

УДК: 616.89-008.441/45-036.4-05:57.034

Бойко Д.І.

КЛІНІЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА ПАЦІЄНТІВ ІЗ АУТОАГРЕСИВНОЮ ПОВЕДІНКОЮ ПРИ ПЕРШОМУ ПСИХОТИЧНОМУ ЕПІЗОДІ З УРАХУВАННЯМ БІОЛОГІЧНИХ РИТМІВ

ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава

До категорії першого психотичного епізоду відносять хворих, у яких вперше розвинулась психотична симптоматика та котрі раніше не перебували на диспансерному обліку. Важливим аспектом вивчення першого психотичного епізоду є дослідження аутоагресивної поведінки. В той же час, недостатньо вивченим наданий час є питання впливу біологічних ритмів на розвиток першого психотичного епізоду та аутоагресивної поведінки при ньому. Метою даного дослідження було провести клінічну характеристику пацієнтів з аутоагресивною поведінкою при первинному психотичному епізоді з урахуванням впливу біологічних ритмів. Дослідження базувалось на обстеженні 102 пацієнтів із аутоагресивною поведінкою при першому психотичному епізоді за шкалами PANNS та BPRS, шкалою Любанн-Плоцца, анкетой Естберга. За шкалою Любанн-Плоцца для визначення ступеню суїцидального ризику було отримано наступні дані: 15 пацієнтів (14,7%) мали дуже високий тестовий показник, 39 (38,2%) – високий тестовий показник, 41 (40,2%) – середній, а 7 (6,9%) – знижений тестовий показник. За шкалою PANNS серед досліджуваних, що мали дуже високий та високий тестові показники суїцидального ризику, переважали позитивні симптоми, у пацієнтів із середнім тестовим показником переважали негативні симптоми, а у пацієнтів із зниженим показником – загальні психопатологічні симптоми. За шкалою BPRS у групі із дуже високим та високим ризиком суїциду у більшості пацієнтів переважав показник «збудження-напруженість», в групі з середнім показником суїцидального ризику у більшості пацієнтів переважали «апатія-загальмованість», у групі зі зниженим показником ризику суїциду – «порушення мислення». За анкетой Естберга у пацієнтів з дуже високим показником суїцидального ризику переважав чітко виражений вечірній тип працездатності, у групі з високим суїцидальним ризиком – слабо виражений вечірній тип, у групах із середнім та зниженим показником суїцидального ризику переважав індивідуальний тип. Отже, що рівень суїцидального ризику у досліджуваних пацієнтів пов'язаний із переважанням певних груп симптомів та залежить від біоритмологічних особливостей даної категорії хворих. Виходячи з цього, детальне вивчення впливу біологічних ритмів на формування аутоагресивної поведінки при першому психотичному епізоді є перспективним напрямком для покращення діагностичних, лікувальних та реабілітаційно-профілактичних заходів у даних пацієнтів.

Ключові слова: перший психотичний епізод, аутоагресивна поведінка, біологічні ритми.

Стаття є фрагментом науково-дослідної теми «Клініко-психопатологічні дослідження та оптимізація лікувальних і реабілітаційно-профілактичних заходів за умов різних психічних розладів з урахуванням геліометеофакторів та біологічних ритмів» (№ державної реєстрації 0115U000839).

До категорії першого психотичного епізоду відносять хворих, у яких вперше розвинулась психотична симптоматика та котрі раніше не перебували на диспансерному обліку. Перший психотичний епізод може бути дебютом різних нозологічних форм психічних захворювань: шизофренії, шизоафективного розладу, органічних, судинних, інтоксикаційних психозів, може входити до складу депресивних і маніакальних фаз біполярного афективного розладу [1,2,3]. Необхідність раннього втручання обумовлена тим, що супутні першому психотичному епізоду депресивні розлади, наркотична залежність та особистісні дисфункції суттєво погіршують прогноз. В сучасних умовах все частіше обговорюються проблеми діагностики продромальних станів. Потенційною перевагою втручання на продромальній стадії психозу є попередження нейротоксичності та соціотоксичності, що дозволяє послабити прогресування захворювання, зменшити страждання пацієнта і його оточення [4,5].

Важливим аспектом вивчення першого психотичного епізоду є дослідження аутоагресивної поведінки. Серед сучасних медичних досліджень

аутоагресивної поведінки існує два основних напрямки, розвиток яких відбувається «паралельно» по відношенню один до одного, це епідеміологічний та клініко-експериментальний методи. Епідеміологічний метод вивчення дозволяє вивчити загальнопопуляційні показники різних видів аутоагресивної поведінки та соціальні критерії, що формують групи ризику її формування, отже ці дані в першу чергу дозволяють розробляти профілактичні антисуїцидальні заходи в масштабах суспільства. Клініко-експериментальний метод вивчення аутоагресивної поведінки дозволяє вивчити закономірності її генезу та розвитку (патобіологічні, патопсихологічні та психопатологічні) направлені на індивідуалізоване застосування. Однак, не зважаючи на численні дослідження в сфері суїцидології, на даний час не визначені об'єктивні критерії індивідуалізованої оцінки вірогідності формування аутоагресивної поведінки та суїцидального ризику. Відсутність подібних специфічних маркерів аутоагресивної поведінки пов'язана з наступним тезисом: сучасні дослідники вивчають аутоагресію переважно в якості психопатологічного феномена, не враховуючи його

біологічну основу – природній закономірний механізм індивідуального самознищення [6,7,8].

Недостатньо вивченим на даний час є питання впливу біологічних ритмів на розвиток першого психотичного епізоду та аутоагресивної поведінки при ньому. Біоритмологічна парадигма в психіатрії одночасно поєднує клініко-феноменологічні та доказові принципи клініко-експериментального дослідження, створюючи єдину часово-просторову модель певного психічного явища, зокрема патологічного процесу, з урахуванням зовнішніх природних впливів та ритмологічної саморегуляції. Стан біологічної ритміки у хворих на різну патологію, в тому числі, й психічні розлади, досить активно досліджувався, причому сучасні хрономедичні дослідження свідчать про те, що різноманітні патологічні процеси в організмі людини супроводжуються явищами десинхронізації, а сама біоритмологічна дезадаптація є однією з причин розвитку виражених патологічних змін. Встановлено, що існують тісні і багатовекторні взаємозв'язки між медикобіологічними явищами та біоритмологічними особливостями психічно хворих [9,10].

Метою даного дослідження було провести клінічну характеристику пацієнтів з аутоагресивною поведінкою при первинному психотичному епізоді з урахуванням впливу біологічних ритмів.

Дослідження проводилось на базі Полтавської обласної клінічної психіатричної лікарні ім. О.Ф. Мальцева і базувалось на обстеженні 102 пацієнтів із аутоагресивною поведінкою при першому психотичному епізоді. Обстеження проводилось із використанням психопатологічного методу дослідження, клінічного динамічного спостереження за хворим, оцінки психічного статусу. Характеристика клінічних проявів першого психотичного епізоду проводилась за шкалами PANNS та BPRS, ступінь ризику суїциду – за шкалою Любанн-Плоцца, характеристика біологічних ритмів – за анкету Естберга.

Серед досліджуваних пацієнтів була 71 жінка (69,6%) та 31 чоловік (30,4%). За віком досліджувані хворі розподілились наступним чином: у категорії від 16 до 30 років – 79 пацієнтів (77,5%), від 31 до 40 років – 16 хворих (15,7%), старші за 40 років – 7 пацієнтів (6,8%).

В результаті дослідження за шкалою Любанн-Плоцца для визначення ступеню суїцидального ризику було отримано наступні дані: 15 пацієнтів (14,7%) мали дуже високий тестовий показник (більше 14 балів), 39 (38,2%) – високий тестовий показник (11-13 балів), 41 (40,2%) – середній (7-10 балів), а 7 (6,9%) – знижений тестовий показник (4-6 балів).

За шкалою PANSS був проведений аналіз за субшкалами позитивних, негативних та загальних психопатологічних симптомів, що дало змогу зробити висновки: у групі пацієнтів з дуже високим

тестовим показником суїцидального ризику у 9 пацієнтів (60,0%) переважали позитивні симптоми (90,3±0,64 балів), у 4 (26,75) – негативні симптоми (88,4±0,47 балів), у 3 (13,3%) - загальні симптоми (79,3±0,67 балів); у групі хворих з високим тестовим показником ризику суїциду у 27 хворих (69,2%) переважали позитивні симптоми (87,2±0,59 балів), у 9 (23,5%) - негативні симптоми (85,7±0,37 балів), у 3 (7,7%) - загальні симптоми (82,6±0,46 балів); у групі із середнім тестовим показником суїцидального ризику у 12 досліджуваних (29,3%) переважали позитивні симптоми (84,7±0,61 бал), у 22 (53,7%) - негативні симптоми (89,6±0,49 балів), у 7 (17,0%) - загальні симптоми (82,3±0,61 бал); у групі пацієнтів із зниженим тестовим показником ризику суїцидальної поведінки у 2 хворих (28,6%) переважали позитивні симптоми (69,3±0,36 балів), у 1 (14,3%) - негативні симптоми (71,3±0,41 бал), у 4 (57,1%) - загальні симптоми (90,8±0,49 балів).

Дані цього дослідження дають можливість зробити висновок про переважання певної групи симптомів при конкретній формі поведінки, тобто серед досліджуваних, що мали дуже високий та високий тестові показники суїцидального ризику, переважали позитивні симптоми (90,3±0,64 балів та 87,2±0,59 балів відповідно), у пацієнтів із середнім тестовим показником переважали негативні симптоми (89,6±0,49 балів), а у пацієнтів із зниженим показником – загальні психопатологічні симптоми (90,8±0,49 балів), що показано на рисунку 1.

Аналіз результатів дослідження клініко-психопатологічних особливостей за шкалою BPRS показав, що у групі досліджуваних із дуже високим показником суїцидального ризику у 8 пацієнтів (53,3%) переважали «збудження-напруженість» (16,2±0,37 балів), у 5 (33,3%) - «підозрілість-ворожнечість» (21,6±0,45 балів), у 2 (13,4%) - «тривога-депресія» (17,4±0,71 бал); у групі з високим показником ризику суїциду у 17 хворих (43,6%) переважали «збудження-напруженість» (17,2±0,62 балів), у 14 (35,9%) – «тривога-депресія» (15,9±0,43 бали), у 3 (7,7%) – «порушення мислення» (15,3±0,37 балів), у 5 (12,8%) – «апатія-загальмованість» (15,2±0,54 бали); у групі із середнім тестовим показником ризику суїциду у 11 пацієнтів (26,8%) переважали «порушення мислення» (18,4±0,73 бали), у 6 (14,6%) – «тривога-депресія» (19,8±0,72 бали), у 3 (7,4%) – «підозрілість-ворожнечість» (17,5±0,83 бали), у 21 (51,2%) – «апатія-загальмованість» (20,2±0,36 балів); у групі досліджуваних із зниженим тестовим показником суїцидального ризику виявлено у 3 пацієнтів (42,9%) переважали «апатія-загальмованість» (21,1±0,65 балів), у 4 (57,1%) – «порушення мислення» (17,3±0,25 балів).

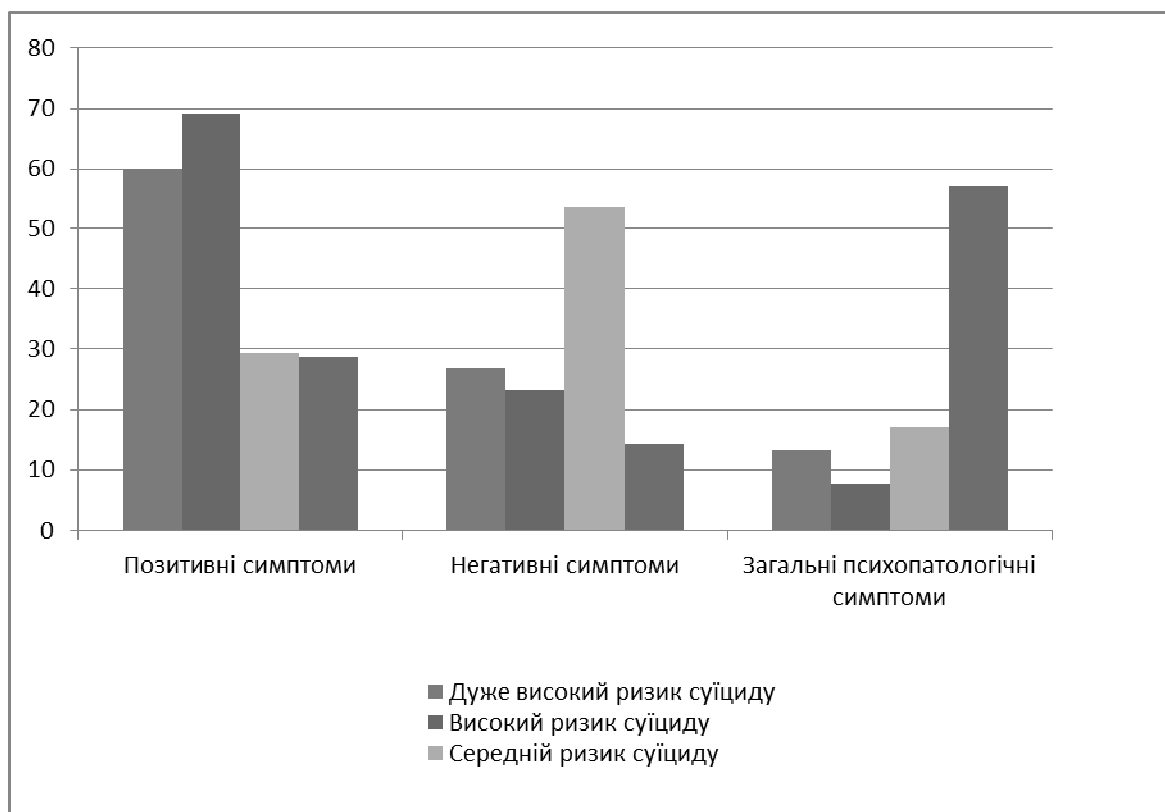


Рисунок 1. Розподіл пацієнтів за шкалою PANNS в залежності від рівня суїцидального ризику.

Таким чином у групі із дуже високим та високим ризиком суїциду у більшості пацієнтів переважав показник «збудження-напруженість» (53,3% та 43,6% відповідно), крім того в першій групі значну частку становив показник «підозрілість-ворожнечість» (33,3%), а в другій групі -

«тривога-депресія» (35,9%); в групі з середнім показником суїцидального ризику у більшості пацієнтів переважали «апатія-загальмованість» (51,2%), у групі зі зниженим показником ризику суїциду - «порушення мислення» (57,1%), що показано на рисунку 2.

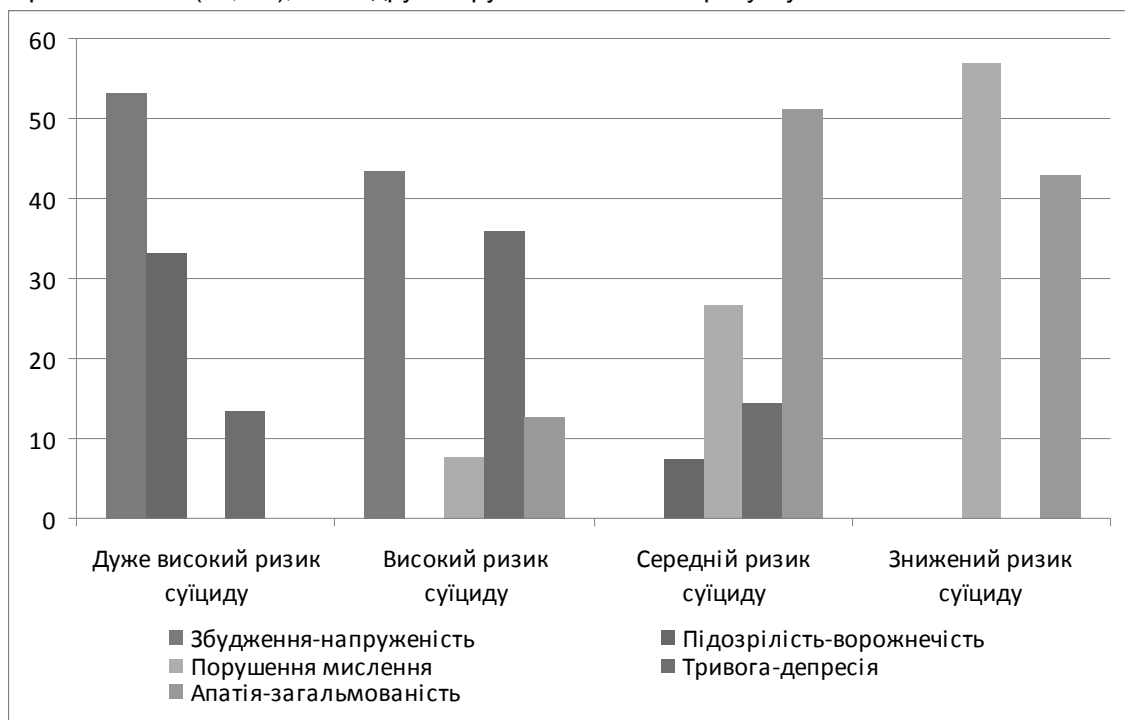


Рисунок 2. Розподіл пацієнтів за шкалою BPRS в залежності від рівня суїцидального ризику.

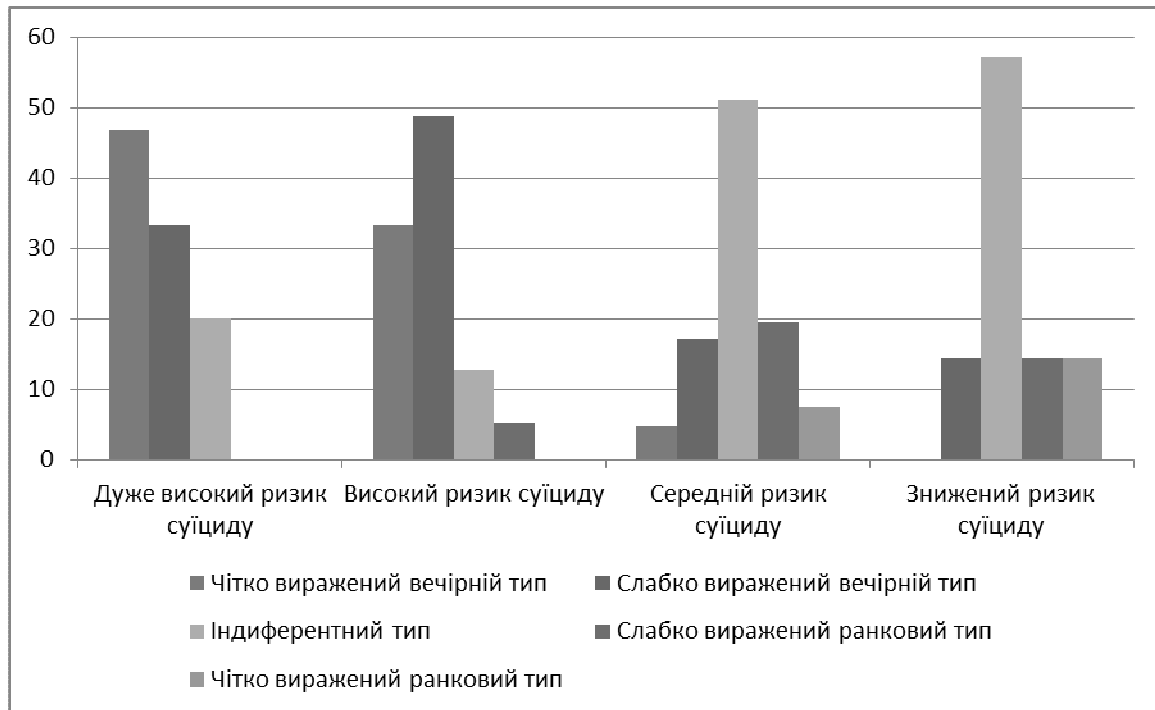


Рисунок 3. Розподіл пацієнтів за анкетою Естберга в залежності від рівня суїцидального ризику.

За анкетною Естберга досліджувана група розподілилась наступним чином: серед пацієнтів з дуже високим тестовим показником суїцидального ризику 7 (46,7%) мали чітко виражений вечірній тип, 5 (33,3%) – слабо виражений вечірній тип, 3 (20,0%) – індиферентний тип; з високим показником ризику суїциду 13 пацієнтів (33,3%) мали чітко виражений вечірній тип, 19 (48,7%) – слабо виражений вечірній тип, 5 (12,8%) – індиферентний тип, 2 (5,2%) – слабо виражений ранковий тип; з середнім тестовим показником суїцидального ризику – 2 досліджуваних (4,8%) мали чітко виражений вечірній тип, 7 (17,1%) – слабо виражений вечірній тип, 21 (51,2%) – індиферентний тип, 8 (19,5%) – слабо виражений ранковий тип, 3 (7,4%) – чітко виражений ранковий тип; із зниженим показником суїцидального ризику 1 хворий (14,3%) мав слабо виражений вечірній тип, 4 (57,1%) – індиферентний тип, 1 (14,3%) – слабо виражений ранковий тип, 1 (14,3%) – чітко виражений ранковий тип.

Отже за анкетною Естберга можна зробити висновок, що у пацієнтів з дуже високим показником суїцидального ризику переважав чітко виражений вечірній тип працездатності (46,7%) у порівнянні з іншими групами (33,3% у групі з високим ризиком, 4,8% у групі з середнім показником), у групі з високим суїцидальним ризиком – слабо виражений вечірній тип (48,7%) в порівнянні із 33,3% у групі з дуже високим показником суїцидального ризику, 17,1% у групі із середнім показником та 14,3% у групі із зниженим показником; у групах із середнім та зниженим показником суїцидального ризику переважав індиферентний тип – 51,2% та 57,1% відповідно у порівнянні із групою з дуже високим

ризиком (20,0%) та високим ризиком суїциду (12,8%), що показано на рисунку 3.

Отже, можна зробити висновок, що рівень суїцидального ризику у досліджуваних пацієнтів пов'язаний із переважанням певних груп симптомів та залежить від біоритмологічних особливостей даної категорії хворих. Виходячи з цього, детальне вивчення впливу біологічних ритмів на формування аутоагресивної поведінки при першому психотичному епізоді є перспективним напрямком для покращення діагностичних, лікувальних та реабілітаційно-профілактичних заходів у даних пацієнтів.

Література

- Осокина О.И. Первый психотический эпизод (обзор проблемы) / Осокина О.И. // Архив клінічної та експериментальної медицини. — 2013. — Т. 22, №2. — С. 249 – 253.
- Марута Н.А. Проблемы раннего вмешательства в психоз: фармакологические и психосоциальные технологии / Марута Н.А. // Здоров'я України. — №2(29). — 2014. — С. 42-43.
- Марута Н.О. Перший епізод психозу (сучасні принципи діагностики та лікування): Методичні рекомендації / Марута Н.О., Бачериков А.М. - Харків, 2001. — 20 с.
- Lester H. Early intervention for first episode psychosis / H. Lester // British Journal of Psychiatry. - 2004. - Vol. 328. - №.6. - P. 1451-1452.
- Johannessen J.O. First-episode psychosis patients recruited into treatment via early detection teams versus ordinary pathways: course, outcome and health service use during first 2 years / J.O. Johannessen, S. Friis // T.Early Intervention in Psychiatry. - 2007. - Vol.1. - P.40 - 48.
- Гузенко Е. В. Факторы риска аутоагрессивного поведения у пациентов, перенесших первый психотический эпизод / Е. В. Гузенко // Український вісник психоневрології. — 2008. — Т. 16., Вип. 1 (54). — С. 77.
- Пілягіна Г.Я. Принципы неотложной психотерапии аутоагрессивного поведения // Таврический журнал психиатрии. — 2003. — №4(25). — С. 2 - 6.
- Barrett E.A. Patterns of suicidal behavior in first-episode psychosis // E.A. Barrett, A. Faerden, R. Nesveg [et al.] // Schizophrenia Research. — 2008. — Vol. 98, Suppl. 1. — P. 88.
- Сонник Г.Т. Биоритмологические исследования в психиатрии: состояние и перспективы развития / Т. Г. Сонник, А. Н. Скрип-

ников, В. А. Рудь // Психиатрия, психотерапия и клиническая психология - 2012. - N 1. - С. 89-95.

10. Ashberg M. Biochemical aspects of suicidal behavior / M. Ashberg // Abstr. 6-th Europ. Symp. on Suicide and Suicidal Behavior (Lund, Sweden, June 12—15, 1996). — Lund University, 1996. — 243p.

References

1. Osokina O.I. The first psychotic episode (overview of the problem) / Osokina O.I. // Archive for Clinical and Experimental Medicine. — V. 22, №2. — 2013. — P. 249 – 253.
2. Maruta N.A. Problems of early intervention in psychosis: pharmacological and psychosocial technology / Maruta N.A. // Ukraine Health. — №2(29). — 2014. — P. 42-43.
3. Maruta N.A. The first episode of a psychosis (diagnostics, treatment, the help organisation) / N.A. Maruta // The Ukrainian journal of psychoneurology - V. 15, № 1 (50) - 2007. - P. 21-24.
4. Lester H. Early intervention for first episode psychosis / H. Lester // British Journal of Psychiatry. - 2004. - Vol. 328. - №.6. - P. 1451-1452.
5. Johannessen J.O. First-episode psychosis patients recruited into treatment via early detection teams versus ordinary pathways:

course, outcome and health service use during first 2 years / J.O. Johannessen, S. Friis // T.Early Intervention in Psychiatry. - 2007. - Vol.1.- P.40 - 48.

6. Guzenko K.V. Features of the destructive behaviour of patients tolerated the first psychotic episode / K.V. Guzenko, V. Pishel, M. Polyvjana // Taurian journal of psychiatry. - V.13, №2 (47) - 2009. - P. 54-62.
7. Pilyagina G.Y. Principles of emergency psychotherapy autoaggressive behavior / Pilyagina G.Y. // Taurian Journal of Psychiatry. — 2003. — № 4 (25). — P. 2 — 6.
8. Barrett E.A. Patterns of suicidal behavior in first-episode psychosis // E.A. Barrett, A. Faerden, R. Nesveg [et al.] // Schizophrenia Research. — 2008. — Vol. 98, Suppl. 1. — P. 88.
9. Sonnik G.T. Bioritmolological researches in psychiatry: state and development prospects / T. G. Sonnik, A. N. Skrynikov, V.A. Rud // Psychiatry, psychotherapy and clinical psychology. - 2012. - N 1. - P. 89-95.
10. Ashberg M. Biochemical aspects of suicidal behavior / M. Ashberg // Abstr. 6-th Europ. Symp. on Suicide and Suicidal Behavior (Lund, Sweden, June 12—15, 1996). — Lund University, 1996. — P. 243.

Реферат

КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПАЦИЕНТОВ С АУТОАГРЕССИВНЫМ ПОВЕДЕНИЕМ ПРИ ПЕРВОМ ПСИХОТИЧЕСКОМ ЭПИЗОДЕ С УЧЕТОМ БИОЛОГИЧЕСКИХ РИТМОВ

Бойко Д.И.

Ключевые слова: первый психотический эпизод, аутоагрессивное поведение, биологические ритмы.

К категории первого психотического эпизода относятся больные, у которых впервые развилась психотическая симптоматика и которые ранее не состояли на диспансерном учете. Важным аспектом изучения первого психотического эпизода является исследование аутоагрессивного поведения. В то же время, недостаточно внимания уделяется изучению влияния биологических ритмов на развитие первого психотического эпизода и аутоагрессивного поведения при нем. Целью данного исследования было провести клиническую характеристику при первом психотическом эпизоде с учетом биологических ритмов. Исследование базировалось на обследовании 102 больных с аутоагрессивным поведением при первом психотическом эпизоде за шкалами PANNS та BPRS, Любанн-Плоцца, анкетой Эстберга. По шкале Любанн-Плоцца получены следующие результаты: 15 пациентов (14,7%) имели очень высокий показатель суицидального риска, 39 (38,2%) – высокий показатель, 41 (40,2%) – средний, а 7 (6,9%) – сниженный тестовый показатель. По шкале PANNS у больных с очень высоким и высоким риском суицидального поведения доминировали позитивные симптомы, со средним тестовым показателем – негативные симптомы, а со сниженным тестовым показателем – общие психопатологические симптомы. По шкале BPRS в группах с очень высоким и высоким риском суицида преобладал показатель «возбуждение-напряженность», в группе со средним показателем – «апатия-заторможенность», в группе со сниженным риском – «нарушения мышления». По анкете Эстберга у пациентов с очень высоким риском суицида преобладал четко выраженный вечерний тип трудоспособности, у пациентов с высоким риском – слабо выраженный вечерний тип, со средним и сниженным риском суицида – индифферентный тип. Таким образом, уровень суицидального риска у обследованных пациентов связан с преобладанием определенных групп симптомов и зависит от биоритмологических особенностей данной категории больных. Детальное изучение влияния биологических ритмов на формирование аутоагрессивного поведения при первом психотическом эпизоде – перспективное направление для улучшения диагностических, лечебных и реабилитационно-профилактических мероприятий.

Summary

CLINICAL CHARACTERISTICS OF PATIENTS WITH AGGRESSIVE BEHAVIOUR AT FIRST PSYCHOTIC EPISODE WITH REGARD TO BIOLOGICAL RHYTHMS

Boiko D.I.

Key words: the first psychotic episode, autoaggressive behavior, biological rhythms.

The first psychotic episode category includes patients who first developed psychotic symptoms and who had never taken the course of treatment at the dispensary before. An important aspect of the study of the first psychotic episode is an investigation of autoaggressive behaviour. At the same time, insufficient attention is paid to the study of biological rhythms influence on the development of the first psychotic episode and autoaggressive behaviour accompanying it. The aim of this study was to evaluate clinical manifestations of the first psychotic episode considering biological rhythms. The study was based on a survey of 102 patients with auto-aggressive behavior during the first psychotic episode evaluated by the BPRS and PANNS scales, Luban-Plozza scale, and Ostberg self-assessment questionnaire. The following results were obtained by Luban-Plozza scale: 15 patients (14.7%) had a very high rate of suicide risk, 39 (38.2%) demonstrated high figure, 41 (40.2%) demonstrated the average rate, and 7 (6, 9%) had reduced rate of suicidal rate. The assessment by the scale of PANSS showed the following results: the patients with very high or low risk of suicidal behavior demonstrated the predominance of positive symptoms, while the patients with an average rate had negative symptoms, and with a reduction in the test indicator - general psychopathological symptoms. According to

BPRS scale the patients with very high and high risk of suicide demonstrated positive symptoms, "pump-tension", the patients with an average rate – so called "apathy, lethargy," and the group with a reduced risk - "thought disorders". According to Osterberg questionnaire, the patients with very high suicide risk demonstrated quite manifested evening ability to work, the patients with high suicide risk had low-grade evening ability to work, and the patients with reduced suicide risk had indifferent type. Thus, the level of suicide risk in the patients studied is associated with prevalence of specific groups of symptoms depending on biorhythmic features of this category of patients. A detailed study of the influence of biological rhythms on the formation of autoaggressive behavior at the first psychotic episode is a promising direction for improving diagnosis, treatment, rehabilitation and prevention.

УДК 616.127.-005.8-036.11-056.257-078:57.088.6'112.85

Борзова-Коссе С.І., Кравчун П.Г.

РІВЕНЬ ОСТЕОПОНТИНУ ЗА УМОВ КОМОРБІДНОСТІ ГОСТРОГО ІНФАРКТУ МІОКАРДА ТА ОЖИРІННЯ

Харківський національний медичний університет

Наявність ожиріння обумовлює несприятливий перебіг гострого інфаркту міокарда. Велика роль в організації структури позаклітинного матриксу міокарда та його реорганізації при загоєнні гострого інфаркту міокарда та формуванні адаптаційного ремоделювання в постінфарктний період належить матрично-клітинним протеїнам, які модулюють функцію клітин, одним з яких є остеопонтин. Метою нашої роботи є проаналізувати активність остеопонтину у хворих з ГІМ залежно від наявності ожиріння, а також дослідити характер зв'язків з антропометричними показниками. Обстежено 55 хворих на ГІМ, які розподілені на групи в залежності від наявності ожиріння. До першої групи увійшли хворі на ГІМ у поєднанні з ожирінням (n=38). Другу групу складають хворі на ГІМ без ожиріння (n=17). У якості контрольної групи обстежено 15 практично здорових осіб. Дослідження проводилось імуноферментним методом. Наявність ГІМ супроводжується гіперостеопонтинемією за умов присутності супутнього ожиріння та без нього при зіставленні з контрольною групою, представленою здоровими особами. У хворих з ГІМ за умов супутнього ожиріння визначається зростання активності остеопонтину при зіставленні з хворими без ожиріння, що свідчить про залучення надмірної ваги тіла щодо експресії регуляторів компонентів міжклітинного матриксу.

Ключові слова: остеопонтин, інфаркт міокарда, ожиріння, коморбідність, антропометрія.

Роботу виконано в рамках науково-дослідної роботи кафедри внутрішньої медицини № 2 і клінічної імунології та алергології Харківського національного медичного університету МОЗ України «Профібротичні імунозапальні фактори і анемічний синдром як маркери прогнозу у хворих на хронічну серцеву недостатність при ішемічній хворобі серця і цукровий діабет в рамках кардіоренального континуума (№ держ. реєстрації 0111U003389; 2014 – 2016 рр.). Установою, що фінансує дослідження, є МОЗ України. Автор гарантує відповідальність за все, що опубліковано в статті. А також гарантує відсутність конфлікту інтересів та власної фінансової зацікавленості при виконанні роботи та написанні статті.

Вступ

Серцево-судинні захворювання посідають важливе місце в структурі захворюваності населення України у тому числі серед осіб працездатного віку. Так, смертність внаслідок ішемічної хвороби серця (ІХС) серед населення України сягає 60%. Гострого інфаркту міокарда (ГІМ) зареєстровано у 1,2 % дорослого населення України (2014 р.) [3]. Наявність ГІМ супроводжує не тільки особисті труднощі, а й має вплив на рівень соціального розвитку суспільства та економічного стану держави в цілому, що обумовлено зростанням інвалідизації осіб працездатного віку.

На сучасному етапі зацікавленість дослідників привертає коморбідність ГІМ та ожиріння [11]. Актуальність питання підтверджують сучасні дані державної статистики, адже майже чверть дорослого населення країни має більше одного хронічного захворювання.

Ожиріння протягом кінця 20 – початку 21 сторіччя набуло розмірів епідемії. За даними ВООЗ, опублікованими в серпні 2014 (Бюлетень № 311), частота ожиріння в світі збільшилася в 2 рази в

порівнянні з 1980 роком. Результати вибірових досліджень, проведених в Україні, дозволяють припустити, що в даний час 30% працездатного населення нашої країни має надлишкову масу тіла та 25% - ожиріння. Крім того, ІХС за умов коморбідності асоціюється з несприятливим перебігом.

Велика роль в організації структури позаклітинного матриксу міокарда та його реорганізації при загоєнні ГІМ та формуванні адаптаційного ремоделювання в постінфарктний період належить так званим матрично-клітинним протеїнам, які самі по собі не є структурними компонентами, але модулюють функцію клітин, що забезпечує формування позаклітинного матриксу міокарда [5,12]. Найбільш істотну роль серед цих білків відіграють так звані регулятори активності матричних металопротеїназ (ММП) [4].

У цьому ключі актуальним бачиться вивчення змін остеопонтину [2]. Він являє собою адгезивний глікофосфопротеїн, що взаємодіє з $\alpha\beta 1$, $\nu 3$ і $\nu 5$ інтегринами і CD44 рецепторами, колагеном і фібронектином. Стимулює синтез колагену, інгібує активність матричних металопротеїназ, ре-