



кортикостероїдів; 7) ГЦД в анамнезі; 8) невиношування вагітності або мертвонародження в анамнезі; 9) народження дитини з масою тіла більше 4 кг або/чи з вадами розвитку; 10) сімейний анамнез ЦД (родичі першої лінії). З метою діагностики ГЦД (див. рис.) рекомендується використовувати пероральний глюкозотолерантний тест (ПГТТ).

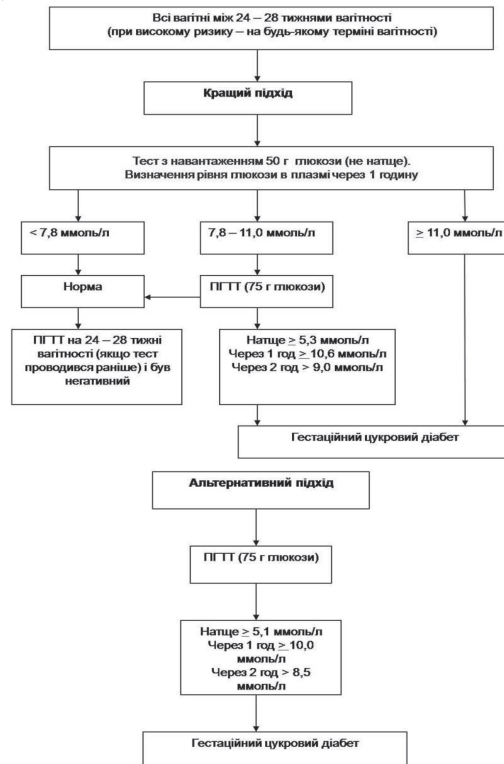


Рис. Підходи до діагностики ГЦД (Наказ МОЗ України № 1021 від 29.12.2014 р.).

Діагноз ГЦД вважається встановленим, якщо як мінімум один з показників глікемії перевищує нормальні показники. Оптимальний строк проведення ПГТТ – 24–28 тижні вагітності, в окремих випадках – до 32 тижня (за наявності високого ризику ГЦД, ультразвукових ознаках діабетичної фетопатії). При наявності факторів ризику розвитку ГЦД даний тест проводиться при первинному зверненні вагітної до лікаря будь-якої спеціальності. Дослідження необхідно проводити ранком на тлі не менше ніж 3-х денного харчування без обмежень і звичайного фізичного навантаження. Тесту має передувати нічне голодування протягом 8–14 годин (можна пити воду). Останній вечірній прийом їжі має містити 30–50 г вуглеводів. У процесі тесту не дозволяється куріння. Лікар повинен враховувати прийом пацієнткою медикаментів, що підвищують рівень глікемії (глюкокортикоїдні препарати, тиреоїдині гормони, тiazидні діуретики, β-адреноблокатори та ін.), і, по можливості, змістити їх прийом на час після закінчення ПГТТ.

Тимчасові протипокази до проведення ПГТТ: ранній токсикоз вагітних, гострі запальні або інфекційні захворювання, необхідність дотримання ліжкового режиму. Абсолютними протипоказами до проведення ПГТТ є індивідуальна непереносимість глюкози, маніфестний ЦД, захворювання шлунково – кишкового тракту, що супроводжуються порушенням всмоктування глюкози.

Можливим варіантом для скринінга жінок, що мають підвищений ризик ГЦД і нездатних пройти класичний ПГТТ є періодичне вимірювання глюкози натще і через 2 години після їжі, що проводиться у випадкові дні. Також в якості корисного допоміжного тесту оцінки стану вуглеводного обміну під час вагітності може виступати визначення рівня глікозильованого гемоглобіну (HbA1c), який у вагітних в нормі дещо нижчий (6,0–6,5 %).

Ляшук Р.П., Ляшук П.М. МЕТАБОЛІЧНИЙ СИНДРОМ ЯК МІЖДИСЦИПЛІНАРНА ПРОБЛЕМА

*Кафедра клінічної імунології, алергології та ендокринології
Вищий державний навчальний заклад України
«Буковинський державний медичний університет»*

Терміном метаболічний синдром (МС) називають комплекс клінічних і метаболічних порушень, асоційованих з підвищенням кардіоваскулярним ризиком.

Діагноз МС в МКХ – 10 відсутній. Окремо рубриковані артеріальна гіпертензія, ожиріння, цукровий діабет типу 2 (ЦД-2), різні типи дисліпідемії. Саме ці нозологічні одиниці повинні бути зазначені в клінічному діагнозі, оскільки вони мають ідентифікаційний номер у згаданій класифікації (Р.М.Мамедгасанов и др., 2013; Б.Н.Маньковский, 2014).



Нами обстежено 45 пацієнтів (18 чоловіків і 27 жінок) віком 48,9±2,3 року з МС (ко- та поліморбідна патологія), які перебували на амбулаторному обстеженні й лікуванні в Чернівецькому обласному ендокринологічному центрі за період 2014 – 2016 рр.

На підставі даних літератури (G.Reaven, 1998; E.Standl, 2005; R.Kahn et al., 2006; D.Y.Magliano et al., 2006; М.Н.Мамедов, 2006, 2007; Р.Г.Оганов, 2008; Б.Н.Маньковский, 2007, 2014) і власних клінічних спостережень можна розглядати МС як міждисциплінарну проблему, оскільки між його компонентами є причинно-наслідковий зв'язок (G.Reaven, 1998; E.Eschwege, 2003; М.Н.Мамедов, 2007; П.М.Ляшук та ін., 2006). Важливою ланкою ланкою МС вважаються ожиріння і пов'язана з ним продукція прозапальних цитокінів, які приймають участь у системному запаленні та дисфункції ендотелію (E.Y.Hamilton et al., 2011).

Це положення підтверджується такими даними літератури. З-поміж груп хворих на ЦД - 2 поширеність МС виявилась найвищою – до 90% (Б.Н.Маньковский, 2014 та ін.). А з групи хворих на МС у 15 – 20 % випадків він трансформується в ЦД – 2 (М.Д.Тронько, 2015). Протягом 10 років у 50% пацієнтів з МС може розвиватися ЦД – 2 (М.Н.Мамедов, 2007). Частота виявлення інсулінорезистентності (ІР) при МС досягає 95%. Припускають, що феномен ІР має певну генетичну основу, закріплену в процесі еволюції (В.І.Паньків, 2012).

Більшість пацієнтів з надмірною масою тіла та ожирінням, особливо абдомінальним, мають ті або інші метаболічні порушення. Так, у США серед осіб з нормальною масою тіла МС виявляється у 4,6%, з надмірною – у 22,4%, а з-поміж осіб з ожирінням – у 60% (S.Earl et al., 2009). У осіб з ІХС та артеріальною гіпертензією в залежності від віку, соціального статусу та етнічних особливостей у 45-55% констатується МС (И.Е.Чазова и др.2004; Б.Н.Маньковский, 2014; S.L.Abbate, 2006). З-поміж осіб із стенокардією напруження і/або інфарктом міокарда в анамнезі МС трапляється в 45% випадків (М.Н.Мамедов, 2007). Одним із клінічних проявів МС є жирова дистрофія печінки – до 60% випадків (Е.И.Ткаченко и др.,2008; П.М.Ляшук та ін., 2004).

Метаболічні розлади при МС у більшості випадків є відображенням системних порушень метаболізму, що через прозапальні медіатори реалізується в суглобах (O.Zhuo et al., 2012). Деякі автори остеопороз відносять до компонентів МС (Y.D.Katz et al., 2010). Зниження функції щитоподібної залози може посилити ризик серцево – судинних захворювань у пацієнтів з МС (В.І.Паньків та ін., 2011; В.Віонді et al., 2008). Останні дослідження свідчать про розвиток синдрому нетиреоїдної патології в результаті порушення периферичної конверсії тиреоїдних гормонів у пацієнтів з МС, що поглиблюються із наростанням маси тіла (Н.О.Абрамова, Н.В.Пашковская, 2015). Полікістоз яєчників тісно пов'язаний з інсулінорезистентністю, котра характерна для МС (А.Дулаїф, 1992; Т.Ф.Татарчук, 2004; П.М.Ляшук та ін., 2013). З-поміж чоловіків з еректильною дисфункцією у віці 30-65 років у 40% випадків є всі компоненти МС (М.Н.Мамедов, 2007; Р.М.Мамедгасанов и др., 2013). Пізній гіпогонадизм (late-onset hypogonadism), зумовлений віковим дефіцитом тестостерону, асоціюється з розвитком МС (I.Nuhtaniemi,2014). У пацієнтів із МС у 1,5% ймовірності виявляється хвороба (синдром) Кушинга (А.Faborin et al., 2011), а поширеність субклінічного синдрому Кушинга складає 3,3% (С.М.Черенько та ін., 2014). Виявлені особливості зв'язку МС та його окремих складових із когнітивними порушеннями у пацієнтів з циркуляторною енцефалопатією (Л.Е.Товажнявская и др., 2012). Чим вищі були показники артеріального тиску, більш триваліша артеріальна гіпертензія, тим гірші показники когнітивних функцій (О.О.Копчак, 2014).

Наголошується також на асоціації між депресією та МС. Депресією страждає кожен третій пацієнт з МС (И.С.Джериева и др., 2015). Не дивлячись на те, що в популяції подагра трапляється в 0,4% випадків, з-поміж хворих на цю патологію майже 7% мають МС (М.Н.Мамедов, 2007; О.І.Волошин, О.І.Доголіч, 2013).

Отже, метаболічний синдром слід розглядати як міждисциплінарну проблему, що потребує подальшого уточнення стандартних підходів до його виявлення і проведення відповідного комплексу лікувально-профілактичних заходів.

Маслянюк В.А.

ВПЛИВ ОЖИРІННЯ НА РОЗВИТОК ЦУКРОВОГО ДІАБЕТУ У ВАГІТНИХ

Кафедра клінічної імунології, алергології та ендокринології

Вищий державний навчальний заклад України

«Буковинський державний медичний університет»

Останнім часом у більшості країн світу Відмічається збільшення частоти порушення жирового обміну як серед дорослого, так і серед дитячого населення. За даними ВООЗ у 2025 році у світі буде нараховуватись більше 300 млн. людей з ожирінням. Не дивлячись на те, що ожиріння визначається як надлишок жирової тканини в організмі, воно є комплексним станом, який розцінюється як хронічне захворювання з порушенням функції цілого ряду систем організму, у тому числі і репродуктивної. Ожиріння, за якого має місце інсулінорезистентність, підвищує ризик розвитку репродуктивних порушень у вагітних жінок, а також є одним з важливих чинників розвитку гестаційного цукрового діабету, який розглядається як схильність жінки до цукрового діабету 2-го типу або, навіть, як стан явного предіабету. Актуальним залишається вивчення поширеності гестаційного діабету та удосконалення його діагностики у жінок з надлишковою масою тіла та ожирінням.

Нами обстежено 390 вагітних, які за даними скринінгу потребували дообстеження на предмет діагностики цукрового діабету. Окрім антропометричних вимірів (зріст, маса тіла з вирахуванням індексу маси тіла (ІМТ), проводили трьохгодинний пероральний глюкозотолерантний тест, визначали рівень глікозильованого гемоглобіну та С-пептиду.