URGANCH DAVLAT TIBBIYOT INSTITUTI
JANUBIY OROLBO‘YI TIBBIYOT JURNALI
2 - TOM, 6 - SON. 2026
14.00.00 - TIBBIYOT FANLARI ISSN: 3093-8740

УДК: 616.12-008.1-072.7-002.1

TIZIMLI SKLERODERMIYADA YURAK -QON TOMIR ASORATLARINING OLDINI OLISHNING ZAMONAVIY STRATEGIYASI

СОВРЕМЕННАЯ СТРАТЕГИЯ ПРОФИЛАКТИКИ КАРДИОВАСКУЛЯРНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ СИСТЕМНОЙ СКЛЕРОДЕРМИИ

MODERN STRATEGY FOR PREVENTING CARDIOVASCULAR COMPLICATIONS IN SYSTEMIC SCLEROSIS



Hamroyeva Yulduz Saidovna
Alfraganus University, ichki kasalliklar kafedrasi
PhD, katta o‘qituvchi, Toshkent, O‘zbekiston
Email: ulduz9839@gmail.com
ORCID: https://orcid.org/0009-0006-3609-7707
Telefon +998997748706
Хамроева Юлдуз Саидовна
Alfraganus University, кафедра внутренних болезней
PhD, старший преподаватель, Ташкент, Узбекистан
Email: ulduz9839@gmail.com
ORCID: https://orcid.org/0009-0006-3609-7707
Телефон: +998997748706
Hamroyeva Yulduz Saidovna
Alfraganus University, Department of Internal Medicine
PhD, Senior Lecturer, Tashkent, Uzbekistan
Email: ulduz9839@gmail.com
ORCID: https://orcid.org/0009-0006-3609-7707
Phone number: +998997748706

Annotatsiya. Tizimli sklerodermiyada aterosklerotik hodisalar profilaktikasini yurak va o‘pka tomirlarining kasallikka xos zararlanishini erta aniqlash bilan uyg‘unlashtirish zarur. Sharhning maqsadi xalqaro tavsiyalar asosida profilaktik kuzatuv mazmunini aniqlashtirishdir. EULAR, ESC/ERS, British Society for Rheumatology tavsiyalari hamda World Scleroderma Foundation/Heart Failure Association konsensus hujjatlari mavzuli tahlil qilindi. An’anaviy xavf omillari, yillik kardiologik skrining, o‘pka arterial gipertenziyasini aniqlash va dori xavfsizligi yoritildi. Ambulator kuzatuv ketma-ketligi taklif etildi. Ushbu yondashuvning klinik samaradorligi alohida prospektiv baholashni talab qiladi.

Kalit so‘zlar: tizimli sklerodermiya; tizimli skleroz; yurak-qon tomir xavfi; yurakning birlamchi zararlanishi; o‘pka arterial gipertenziyasi; skrining; profilaktika.

Аннотация. Системная склеродермия требует согласованной профилактики атеросклеротических событий и раннего выявления специфического поражения сердца и лёгочных сосудов. Цель обзора — уточнить содержание профилактического наблюдения с учётом современных международных рекомендаций. Выполнен тематический анализ документов EULAR, ESC/ERS, British Society for Rheumatology и консенсуса World Scleroderma Foundation/Heart Failure Association. Рассмотрены оценка традиционных факторов риска, ежегодный кардиологический скрининг, выявление лёгочной артериальной гипертензии и вопросы лекарственной безопасности. Предложена последовательность амбулаторного наблюдения, объединяющая оценку атеросклеротического риска и поиск

органных осложнений. Практическое значение подхода заключается в определении показаний к углублённому обследованию и междисциплинарному ведению. Эффективность предложенной организации наблюдения требует отдельной проспективной оценки.

Ключевые слова: системная склеродермия; системный склероз; сердечно-сосудистый риск; первичное поражение сердца; лёгочная артериальная гипертензия; скрининг; профилактика.

Abstract. Systemic sclerosis requires coordinated prevention of atherosclerotic events and early detection of disease-related cardiac and pulmonary vascular involvement. This narrative review aims to refine preventive follow-up using current international guidance. Selected EULAR, ESC/ERS and British Society for Rheumatology recommendations and World Scleroderma Foundation/Heart Failure Association consensus guidance were analysed. The review addresses conventional risk factors, annual cardiac screening, pulmonary arterial hypertension detection and medication safety. A practical outpatient follow-up sequence integrates atherosclerotic risk assessment with organ-specific screening. Its clinical effectiveness requires prospective evaluation.

Keywords: systemic sclerosis; cardiovascular risk; primary heart involvement; pulmonary arterial hypertension; screening; prevention.

ВВЕДЕНИЕ

Профилактика сердечно-сосудистых осложнений при системной склеродермии (ССД, системном склерозе) представляет собой несколько взаимосвязанных клинических задач. Контроль артериального давления и липидного обмена необходим, но сам по себе не решает проблему первичного поражения миокарда или лёгочной артериальной гипертензии (ЛАГ). Поэтому результат оценки риска атеросклеротических событий нельзя считать общей оценкой кардиологического прогноза пациента с ССД [1–4].

В ранее опубликованных работах автора обсуждались общие принципы профилактики и значение факторов риска [8, 9]. Настоящий обзор развивает эту тему применительно к организации наблюдения: какие состояния следует разграничивать, какое обследование проводить регулярно и какие находки требуют изменения маршрута пациента. Такой акцент позволяет перейти от общего перечня профилактических мер к клинически определённой последовательности действий.

Актуальность обновления определяется появлением рекомендаций BSR 2024 года и обновлённых документов EULAR и ESC/EAS, опубликованных в 2025 году [3, 5, 7]. Они уточняют отдельные компоненты ведения, но относятся к разным клиническим задачам. Их совместное рассмотрение полезно для терапевта, кардиолога и ревматолога, участвующих в наблюдении одного пациента.

Цель работы — систематизировать современные подходы к профилактике сердечно-сосудистых осложнений при ССД и предложить последовательность амбулаторного наблюдения с разграничением атеросклеротического риска и специфического органного поражения.

ЛИТЕРАТУРА И МЕТОДОЛОГИЯ

Работа представляет собой нарративный обзор. Основу составили целенаправленно отобранные международные рекомендации и экспертный консенсус 2021–2025 годов [1–7]. Их сопоставляли по вопросам оценки риска, скрининга, профилактических вмешательств и лекарственной безопасности. Предыдущие публикации автора использованы для обозначения преемственности темы [8, 9]. Систематический поиск с формализованным отбором исследований и метаанализ не проводились; собственная клиническая выборка в работе не анализировалась.

Единицей анализа служил рекомендательный документ. Рассматриваемые положения были сгруппированы по клинической задаче: оценка атеросклеротического риска, выявление первичного поражения сердца, скрининг лёгочной гипертензии и выбор профилактических вмешательств. Результаты представлены как тематический синтез литературы; количественная оценка объединённого эффекта не выполнялась.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Сопоставление выбранных документов позволило выделить взаимодополняющие направления профилактического наблюдения. Ниже приведены результаты анализа рекомендаций, а не результаты исследования отдельной группы пациентов.

Разграничение механизмов кардиоваскулярных осложнений

Консенсус WSF/HFA определяет первичное поражение сердца при ССД как изменения, преимущественно обусловленные самим заболеванием. При этом необходимо исключать или отдельно учитывать ишемическую болезнь сердца, артериальную гипертензию, лекарственную токсичность и вторичные изменения вследствие других органных осложнений. Такое разграничение имеет диагностическое значение: одинаковые жалобы не означают одинаковый механизм поражения [2].

В практической работе целесообразно отдельно формулировать три вопроса: каков риск атеросклеротического события; имеются ли признаки первичного поражения сердца; возможна ли лёгочная гипертензия. Например, отсутствие выраженной дислипидемии не объясняет происхождение одышки, а сохранённая фракция выброса не завершает обследование пациента с сердцебиением и повышенным тропонином. Это логика дифференциальной оценки, а не новая прогностическая шкала [2–4].

Оценка традиционных факторов риска

EULAR рекомендует использовать общепопуляционные инструменты оценки сердечно-сосудистого риска, поскольку специфические шкалы для ССД недостаточно валидированы [1]. На первичном приёме уточняют курение, семейный анамнез ранних сердечно-сосудистых заболеваний, наличие диабета, хронической болезни почек и ранее перенесённых сосудистых событий; измеряют артериальное давление и оценивают липидный профиль. В соответствующих возрастных и клинических группах могут применяться SCORE2 или SCORE2-OP [6, 7].

Рассчитанный риск следует интерпретировать в пределах назначения выбранной шкалы. Он не отражает вероятность всех осложнений ССД. Автоматически переносить на системную склеродермию поправочные коэффициенты, предложенные для других ревматических заболеваний, не следует [1]. Врачебное заключение должно отдельно содержать оценку традиционного риска и результаты обследования на органные осложнения.

В кардиологической профилактике первичная профилактика направлена на предупреждение первого атеросклеротического события. Вторичная проводится у пациентов с установленным атеросклеротическим сердечно-сосудистым заболеванием и направлена на снижение риска повторных событий. Эти понятия следует отличать от скрининга специфического поражения сердца при ССД [6].

Раннее выявление поражения сердца и лёгочных сосудов

BSR рекомендует ежегодный скрининг первичного поражения сердца даже при отсутствии симптомов. Обычно он включает электрокардиографию, эхокардиографию и определение тропонина и NT-proBNP. Выявленные отклонения оценивают с учётом клинической картины; при подозрении на поражение миокарда рассматривают магнитно-резонансную томографию сердца, а при вероятной аритмии — амбулаторное мониторирование ЭКГ [3].

Повышение биомаркера не следует приравнивать к самостоятельному диагнозу. Консенсус WSF/HFA предусматривает комплексную интерпретацию жалоб, инструментальных и лабораторных находок. Углублённое обследование должно отвечать конкретному вопросу: выявить воспаление или фиброз миокарда, уточнить нарушение ритма либо установить другую причину изменений [2].

ESC/ERS рекомендуют ежегодную оценку риска ЛАГ у пациентов с ССД. Используются клинические данные, эхокардиография, исследование функции внешнего дыхания с определением диффузионной способности лёгких по монооксиду углерода (DLCO) и натрийуретические пептиды. Для взрослых с длительностью заболевания более трёх лет, форсированной жизненной ёмкостью лёгких не менее 40% и DLCO менее 60% от должного рекомендован алгоритм DETECT [4].

DETECT служит инструментом отбора для последующего обследования и не заменяет подтверждение диагноза. При подозрении на ЛАГ показана катетеризация правых отделов сердца в специализированном центре. До назначения специфической терапии необходимо различать ЛАГ, лёгочную гипертензию вследствие поражения левых отделов сердца и изменения, связанные с заболеванием лёгких [4].

Профилактические вмешательства и безопасность лечения

Немедикаментозные меры включают отказ от курения, рациональное питание и поддержание физической активности, адаптированной к функциональным возможностям. При ССД план активности должен учитывать сосудистые и органные ограничения, а рекомендации по питанию — сопутствующие желудочно-кишечные нарушения. Цель консультации состоит в выборе выполнимых действий и последующей оценке их соблюдения [3, 6].

Липидснижающую терапию назначают по общим показаниям с учётом категории риска, исходного уровня холестерина липопротеинов низкой плотности и переносимости. Обновление ESC/EAS 2025 года сохраняет риск-ориентированный подход и уточняет возможности комбинированного лечения. Диагноз ССД сам по себе не обосновывает назначение статина всем пациентам; необходимость терапии определяют индивидуально [1, 7].

Антиагреганты также не следует назначать всем больным только на основании наличия ССД. Решение зависит от самостоятельных сердечно-сосудистых показаний и риска кровотечения. При выборе антигипертензивной терапии учитывают выраженность феномена Рейно; EULAR указывает на необходимость избегать β-адреноблокаторов при ССД. При существенных кардиологических показаниях выбор препарата требует индивидуального обсуждения [1].

При установленном склеродермическом почечном кризе ингибитор ангиотензинпревращающего фермента необходимо назначать незамедлительно. Эту рекомендацию нельзя переносить на рутинное профилактическое назначение препарата всем пациентам с ССД: обновление EULAR не распространяет её на профилактику криза [5]. BSR подчёркивает необходимость минимизировать применение глюкокортикоидов у взрослых из-за связи с почечным кризом и обучать пациентов высокого риска самостоятельному контролю давления [3].

Органоспецифическое лечение ССД и терапия подтверждённой ЛАГ проводятся по профильным показаниям. Новые рекомендации EULAR расширяют возможности лечения отдельных проявлений заболевания, однако их нельзя трактовать как доказательство универсальной профилактики инфаркта или инсульта с помощью иммуносупрессии [5]. В профилактическом плане важно разделять цель каждого назначения и ожидаемый клинический результат.

URGANCH DAVLAT TIBBIYOT INSTITUTI
JANUBIY OROLBO‘YI TIBBIYOT JURNALI
2 - TOM, 6 - SON. 2026
14.00.00 - TIBBIYOT FANLARI ISSN: 3093-8740

Организация амбулаторного наблюдения

На основании рассмотренных документов предлагается следующая организация наблюдения. Она представляет собой практический синтез рекомендаций, а не валидированный диагностический алгоритм.

1. При первичном обращении фиксировать сердечно-сосудистый анамнез, традиционные факторы риска, клинические проявления ССД и текущую терапию. Отдельно обозначать уже установленные заболевания и состояния, требующие уточнения.

2. Формировать два параллельных раздела плана: коррекция атеросклеротического риска и обследование на специфическое поражение сердца и лёгочных сосудов. Не заменять один раздел другим при благоприятном результате отдельного теста.

3. Планировать ежегодный кардиологический скрининг и оценку риска ЛАГ. При новых симптомах или значимых отклонениях пересматривать сроки обследования, не дожидаясь очередного планового визита [3, 4].

4. При выявлении отклонений формулировать диагностический вопрос и направлять пациента к соответствующему специалисту. Выбор МРТ сердца, мониторирования ЭКГ или катетеризации правых отделов сердца определяется предполагаемым механизмом осложнения [2–4].

5. На последующих визитах оценивать достижение индивидуальных целей профилактики, переносимость препаратов и выполнение назначенного обследования. Итоговый план согласовывать между терапевтом, ревматологом и кардиологом.

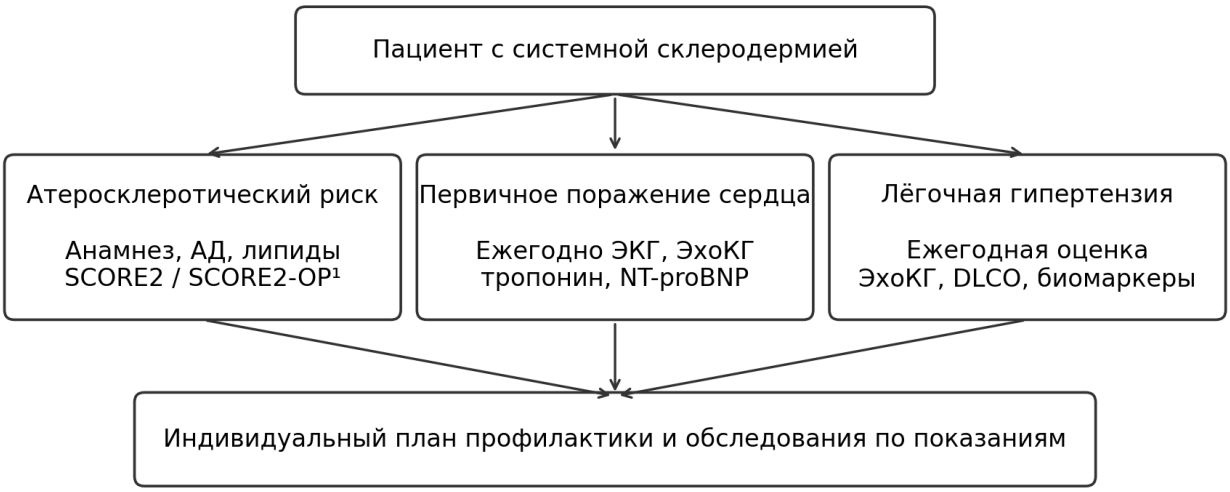

Рисунок 1. Направления профилактического наблюдения при системной склеродермии. Авторская схема по результатам анализа рекомендаций [1–4, 6, 7].

[1] SCORE2 и SCORE2-OP применяются в соответствующих возрастных и клинических группах. Схема отражает организацию наблюдения и не является валидированной прогностической моделью. Дополнительные исследования назначаются по клиническим показаниям.

ОБСУЖДЕНИЕ

Основное дополнение к ранее опубликованным работам автора [8, 9] заключается в разделении профилактики атеросклеротических событий и раннего выявления органных осложнений ССД. Предлагаемая последовательность делает явными разные основания для обследования и лечения. Её практическую ценность можно оценивать по полноте ежегодного

обследования, своевременности направления и соблюдению индивидуального плана наблюдения.

Практическое применение представленного подхода предполагает отдельную фиксацию расчётного риска атеросклеротических событий и результатов органного скрининга. Это позволяет сохранять клиническую определённость заключения: благоприятный результат одного направления обследования не отменяет показаний к другому. Приоритет следующего шага задаётся конкретной диагностической задачей и выявленными отклонениями.

У обзора имеются ограничения. Отбор источников был целевым, а не систематическим. Часть рекомендаций по специфическому поражению сердца основана на экспертном консенсусе; доступность обследования и его интерпретация зависят от клинических условий. Поэтому представленная схема не позволяет количественно прогнозировать исходы или утверждать доказанное снижение смертности. Следующим этапом исследования может стать проспективная оценка её выполнимости и клинических результатов в локальной когорте.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Профилактическое ведение пациента с ССД должно объединять оценку традиционного сердечно-сосудистого риска, регулярный поиск первичного поражения сердца и скрининг ЛАГ. Низкий расчётный атеросклеротический риск не завершает оценку кардиологических осложнений заболевания. Предложенная последовательность наблюдения связывает выявленные отклонения с дальнейшим диагностическим маршрутом и подчёркивает необходимость индивидуального выбора терапии. Её эффективность должна быть проверена в проспективном исследовании.

ИСПОЛЬЗОВАННАЯ ЛИТЕРАТУРА

1. Drosos G. C., Vedder D., Houben E., et al. EULAR recommendations for cardiovascular risk management in rheumatic and musculoskeletal diseases, including systemic lupus erythematosus and antiphospholipid syndrome. Ann Rheum Dis. 2022;81:768–779. doi:10.1136/annrheumdis-2021-221733.

2. Consensus on the assessment of systemic sclerosis-associated primary heart involvement: World Scleroderma Foundation/Heart Failure Association guidance on screening, diagnosis, and follow-up assessment. J Scleroderma Relat Disord. 2023;8(3):169–182. doi:10.1177/23971983231163413.

3. Denton C. P., et al. The 2024 British Society for Rheumatology guideline for management of systemic sclerosis. Rheumatology. 2024;63(11):2956–2975. doi:10.1093/rheumatology/keae394.

4. Humbert M., Kovacs G., Hoeper M. M., et al. 2022 ESC/ERS Guidelines for the diagnosis and treatment of pulmonary hypertension. Eur Heart J. 2022;43(38):3618–3731. doi:10.1093/eurheartj/ehac237.

5. Del Galdo F., Lescoat A., Conaghan P. G., et al. EULAR recommendations for the treatment of systemic sclerosis: 2023 update. Ann Rheum Dis. 2025;84(1):29–40. doi:10.1136/ard-2024-226430.

6. Visseren F. L. J., Mach F., Smulders Y. M., et al. 2021 ESC Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice. Eur Heart J. 2021;42(34):3227–3337. doi:10.1093/eurheartj/ehab484.

7. 2025 Focused Update of the 2019 ESC/EAS Guidelines for the management of dyslipidaemias. Eur Heart J. 2025;46(42):4359–4378. doi:10.1093/eurheartj/ehaf190.

8. Khamraeva Yulduz Saidovna. Aspects of cardiovascular disease prevention in systemic scleroderma. International Journal of Integrative and Modern Medicine. 2025;3(12):165–169.

9. Hamroyeva Yulduz Saidovna. Tizimli sklerodermiya kasalligida yurak-qon tomir kasalliklari profilaktikasining konsepsiyalari. Central Asian Research Journal for Interdisciplinary Studies. 2025;4(Symposium Special Issue, November):221–226.