

ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»
ГО «Придніпровська асоціація лікарів інтерністів»
Департамент охорони здоров'я
Дніпропетровської обласної державної адміністрації

АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ ВНУТРІШНЬОЇ МЕДИЦИНИ. ВІД КЛІНІЧНИХ ДОСЛІДЖЕНЬ ДО КЛІНІЧНОЇ ПРАКТИКИ

тези наукових доповідей
науково-практичної конференції

присвяченої
пам'яті академіка НАМН України Г.В. Дзяка

17–18 травня 2017 р.
м. Дніпро

«DOUBLE» ДІАБЕТ. АКТУАЛЬНІСТЬ ПИТАННЯ КОРЕКЦІЇ ІНСУЛІНОРЕЗИСТЕНТНОСТІ У ХВОРИХ НА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ 1 ТИПУ

Перцева Н.О., Мошенець К.І.

ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України», м. Дніпро

За визначенням ВОЗ цукровий діабет (ЦД) – це група метаболічних (обмінних) захворювань, що характеризується хронічною гіперглікемією, яка є результатом порушення секреції інсуліну, дії інсуліну або обох цих факторів та призводить до пошкодження, дисфункції і недостатності органів, особливо очей, нирок, нервів, серця і кровоносних судин. Сучасна класифікація ЦД була рекомендована Комітетом експертів ВОЗ у 1999 р. для використання в практичній діяльності. Вона включає ЦД 1 типу, ЦД 2 типу, інші специфічні типи діабету та гестаційний цукровий діабет.

Термін «подвійний діабет» (double diabetes) був вперше введений в 1991 році, ґрунтуючись на спостереженні, що пацієнти з ЦД 1 типу, які мали сімейний анамнез ЦД 2 типу, частіше мають надмірну вагу, крім того в них рідше та складніше досягти цільових значень глікемії, навіть з більш високими дозами інсуліну (В. Теуре, К. Bergis, 1991). Автори припустили, що це може вказувати на наявність інсулінорезистентності та високої вірогідності ЦД 2 типу в майбутньому у цих хворих, проте руйнування (3-клітин підшлункової залози та встановлення діагнозу ЦД 1 типу випередило маніфестацію ЦД 2 типу.

Набута інсулінорезистентність у хворих на ЦД 1 типу формується внаслідок хронічного передозування інсуліну шляхом збільшення доз інсуліну короткої дії або інсулінів-аналогів ультракороткої дії для корекції глікемії через недотримання дієти та переїдання). Інсулінорезистентність при так званому «подвійному діабеті» має інше походження. Вона є генетично детермінованою, проявляється внаслідок реалізації «clock» генів, які обумовлюють розвиток метаболічного синдрому (Балаболкін М.І., 2008).

Проспективне дослідження (EURODIAB) за участю 3250 пацієнтів із ЦД 1 типу показало, що жінки з сімейним анамнезом ЦД 2 типу мали достовірно вищий ризик розвитку альбумінурії, ніж пацієнтки без обтяженої спадковості (S.J. Cleland, B.M. Fisher, 2013). Дослідження DCCT показало, що більш висока резистентність до інсуліну у пацієнтів із ЦД 1 типу збільшує ризик як мікро- так і макросудинних ускладнень більш ніж в 2 рази (E.S. Kilpatrick, A.S. Rigby, 2008).

«Золотим стандартом» визначення інсулінорезистентності у хворих на ЦД 1 типу є еуглікемічний гіперінсулінемічний клемп-тест, проте складність виконання не дає можливості використовувати його в рутинній клінічній практиці (D. Matthews, J. Hosker 2007).

В ході статистичної обробки даних, отриманих в дослідженні EDC була введена формула розрахунку швидкості утилізації глюкози (eGDR), в якій враховуються: відношення окружності талії до окружності стегон, статус артеріального

тиску (так- 1, ні- 0) та значення глікозильованого гемоглобіну у відсотках. Низька eGDR була запропонована, як міра резистентності до інсуліну (K.V. Williams, J.R. Erbey, 2010). Визначення інсулінорезистентності за eGDR є простим, доступним та не потребує спеціального оснащення.

Важливість визначення наявності інсулінорезистентності у пацієнтів, хворих на ЦД 1 типу, що мають надлишкову вагу та гіперглікемію, яка важко контролюється, не залишає сумнівів. Однак питання корекції інсулінорезистентності залишається відкритим. На теперішній час доступним залишається перегляд дієти, схем інсулінотерапії та фізичної активності, оскільки ЦД 1 типу є протипоказанням для призначення медикаментозних засобів, що знижують інсулінорезистентність.

HEMODYNAMIC FEATURES IN PATIENTS WITH CHRONIC HEART FAILURE AND PRESERVED EJECTION FRACTION

Kolesnyk K., Homeniuk A., Andruyschenko A., Handal A.

SE «Dnipropetrovsk Medical Academy of Health Ministry of Ukraine», Dnipro

The aim of the study was to determine the clinical features and hemodynamics in patients with CHF with preserved ejection fraction depending on age.

Methods: retrospective analysis of 198 patients with heart failure and preserved ejection fraction. The average EF ($M \pm m$) – (63,8±6,3) %. 53,5 % were males (n=106), 46,5 % – females (n=92). Patients were divided into 3 groups according to age: 1st – 40–59 years old (n=74), 2nd – 60–75 (n=73), 3rd – >75 years old (n=51). Indicators of hemodynamics were assessed by echocardiographic examination on the unit «VIVID 3», GE Medical Systems – USA at B, M, 2D, CFM, PW – pulse sensor modes 3 S (3,5 MHz) in the left lateral position. Measurements were carried out according to the recommendations of the American Society of echocardiography. Statistic processing was conducted using the methods of biostatistics implemented in the software package STATISTICA v. 6.1.

Results. Hypertension was diagnosed among 169 patients (85,4 %). 17 (23 %) patients from the first group had a myocardial infarction in anamnesis (over six months), 23 (31,5 %) – in the second group and 12 (23,5 %) – in the third group. Conduction (block) were in 11 (14,9 %) patients from the first group, in 5 (6,8 %) – from the second group and in 11 (21,6 %) from the third group. Extrasystole was in 11 (14,9 %) patients from the first group, in 15 (20,5 %) from the second group and in 7 (13,7 %) from the third group. Atrial fibrillation was detected in 6 patients (8,1 %) from the first group, in 17 (23,2 %) from second group, in 7 (13,7 %) from the third group. Level of indicators such as myocardial infarction history, extrasystole, atrial fibrillation increases with age, but the highest in the age 60–75 years.

Significant structural and functional changes of hemodynamics were observed among patients with CHF with preserved ejection fraction from different age groups.