

Асоціація стану щитоподібної залози з темпами старіння у пацієнтів з артеріальною гіпертензією

А.О. Радченко

ДН «Національний інститут терапії імені Л.Т. Малої
НАМН України», Харків

Мета – визначити наявність взаємозв'язок між функцією щитоподібної залози та маркерами старіння у пацієнтів з артеріальною гіпертензією (АГ).

Матеріали і методи. В дослідження було включено 82 пацієнта з АГ 1–2 стадії 1–2 ступеня від 25 до 59 років з медіаною віку 47,5 року та інтерквартильним розмахом від 40,1 до 54,7 років, серед них жінок – 60,7 %. Всі пацієнти були поділені на 2 групи, які були зіставні за календарним віком (КВ) та статтю, залежно від функції щитоподібної залози: еутиреоїдні пацієнти (n=32) та пацієнти з субклінічним гіпотиреозом (СГ) (n=50). У якості маркерів старіння були обрані рівень сиртуїну 1 (SIRT1) визначений імуноферментним методом, біологічний вік (БВ) та прискорення темпів старіння на основі визначення дельти між розрахованим БВ та КВ пацієнта. БВ оцінювали за трьома різними методами: БВ1 – на основі результатів анкетування та визначення функціональних параметрів відповідно до методу В.П. Войтенко, БВ2 – за рахунок оцінки антропометричних параметрів відповідно до методу О.Г. Горелкіна та Б.Б. Пінхасова, БВ3 – на основі клініко-біохімічних параметрів відповідно до методу Левін М.Е. та співавторів. Після перевірки досліджуваних показників на нормальність розподілу для визначення відмінностей між підгрупами був використаний непараметричний U-критерій Манна – Уїтні. Кореляційний аналіз було проведено з використанням методу Спірмена. Статистично достовірними вважались результати при $p < 0,05$.

Результати. Було виявлено, що у пацієнтів з АГ рівень тиреотропного гормону (ТТГ) мав прямий зв'язок з рівнем SIRT1 ($r=0,442$, $p=0,000$), рівень вільного тироксину (вТ4) мав зворотній зв'язок з рівнем SIRT1 ($r=-0,307$, $p=0,001$) та прямий зв'язок з БВ1 ($r=0,343$, $p=0,008$). Рівень SIRT1 був зворотно пов'язаний з КВ ($r=-0,378$, $p=0,000$), БВ2 ($r=-0,311$, $p=0,028$), БВ3 ($r=-0,364$, $p=0,004$), що додатково підтверджує протективну роль SIRT1 у процесах старіння відповідно до даних сучасної наукової літератури. Імовірно, СГ має позитивний вплив на вікові процеси у пацієнтів з АГ за рахунок підвищення рівнів ТТГ та низьких межових рівнів вТ4, який опосередкований змінами рівнів SIRT1. Було помічено, що пацієнти з поєднаним перебігом АГ та СГ на відміну від пацієнтів з ізольованою АГ мали вищі рівні SIRT1 (4,36 [4,07; 4,88] проти 3,74 [3,59; 4,14] нг/мл, $p=0,000$), проте значно більшу частку людей з прискореними темпами старіння за результатами Δ БВ3 (40,0 проти 18,0 %, $p=0,010$). Пацієнти з АГ та СГ рідше мали прискорені темпи старіння (50,0 проти 58,0 %) відповідно

до Δ БВ1 та частіше мали прискорені темпи старіння відповідно до Δ БВ2 (65,7 проти 52,0 %), проте результати не були статистично достовірними.

Висновки. У пацієнтів з АГ зменшення вТ4 в межах норми та збільшення ТТГ супроводжується підвищенням рівнів SIRT1, що відіграє важливу роль у процесах старіння. Порівняно з еутиреоїдними пацієнтами з АГ у пацієнтів з поєднаним перебігом АГ та СГ переважно спостерігається прискорення темпів старіння, а підвищення рівнів SIRT1 може бути компенсаторним антивіковим механізмом у пацієнтів з АГ та СГ.

Ризики розвитку артеріальної гіпертензії за наявності ознак дисплазії сполучної тканини

Н.О. Рак, О.В. Заремба-Федчишин,
О.В. Заремба, М.М. Вірна

Львівський національний медичний університет
імені Данила Галицького

Мета – з'ясувати особливості та ризики розвитку артеріальної гіпертензії (АГ) II стадії 1–3 ступенів, поєднаної з дисплазією сполучної тканини (ДСТ), на основі вивчення зовнішніх і внутрішніх ознак ДСТ, показників вільного та загального оксипроліну крові, результатів інструментальних методів дослідження, консультацій лікарів-спеціалістів та розробити алгоритм оцінки ризику виникнення АГ за наявності ДСТ.

Матеріали і методи. В дослідження було включено 100 пацієнтів на АГ II стадії 1–3 ступенів, поєднану з ДСТ, серед яких було 48 чоловіків (48 %) та 52 жінки (52 %). Середній вік пацієнтів становив $(59,72 \pm 2,42)$ років. Всі перебували на амбулаторному контрольованому лікуванні в Комунальному некомерційному підприємстві «Львівська 1-ша міська клінічна лікарня імені Князя Лева» – амбулаторія сімейної медицини № 2, на стаціонарному лікуванні у відділенні центру серця і судин Комунального некомерційного підприємства «Львівське територіальне медичне об'єднання «Багато-профільна клінічна лікарня інтенсивних методів лікування та швидкої медичної допомоги» або зверталися за консультацією на кафедру сімейної медицини факультету післядипломної освіти Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького МОЗ України.

Під час клінічного дослідження залежно від ступеня важкості АГ II стадії, поєднаної з ДСТ, з врахуванням даних добового моніторингу артеріального тиску (ДМАТ), пацієнти були розподілені на 3 групи: I група (n=19) – АГ II стадії 1 ступеня, поєднана з ДСТ; II група (n=32) – АГ II стадії 2 ступеня, поєднана з ДСТ; III група (n=49) – АГ II стадії 3 ступеня, поєднана з ДСТ. Контрольну групу склали 30 осіб без підвищеного АТ та встановленої ДСТ. Контрольну групу склали 30 осіб без підвищених показників АТ, АГ в анамнезі, без встановле-

ної ДСТ, які не перебували на диспансерному спостереженні з приводу соматичної патології.

Обстеження пацієнтів з АГ II стадії 1–3 ступенів та контрольної групи проводили на основі загальноприйнятих сучасних інформативних методів дослідження, які включали клінічні (скарги, анамнез захворювання та життя, пальпація, перкусія, аускультация); соматометричні; лабораторні (вільний та загальний оксипролін крові); інструментальні дослідження (електрокардіографія (ЕКГ), ехокардіографія, ДМАТ, ультразвукове дослідження органів черевної порожнини та судин нижніх кінцівок, ультразвукове дуплексне обстеження сонних та хребтових артерій, рентгенологічне дослідження кістково-суглобової системи); консультації лікарів-спеціалістів (офтальмолог, невропатолог, травматолог, стоматолог).

Результати. Частота виявлення зовнішніх фенотипових ознак ДСТ у пацієнтів з АГ II стадії 1–3 ступенів була вищою III групи порівняно з I та II відповідно. Серед них найчастіше спостерігали: атрофічні стрії в нижньогрудному або поперековому відділі хребта; геморагічні шкірні прояви; зміни з боку нігтів (м'які, ламкі, попереково посмуговані); зміни волосся (стоншення, ламкість, сухість, повільний ріст); зміни вушних раковин, у вигляді великих вух, що стирчать; зміни кістково-м'язової системи (сколіоз, біль в ділянці хребта, поперечна плоскостопість, вальгусна установка стоп, макродактилія першого пальця стопи, «хруст» у суглобах, другий палець стопи більший за перший).

Серед внутрішніх фенотипових ознак ДСТ, найчастіше реєстрували в III групі пацієнтів з АГ II стадії 1–3 ступенів, порівняно з I та II відповідно. Відзначали наступні зміни з боку серцево-судинної системи: додаткові хорди серця, фібриляція передсердь, варикозне розширення вен нижніх кінцівок легкого ступеня; органів зору – ангіопатія сітківки; щелепно-лицевої ділянки – карієс зубів, пародонтит; шлунково-кишкового тракту – дискінезія жовчовивідних шляхів на фоні анатомічних порушень (перегинів); сечовидільної системи – дисметаболічна нефропатія, неповне подвосиння нирок.

Підвищення концентрації вільного оксипроліну в крові пацієнтів на АГ II стадії 1–3 ступенів, поєднану з ДСТ, виявили в I групі у 19 осіб (100 %), в II – у 31 (96,88 %), в III – у 47 (95,92 %); збільшення концентрації загального оксипроліну крові в I групі пацієнтів в 10 осіб (52,63 %), в II – у 25 (78,13 %), в III – у 45 (91,84 %).

На основі бальної оцінки проявів ДСТ щодо їх прогностичної цінності розроблений алгоритм оцінки ризику виникнення АГ в осіб з ДСТ.

Висновки. Для найпоширеніших ознак ДСТ визначено прогностичний бал щодо ризику розвитку АГ. Сума прогностичних балів, визначених для окремих ознак ДСТ дозволяє прогнозувати виникнення низького ризику АГ I- та 2-го ступенів при досягненні до 12 балів, середнього – від 13 до 19, високого – від 20 до 29 та дуже високого – від 30 і більше відповідно. Для розвитку АГ 3 ступеня низький її ризик мають пацієнти з сумою балів до 6,

середній – від 7 до 14, високий – від 15 до 19 та дуже високий – від 20 і більше відповідно.

Плазмові рівні мозкового натрійуретичного пептиду у жінок постменопаузального віку з різним перебігом есенціальної гіпертензії

О.О. Сакович, С.В. Франчук, В.М. Жебель,
Т.В. Поліщук, А.Ф. Гуменюк, Л.В. Кульчевич,
О.К. Шевчук, І.К. Палій

Вінницький національний медичний університет
імені М.І. Пирогова

Загальновизнаним є те, що есенціальна гіпертензія (ЕГ) є виїшла на перше місце серед причин формування хронічної серцевої недостатності (ХСН). Відомо, що структурні зміни міокарду при розвитку гіпертрофії лівого шлуночка (ГЛШ) на тлі ЕГ є причиною функціональних зсувів, що у 95% випадків виявляється методом ехокардіографії (ЕхоКГ). Однак метод вартісний, має певні обмеження, оскільки може бути недостатньо інформативним у хворих із фібриляцією передсердь, деформацією грудної клітки, ожирінням тощо. Не менше значення має і необхідність наявності відповідного обладнання та навченого персоналу. Тому все більше уваги приділяється вивченню біомаркерів ураження серця, які виступають в ролі додаткового інструменту для виявлення ранньої дисфункції серця. Одним з найбільш інформативних біомаркерів є мозковий натрійуретичний пептид (МНУП), рівень якого варіює у осіб різної статі.

Мета – покращити ранню діагностику порушення функції міокарду у жінок постменопаузального віку, мешканок Поділля з ЕГ та за умов формування ГЛШ.

Матеріали і методи. Обстежено 50 пацієнок із ЕГ та ГЛШ без клінічних ознак ХСН вище I функціонального класу (ФК), середній вік яких становив $56,46 \pm 0,50$ років. Контрольна група сформована із 80 жінок без ознак серцево-судинних захворювань, середній вік – $(57,49 \pm 0,48)$ року. Для визначення рівня МНУП у плазмі крові використовувався метод імуноферментного аналізу (реактиви фірми Peninsula laboratories Inc., США). Функцію ЛШ оцінювали відповідно до чинних рекомендацій за допомогою імпульсної доплерЕхоКГ. Математичну обробку виконували на персональному комп'ютері з використанням стандартного статистичного пакету Statistica 10. При визначенні межових рівнів МНУП у плазмі крові використовували формулу, запропоновану М.Ю. Антамоновим (Антамонов М.Ю., 2004).

Результати. Діастолічну дисфункцію (ДД) ЛШ виявлено у 40 % пацієнок із ЕГ II стадії.

Плазмові рівні МНУП у жінок із ЕГ та ГЛШ є достовірно вищими, ніж у осіб, які увійшли до контрольної групи дослідження ($59,55 \pm 2,92$ проти $24,18 \pm 1,24$) нг/мл, $p < 0,01$).