



ANALYSIS OF AMBULATORY BLOOD PRESSURE MONITORING IN WOMEN WITH ISCHEMIC STROKE

M. K. Teshaeva

*Bukhara State Medical Institute
Bukhara, Uzbekistan*

D. T. Khodjueva

*Bukhara branch of RNCMP
Bukhara, Uzbekistan*

ABOUT ARTICLE

Key words: Ischemic, stroke, outpatient, blood, female.

Abstract: This article analyzes and discusses the topic of ambulatory blood pressure monitoring in women with ischemic stroke.

Received: 11.07.23

Accepted: 13.07.23

Published: 15.07.23

ISHEMIK INSULTLI AYOLLARDA AMBULATOR QON BOSIMI MONITORINGINI TAHLIL QILISH

M. K. Teshaeva

*Buxoro davlat tibbiyot instituti
Buxoro, O'zbekiston*

D. T. Xojieva

*RNCMPning Buxoro filiali
Buxoro, O'zbekiston*

MAQOLA HAQIDA

Kalit so'zlar: Ishemik, insult, ambulator, qon, ayol.

Annotatsiya: Ushbu maqolada ishemik insultli ayollarda ambulator qon bosimi monitoringini tahlil qilish mavzusi tahlil va muhokama qilingan.

АНАЛИЗ СУТОЧНОГО МОНИТОРИРОВАНИЯ АД У ЖЕНЩИН С ИШЕМИЧЕСКИМ ИНСУЛЬТОМ

M. K. Teshaeva

*Бухарский Государственный медицинский институт
Бухара, Узбекистан*

Д. Т. Ходжиева
Бухарский филиал РНЦЭМП
Бухара, Узбекистан

О СТАТЬЕ

Ключевые слова: Ишемический, инсульт, амбулаторный, кровь, женщина.
Аннотация: В данной статье анализируется и обсуждается тема амбулаторного мониторинга артериального давления у женщин с ишемическим инсультом.

ВВЕДЕНИЕ

С точки зрения сторонников приоритета абдоминального ожирения в патогенезе метаболического синдрома (МС), дисфункция висцеральной жировой ткани играет ключевую роль в развитии инсулинорезистентности (ИР) и компонентов МС. Компьютерная томография является наиболее точным способом оценки топографии висцерального жира и его количества, но она практически недоступна с этой целью не только в практической деятельности, но даже в научных исследованиях в силу как экономических, так и технических причин (1,2,5,7)

В качестве дифференциального признака разных видов ожирения принято считать абдоминальную его форму, как отражение висцерального ожирения, степень которого во всех классификациях предлагается оценивать по косвенному показателю - величине окружности талии (ОТ) (8,9,10,11) Тем не менее, до сих пор нет убедительных доказательств того, что определение ОТ предоставляет дополнительную клинически значимую информацию, не зависящую от известных кардиометаболических факторов риска в отношении сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ). Ведущее место среди сердечно-сосудистых заболеваний, являющихся актуальной проблемой мировой и национальной медицины, принадлежит артериальной гипертонии (АГ). Распространенность АГ в мире среди взрослого населения составляет от 450 до 900 млн (30–40 %), а в России – более 40 млн человек (39 % мужчин и 41 % женщин) (5). Прогноз в отношении сердечно-сосудистых катастроф становится более неблагоприятным при сочетании АГ с МС.

ОСНОВНАЯ ЧАСТЬ

Изучить показатели суточного мониторинга АД у женщин с ишемическим инсультом в зависимости от наличия МС.

Для достижения поставленной цели был проведен анализ 130 случаев развития ИИ среди пациентов женского пола, страдающих в неврологическом отделении Бухарского филиала РНЦЭМП в период за 2020-2023 гг.

Работа основана на результатах комплексного обследования 130 женщин с ишемическим инсультом (ИИ), в возрасте от 46 до 68 лет (средний возраст $63,7 \pm 8,4$ лет), которые наблюдались в Бухарском филиале РНЦЭМП за период 2022-2023 гг. Основную группу (ОГ) составили 84 женщины (64,6%) с ИИ на фоне МС, Группу сравнения (ГС) составили 46 женщин (35,4%) с ИИ без МС.

МС определялся по критериям, предложенным Национальной образовательной программой США по холестерину (АТР/NCER III 2001), по критериям Международной Диабетической Федерации (IDF 2005), по критериям «Проекта рекомендаций экспертов Всероссийского научного общества кардиологов по диагностике и лечению метаболического синдрома» (2008). Отбор пациентов для исследования проводился методом случайной выборки, отвечающим требованиям репрезентативности по отношению к изучаемой совокупности.

В большинстве клинических рекомендаций профессиональных сообществ, существующих во многих странах мира, в том числе, и в России, для оценки избыточного веса и ожирения используется классификация ВОЗ от 2004 года. Классификация основана на измерении ИМТ, и согласно ей ИМТ $18,5-24,9$ кг/м² считается нормальным. Цифры ИМТ ($25,0-29,9$ кг/м² – избыточный вес, более 30 кг/м² – ожирение) рекомендуют использовать в качестве критерия ожирения при проведении скрининга среди лиц старше 18 лет с целью выявления взрослых с повышенным риском смерти от всех причин American College of Cardiology/ American Heart Association Task of Practice Guidelines and The Obesity Society (АНА/АСС/ТОС, 2014).

Антропометрические показатели являются одним из критериев диагностики МС и, в то же время, выступают в качестве одной из интегративных характеристик состояния пациентов.

Клинико-инструментальное обследование включало: физикальное обследование с определением антропометрических параметров (измерение роста массы тела). Индекс массы тела рассчитывался по формуле: $ИМТ = \text{масса тела(кг)} / \text{рост}^2(\text{м}^2)$. При оценке ИМТ использовали классификацию ВОЗ (1997). Для выявления типа ожирения и его выраженности проводилось измерение окружности талии (ОТ) и окружности бедер (ОБ) с точностью до 0,5 см с последующим определением их соотношения (ОТ/ОБ). Лабораторное исследование включало определение содержания общего холестерина (ХС) и триглицеридов (ТГ) в сыворотке крови (ммоль/л).

Обработка результатов осуществляется методами вариационной статистики с определением средней и ее ошибки величин ($M \pm m$), различий средних величин, критерия

соответствия (χ^2), и вычислением вероятности (p). Результаты принимали достоверными при $p < 0,05$.

По данным СМАД, у обследуемых пациентов ОГ и ГС, усредненное значение систолического АД (САД) за 24 часа было $142,92 \pm 2,89$ мм рт. ст. и $139,67 \pm 4,33$ мм рт. ст., диастолического АД (ДАД) – $92,38 \pm 2,18$ мм рт. ст. и $89,89 \pm 2,52$ мм рт. ст. соответственно. В группе обследуемых пациентов ОГ показатели вариабельности САД и ДАД в среднем были выше относительно «нормальных» величин и достоверно отличались от таковых показателей у пациентов ГС ($p < 0,05$, табл.1). Особенностью вариабельности АД у больных ОГ является рост дисперсии показателей САД и ДАД в ночное время.

60,7% (n=51) пациентов ОГ имели неблагоприятный суточный индекс АД и относились к категории «non-dipper» и по систолическому, и по диастолическому АД. Лишь 23,8% (n=20) пациентов имели оптимальную степень ночного снижения САД (dipper), в то время как нормальный показатель суточного индекса ДАД был определен только у 15,5% (n=13) пациентов этой группы. 76,0% (n=35) пациентов ГС относились к группе dipper по САД и 63,0% (n=29) по ДАД, однако один пациент имел неблагоприятный суточный профиль - over-dipper. Среди пациентов ОГ, которым проводилось СМАД, суточный индекс АД был достоверно выше, чем у пациентов ГС ($p < 0,05$).

Аналогичные данные получены и другими авторами [9,10]. Предполагается, что механизмы формирования АГ у пациентов с МС определяют особенности ее клинического течения у этой категории пациентов. По данным литературы, для АГ на фоне МС характерны выраженные нарушения суточного профиля АД, в основном, за счет недостаточного снижения систолического и диастолического АД ночью, повышенной вариабельностью АД и высокими показателями нагрузки давлением в ночные часы [13]. В литературе имеется указание на то, что суточный профиль больного с неосложненной АГ классифицируется, как «диппер» (СИ = 10–20 %), тогда как пациенты с МС относятся к категории «нон-диппер» (СИ = 0–10 %) [3,6].

Таблица 1. Показатели мониторинга АД у пациентов с ИИ (M±m)

Показатель	ОГ (n=84)	ГС (n=46)
САД ₂₄ , мм рт. ст.	$142,92 \pm 2,89$	$139,67 \pm 4,33$
ДАД ₂₄ , мм рт. ст.	$92,38 \pm 2,18$	$89,89 \pm 2,52$
ИБ САД ₂₄ , %	$36,85 \pm 7,64$	$29,09 \pm 8,22$
ИБ ДАД ₂₄ , %	$45,38 \pm 7,56$	$43,25 \pm 8,45$
В САД ₂₄ , мм рт. ст.	$16,17 \pm 1,07$	$12,46 \pm 0,69^*$
В ДАД ₂₄ , мм рт. ст.	$14,58 \pm 0,84$	$10,92 \pm 0,87^*$
САД _д , мм рт. ст.	$146,52 \pm 1,61$	$138,83 \pm 4,52$
ДАД _д , мм рт. ст.	$94,75 \pm 3,55$	$91,75 \pm 2,72$
ИБ САД _д , %	$66,78 \pm 3,91$	$63,64 \pm 9,49$

ИВ ДАДд, %	58,31±6,25	54,92±6,93
В САДд, мм рт. ст.	12,75±1,52	11,35±1,45
В ДАДд, мм рт. ст.	8,98±1,81	8,75±1,31
САДн, мм рт. ст.	139,45±2,31	131,25±4,18
ДАДн, мм рт. ст.	87,41±2,72	84,33±2,58
ИВ САДн, %	39,18±10,37	33,65±6,81
ИВ ДАДн, %	40,09±9,44	38,92±4,13
В САДн, мм рт. ст.	16,17±1,94	10,73±0,85*
В ДАДн, мм рт. ст.	13,16±0,89	8,91±0,96*
СИ САД, %	10,85±0,98	14,83±1,38*
СИ ДАД, %	9,77±1,57	16,27±2,45*
Средняя дневная ЧСС,	76,12±2,62	76,55±3,99
Средняя ночная ЧСС, уд/мин	61,33±2,51	63,82±2,22

Примечание: * – статистически значимо при $p < 0.05$ по сравнению между группами

Многочисленные исследования показали, что нарушение циркадного ритма АД в виде недостаточного снижения в ночные часы приводит к ремоделированию сердца, увеличению массы миокарда, нарушению диастолической функции левого желудочка [4] и коррелируют с высокой частотой атеросклеротических поражений сонных артерий [12] и выраженностью микроальбуминурии – раннего маркера поражения почек. По данным литературы, суточный профиль «нон-диппер» (в отличие от профиля «диппер») ассоциирован с высокой частотой сердечно-сосудистых и цереброваскулярных осложнений [11]. Ряд исследователей отмечает положительную корреляцию между высокими показателями ДАД и САД, индексом времени САД и ДАД по данным суточного мониторирования АД и инсулинорезистентностью [12].

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, для женщин с ИИ на фоне МС с МС характерно лабильное течение АГ с большими перепадами АД в течение суток и снижением коэффициента средних значений АД день/ночь, что является важным и независимым фактором высокого риска сердечно-сосудистых событий.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Бокарев, И.Н. Метаболический синдром [Текст] / И.Н. Бокарев // Клиническая медицина. – 2014. – Т. 92, № 8. – С. 71-76.
2. Волков, В.П. Метаболический синдром: история вопроса [Текст] / В.П. Волков // Universium. Медицина и фармакология [Электронный научный журнал]. – 2017. – №4 (38). – Режим доступа: <http://7universum.com/ru/med/archive/item/4584>.
3. Жук, Т. В. Ожирение, репродукция и оксидативный стресс / Т. В. Жук, С. Д. Яворская, В. В. Востриков // Ожирение и метаболизм. – 2017. – Т. 14 - № 4. – С. 16-22.

4. Кадырова И.А. Разработка математической модели вероятности развития острого нарушения мозгового кровообращения у пациентов с метаболическим синдромом: дис. ... д-ра мед.наук - Караганда, 2016. – 72 с.
5. Кайдашев, И.П. Эволюция понятия «метаболический синдром» и его современное значение / И.П. Кайдашев // Украинский Медицинский журнал «Часопис». – 2012. – №2. – С. 88-93.
6. Кириенкова, Е. В. Новые патогенетические факторы в формировании метаболического воспаления / Е. В. Кириенкова, М. А. Василенко, Д. А. Скуратовская [и др.] // Российский иммунологический журнал. –2015. –Т. 9 - № 3. – С. 283-297.
7. Кологривова, И. В. Висцеральное ожирение и кардиометаболический риск: особенности гормональной и иммунной регуляции / И. В. Кологривова, И. В. Винницкая, О. А. Кошельская, Т. Е. Сулова // Ожирение и метаболизм. – 2017. – Т. 14 - № 3. – С. 3-10.
8. Михеева, О. М. Метаболический синдром как проблема полиморбидности / О.М. Михеева, И.А. Комиссаренко // Эффективная фармакотерапия. Кардиология и Ангиология. – 2013. – № 3 (43). – С. 10-16.
9. Учамприна, В. А. Метаболический синдром: аргументы «за» и «против» / В. А. Учамприна, Т. И. Романцова, М. Ф. Калашникова // Ожирение и метаболизм. – 2012. – № 2. – С 17-27.
10. Хакунов, Р. Н. Метаболический синдром: актуальные вопросы. Обзор литературы / Р. Н. Хакунов // Новые технологии. – 2012. – № 4. –С. 318-324.
11. Чумакова, Г. А. Метаболическим синдром: сложные и нерешенные проблемы / Г. А. Чумакова, А. В. Отт, Н. Г. Веселовская, О. В. Гриценко // Российский кардиологический журнал. – 2014. – Т. 3. - № 107. – С. 63-71.
12. Romero-Corral, J. Sierra-Johnson, F. Lopez-Jimenez, et al. Relationships between leptin and C-reactive protein with cardiovascular disease in the adult general population // Nat Clin Pract Cardiovasc Med.- 2008.- №5.- P. 418–425.
13. Bokura H, Yamaguchi S, Iijima K., Nagai A, Oguro H. Metabolic Syndrome Is Associated With Silent Ischemic Brain Lesions // Stroke.-2008.- № 39(5) .- P. 1607-1609.
14. C.J. Lavie, R.V. Milani, H.O. Ventura. Untangling the heavy cardiovascular burden of obesity // Nat Clin Pract Cardiovasc Med.- 2008.- №5.- P. 428–429
15. Fagard, R. Survey on treatment of hypertension and implementation of World Health Organization / International Society of Hypertension risk stratification in primary care in Belgium / R. Fagard, M. Van Den Enden, M. Leeman // J. Hypertens. – 2002. – Vol. 20. - № 7. – P. 1297-302.

16. P.J. Enriori, A.E. Evans, P. Sinnayah, M.A. Crowley Leptin resistance and obesity // Obesity.- 2006.- № 14 .- P. 254–258.

17. Sala M, de Roos A, van den Berg A et al. Microstructural Brain Tissue Damage in Metabolic Syndrome // Diabetes Care. – 2013. - № 37(2).- P.493-500.