

А. Я. Меленевич, О. В. Меленевич
РІВЕНЬ ІНТЕРЛЕЙКІНУ-18 ТА ІНТЕРЛЕЙКІНУ-10 ЗА УМОВ
КОМОРБІДНОСТІ ХРОНІЧНОГО ОБСТРУКТИВНОГО ЗАХВОРЮВАННЯ
ЛЕГЕНЬ ТА ГІПЕРТОНІЧНОЇ ХВОРОБИ

Харківський національний медичний університет Харківська міська поліклініка № 5

Персистуюче системне запалення із дисбалансом у системі цитокінів негативно впливає на подальший перебіг хронічного обструктивного захворювання легень (ХОЗЛ). Гіпертонічна хвороба (ГХ) — найчастіша коморбідна патологія у хворих на ХОЗЛ (Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD), 2018), що чинить несприятливий вплив стосовно майбутнього прогнозу.

Мета дослідження — оцінити рівні прозапального інтерлейкіну-18 (ІЛ-18) та протизапального інтерлейкіну-10 (ІЛ-10) у хворих на ХОЗЛ у поєднанні з ГХ.

Матеріали та методи

У дослідженні прийняли участь 100 пацієнтів на ХОЗЛ професійної етіології GOLD 2, групи В (за рекомендаціями GOLD 2016), що проходили курс обстеження та лікування у терапевтичному відділенні клініки НДІ гігієни праці та професійних захворювань Харківського національного медичного університету. Пацієнти були обстежені в період ремісії. В основну групу увійшли 69 пацієнтів на ХОЗЛ у поєднанні з ГХ II стадії, у групу порівняння — 31 пацієнт на ХОЗЛ, у контрольну групу — 20 практично здорових осіб. Вік пацієнтів варіював від 36 до 68 років. Усі групи були порівняні за статтю та віком. Всім хворим проведено загальноклінічне та лабораторне обстеження, 6-хвилинний тест з ходьбою (6-ХТзХ), аналіз ступеня задишки за шкалою G. Borg до та після 6-ХТзХ, пульсоксиметрію, дослідження функції зовнішнього дихання, електрокардіографію та рентгенографію органів грудної клітки.

ІЛ-18 та ІЛ-10 визначали в периферичній крові методом імуноферментного аналізу, використовуючи тест-системи «Bender MedSystems, GmbH» (Австрія). Дані описової статистики представлені у вигляді середнього арифметичного та стан-

дартного відхилення ($M \pm SD$) або медіани та міжквартильного розмаху ($Me (LQ;UQ)$) залежно від розподілу ознаки. Вірогідність відмінностей у незалежних групах оцінювали за допомогою U-критерію Манна-Уїтні.

Результати

Рівні ІЛ-18 були вірогідно ($p < 0,05$) вищими у хворих основної групи у порівнянні із групою контролю та порівняння - 2641,28 (2171,34; 3550,16) пг/мл та 207,22 (195,29; 272,74) пг/мл, та 1821,52 (1607,73; 1968,90) пг/мл. Рівні ІЛ-10 також були вірогідно ($p < 0,05$) вищими у хворих основної групи у порівнянні із групою контролю та порівняння - 77,93 (55,27; 112,34) пг/мл і 47,10 (44,00; 49,18) пг/мл, 53,63 (35,30; 88,01) пг/мл. Пиловий стаж був достовірно ($p < 0,05$) тривалішим у хворих на коморбідну патологію у порівнянні з ізольованим ХОЗЛ — $(25,36 \pm 7,65)$ років проти $(21,00 \pm 7,47)$ років. Дистанція, що пройшли в 6-ХТзХ тесті хворі основної групи, була вірогідно ($p < 0,05$) меншою порівняно із хворими групи порівняння — $(383,41 \pm 14,85)$ проти $(395,68 \pm 18,99)$ м. Достовірно більше зниження рівня сатурації під час 6-ХТзХ спостерігалась у хворих на ХОЗЛ у поєднанні з ГХ порівняно до ізольованого ХОЗЛ — $(4,15 \pm 1,44) \%$ та $(3,39 \pm 1,31) \%$.

Висновки

При ХОЗЛ у поєднанні з ГХ має місце більш виражене системне запалення із зростанням рівней прозапального ІЛ-18 та протизапального ІЛ-10 у порівнянні з ізольованим ХОЗЛ. Вірогідне зниження толерантності до фізичних навантажень на підставі аналізу результатів 6-ХТзХ продемонстрували пацієнти на ХОЗЛ у поєднанні з ГХ. Схильність до десатурації, що вказує на більш швидке зниження функції легень, мали хворі на коморбідну патологію.