



AVICENNA-MED.UZ



ISSN 2181-712X.
EiSSN 2181-2187

9 (59) 2023

**Сопредседатели редакционной
коллегии:**

**Ш. Ж. ТЕШАЕВ,
А. Ш. РЕВИШВИЛИ**

Ред. коллегия:

М.И. АБДУЛЛАЕВ
А.А. АБДУМАЖИДОВ
А.Ш. АБДУМАЖИДОВ
Р.Б. АБДУЛЛАЕВ
Л.М. АБДУЛЛАЕВА
М.М. АКБАРОВ
Х.А. АКИЛОВ
М.М. АЛИЕВ
С.Ж. АМИНОВ
Ш.Э. АМОНОВ
Ш.М. АХМЕДОВ
Ю.М. АХМЕДОВ
Т.А. АСКАРОВ
М.А. АРТИКОВА
Ж.Б. БЕКНАЗАРОВ (главный редактор)
Е.А. БЕРДИЕВ
Б.Т. БУЗРУКОВ
Р.К. ДАДАБАЕВА
М.Н. ДАМИНОВА
К.А. ДЕХКОНОВ
Э.С. ДЖУМАБАЕВ
Н.Н. ЗОЛотова
А.Ш. ИНОЯТОВ
С. ИНДАМИНОВ
А.И. ИСКАНДАРОВ
Э.Э. КОБИЛОВ
Д.М. МУСАЕВА
Т.С. МУСАЕВ
Ф.Г. НАЗИРОВ
Н.А. НУРАЛИЕВА
Б.Т. РАХИМОВ
Х.А. РАСУЛОВ
Ш.И. РУЗИЕВ
С.А. РУЗИБОВЕВ
С.А. ГАФФОРОВ
С.Т. ШАТМАНОВ (Кыргызстан)
Ж.Б. САТТАРОВ
Б.Б. САФОВЕВ (отв. редактор)
И.А. САТИВАЛДИЕВА
Д.И. ТУКСАНОВА
М.М. ТАДЖИЕВ
А.Ж. ХАМРАЕВ
А.М. ШАМСИЕВ
А.К. ШАДМАНОВ
Н.Ж. ЭРМАТОВ
Б.Б. ЕРГАШЕВ
Н.Ш. ЕРГАШЕВ
И.Р. ЮЛДАШЕВ
Д.Х. ЮЛДАШЕВА
А.С. ЮСУПОВ
М.Ш. ХАКИМОВ
Д.О. ИВАНОВ (Россия)
К.А. ЕГЕЗАРЯН (Россия)
DONG JINCHENG (Китай)
КУЗАКОВ В.Е. (Россия)
Я. МЕЙЕРНИК (Словакия)
В.А. МИТИШ (Россия)
В.И. ПРИМАКОВ (Беларусь)
О.В. ПЕШИКОВ (Россия)
А.А. ПОТАПОВ (Россия)
А.А. ТЕПЛОВ (Россия)
Т.Ш. ШАРМАНОВ (Казахстан)
А.А. ЩЕГОЛОВ (Россия)
Prof. Dr. KURBANHAN MUSLUMOV (Azerbaijan)
Prof. Dr. DENIZ UYAK (Germany)

www.bsmi.uz

<https://newdaymedicine.com>

E: ndmuz@mail.ru

Тел: +99890 8061882

**ТИББИЁТДА ЯНГИ КУН
НОВЫЙ ДЕНЬ В МЕДИЦИНЕ
NEW DAY IN MEDICINE**

Илмий-рефератив, маънавий-маърифий журнал

Научно-реферативный,

духовно-просветительский журнал

УЧРЕДИТЕЛИ:

**БУХАРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ
ООО «ТИББИЁТДА ЯНГИ КУН»**

Национальный медицинский
исследовательский центр хирургии имени
А.В. Вишневского является генеральным
научно-практическим
консультантом редакции

Журнал был включен в список журнальных
изданий, рецензируемых Высшей
Аттестационной Комиссией
Республики Узбекистан
(Протокол № 201/03 от 30.12.2013 г.)

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ:

М.М. АБДУРАХМАНОВ (Бухара)
Г.Ж. ЖАРЫЛКАСЫНОВА (Бухара)
А.Ш. ИНОЯТОВ (Ташкент)
Г.А. ИХТИЁРОВА (Бухара)
Ш.И. КАРИМОВ (Ташкент)
У.К. КАЮМОВ (Тошкент)
Ш.И. НАВРУЗОВА (Бухара)
А.А. НОСИРОВ (Ташкент)
А.Р. ОБЛОКУЛОВ (Бухара)
Б.Т. ОДИЛОВА (Ташкент)
Ш.Т. УРАКОВ (Бухара)

9 (59)

2023

сентябрь

УДК 616.12-009.72-005.8:616.294-071

ПРОГНОСТИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ ТЯЖЕСТИ РЕМОДЕЛИРОВАНИЯ СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

Кодиров Миршод Дилишодович, <https://orcid.org/0000-0001-6090-1394>

Ганиева Шахзода Шавкатовна <https://orcid.org/0000-0001-7290-1861>

Бухарский государственный медицинский институт имени Абу Али ибн Сины, Узбекистан, г. Бухара, ул. А. Навои. 1 Тел: +998 (65) 223-00-50 e-mail: info@bsmi.uz

✓ Резюме

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. Разработка авторами прогностических критериев ремоделирования сердца при сердечно-сосудистых заболеваниях у лиц среднего и пожилого возраста способствует ранней диагностике острого коронарного синдрома и смертельных исходов при этом.

Ключевые слова: сердечно-сосудистые заболевания, ишемическая болезнь сердца, артериальная гипертензия, факторы риска.

PROGNOSTIC CRITERIA FOR THE SEVERITY OF CARDIAC REMODELING IN PATIENTS WITH CORONARY HEART DISEASE

Kodirov Mirshod Dilshodovich, <https://orcid.org/0000-0001-6090-1394>

Ganieva Shahzoda Shavkatovna <https://orcid.org/0000-0001-7290-1861>

Bukhara State Medical Institute named after Abu Ali ibn Sina Uzbekistan Bukhara, A.Navoi st. 1
Tel: +998(65) 223-00-50 e-mail: info@bsmi.uz

✓ Resume

The risk of cardiovascular complications and death increases depending on the frequency of angina attacks. With the frequency of angina attacks more than 6 per week, patients have a 3-fold increased risk of developing cardiovascular complications. It is also generally recognized that the effect on myocardial ischemia can be an effective approach to reducing the risk of adverse outcomes. The authors' development of prognostic criteria for heart remodeling in cardiovascular diseases in middle-aged and elderly people contributes to the early diagnosis of acute coronary syndrome and deaths at the same time.

Key words: cardiovascular diseases, coronary heart disease, arterial hypertension, risk factors.

ЮРАК ИШЕМИК КАСАЛЛИГИ БЎЛГАН БЕМОРЛАРДА ЮРАК РЕМОДЕЛЯЦИЯСИНИНГ ПРОГНОСТИК МЕЗОНЛАРИ

Кодиров Миршод Дилишодович, <https://orcid.org/0000-0001-6090-1394>

Ганиева Шахзода Шавкатовна <https://orcid.org/0000-0001-7290-1861>

Абу али ибн Сино номидаги Бухоро давлат тиббиёт институти Ўзбекистон, Бухоро ш., А.Навоий кўчаси. 1 Тел: +998 (65) 223-00-50 e-mail: info@bsmi.uz

✓ Резюме

Стенокардия хуружлари сонига қараб юрак-қон томир асоратлари ва ўлим хавфи ортади. Ҳафтада 6 дан ортиқ стенокардия қайталаниш сонлари билан беморларда юрак-қон томир асоратларини ривожланиш хавфи 3 барабар ошади. Миокард ишемиясига таъсир қилувчи хавфли омилларни камайтириш учун самарали ёндашув муҳимлиги олимлар томонидан таъкидланган. Муаллифларнинг ўрта ва кекса ёшли одамларда юрак-қон томир касалликларида юрак ремоделизациясининг прогностик мезонларини ишлаб чиқиши ўткир коронар синдромни эрта таъхислашга ва ўлим ҳолатларини камайтиришга ёрдам беради.

Калит сўзлар: юрак-қон томир касалликлари, юрак ишемик касаллиги, артериал гипертензия, хавф омиллари.

Актуальность

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 синдромам, болезням «притяжения», «взаимной склонности» («attraction»). Известно множество клинически доказанных синдромах заболеваний: иммунозависимые болезни (аллергические и аутоиммунные); эндокринные заболевания, в том числе сочетание сахарного диабета (СД2), аутоиммунного тиреоидита и глютенной 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.

Материал и методы

В исследование были включены 116 пациентов среднего и пожилого возраста, средний возрастной показатель которых составлял 62,4±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 Хельсинкской 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).

Результат и обсуждение

При распределении пациентов по возрасту установлено преобладание в возрасте 60-74 лет -73 (62,9%), чаще страдают женщины-45 (61,6%) (рис.1.).



Рисунок 1. Распределение больных с ССЗ по возрасту

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%.

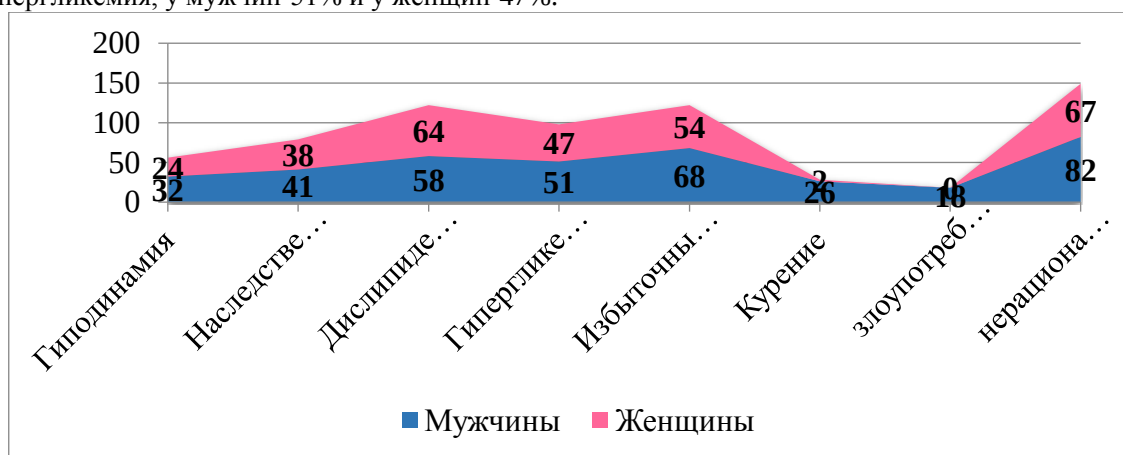


Рисунок 2. Факторы риска сердечно-сосудистых заболеваний в зависимости от пола (%)

При этом самый важный фактор риска - наследственная предрасположенность по ССЗ встречается у 41% мужчин и 38% женщин среди всех обследованных (рис 1.).

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.2.).

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 (СН), II функциональный класс (ФК), ГБ 2-стадии, 2-степени, риск III;
- 3-группу составили 48 больных с ИБС: СН, III ФК, ГБ 3-стадии, 3-степень, риск IV (рис.3).

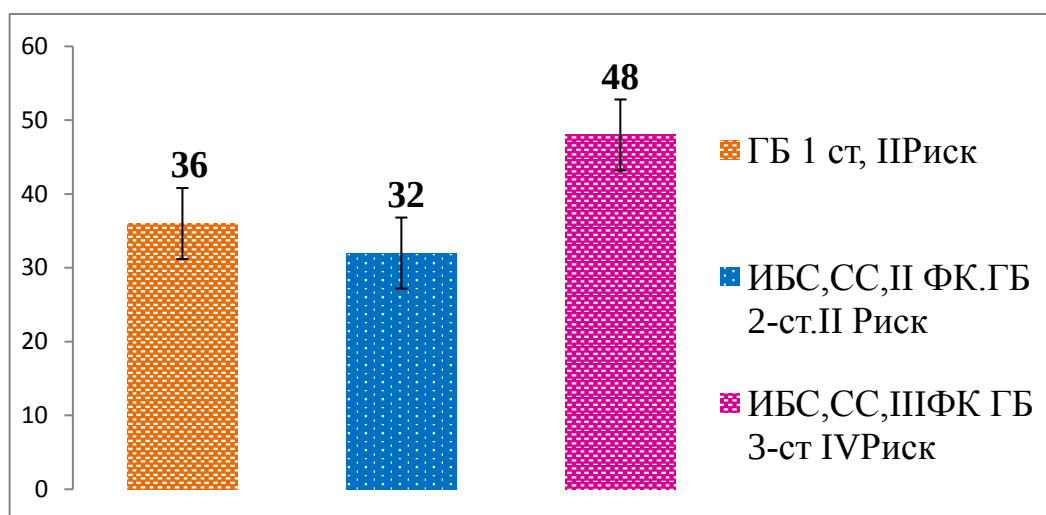


Рисунок 3. Распределение больных по нозологии

Соответственно классификации ACC/AHA Hypertension Guidelines (2017) установлено преобладание больных с ИБС СН, III ФК-51,7% (рис.4).

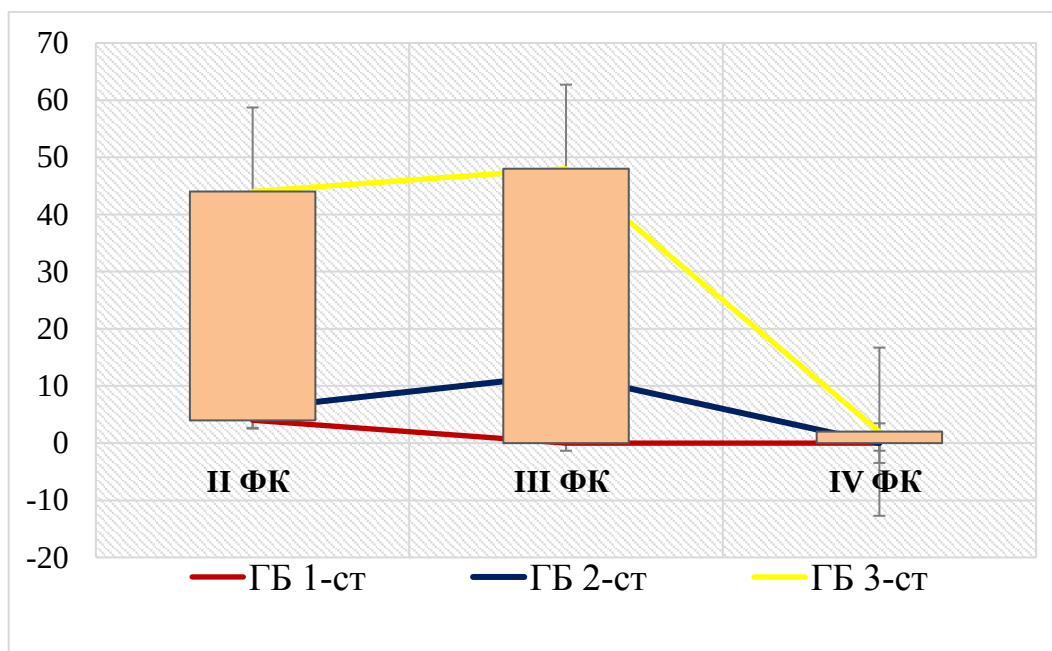


Рисунок 4. Распределение пациентов по степени тяжести ИБС, СН.

Соответственно современной классификации АГ распределили больных по степени риска развития осложнений. В результате выявили высокую частоту IV риска среди пациентов с ИБС: СН, II ФК- 31,3%, IIIФК-50% (рис.5)

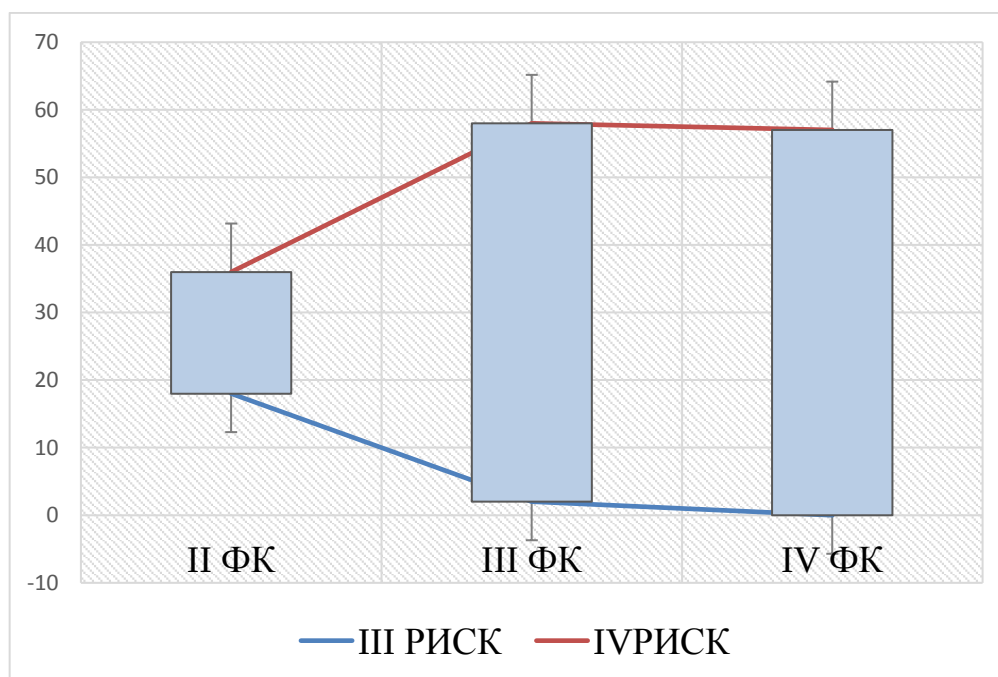


Рисунок 5. Распределение больных с ИБС по степени тяжести и риска

Результаты объективного осмотра показали особенности гемодинамических параметров, которые могут служить показателями степени тяжести ИБС (табл.1).

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

В настоящее время структурные изменения ЛЖ при АГ классифицируются по данным эхокардиографии.

С учетом массы миокарда и относительной толщины стенки ЛЖ различают 4 типа геометрических моделей:

1. Концентрическая гипертрофия (увеличение массы миокарда и относительной толщины стенки ЛЖ);
2. Эксцентрическая гипертрофия (увеличение массы миокарда при нормальной относительной толщине стенки);
3. Концентрическое ремоделирование (нормальная масса миокарда и увеличенная относительная толщина стенки);
4. Нормальная геометрия ЛЖ (нормальная масса миокарда и нормальная относительная толщина стенки).

Таблица 1

Показатели центральной гемодинамики нормотоников и больных АГ

Показатели	Контрольная группа (n=60)		1-группа (n=36) ГБ 1 стадия, 1-степени, риск II		2-группа (n=32) ИБС: ССН, II ФК, ГБ 2-стадии, 2-степени, риск III		3-группа (n=48) ИБС ССН, III ФК, ГБ 3-стадии, 3-степень, риск IV	
	М	m	М	m	М	m	М	М
ЧСС уд.в мин.	70,5	1,48	79,7	1,46	83,3	1,92	82,1	2,62
САД мм рт.ст.	125,5	5,31	154,7	3,21	172,4	2,98	194,2	2,53
ДАД мм рт.ст.	74,2	3,88	96,5	1,72	103,7	1,55	118,3	1,91

На основании функциональных исследований отобранных для исследования пациентов и распределения по типу ремоделирования сердца установлено 1 тип ремоделирования во всех трех группах обследованных больных (рис 6).

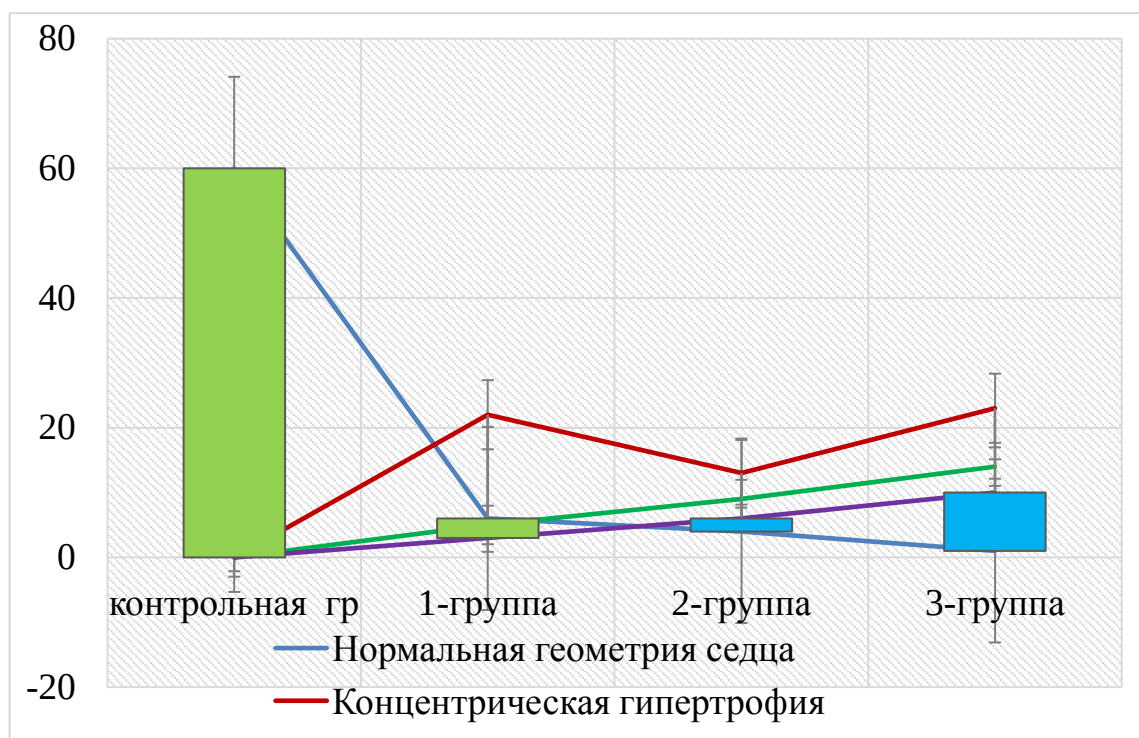


Рисунок 4. Распределение по типу ремоделирования сердца

Эксцентрическая гипертрофия ЛЖ преобладает среди пациентов 2-й и 3-й группы. (рис.6).

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.

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 (табл. 2):

Расчет по программе: при $OШ > 1$, фактор способствует наступления исхода, в наших исследованиях дает прогноз развития ремоделирования.

Например, у пациентов с ожирением и высокий $R V5-6$, глубокий $S VI-2$ (на ЭКГ) риск ремоделирования сердца возрастает в 16,0 раза; при повышении уровня креатинина выше 100 мкмоль/л у пациентов с ССЗ риск ремоделирования сердца повышается в 22,9 раза.

Таблица 2

Факторы риска и отношение шансов ремоделирования сердца (M±m)

Факторы риска	Больные (n=116)		Группа контроля (n=60)		ОШ	95% ДИ (min-max)
	абс	%	абс	%		
Малоподвижный образ жизни	28	24,2	11	18,3	1,42	0,650-3,092
Употребление алкоголя	32	27,6	14	23,3	1,25	0,607-2,581
Курение табака	50	43,1	17	28,3	1,916	0,979-3,749
Курение носвай	11	9,48	2	3,4	3,038	0,651-14,177
Избыточный вес	41	35,4	49	81,7	0,123	0,058-0,262
ожирение	53	45,7	3	5,0	15,984	4,733-53,986
Избыточное употребление поваренной соли с пищей	61	52,6	7	11,7	8,397	3,524-20,012
Стресс и умственное переутомление (нагрузка)	88	75,8	11	18,3	14,00	6,417-30,542
Физическая нагрузка	106	91,4	45	75,0	3,533	1,476-8,458
Гиперстенический тип телосложения	82	70,7	38	63,4	1,396	0,722-2,701
Избыточное употребление жирных продуктов	70	60,4	13	21,7	5,502	2,683-11,281
НВ< г/л	62	53,4	11	18,3	5,114	2,419-10,815
Лейкоциты $\times 10^9 < 4,0 > 9,0$ г/л	71	61,2	7	11,7	11,946	4,994-28,577
СОЭ>12 мм/ч	32	27,6	7	11,7	2,884	1,188-7,004
Фибриноген>3,5 г/л	46	39,6	12	20,0	2,629	1,262-5,476
Общий белок <60,0 г/л	29	25,0	11	18,3	1,485	0,682-3,231
Мочевина> 9,0 ммоль/л	87	75,0	21	35,0	5,571	2,832-10,962
Креатинин>100 ммоль/л	93	80,2	9	15,0	22,913	9,863-53,230
ПКТ >0,05 нг/мл	48	41,4	11	18,3	3,144	1,484-6,664
IGF-I >95,0 нг/мл	67	57,7	9	15,0	7,748	3,486-17,222
VEGF>92,5 пг/мл	87	75,0	27	45,0	3,667	1,896-7,093
TGF- $\beta 1$ >10,0пг/мл	91	78,4	22	36,7	6,287	3,164-12,494
Глюкоза >5,5 г/л	33	28,4	12	20,0	1,590	0,751-3,368
Общий холестерин >5,5 ммоль/л	77	66,4	28	46,7	2,256	1,193-4,266
ЛПНП <2,5 ммоль/л	55	47,4	12	20,0	3,607	1,738-7,484
ЛПВП>1,7 ммоль/л	54	46,5	8	13,4	5,661	2,471-12,970
ТГ>1,3 ммоль/л	42	36,2	3	5,0	10,784	3,180-36,570
Индекс атерогенности >2,0 усл.ед	63	54,3	12	20,0	4,755	2,290-9,871
Прогестерон >0,5 нмоль/л	42	36,2	21	35,0	1,054	0,549-2,023
Тестостерон <31,0 у мужчин; <1,2 у женщин	23	19,8	11	18,3	1,102	0,496-2,446
ИЛ-6, пг/мл	49	42,3	9	15,0	4,144	1,865-9,211
ФНО- α , пг/мл	59	50,8	13	21,7	3,742	1,833-7,642
ЭКГ: Высокий R V5-6, глубокий S V1-2	63	54,3	4	6,7	16,642	5,662-48,915
Одышка в покое	45	38,8	12	20,0	2,535	1,216-5,285
Одышка при ходьбе или подъеме	59	50,8	17	28,3	2,618	1,341-5,112
Хрипы в легких	79	68,1	17	28,3	5,401	2,725-10,702
Наследственная отягощенность	65	56,1	17	28,3	3,224	1,649-6,304

На основании расчета ОШ изученных факторов риска установлено отсутствие связи избыточного веса и изменение баланса прогестеронов и тестостерона с развитием ремоделирования сердца, ОШ которых составляет: 0,123 и 1,1 соответственно.

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 $>9,0$ г/л свидетельствует о повышении шансов развития ремоделирования в 12,0 раза.

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. В среднем возрасте у мужчин ИБС протекает на фоне сахарного диабета 2- типа (64%), жирового гепатоза (56%) и хронического холецистита (40%), а у женщин в данном возрасте преобладают хронический холецистит (77,8%) и жировой гепатоз (72%), что показывает отсутствие гендерного отличия в синтропии ССЗ в среднем возрасте
3. У женщин пожилого возраста ССЗ чаще протекают на фоне хронического холецистита (82,2%), а у мужчин- на фоне сахарного диабета 2- типа (71,4%).
4. При ИБС ССН, III ФК, ГБ 3-стадии, 3-степень, риск IV преобладает эксцентрическая гипертрофия ЛЖ
5. Установлено отсутствие связи избыточного веса и изменения баланса прогестеронов и тестостерона с развитием ремоделирования сердца при ИБС.
6. 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.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

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., Барбараш 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-kontinuum>
3. Наврузова Ш.И. (2022). Диагностическое Значение Показателей Клеточного Иммуитета При Артериальной Гипертензии. //Central Asian Journal of Medical and Natural Science, 2022;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, 2022;13:101-105. Retrieved from <https://periodica.org/index.php/journal/article/view/339>

Поступила 20.08.2023

