

- 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 %

відповідно проти 20,74 % та 55,14 % відповідно серед усіх чоловіків). У жінок також вища частота серцево-судинної, іншої ендокринної та онкологічної патології (серед усіх жінок — 87,57, 58,81 та 8,81 % відповідно порівняно з цими показниками серед усіх чоловіків — 83,14, 33,05 та 4,47 % відповідно).

Частота призначення монотерапії препаратами інсуліну та інсулінотерапії загалом (монотерапія препаратами інсуліну + комбінована терапія) вище у чоловіків, із сільської місцевості (18,13 % та 45,0 % відповідно проти 12,48 % та 38,62 % відповідно серед усіх чоловіків) порівняно з цими показниками у жінок із сільської місцевості (6,71 % та 43,29 % відповідно проти 13,54 % та 46,47 % відповідно серед усіх жінок). Частота призначення 2 препаратів інсуліну та аналогів інсуліну нижча у жителів: у чоловіків — 11,11 % та 25,0 % відповідно проти 15,72 % та 25,98 % відповідно серед усіх чоловіків, у жінок — 11,27 % та 22,54 % відповідно проти 14,37 % та 25,15 % відповідно серед усіх жінок. Частота призначення монотерапії пероральними цукрознижувачами лікарськими засобами (ПЦЛЗ) та терапії ПЦЛЗ загалом (монотерапія ПЦЛЗ + комбінована терапія) нижче у чоловіків із сільської місцевості (54,38 % та 81,25 % відповідно проти 58,6 % та 84,74 % відповідно серед усіх чоловіків) на відміну від цих показників у жінок із сільської місцевості (53,66 % та 90,24 % відповідно проти 51,76 % та 84,69 % відповідно серед усіх жінок). Не встановлено відмінностей призначення комбінованої терапії (терапія препаратами інсуліну та ПЦЛЗ): 26,14 % — серед усіх чоловіків, 32,93 % — серед усіх жінок.

Показник середнього рівня глікованого гемоглобіну (HbA1c) дещо нижчий у чоловіків, які мешкають у містах ($8,73 \pm 2,01$ % проти $9,24 \pm 2,05$ % у жінок із міст) та серед усіх чоловіків ($8,78 \pm 2,07$ % проти $9,27 \pm 2,06$ % серед усіх жінок). Частка хворих на ЦД 2 типу із рівнем HbA1c > 8,0 % більша серед чоловіків із сільської місцевості (69,33 % проти 60,22 % серед усіх чоловіків) порівняно з цим показником у жінок в усіх групах (69,5 % — серед усіх жінок).

Висновки. 1. Місце проживання хворих на ЦД 2 типу не має впливу на тривалість захворювання, ІМТ, частоту супутньої серцево-судинної, іншої ендокринної та онкологічної патології. Проте виявлено його помірний вплив на частоту ускладнень ЦД 2 типу і тактику медикаментозного лікування цієї категорії пацієнтів із сільської місцевості.

2. У ході дослідження встановлено відмінності залежно від статі хворого на ЦД 2 типу таких показників: у жінок в усіх групах більший показник тривалості захворювання, ІМТ, вища частота інсульту, діабетичної ангіопатії нижніх кінцівок, енцефалопатії, ретинопатії, серцево-судинної, іншої ендокринної та онкологічної патології, атеросклерозу судин голови та шиї, частота призначення монотерапії, терапії препаратами інсуліну та інсулінотерапії загалом, у чоловіків вища частота інфаркту міокарда, синдрому діабетичної стопи, діабетичної нефропатії, атеросклерозу судин нижніх кінцівок, частота призначення 2 препаратів інсуліну та аналогів інсуліну, терапії пероральними цукрознижувачами лікарськими засобами.

3. Медичні та соціальні фактори не впливають на ефективність лікування пацієнтів із ЦД 2 типу. Середній показник рівня HbA1c у них відповідає стадії декомпенсації захворювання.

Ключові слова: цукровий діабет 2 типу, жителі сіл, жителі міст, медичні та соціальні особливості цукрового діабету, ускладнення, супутня патологія, лікування, рівень глікованого гемоглобіну.

ЛІТЕРАТУРА/REFERENCES

1. Крушинська ЗГ. Інфаркт міокарда та інсульт у хворих на цукровий діабет 2 типу: епідеміологічні та соціально-економічні аспекти. Клінічна ендокринологія та ендокринна хірургія. 2018;4(64):93-94.
2. International Diabetes Federation. Diabetes Atlas. IDF. 2017. - 8th ed. - Brussels.
3. Zheng Y, Ley SH, Hu FB. Global aetiology and epidemiology of type 2 diabetes mellitus and its complications. Nat Rev Endocrinol. 2018;14(2 Feb):88-98. doi: 10.1038/nrendo.2017.151.