

артеріальної гіпертензії та цукрового діабету, а також підвищений рівень СТГ залежно від терміну після проведеного лікування.

Висновки. Більшість пацієнтів з акромегалією виявляють пізно, коли у них вже розвинулись тяжкі прогресуючі ускладнення. Тому у лікуванні таких хворих необхідно використовувати комплексний підхід.

Ключові слова: акромегалія, соматотропний гормон, клінічні випадки.

ЛІТЕРАТУРА/REFERENCES

1. Кирилюк МЛ, Коновалов СВ. Акромегалія: случай из практики. *Здоровье женщины*. 2006;3(27):282-284.
2. Кирилюк МЛ. Акромегалія в ассоциации с синдромом «пустого» турецкого седла. *Наукове видання «Очерки клинической эндокринологии»*. X., 2011:195-199.
3. Кирилюк МЛ. Акромегалія и сахарный диабет в ассоциации с синдромом «пустого» турецкого седла: методология разбора случая из практики. *Ліки України*. 2011;6(152):47-51.
3. Кирилюк МЛ. Акромегалія: современные подходы к диагностике и лечению. *Клиническая лекция. Эндокринология*. 2014;1(19):70-80.
4. Katznelson L, Atkinson J, Cook D et al. AACE Acromegaly Guidelines Task Force, AACE Medical Guidelines for Clinical Practice for the diagnosis and treatment of acromegaly. *Endocr Pract*. 2011; 17(4):636–646.

Оцінка серцево-судинного ризику у хворих на цукровий діабет 2 типу з ожирінням та порушенням толерантності до глюкози

О. М. Дідушко², О. Я. Кобринська¹, І. В. Чернявська¹

¹ Івано-Франківський національний медичний університет

² Івано-Франківська центральна міська клінічна лікарня

Актуальність проблеми. Прямі економічні витрати на лікування цукрового діабету (ЦД) становлять близько 8 % усього бюджету охорони здоров'я, з них 80 % спрямовуються на терапію його ускладнень. Захворюваність серцево-судинною патологією істотно збільшується серед хворих діабетом. За оцінками ВООЗ, щороку серцево-судинні захворювання (ССЗ) стають причиною смерті 17 млн осіб (30 % усіх летальних випадків). У розвитку та прогресуванні ССЗ значущу роль відіграють фактори ризику.

Мета роботи — оцінити серцево-судинний ризик у хворих на цукровий діабет 2 типу з ожирінням та порушенням толерантності до глюкози, а також вивчити вплив емпагліфлозину на фактори серцево-судинного ризику у цієї категорії пацієнтів.

Матеріали та методи. На базі терапевтичного відділення № 1 Івано-Франківської центральної міської клінічної лікарні проведено обстеження 40 пацієнтів із ЦД 2 типу (за критеріями ВООЗ 1999 року) та ожирінням (середній вік — $46,9 \pm 3,2$ років) та 45 пацієнтів із порушенням толерантності

до глюкози (за критеріями ВООЗ 1999 року) та високим серцево-судинним ризиком за Фремінгемськими критеріями (середній вік — $45,8 \pm 3,7$ років).

Усім пацієнтам проведено загальне клінічне обстеження, яке включало: вимірювання зросту, маси тіла, індексу маси тіла (ІМТ), окружності талії (ОТ), артеріального тиску (АТ). Вміст загального холестерину (ЗХС), тригліцеридів (ТГ), холестерину ліпопротеїдів високої щільності (ХС ЛПВЩ) у сироватці крові визначали ферментативним методом. Рівень холестерину ліпопротеїдів низької щільності (ХС ЛПНЩ) розраховували за формулою W. T. Friedewald. Стан обміну вуглеводів оцінювали за рівнем глюкози та глікованого гемоглобіну (HbA1c) у крові.

Для статистичної обробки отриманих даних використовували методи варіаційної статистики (t-критерій Стьюдента).

У всіх пацієнтів проводили додаткову оцінку серцево-судинного ризику за стандартизованими шкалами SCORE та PROCAM. Окрім цього, згідно з рекомендаціями Європейського товариства з вивчення

артеріальної гіпертензії (ESH, 2013) здійснювали стратифікацію загального серцево-судинного ризику залежно від рівня систолічного (САТ) та діастолічного (ДАТ) артеріального тиску, наявності чинників ризику, безсимптомного ураження органів-мішеней, ЦД, хронічної хвороби нирок та серцево-судинних захворювань, які клінічно маніфестували.

Залежно від призначеного лікування пацієнтів із ЦД 2 типу розподілили на 4 групи: I група — 9 жінок, яким призначили метформін у дозі 2000 мг/добу, діпірид 6 мг/добу та раміприл 5—10 мг/добу; II група — 11 жінок, які отримували базову терапію — метформін у дозі 2000 мг/добу, діпірид 6 мг/добу і раміприл 5—10 мг /добу та емпагліфлозин 10 мг/добу впродовж 6 місяців; III група — 10 чоловіків, які приймали метформін у дозі 2000 мг/добу, діпірид 6 мг/добу і раміприл 5—10 мг/добу; IV група — 10 чоловіків, які отримували базову терапію — метформін у дозі 2000 мг/добу, діпірид 6 мг/добу, раміприл 5—10 мг/добу та емпагліфлозин 10 мг/добу протягом 6 місяців. Групи були рандомізовані за віком, статтю та ІМТ.

Результати та обговорення. На основі результатів нашого дослідження можна зробити висновок про те, що найбільший вплив на рівень сумарного серцево-судинного ризику у пацієнтів із порушенням толерантності до глюкози має вік, рівень САТ, куріння, порушення обміну ліпідів та вуглеводів.

Для оцінки сумарного серцево-судинного ризику не варто використовувати тільки ті фактори, які враховує шкала SCORE, доцільно також визначати фактори ризику за шкалою PROCAM, особливо в осіб жіночої статі.

За даними обстеження пацієнтів із ЦД 2 типу встановлено, що у I групі: високий серцево-судинний ризик мали 80 % жінок, дуже високий — 20 %; у II групі: високий — 70 %, дуже високий — 30 % жінок; у III групі: високий — 80 % чоловіків, дуже високий — 20 %; у IV групі: високий — 90 %, дуже високий — 10%.

Після 6-місячного курсу лікування із застосуванням інгібіторів натрій-глюкозного котранспортера 2 типу (SGLT2) відзначено достовірну позитивну динаміку основних показників серцево-судинного ризику. Так, динаміка показників рівня САТ і ДАТ в обстежених пацієнтів, як у чоловіків, так і у жінок, була більш виразною на тлі комплексного лікування із застосуванням емпагліфлозину порівняно з базовою терапією. Так, показники рівня САТ і ДАТ знизились на 11,82 % ($p < 0,05$) та 8,15 % ($p < 0,05$) відповідно у

II групі та на 12,4 % ($p < 0,05$) та 8,3 % ($p < 0,05$) відповідно у IV групі. Зміни цих показників були менш виразними у групах порівняння. На тлі лікування спостерігалася позитивна динаміка показників обміну вуглеводів, яка була більш виразною у пацієнтів II та IV груп, які додатково приймали інгібітор SGLT2, порівняно з I та III групами. Зокрема, у хворих II групи показник глікемії натще знизився на 27,19 % ($p < 0,05$), HbA1c — на 19,27 % ($p < 0,05$); I групи — на 16,28 % ($p < 0,05$) і 7,17 % ($p > 0,05$), IV групи — на 28,11 % ($p < 0,05$) та 19,4 % ($p < 0,05$), III групи — на 12,28 % ($p < 0,05$) і 6,82 % ($p > 0,05$) відповідно.

Маса тіла — один з основних факторів серцево-судинного ризику. У жінок I групи та чоловіків III групи не спостерігалось достовірної позитивної динаміки цього показника. Так, ІМТ недостовірно ($p > 0,05$) знизився — із $33,17 \pm 0,38$ кг/м² до $33,01 \pm 0,42$ кг/м² у пацієнтів I групи. Натомість у хворих III групи встановлено стійку тенденцію до збільшення ІМТ — із $32,91 \pm 0,4$ кг/м² до $33,24 \pm 0,46$ кг/м² ($p > 0,05$). На тлі застосування емпагліфлозину як у жінок, так і у чоловіків відзначено достовірне зниження маси тіла. Зокрема, ІМТ зменшився — із $33,1 \pm 0,62$ кг/м² до $31,13 \pm 0,62$ кг/м² — у II групі ($p < 0,05$), із $33,24 \pm 0,46$ кг/м² до $31,81 \pm 0,4$ кг/м² — у IV групі ($p < 0,05$).

У жодній групі не встановлено достовірної динаміки показників ліпідного профілю.

Висновки. Для оцінки сумарного серцево-судинного ризику не варто використовувати тільки ті фактори, які враховує шкала SCORE, доцільно також визначати фактори ризику за шкалою PROCAM, особливо в осіб жіночої статі. Застосування препарату інгібіторів SGLT2 емпагліфлозину у комплексній терапії хворих на цукровий діабет 2 типу з ожирінням має достовірно позитивний вплив на основні фактори серцево-судинного ризику: сприяє зменшенню маси тіла, зниженню рівня САТ, покращенню показників обміну вуглеводів.

Ключові слова: серцево-судинний ризик, цукровий діабет 2 типу, ожиріння, порушення толерантності до глюкози.

ЛІТЕРАТУРА/REFERENCES

1. Волков ВИ, Строна ВИ, Горб ЮГ. Факторы риска сердечно-сосудистых заболеваний у женщин. Мистецтво лікування. 2014;1:30-32.
2. Дячук ДД, Мороз ГЗ, Гідзинська ІМ. Сучасні стратегії профілактики серцево-судинних захворювань. Главный врач. 2014;6:15-19.
3. Лисенко ІЮ. Концептуальні підходи до обґрунтуван-

- ня оптимізації системи виявлення та моніторингу факторів ризику серцево-судинних захворювань у державних службовців. Український медичний часопис. 2015;3 (107):26-28.
4. Мітченко ОІ, Романов ВЮ, Кулик ОЮ, Якушко ЛВ. Лептинорезистентність та серцево-судинний ризик. Український терапевтичний журнал. 2015;4:26-32.
 5. Мороз ГЗ, Гідзинська ІМ. Чинники ризику серцево-судинних захворювань та їх поширеність: актуальні аспекти (Частина 1). Therapia. 2014;8-9:46-48.
 6. Чернявська ІВ. Оцінка сумарного серцево-судинного ризику у пацієнтів з гіпертонічною хворобою і порушенням толерантності до глюкози. Міжнародний ендокринологічний журнал. 2016; 8(80): 47-51.
 7. Garkusha S, Korzun V. Experience of the functioning of the cabinet of blood lipid spectrum correction and treatment of various forms of obesity in the prevention of the diseases of cardiovascular system. Environment & Health. 2015;1:31-34.

Медичні та соціальні особливості цукрового діабету 2 типу у жителів сіл та міст

З. Г. Крушинська

Український науково-практичний центр ендокринної хірургії, трансплантації ендокринних органів і тканин МОЗ України, Київ

Вступ. Цукровий діабет 2 типу — одна з головних неінфекційних медичних та соціально-економічних загроз у світі та в Україні, що зумовлює необхідність наукового аналізу ситуації, особливо під час реформування національної системи охорони здоров'я, зокрема її первинної ланки, з обов'язковим урахуванням місця проживання хворих.

Мета роботи — проаналізувати медичні та соціальні особливості особливості цукрового діабету 2 типу у жителів сіл та міст та оцінити їх вплив на ефективність лікування.

Матеріали та методи. У дослідженні взяли участь 2264 хворих на цукровий діабет (ЦД) 2 типу з усіх регіонів України. Пацієнтів розподілили на 3 групи: 1-ша група — 160 чоловіків та 164 жінки, які проживають у сільській місцевості, 2-га група — 1026 чоловіків та 914 жінок, котрі мешкають у містах, 3-тя група (контрольна) — усі хворі, залучені у дослідження (1186 чоловіків та 1078 жінок).

Для вивчення медичних та соціальних особливостей ЦД 2 типу та взаємозв'язку між ними ми використали метод порівняльного аналізу.

Статистичну обробку отриманих даних здійснювали за допомогою програми Statistika 10.0 (StatSoft).

Результати та обговорення. Частка пацієнтів, які належать до соціально незахищених верств населення, є вищою серед чоловіків із сільської місцевості (76,25 % проти 66,27 % серед усіх хворих). Цей

показник є вищим серед жінок в усіх групах (81,63 % серед усіх жінок).

Частота синдрому діабетичної стопи у сільських мешканців вища: у чоловіків — 45,63 % проти 37,78 % серед усіх чоловіків, у жінок — 31,1 % проти 23,84 % серед усіх жінок, а частота діабетичної дистальної нейропатії та енцефалопатії, атеросклерозу судин голови і шиї та судин нижніх кінцівок, навпаки, нижча: у чоловіків — 76,88, 19,38, 31,88 та 28,13 % відповідно проти 80,35, 21,67, 33,81 та 30,19 % відповідно серед усіх чоловіків, у жінок — 77,44, 18,9, 39,02 та 21,95 % відповідно проти 81,08, 27,09, 40,72 та 26,44 % відповідно серед усіх жінок.

Не встановлено відмінностей тривалості ЦД 2 типу та ІМТ: серед усіх чоловіків — $9,16 \pm 7,27$ років та $30,41 \pm 5,35$ кг/м² відповідно, серед усіх жінок — $10,64 \pm 8,13$ років та $31,57 \pm 6,28$ кг/м² відповідно. Частота інфаркту міокарда та інсульту у чоловіків нижча (13,74 % та 7,67 % відповідно) порівняно з показниками у жінок із сільської місцевості (2,44 % та 7,32 % відповідно проти 9,65 % та 9,93 % серед усіх жінок). Частота діабетичної ангіопатії нижніх кінцівок у чоловіків (27,49 %) вища на відміну від цього показника у жінок із сільської місцевості (37,8 % проти 29,5 % серед усіх жінок). Частота діабетичної нефропатії та ретинопатії у жінок (17,35 % та 61,69 % відповідно) вища порівняно з показником у чоловіків із сільської місцевості (28,13 % та 65,63 %