

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
Український центр наукової медичної інформації
та патентно-ліцензійної роботи
(Укрмедпатентінформ)

ІНФОРМАЦІЙНИЙ ЛИСТ

ПРО НОВОВВЕДЕННЯ В СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

№ 76 - 2020

Випуск з проблеми
«Терапія»
Підстава: рецензія експерта
МОЗ України

НАПРЯМ ВПРОВАДЖЕН
ТЕРАПІЯ

**СПОСІБ ВИЗНАЧЕННЯ РИЗИКУ РОЗВИТКУ ПОРУШЕНЬ
ГЛЮКОМЕТАБОЛІЧНОГО ПРОФІЛЮ У ХВОРИХ ІЗ ПОЄДНАНИМ
ПЕРЕБІГОМ ГІПЕРТОНІЧНОЇ ХВОРОБИ ТА МОРЕДНОГО
ОЖИРІННЯ**

УСТАНОВИ-РОЗРОБНИКИ:

ХАРКІВСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ
УНІВЕРСИТЕТ

УКРМЕДПАТЕНТІНФОРМ
МОЗ УКРАЇНИ

А В Т О Р И:

ВІЗІР М.О.
КОВАЛЬОВА О.М.
БАБАК О.Я.
ЖЕЛЕЗНЯКОВА Н.М.
МОЛОДАН В.І.
КАРПЕНКО І.І.
ЛАПШИНА К.А.
ФРОЛОВА-РОМАНЮК Е.Ю.
АЛЕКСАНДРОВА Т.М.

м. Київ

Суть впровадження: ефективний спосіб визначення ризику розвитку порушень глікометаболічного профілю у хворих із поєднаним перебігом гіпертонічної хвороби та морбідного ожиріння за рівнем несфатину-1.

Пропонується для впровадження в лікувально-профілактичних установах практичної охорони здоров'я (обласних, міських, районних) терапевтичного профілю спосіб визначення ризику розвитку порушень глікометаболічного профілю у хворих із поєднаним перебігом гіпертонічної хвороби та морбідного ожиріння.

У всьому світі гіпертонічна хвороба (ГХ) залишається найпоширенішою серцево-судинною патологією та найбільш впливовим фактором ризику серцево-судинних ускладнень. Суттєву роль у погіршенні прогнозу для гіпертензивних пацієнтів відіграє супутнє ожиріння, яке також набуло глобальних масштабів. Морбідний тип ожиріння (МО), або ожиріння 3-го ступеня, вважається найбільш агресивним чинником розвитку цукрового діабету 2-го типу, атерогенних процесів та кардіоваскулярних ускладнень. Гіперінсулінемія, інсулінорезистентність, порушення функції β -клітин підшлункової залози, що спостерігаються у багатьох хворих на ГХ та у більшості пацієнтів з МО, призводять до виникнення дисглікемії – одного з найагресивніших чинників серцево-судинних ускладнень.

На сьогоднішній день серед методів діагностики порушень вуглеводного обміну найбільш поширеними є визначення глікемії натще, постпрандіальної глікемії, глікозильованого гемоглобіну, важливе значення має визначення гіперінсулінемії та інсулінорезистентності, але переважними та більш перспективними є прогнозування та попередження розвитку будь-якого типу дисглікемії у хворих з коморбідним перебігом ГХ та МО.

Зазначені факти є переконливим підґрунтям для розробки нових ефективних способів визначення ризику розвитку дисглікемії у хворих із ГХ та МО, що визначає актуальність даного інформаційного листа.

Нами розроблений спосіб визначення ризику розвитку порушень глікометаболічного профілю, як вагомого фактору

серцево-судинних ускладнень, у хворих із поєднаним перебігом ГХ та МО.

Ефективність способу доведена клінічними дослідженнями. Було проведено комплексне обстеження 38 хворих на ГХ (21 хворий на ГХ з МО та супутньою дисглікемією та 17 хворих на ГХ з МО та нормоглікемією), що знаходилися на лікуванні у терапевтичному відділенні. Контрольну групу склали 12 практично здорових осіб. Були проведені лабораторні методи обстеження (біохімічні, імуноферментні) за загальноприйнятою схемою. Під час огляду у кожного пацієнта були додатково оцінені основні антропометричні показники. Верифікацію діагнозу ГХ проводили з використанням критеріїв, рекомендованих Українським товариством кардіологів та експертами ВООЗ, та згідно з останніми рекомендаціями Європейського товариства гіпертензії та Європейського товариства кардіології 2013 року. Діагностику МО проводили з використанням класифікації, запропонованої ВООЗ, згідно якої морбідним вважається ожиріння за умови $IMT \geq 40,0$ kg/m^2 . Крім загальноприйнятих методів обстеження проводили визначення рівнів інсуліну та несфатину-1 у плазмі крові. Рівень несфатину-1 визначали за допомогою імуноферментного методу з використанням набору реагентів на імуноферментному аналізаторі. Кількість несфатину-1 визначали за калібрувальною кривою, яку будували паралельно з визначенням у пробах, використовуючи стандарти, що додаються до набору, і виражали в ng/ml .

Отримані показники були проаналізовані за допомогою непараметричних методів статистики з використанням тесту Манна-Уїтні та коефіцієнту рангової кореляції Спірмена.

Середній рівень несфатину-1 у вибірці обстежених хворих склав 7,58 (6,44-8,47) ng/ml , що значно перевищувало показники групи контролю – 4,53 (4,23-4,87) ng/ml . Аналіз несфатинемії з розподілом основних груп хворих на підгрупи згідно наявності порушень обміну вуглеводів (предіабету або цукрового діабету 2-го типу) дозволив встановити, що рівень несфатину-1 у хворих основної групи становив 7,12 (6,24-7,69) ng/ml був достовірно нижчим за рівень пептиду у хворих групи порівняння 8,51 (7,95-8,56) ng/ml ($p < 0,001$). Дослідження кореляційних зв'язків дозволило встановити, що серед усієї вибірки хворих рівень

несфатину-1 корелює з глікемією натще ($r = -0,345, p < 0,05$), постпрандіальною глікемією ($r = -0,643, p < 0,01$). Сильний негативний зв'язок з рівнем постпрандіальної глікемії також встановлено за даними основної групи хворих ($r = -0,771, p < 0,001$).

Висновок. Отримані результати свідчать про участь несфатину-1 у метаболічних процесах хворих на гіпертонічну хворобу з супутнім морбідним ожирінням, а саме, зниження рівня пептиду у таких хворих асоціюється з розвитком порушень глікемічного профілю. Таким чином, визначення несфатину-1 може бути використане з метою оцінки ризику розвитку дисглікемії, що сприятиме своєчасному вживанню превентивних заходів (модифікація способу життя, дієтичні рекомендації) та може вплинути на вибір препаратів антигіпертензивної терапії.

Інформаційний лист складено за матеріалами НДР «Клінічне значення маркерів запалення та метаболічних порушень у хворих на неалкогольну жирову хворобу печінки з урахуванням коморбідності», № держреєстрації 0118U000937, термін виконання 2018-2021 рр.

За додатковою інформацією слід звертатися до автора листа: Візир М. О., тел. 0662271188, кафедра внутрішньої медицини №1, Харківський національний медичний університет, проспект Науки, буд. 4, м. Харків, 61022.

Відповідальний за випуск: О. Мислицький

Підписано до друку 02.06.2020 Друк арк. 0,13. Обл.-вид. арк. 0,08. Тир. 112 прим.

Замовлення № 76. Фотоофсетна лаб. Укрмедпатентінформ МОЗ України, 04071, м. Київ, вул. Межигірська, 43, каб. 46.