

Зв'язок факторів ушкодження міокарду та медіаторів запалення у хворих на діабетичну кардіоміопатію

Журавльова Л.В., Сокольнікова Н.В.

Харківський національний медичний університет

Діабетична кардіоміопатія (ДКМП) є ознакою специфічного ураження міокарду у хворих на цукровий діабет (ЦД). До основних факторів розвитку КМП у хворих на ЦД 2 типу, крім впливу гіперглікемії та гіперінсулінемії, відносять дисліпідемію, ожиріння й артеріальну гіпертензію (АГ). Вплив поєднання різних чинників ушкодження міокарду у хворих на КМП на тлі ЦД 2 типу залишається недостатньо вивченим.

Метою дослідження було визначити зв'язок між значеннями артеріального тиску (АТ), станом ліпідного обміну та активністю інтерлейкіну (ІЛ)-1 β та ІЛ-6 у хворих на ДКМП.

Матеріали та методи: Було обстежено 89 хворих на ДКМП та 20 практично здорових осіб (група контролю). У всіх обстежуваних визначено систолічний АТ (САТ), діастолічний АТ (ДАТ), середній гемодинамічний АТ (СГАТ); біохімічним методом виявлено рівні загального холестерину (ЗХС), 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 імуноферментним методом за допомогою набору реактивів «Вектор-бест».

Результати. Середні значення САТ (мм рт.ст.) в групі хворих склали $152,67 \pm 1,42$, в контрольній групі - $120,75 \pm 1,51$; ДАТ (мм рт.ст.) - $92,49 \pm 0,72$ і $77,75 \pm 0,85$ відповідно; СГАТ склав $106,61 \pm 0,91$ в групі пацієнтів і $92,08 \pm 0,98$ в групі контролю. Всі отримані результати в групах достовірно різнилися між собою. Дослідження стану холестеринового обміну також виявило достовірні відмінності: ЗХС (ммоль/л) склав у групі пацієнтів $5,82 \pm 0,24$, а в групі контролю - $4,06 \pm 0,05$; ТГ (ммоль/л) у групі хворих дорівнювали $1,62 \pm 0,03$, а в контрольній групі - $1,2 \pm 0,03$; ХСЛПНЩ (ммоль/л) в групі пацієнтів склав $3,57 \pm 0,18$, а в контрольній - $2,01 \pm 0,04$. Рівні прозапальних цитокінів достовірно розрізнялися в групах: у групі хворих значення ІЛ-1 β (нг/мл) склало $14,49 \pm 0,27$, а в групі контролю - $8,12 \pm 0,24$; значення ІЛ-6 (нг/мл) в групі хворих склало $12,86 \pm 0,32$, а в групі контролю - $8,83 \pm 0,22$. В групі хворих було виявлено деякі достовірні кореляції ($p \leq 0,05$): між САТ і ЗХС ($R=0,30$), САТ і ТГ ($R=0,29$), САТ і ХСЛПНЩ ($R=0,31$), САТ та ІЛ-1 β ($R=0,43$), САТ та ІЛ-6 ($R=0,28$); ДАТ і ІЛ-1 β - ($R=0,27$); СГАТ і ЗХ ($R=0,28$), СГАТ і ТГ ($R=0,305$), СГАТ і ХСЛПНЩ ($R=0,29$), СГАТ і ІЛ-1 β ($R=0,37$), СГАТ і ІЛ-6 ($R=0,29$). У контрольній групі значущих зв'язків виявлено не було.

Висновки: У хворих на ДКМП із супутньою АГ ризик формування патології міокарду та серцево-судинної системи зумовлений не тільки наростанням судинного опору та зниженням еластичності судинної стінки, а й прогресуванням дисліпідемії та розгортанням запальної реакції за рахунок підвищення рівнів індукторів запалення.