

ОСОБЛИВОСТІ СТАНУ СЕРЦЕВО-СУДИННОЇ СИСТЕМИ У ХВОРИХ НА НАЖХП

Цівенко О. І. кандидат медичних наук, доцент
кафедра внутрішньої медицини №3 та ендокринології

Лахно О. В. кандидат медичних наук, доцент,
кафедра внутрішньої медицини №3 та ендокринології

Мамедов Сахіб Мінакіф Огли лікар-інтерн
кафедра внутрішньої медицини №3 та ендокринології

Харківський національний медичний університет
м. Харків, Україна

Вступ. Неалкогольна жирова хвороба печінки (НАЖХП) широко поширена в популяції, разом з тим дана патологія є досить новою нозологічною формою. В силу своєї поширеності НАЖХП набула статусу «неінфекційної епідемії» [1]. Накопичені дані свідчать і про те, що у хворих на НАЖХП часто спостерігаються порушення сну, включаючи нічний апное, хронічні запальні захворювання, порушення функціонування ендокринної системи, які проявляються зміною секреції лептину, резистину і адіпокінетіна. В тому числі, вище зазначені порушення сприяють збільшенню і прогресуванню НАЖХП [2,3]. Важливим є і той факт, що НАЖХП веде до розвитку серцево-судинних захворювань [4]. Ризик виникнення ускладнень зростає в тому випадку, якщо НАЖХП поєднується з артеріальною гіпертензією (АГ). Незаперечним є істотна поширеність і значимість АГ у населення [5]. Відзначимо, що відомості про особливості хронобіологічних показників серцево-судинної системи у осіб з НАЖХП мають фрагментарний характер. Вивчення НАЖХП як фактора ризику серцево-судинних катастроф в даний час є актуальним завданням.

Мета дослідження: вивчити особливості стану серцево-судинної системи у хворих на НАЖХП і виділити у них модифікуючи та немодифікуючи фактори кардіоваскулярного ризику.

Матеріали та методи. В гастроентерологічному відділенні КНП ХОР «ОКЛ» м. Харків було обстежено 46 хворих на НАЖХП. Відповідно до мети дослідження при включенні хворі в групи спостережень були враховані наступні критерії: вік пацієнтів від 18 до 60 років; аліментарно-конституційний тип ожиріння; відсутність клінічно значущих порушень ритму серця (НРС). Критеріями виключення з дослідження були: захворювання печінки іншого генезу, хронічна серцева недостатність, гострий інфаркт міокарда (ГІМ), тяжкі порушення ритму і провідності, вагітність. Середній вік пацієнтів склав $35,2 \pm 8,1$ років. Їм проводили загальноклінічне обстеження, що включало збір анамнезу, уточнення факту

спадкової завантаженості; визначали кількість вісцерального жиру (прилад Body Composition Monitor BF 508, OMRON HEALTHCARE Co, LTD); біохімічний аналіз крові; УЗД органів черевної порожнини (апарат - стаціонарний ультразвуковий сканер Medison, Medison CO, LTD); добове моніторування артеріального тиску (комплекс для проведення добового моніторування ЕКГ і АТ «Холтерівський аналіз», а також ехокардіографічне дослідження серця. Оцінювали кардіоваскулярні ризики за стандартними шкалами SCORE, PROCAMP. Обробка даних проводилася стандартними статистичними методами в програмі Statistica 6.0. Для перевірки розподілу використовували критерій Шапіро-Уїлкі, який показав, що більшість досліджуваних ознак мають нормальний розподіл. Далі ми використовували параметричні і статистичні методи. Статистичні міжгрупові відмінності фіксували за допомогою критерію Стьюдента, при критичному рівні значущості (p) рівним 0,05.

Результати та їх обговорення. В ході дослідження були виявлені модифікуючі та немодифікуючі фактори кардіоваскулярного ризику у обстежуваних пацієнтів. Відзначимо, що 73% хворих з НАЖХП мали спадкову обтяженість по серцево-судинної патології, а 60% - з ожиріння. Симптоми ураження серцево-судинної системи були виявлені у 34 хворих (73%). Це були болі за грудиною, серцебиття і задишка при фізичному навантаженні. У хворих з НАЖХП в 80% випадках (36 хворих) діагностувалася артеріальна гіпертензія. У більшості випадків (80% / 36 хворих) хворі на НАЖХП мали надлишкову масу тіла, страждали від нікотинової залежності 28 хворих (60%), надлишково вживали алкоголь - 28 хворих (60%), а також вели малорухливий спосіб життя 30 з 46. Відзначимо, що в 33% випадків НАЖХП поєднувалася з цукровим діабетом. Отримані нами дані співвідносяться з результатами інших досліджень, що показують прямий взаємозв'язок розвитку НАЖХП з ожирінням та іншими метаболічними порушеннями, як метаболічний синдром, цукровий діабет 2 типу та артеріальна гіпертензія. У 34% пацієнтів з НАЖХП мали місце скарги на печію, у 43% - на відрижку. За даними ЕФГДС ознак ураження стравоходу в групі спостереження не було. Однак у 61% були виявлені хронічні гастрити і гастродуоденіти. У відповідності зі стандартними методиками, нами були розраховані кардіоваскулярні ризики у хворих на НАЖХП [5].

З огляду на, що існують різні моделі для розрахунку популяційного ризику, нами були обрані дві, які засновані на багатофакторному аналізі. Так, відповідно до рекомендацій суспільства по атеросклерозу нами була обрана модель PROCAMP, за допомогою якої можливо виявити доклінічну стадію атеросклерозу і сумарний ризик гострих епізодів коронарної патології на 10 років. Було виявлено, що відповідно до шкали PROCAMP, у 16 хворих з групи ризик гострої коронарної хвороби серця в 10-ти річний термін склав 65%, у 12 хворих - 34%, у 14 хворих ризик був 45,7% і у решти 4 хворих - 20%. Іншою моделлю стала система оцінки фатального результату через серцево-судинних захворювань (СС3) SCORE. Відповідно до аналізованими

факторами ризику досліджувані пацієнти були розподілені по групах: 0-1 - група низького ризику; 2-5 - група середнього ризику; 5-9 - група високого ризику (10-річний ризик фатального ССЗ); 9 і вище - група дуже високого ризику.

В ході дослідження було встановлено, що більша кількість пацієнтів увійшло в групу з високим фатальним ризиком ССЗ (34 хворих (55%,)). Групу із середнім ризиком склали 6 хворих і дуже високого ризику - 6 хворих. Аналізую дані лабораторних досліджень у пацієнтів на НАЖХП, можна відзначити, що спектр порушень в показниках холестерину був наступним: дисліпідемія, що характеризується підвищенням загального холестерину крові у 10 пацієнтів (66%), ліпопротеїдів низької щільності у 8 хворих (53%), підвищенням тригліцеридів у 10 осіб (66%), а також зниженням ліпопротеїнів високої щільності у 10 пацієнтів (66%). Таким чином, представлені показники свідчать про високий ризик розвитку і атеросклерозу у пацієнтів на НАЖХП. У 33 пацієнтів на НАЖХП (66%) була виявлена гіперінсулінемія, однак синтетична функція печінки у них не була порушена. За нашими даними високий вміст вісцерального жиру (більше 15%) було виявлено у 60% обстежених. В результаті ультразвукового дослідження серця у в 15% випадків був виявлений 1 мм епікардіального жиру, у інших 15% - 2,5 мм епікардіального жиру і 5% мали 5 мм епікардіального жиру, в решті випадків серед хворих на НАЖХП епікардіального жир не визначався (65%). В останні роки все більш широке визнання отримує хронофармакологічний підхід до лікування захворювань, тому що він відображає сучасний принцип індивідуальної, ефективної і безпечної лікарської терапії конкретного хворого [2]. Тому нами також був вивчений ряд хронобіологічних показників серцево-судинної системи у хворих на НАЖХП.

В процесі холтеровського моніторингу рідкісні надшлуночкові екстрасистоли були виявлені у 53% обстежуваних. За даними ДМАТ у пацієнтів з НАЖХП була виявлена тенденція в підвищенні величин САТ і ДАТ в денний час. У обстежуваних пацієнтів також спостерігалася переважно денна (64%), а не нічна гіпертензія. У тому числі спостерігалася тенденція до високої лабільності профілю АТ за добу, що проявлялося в великій амплітуді змін 121 величин АТ, в ранкові години відзначалося збільшення значень АТ. Дані фактори також можна розглядати як фактори кардіоваскулярного ризику.

Висновки. Таким чином, нами була продемонстрована висока поширеність модифікуючих і немодифікуючих факторів серцево-судинних ризиків.

Список літератури

1. Bao Y. The progress of studying the mechanisms of immune cells in the regulation of non-alcoholic fatty liver diseases. Zhonghua gan zang bing za zhi.

2017. Vol. 25. Issue 7. P. 553-556. <https://doi.org/10.3760/cma.j.issn.1007-3418.2017.07.018>[12].

2. Cani P. D., Everard A., Duparc, T. Gut microbiota, enteroendocrine functions and metabolism. *Current Opinion in Pharmacology*. 2013. Vol. 13. Issue 6. P. 935-940. <https://doi.org/10.1016/j.coph.2013.09.008>

3. Della Corte C., Mazzotta A. R., Nobili, V. Fatty liver disease and obesity in youth. *Current Opinion in Endocrinology & Diabetes and Obesity*. 2016. Vol. 23. Issue 1. P. 66-71.

4. Endothelial dysfunction, level of leptin and body mass index in patient with coronary heart disease with preserved systolic function in combination with hepatic steatosis. Abstracts of Heart Failure 2016 and the 3rd World Congress on Acute Heart Failure (Florence, Italy 21-24 May 2016) / M. M. Grechanyk, N. M. Grechanyk, A. J. Filippova, A. V. Kuryata. *European Journal of Heart Failure*. 2016. Vol. 18. Suppl. 1. P. 273. <https://onlinelibrary.wiley.com/toc/18790844/18/S1>

5. Filippova O. Yu. Imbalance of the Humoral Component of the Immune System as a Basis for the Progression of Non-Alcoholic Fatty Liver Disease in Patients with Obesity and Concomitant Biliary Tract Pathology. *Архів клінічної медицини*. 2016. No 2. С. 43-47.