

УРОВЕНЬ ЛЕПТИНА У ПАЦИЕНТОВ С ПЕРЕНЕСЕННЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА В СОЧЕТАНИИ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2-ГО ТИПА И МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

Глуткина Н.В., Пырочкин В.М., Шулика В.Р.

УО «Гродненский государственный медицинский университет»

Метаболический синдром (МС) обуславливает чрезвычайно высокий риск развития ИБС и других заболеваний, связанных с атеросклерозом, что актуально для выявления факторов агрессии, влияющих на течение кардио-васкулярной патологии, поиска неинвазивных способов ее ранней диагностики. У пациентов с МС, основным компонентом, которого является абдоминальное ожирение, секретируются в гораздо большем количестве лептин, увеличивающий инсулинорезистентность, и уменьшается секреция адипонектина, снижающего степень инсулинорезистентности. Лептин - полипептид, который продуцируется в жировой ткани и действует на уровне аркуатного ядра, регулируя потребление пищи и вес тела, выполняющего важную роль в поддержании энергетического и метаболического гомеостаза. В настоящее время обсуждается роль лептина в развитии инфаркта миокарда (ИМ) и его осложнений, его высокий уровень в плазме крови рассматривают как предиктор развития данной патологии независимо от индекса массы тела [Vykoukal D., Davies M.G., 201]. В связи с изложенным, целью работы является изучение уровня лептина у пациентов с перенесенным ИМ в сочетании с МС.

Материал и методы. В исследование были включены 111 пациентов, которые были разделены на 5 групп. 1-я группа состояла из 15 соматически здоровых лиц (5 женщин; 10 мужчин) в возрасте 54,0 (53,0; 57,0) лет, у которых отсутствовали анамнестические и клинические признаки ИБС (на ЭКГ, при выполнении эхокардиографии), 2-я группа - 19 пациентов (8 женщин и 11 мужчин, средний возраст пациентов – 60,0 (53,0; 65,0) лет) с ИБС: стабильной стенокардией напряжения ФК 2 в сочетании с артериальной гипертензией 2-й степени риском 4 (по классификации ВОЗ), сердечной недостаточностью ФК I степени (NYHA). Группа 3 включала 25 пациентов (5 женщин и

20 мужчин), средний возраст 57,0 (53,0; 64,0) лет, перенесших Q-ИМ в сочетании с артериальной гипертензией 2-й степени риском 4 (по классификации ВОЗ), сердечной недостаточностью ФК I–II степени (NYHA). Группа 4 состояла из 27 пациентов женского и мужского пола (6 женщин и 21 мужчина), средний возраст 58,0 (53,0; 63,0) лет, перенесших Q-ИМ в сочетании с артериальной гипертензией 2-й степени риском 4 (по классификации ВОЗ), сердечной недостаточностью ФК I–II степени (NYHA) и сахарным диабетом (СД) 2-го типа. Группа 5 включала 25 пациентов женского и мужского пола (7 женщин и 18 мужчины), средний возраст 58,0 (50,0; 61,0) лет, перенесших Q-ИМ в сочетании с артериальной гипертензией 2-й степени риском 4 (по классификации ВОЗ), сердечной недостаточностью ФК I–II степени (NYHA) с МС. Забор крови для исследований осуществлялся на 25-е и 60-е сутки от начала заболевания. Содержание лептина определяли методом иммуноферментного анализа, используя наборы фирмы «DRG LEPTIN ELISA». Концентрацию α -токоферола определяли по методу S.L. Taylor, определяя интенсивность флуоресценции гептанового экстракта.

Статистически анализ полученных данных выполнялся с помощью программы «Statistica».

Результаты и обсуждение. У здоровых лиц концентрация лептина имело значение -4,9 (3,29; 5,6) нг/мл, концентрация α -токоферола - 22,74 (18,38; 24,58) мкмоль/л, а у пациентов с ИБС его уровень - 13,31 (10,74; 22,98) нг/мл. У пациентов с перенесенным ИМ его концентрация уменьшалась с 16,95 (15,57; 21,87) на 25-е сутки до 13,64 (12,28; 15,33) нг/мл на 60-е сутки, что достоверно выше, чем у здоровых лиц, а также к концу исследуемого периода концентрация α -токоферола возрастала. У лиц с перенесенным ИМ при МС исходно значение лептина составляло 25,04 (21,73; 27,6) нг/мл, а к концу исследуемого периода уменьшился до 19,67 (15,37; 21,92), вместе с этим к концу 60-х суток концентрация α -токоферола увеличивалась с 12,69 (11,74; 13,87) до 13,5 (11,67; 15,2) мкмоль/л. У лиц с перенесенным ИМ при СД 2 го типа на 25-е сутки уровень лептина был 22,29 (18,20; 25,45), концентрация α -токоферола была 13,05 (10,02; 15,79) мкмоль/л, к концу 60-х суток снизился уровень лептина до 15,54 (13,08; 19,72), а

концентрация α -токоферола увеличилась.

МС обуславливает формирование целого каскада обменных и регуляторных нарушений, которые прямо или опосредованно влияют на систему гемостаза, реологические свойства крови, и, в частности, механизмы ее транспорта кислорода. Сочетание атеросклеротического процесса с гипергликемией и инсулинорезистентностью сопровождается более выраженным нарушением функционального состояния микроциркуляторного русла по сравнению с пациентами без СД 2 го типа за счет снижения резерва вазодилатации микрососудов и нарушения кровообращения периферических тканей.

Таким образом, результаты выполненных исследований о характере изменения содержания лептина в постинфарктный период (на 25-60-ые сутки) отражают сложный характер его изменения. Также к концу исследуемого периода наблюдается увеличение антиоксидантных свойств крови.

Литература

1. Каменская О.В., Клинова А.С., Логинова И.Ю., Левичева Е.Н., Чернявский А.М. Функциональное состояние микроциркуляторного кровотока периферических тканей у пациентов с системным атеросклерозом в сочетании с сахарным диабетом 2 типа // Регионарное кровообращение и микроциркуляция. – 2012. – Т. 42, № 2. – С. 16-21.
2. Митьковская Н.П., Григоренко Е.А., Данилова Л.И. Сердце и метаболический риск. – Минск: Беларус. наука, 2008. – 277 с.
3. Nikolopoulou A., Kadoglou N.P. Obesity and metabolic syndrome as related to cardiovascular disease // Expert. Rev. Cardiovasc. Ther. – 2012. – Vol. 10, № 7. – P. 933-939.
4. Vykoukal D., Davies M.G. Vascular biology of metabolic syndrome // J. Vasc. Surg. – 2011. – Vol. 54, № 3. – P. 819-831.

ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ЭПИТИМПАНОАНТРАЛЬНОЙ ФОРМОЙ ХРОНИЧЕСКОГО ГНОЙНОГО СРЕДНЕГО ОТИТА

Головач Е.Н., Хоров О.Г., Логис О.В., Бородавко П.Н.

УО «Гродненский государственный медицинский университет»

УЗ «Гродненская областная клиническая больница»

Актуальность. Направление отохирургии в Белоруссии претерпело существенные изменения: от чисто saniрующих вмешательств в сторону функционально-реконструктивных. Такая тенденция соответствует современной общемировой практике.