

ДИАБЕТИЧЕСКАЯ КАРДИОМИОПАТИЯ И АДИПОКИН ИЛ-6: ЕСТЬ ЛИ СВЯЗЬ?

Дегтярь К. А

*Харьковский национальный медицинский университет,
кафедра внутренней медицины №3 и эндокринологии*

Харьков, Украина

degtyar.lirik@gmail.com

Согласно статистике Всемирной организации здравоохранения, количество больных сахарным диабетом увеличилось в 4 раза и продолжает неуклонно расти. Гипергликемия вызывает повышенный риск сердечно-сосудистых заболеваний, в том числе патологии миокарда, независимо от сопутствующих сосудистых причин.

Развитие кардиомиопатии (КМП) у пациентов с сахарным диабетом 2 типа (СД-2), особенно с повышенной массой тела, определяется изменением метаболизма висцеральной жировой ткани, что повышает уровень факторов, повышающих резистентность к инсулину - фактора некроза опухоли- α , интерлейкина-6 (ИЛ-6) и других.

Цель исследования: определение влияния ИЛ-6 на формирование патологии миокарда у пациентов с СД-2 с нормальной и повышенной массой тела.

Материалы и методы. Исследование является фрагментом НИР кафедры внутренней медицины № 3 и эндокринологии ХНМУ "Сахарный диабет и проблемы коморбидной патологии". Обследовано 102 пациента с СД-2 (длительность диабета от 1 до 9 лет без тяжелых диабетических осложнений). Контрольную группу составили 20 практически здоровых лиц, сопоставимых по возрасту и полу.

У всех пациентов и лиц контрольной группы определяли массу тела, измеряли рост, после чего рассчитывали индекс массы тела (ИМТ). Содержание ИЛ-6 определяли с помощью ИФА с использованием наборов реагентов Vector-Best. Эхокардиографический метод использовали для измерения диастолической функции миокарда левого желудочка в качестве маркера поражения миокарда при диабете. Определяли максимальный пик диастолического наполнения при быстром заполнении левого желудочка E, максимальный пик скорости предсердного наполнения левого желудочка во время систолы левого предсердия A и отношение E/A.

Результаты. В 1-ю группу были включены пациенты с СД-2 типа и ИМТ ниже $24,99 \text{ кг/м}^2$ ($n=20$). Во 2-ю группу были распределены пациенты с ИМТ выше $25,0 \text{ кг/м}^2$ ($n=82$). ИЛ-6 (пг/мл) в контрольной группе составил $8,83 \pm 0,22$; в 1-й группе - $10,02 \pm 0,26$; во 2-й группе $13,78 \pm 0,24$ и достоверно различались в группах ($p \geq 0,05$). Показатель E (мс) в контрольной группе составил $0,71 \pm 0,01$; в 1-й группе $0,63 \pm 0,01$; во 2-й группе $0,58 \pm 0,006$. Отношение E/A в контрольной группе равнялось $1,4 \pm 0,075$; в 1-й $0,94 \pm 0,03$, во 2-й - $0,81 \pm 0,022$ и значимо различались в группах ($p \geq 0,05$). Корреляция между уровнем провоспалительного ИЛ-6 и отношением E/A была выявлена у пациентов 2-й группы ($R = -0,285$

($p \geq 0,05$). У пациентов 1-й группы и здоровых волонтеров достоверных корреляций обнаружено не было.

Вывод: Адипокин ИЛ-6 как медиатор воспаления вносит значимый вклад в развитие диастолической дисфункции, которая является первичным звеном в патогенезе сердечной недостаточности у больных сахарным диабетом 2 типа.

Данные нашего исследования подтверждают влияние ИЛ-6 на формирование кардиомиопатии у пациентов с сахарным диабетом 2 типа и требуют дальнейшего углубленного изучения этой проблемы.