

АКТИВНІСТЬ ФАКТОРА ВІЛЛЕБРАНДА У ХВОРИХ НА РЕВМАТОЇДНИЙ АРТРИТ, ЗВ'ЯЗОК ІЗ ТРАДИЦІЙНИМИ ФАКТОРАМИ РИЗИКУ

О.Ю. Галютіна

Науково-дослідний інститут реабілітації інвалідів
Вінницького національного медичного університету
ім. М.І. Пирогова, Вінниця

За сучасними уявленнями, одним із маркерів пошкодження ендотелію вважається підвищення концентрації фактора Віллебранда (ФВ). За даними літератури, у пацієнтів із ревматичними захворюваннями виявляється зростання його активності в сироватці крові. Водночас чітких даних стосовно рівнів ФВ у хворих на ревматоїдний артрит (РА) обмаль, а його зв'язків із традиційними факторами ризику судинних уражень взагалі не вивчали. Дослідження цього питання дало б змогу більш чіткому розумінню механізмів пошкодження ендотелію і як наслідок — серцево-судинним ускладненням.

Мета: вивчити рівні ФВ у сироватці крові у хворих на РА та оцінити їх зв'язок із традиційними факторами ризику коронарних подій.

Методи дослідження. Обстежено 160 хворих на РА (123 жінки і 37 чоловіків, середній вік — $46,3 \pm 9,9$ року). Контрольну групу становили 76 здорових осіб відповідного віку і статі. Діагноз РА встановлювали на основі АСР-критеріїв (1987). Вміст ФВ визначали імуноферментним методом за реактивами «Shield diagnostics», Велика Британія. Визначали також вміст загального холестерину (ЗХС), холестерину ліпопротеїнів високої щільності (ХС ЛПВЩ), тригліцеридів (ТГ), холестерину ліпопротеїнів низької щільності (ХС ЛПНЩ).

Результати. Встановлено, що у хворих на РА активність ФВ к крові становила в середньому $151,2 \pm 40,2\%$, тоді як у осіб контрольної групи — $85,9 \pm 10,2\%$. Чоловіки з РА мали лише на 10% вищу активність ФВ, ніж жінки. Аналіз рівнів ФВ залежно від віку також не показав істотних відмінностей між досліджуваними групами хворих. Водночас хворі на РА з артеріальною гіпертензією (АГ) мали достовірно вищу (на 10,8%) активність ФВ, ніж такі без АГ. Аналіз активності ФВ залежно від тютюнопаління виявив подібні (як для хворих на АГ) закономірності. Так, якщо в осіб з наявністю цього фактора ризику концентрація ФВ становила $166,9 \pm 35,4\%$, то в групі хворих, які не палять — $147,3 \pm 40,5\%$, а була нижчою на 13,6%. Наявність ожиріння суттєво не впливала на активність ФВ. Показники ліпідного обміну (рівні ЗХС, ХС ЛПНЩ, ХС ЛПВЩ та ТГ) також слабо впливали на концентрацію в сироватці крові ФВ. Лише рівні ЗХС та ХС ЛПНЩ мали слабкої сили ($r=0,22$, $r=0,24$ відповідно) кореляційний зв'язок із рівнем ФВ.

Висновки. У хворих на РА порівняно зі здоровими пацієнтами виявлено підвищення активності ФВ в сироватці крові. Концентрація ФВ тісно асоціюється з такими традиційними факторами ризику коронарних подій, як АГ, тютюнопаління, рівнями ЗХС та ХС ЛПНЩ, і не залежать від віку, статі, надмірної маси тіла, ХС ЛПВЩ і ТГ.

НАРУШЕННЯ ЦИТОКИНОВОЇ СЕТИ ПРИ СИСТЕМНОМ ВАСКУЛИТЕ І ПЕРСПЕКТИВИ ЛЕЧЕННЯ БОЛЬНЫХ

А.М. Герасименко, М.В. Ермолаєва,
О.В. Синяченко, В.А. Толстой, И.Н. Левада

Национальный медицинский университет
им. Максима Горького, Донецк

В последние годы доказана роль нарушений провоспалительных и иммунорегуляторных цитокинов в патогенетических построениях гранулематозного полиангиита Вегенера (ГП), болезни Бехчета, неспецифического аортоартериита Такаясу (НА) и гигантоклеточного артериита Хортон. Нами изучена значимость интерлейкинов (IL)-1b, -4, -6, -8, -10, -11, -13 и -17, а также фактора некроза опухоли (TNF)- α и клеток с рецепцией CD25, отражающих рецепцию IL-2, при геморрагическом васкулите Шенлейна — Геноха (ГВ), криоглобулинемическом васкулите (КВ), узелковом панартериите (УП), эозинофильном васкулите Черджа — Стросса (ЭВ), ГП и НА. Интегральные изменения цитокиновой сети при системном васкулите характеризуются повышением IL-b, -6, -8, -11 и TNF- α на фоне уменьшения IL-4 и -10. По уровням TNF- α в сыворотке крови (от большего к меньшему) больные распределились следующим образом — УП, ГП, ЭВ, КВ, НА, ГВ, а по частоте повышенных параметров — IL-1b ($>M+SD$ значений у здоровых людей) — ГП, УП, НА, КВ, ЭВ и ГВ. Концентрации IL-1b и -6 при всех вариантах системных васкулитов прямо коррелируют с содержанием в крови эндотелина-1 и тромбосана-A2, а при УП и НА, кроме того, обратно соотносятся с показателями простациклина и циклического гуанозинмонофосфата, что демонстрирует участие этих цитокинов в эндотелиальной дисфункции сосудов. Существуют тесные позитивные корреляционные взаимосвязи значений IL-1b и -8 у больных ГП, УП и ЭВ, а в случаях КВ и ГВ — обратные корреляции IL-1b с уровнем IL-4. Отмечена положительная регрессионная зависимость концентраций С-реактивного протеина и фибронектина в крови пациентов, страдающих УП, ГП, КВ и НА, от параметров IL-1b и -6. При ГВ содержание IL-1b позитивно коррелирует с показателем соотношения иммуноглобулина а от общей суммы иммуноглобулинов в сыворотке крови. Выявлено дисперсионное влияние уровня IL-8 на параметры антител к протеиназе-3 при ГП и ЭВ, а также значения антител к миелопероксидазе при УП. Необходимо отметить, что у больных КВ и ГВ подобные результаты исследований имеют разнонаправленные корреляционные связи. При всех вариантах системных васкулитов состояние цитокиновой сети достоверно связано с интегральными параметрами сывороточного, эритроцитарного и тромбоцитарного звеньев реологических свойств крови, что демонстрирует ANOVA/MANOVA Уилкоксона — P_{a0} . По результатам однофакторного дисперсионного анализа, уровни IL-1b и TNF- α оказывают достоверное воздействие на значения объемной и поверхностной вязкости сыворотки крови, модуля ее вязкоэластичности и индекса агрегации эритроцитов