**Безсмертна Галина Вікторівна. Гіпергомоцистеїнемія та інші метаболічні предиктори розвитку і перебігу ішемічного інсульту : Дис... канд. мед. наук: 14.01.15 / Національна медична академія післядипломної освіти ім. П.Л.Шупика. — К., 2006. — 203арк. — Бібліогр.: арк. 168-203.**

|  |  |
| --- | --- |
|

|  |
| --- |
| Безсмертна Г.В. Гіпергомоцистеїнемія та інші метаболічні предиктори розвитку і перебігу ішемічного інсульту. – Рукопис.Дисертація на здобуття наукового ступеня кандидата медичних наук за спеціальністю 14.01.15 – нервові хвороби. Київська медична академія післядипломної освіти ім. П.Л.Шупика МОЗ України, Київ, 2006.Робота присвячена вивченню ролі гіпергомоцистеїнемії та інших метаболічних предикторів (дисліпідемія, запальний та антифосфоліпідний синдроми) в розвитку і перебігу ішемічного інсульту. На підставі узагальнення результатів комплексного обстеження 183 хворих з ЦВП (153 чоловіки з ішемічним інсультом і 30 – з ТІА) та 167 практично здорових осіб, серед хворих встановлено більш високу частоту (від 3 до 7 разів) підвищених рівнів гомоцистеїну, загального холестерину та тригліцеридіа, високі значення маркерів запалення та антитіл до кардіоліпіну і бета-2 глікопртеїну 1.В гострому періоді інсульту тяжкий стан хворих асоціювався з високими рівнями С-реактивного білку та інтерлейкіну-6. Більш глибокий неврологічний дефіцит, порушення когнітивних функцій і зниження м’язової сили реєструвались у хворих з гіпергомоцистеїнемією, дисліпідеміями, наявністю маркерів запалення.Поєднання гіпергомоцистеїнемії з підвищеним вмістом С-реактивного білку та інтерлейкіну-6, а особливо з антифосфоліпідними антитілами є предиктором підвищеного ризику виникнення повторних інсультів. |

 |
|

|  |
| --- |
| 1. У дисертації наведено теоретичне узагальнення і нове вирішення наукової задачі, що полягає у встановленні закономірностей змін рівня гомоцистеїну у хворих з ЦВП в залежності від тяжкості перебігу та локалізації інсульту, з’ясуванні взаємодії гіпергомоцистеїнемії з іншими факторами ризику та оцінці вкладу недостатності вітамінів B12, B6, і B2 у формування цих факторів.
2. Виявлено високу поширеність метаболічних факторів ризику як серед практично здорових осіб, так і серед пацієнтів з ЦВП. У порівнянні з здоровими особами у них значно частіше (від 3 до 7 разів) реєструвались підвищені рівні гомоцистеїну, загального холестерину та тригліцеридів, низький рівень холестерину в ліпопротеїнах високої щільності, високі значення маркерів запалення (С-реактивного білку та інтерлейкіну-6) та антитіл до кардіоліпіну і бета-2-глікопротеїну 1. Більш масштабні зміни зазначених маркерів виявлялись у пацієнтів з інсультами, ніж у хворих з транзиторними ішемічними атаками.
3. В гострому періоді інсульту реєструвались мінімальні рівні ліпідів та гомоцистеїну, які поступово зростали, перевищуючи в періоді віддалених наслідків вихідні значення на 10–30%. Запальна реакція, навпаки, найбільше маніфестувала в гострому періоді, хоча вона і не зникала в подальшому (рівень С-реактивного білку та інтерлейкіну-6 в гострому періоді перевищував такий у періоді віддалених наслідків на 45 та 28%, відповідно). Частка осіб з дисліпідеміями, гіпергомоцистеїнемією, маркерами запалення та антифосфоліпідними антитілами серед пацієнтів з інсультом в каротидному басейні в 2–3 рази перевищувала таку серед хворих з вертебро-базилярною його локалізацією.
4. Важкий перебіг ЦВП доволі тісно поєднувався з метаболічними порушеннями, а особливо з гіпергомоцистеїнемією. Серед пацієнтів з повторним інсультом, порівняно з первинним, зростала частка осіб з високими рівнями гомоцистеїну (100 і 42%, відповідно), антифосфоліпідних антитіл (66,6 і 23,8%, відповідно), інтерлейкіну-6 (62,5 і 32,9%, відповідно), загального холестерину (75 і 39,8%, відповідно) та тригліцеридів (37,6 і 17%, відповідно).
5. Тяжкий стан хворих в гострому періоді інсульту асоціювався з високими рівнями С-реактивного білку та інтерлейкіну-6 (сила впливу 25,4±3,07 та 28,1±3,06%, відповідно). В подальшому більш глибокий неврологічний дефіцит, порушення когнітивних функцій і зниження м’язової сили в паретичних кінцівках реєструвались у хворих з гіпергомоцистеїнемією, дисліпідеміями, наявністю маркерів запалення. Порушення пізнавальної діяльності більшою мірою визначались високим рівнем гомоцистеїну (сила впливу 31,1±1,77%), а зниження м’язової сили — рівнем інтерлейкіну-6 (сила впливу 23,2±1,35%).
6. Комбінування гіпергомоцистеїнемії з підвищеним вмістом С-реактивного білку та інтерлейкіну-6, а особливо з антифосфоліпідними антитілами, є предиктором підвищеного ризику виникнення повторних інсультів. Якщо, у пацієнтів з асоціацією ліпідних факторів ризику повторні інсульти зустрічались лише у 12,5% осіб, то при комбінуванні гіпергомоцистеїнемії з маркерами запалення, чи з антифосфоліпідними антитілами їх було 27,3 та 45,8%, відповідно.
7. Наявність у хворих з ЦВП артеріальної гіпертензії, ожиріння і паління тютюну збільшувала частоту метаболічних факторів ризику, однак лише поєднання ЦВП з ішемічною хворобою серця підвищувало її в 2–4 рази. Серед осіб з гіпергомоцистеїнемією, дисліпідеміями та антифосфоліпідними антитілами переважають особи чоловічої статі віком 50–59 років.
8. У хворих з транзиторними ішемічними атаками, а особливо з інсультами, в 2–3,5 рази частіше реєструвався дефіцит вітамінів B12, B6, B2, ніж серед осіб контрольної групи, причому у 50% пацієнтів з інсультами мала місце полівітамінна недостатність. Найбільш тісно вміст вітамінів B12, B6 та B2 корелює (r= 0,55, 0,63 та 0,55, відповідно) з рівнем гомоцистеїну і меншою мірою з вмістом ліпідів. Максимальні зміни рівня гомоцистеїну та ліпідів виникали у осіб з комбінованим дефіцитом двох чи трьох вітамінів.
 |

 |