

ОЦІНКА ЗВ'ЯЗКУ АРТЕРІАЛЬНОГО ТИСКУ, СТАНУ ХОЛЕСТЕРИНОВОГО ОБМІНУ ТА АКТИВНОСТІ ПРОЗАПАЛЬНИХ ІНТЕРЛЕЙКІНІВ ПРИ МЕТАБОЛІЧНІЙ КАРДІОМІОПАТІЇ

Журавльова Л.В., Сокольнікова Н.В.

Харківський національний медичний університет, Україна

Цукровий діабет (ЦД) є чинником розвитку метаболічної кардіоміопатії (МКМП). Крім впливу гіперглікемії та гіперінсулінемії, до основних факторів розвитку серцево-судинних ускладнень у хворих на ЦД відносять дисліпідемію, ожиріння й артеріальну гіпертензію (АГ). До групи прозапальних інтерлейкінів (ІЛ), які надають цитотоксичну дію безпосередньо на міокард та діяльність серцево-судинної системи (ССС), відносяться ІЛ-1 β та ІЛ-6. Відомо, що при ЦД 2 типу навіть невелике підвищення артеріального тиску (АТ) сприяє зростанню кардіоваскулярного ризику.

Метою дослідження було визначення зв'язку між показниками АТ, станом холестеринового обміну та рівнем ІЛ-1 β та ІЛ-6 у хворих на метаболічну КМП на тлі ЦД 2 типу.

Матеріал і методи. Були обстежені 96 хворих на КМП на тлі ЦД 2 типу середньої важкості. 20 практично здорових осіб, порівняні за віком і статтю, склали контрольну групу (КГ). У всіх обстежуваних визначено систолічний (САТ) та діастолічний АТ (ДАТ), середній гемодинамічний АТ (СГАТ); біохімічним методом виявлено рівні загального холестерину (ЗХ), холестерину ліпопротеїнів високої щільності (ХСЛПВЩ), тригліцеридів (ТГ), за формулою Фрідвальда розраховано рівень холестерину ліпопротеїнів низької щільності (ХСЛПНЩ). Рівні ІЛ-1 β та ІЛ-6 були визначені методом ІФА.

Результати. Середні значення САТ (мм рт.ст.) в групі хворих склали $141,76 \pm 1,31$, в КГ - $120,75 \pm 1,51$; ДАТ (мм рт.ст.) - $88,43 \pm 0,68$ і $77,75 \pm 0,85$ в досліджуваних групах відповідно; СГАТ склав $106,23 \pm 0,87$ в групі пацієнтів і $92,08 \pm 0,98$ в КГ. Всі отримані результати в групах достовірно різнилися між собою ($p < 0,05$). ЗХ (ммоль/л) склав у групі пацієнтів $5,29 \pm 0,15$, а в КГ - $4,06 \pm 0,05$; ТГ (ммоль/л) у групі хворих дорівнювали $1,20 \pm 0,02$, а в КГ - $1,3 \pm 0,03$; ХСЛПНЩ (ммоль/л) в групі пацієнтів склав $3,28 \pm 0,14$, а в КГ - $2,01 \pm 0,04$. Рівні прозапальних цитокінів достовірно розрізнялися в групах: у групі хворих значення ІЛ-1 β (нг/мл) склало $13,58 \pm 0,29$ vs $8,12 \pm 0,24$ ($p < 0,05$); значення ІЛ-6 (нг/мл) склало $12,37 \pm 0,31$ vs $8,83 \pm 0,22$ ($p < 0,05$). Між значеннями АТ, рівнями ліпідних фракцій і ІЛ-1 β , ІЛ-6 були виявлені достовірні ($p < 0,05$) кореляції: між САТ і ЗХ ($R=0,29$), між САТ і ТГ ($R=0,28$), між САТ і ХСЛПНЩ ($R=0,28$), між САТ та ІЛ-1 β ($R=0,41$), між САТ та ІЛ-6 ($R=0,25$); між ДАТ і ІЛ-1 β - ($R=0,25$); між СГАТ і ЗХ ($R=0,26$), між СГАТ і ТГ ($R=0,29$), між СГАТ і ХСЛПНЩ ($R=0,27$), між СГАТ і ІЛ-1 β ($R=0,39$), між СГАТ і ІЛ-6 ($R=0,28$).

Висновки: Виявлені взаємозв'язки вказують на те, що навіть при незначному підвищенні АТ у хворих на МКМП на тлі ЦД 2 типу підвищується ризик формування патології ССС, зумовлений прогресуванням дисліпідемії та розгортанням системної запальної реакції за рахунок підвищення рівнів індукторів запалення цитокінів ІЛ-1 β і ІЛ-6.