



ISSN 2410- 5155 (Online), ISSN 2311- 4495 (Print)

Трансляционная Медицина Translational Medicine

Научно-практический рецензируемый медицинский журнал

Приложение № 1

ТЕЗИСЫ

Научно-практическая конференция
с международным участием

«ИННОВАЦИИ
В ЭНДОКРИНОЛОГИИ-2023»

27-29 апреля 2023 года
Санкт-Петербург



ПЕТРУ ВЕЛИКОМУ
ЕКАТЕРИНА ВЕЛИКАЯ
АВГУСТ 1713

**Национальный медицинский
исследовательский центр им. В. А. Алмазова
Министерства здравоохранения Российской Федерации**

ISSN 2311–4495 (печатная версия)
ISSN 2410–5155 (электронная версия)



ГЛАВНЫЙ РЕДАКТОР

Шлякто Е. В.

ЗАМЕСТИТЕЛИ ГЛАВНОГО РЕДАКТОРА:

Конради А. О.

Галагудза М. М.

ТЕХНИЧЕСКИЙ РЕДАКТОР

Докшин П. М.

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ:

Беленков Ю. Н. (Москва)
Вавилова Т. В. (Санкт-Петербург)
Вебер В. Р. (Великий Новгород)
Волкова Н. И. (Ростов-на-Дону)
Галявич А. С. (Казань)
Гринева (Санкт-Петербург)
Гринштейн Ю. И. (Красноярск)
Даренская М. А. (Иркутск)
Ефремушкина А. А. (Барнаул)
Захарова И. Н. (Москва)
Зенин С. А. (Новосибирск)
Королев Д. В. (Санкт-Петербург)
Кашталап В. В. (Кемерово)
Климонтов В. В. (Новосибирск)
Костарева А. А. (Санкт-Петербург)
Лебедев Д. С. (Санкт-Петербург)
Лопатин Ю. М. (Волгоград)

Макаров С. А. (Кемерово)
Малашичева А. Б. (Санкт-Петербург)
Меликян М. А. (Москва)
Моисеева О. М. (Санкт-Петербург)
Неймарк М. И. (Барнаул)
Никитина И. Л. (Санкт-Петербург)
Протасов К. В. (Иркутск)
Рыжкова Д. В. (Санкт-Петербург)
Рябов В. В. (Томск)
Савченко А. А. (Красноярск)
Садыкова Д. И. (Казань)
Самородов А. В. (Уфа)
Сироткина О. В. (Санкт-Петербург)
Троян В. Н. (Москва)
Усов В. Ю. (Томск)
Чесникова А. И. (Ростов-на-Дону)
Шаповалов К. Г. (Чита)

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ:

Ольшанский Б. (США)
Ханссон Г. (Швеция)
Сёберг Г. (Швеция)
Керр Д. (США)
Бакс Ж. (Нидерланды)
Массард Ж. (Франция)
Орлов М. (США)
Содер О. (Швеция)
Феррари Р. (Италия)
Хельманн Р. (Германия)
Сили-Торок Т. (Нидерланды)
Сейерсен Т. (Швеция)
Вааге Я. (Норвегия)
Беркович О. А. (Санкт-Петербург)
Виллевалде С. В. (Санкт-Петербург)
Головкин А. С. (Санкт-Петербург)
Голухова Е. З. (Москва)
Гудкова А. Я. (Санкт-Петербург)
Гурьева И. В. (Москва)
Дземешкевич С. Л. (Москва)
Жлоба А. А. (Санкт-Петербург)
Зазерская И. Е. (Санкт-Петербург)
Заклязьменская Е. В. (Москва)
Звартау Н. Э. (Санкт-Петербург)
Калуев А. В. (Санкт-Петербург)
Карпенко М. А. (Санкт-Петербург)
Карпов Р. С. (Томск)
Козырев С. В. (Санкт-Петербург)
Кухарчик Г. А. (Санкт-Петербург)
Лишманов Ю. Б. (Томск)
Ломиворотов В. В. (Новосибирск)
Мазурок В. А. (Санкт-Петербург)
Маслов Л. Н. (Томск)
Мельниченко Г. А. (Москва)
Михайлов Е. Н. (Санкт-Петербург)
Мосоян М. С. (Санкт-Петербург)
Недошивин А. О. (Санкт-Петербург)
Неймарк А. Е. (Санкт-Петербург)
Поддубный И. В. (Москва)
Пузырев В. П. (Томск)
Салогуб Г. Н. (Санкт-Петербург)
Самочерных К. А. (Санкт-Петербург)
Сидоркевич С. В. (Санкт-Петербург)
Ткачук В. А. (Москва)
Труфанов Г. Е. (Санкт-Петербург)
Фадеев В. В. (Москва)
Чернявский М. А. (Санкт-Петербург)
Шевцов М. А. (Санкт-Петербург)

Журнал зарегистрирован в Государственном комитете РФ по печати.
Свидетельство о рег. ПИ № ФС77–56793 от 29.01.2014 г.
Журнал включен в Российский индекс научного цитирования

Журнал включен Высшей аттестационной комиссией Министерства образования и науки Российской Федерации в «Перечень российских рецензируемых научных журналов, в которых должны быть опубликованы основные научные результаты диссертаций на соискание ученых степеней доктора и кандидата наук».

Периодичность — 6 выпусков в год. Тираж — 1100 экземпляров.

Тематическая рассылка по специалистам.

Верстка — Л. П. Попова. Корректурa — А. В. Медведева

18+

Издательство «ФОНД АЛМАЗОВА»

Адрес: 197341, Санкт-Петербург, ул. Аккуратова, д. 2

Телефон издательства: +7(812)702–37–16

Подача рукописей и переписка с авторами, размещение рекламы и подписка —

e-mail: buletен@almazovcentre.ru

Подписка по каталогу агентства «Роспечать»: подписной индекс 57996

Архив номеров: http://www.almazovcentre.ru/?page_id=20396

http://elibrary.ru/title_about.asp?id=50986

Все права защищены. © 2023.

Полное или частичное воспроизведение материалов, опубликованных в журнале, допускается только с письменного разрешения редакции.

Редакция не несет ответственности за содержание рекламных материалов

V. A. Almazov National Medical Research Centre

Ministry of Health of the Russian Federation



EDITOR-IN-CHIEF

Evgeny Shlyakhto

DEPUTY EDITORS:

Alexandra Konradi

Mikhail Galagudza

ISSN 2311-4495 (printed)

ISSN 2410-5155 (online)

TECHNICAL EDITOR

Pavel Docshin

EDITORIAL BOARD:

Yu. Belenkov (Moscow)	M. Neimark (Barnaul)
A. Chesnikova (Rostov-on-Don)	I. Nikitina (St. Petersburg)
M. Darenskaya (Irkutsk)	K. Protasov (Irkutsk)
A. Efremushkina (Barnaul)	V. Ryabov (Tomsk)
A. Galyavich A. S. (Kazan)	D. Ryzhkova (St. Petersburg)
E. Grineva (St. Petersburg)	D. Sadykova (Kazan)
Yu. Grinshtein (Krasnoyarsk)	A. Samorodov (Ufa)
V. Kashtalap (Kemerovo)	A. Savchenko (Krasnoyarsk)
V. Klimontov (Novosibirsk)	K. Shapovalov (Chita)
D. Korolev (St. Petersburg)	O. Sirotkina (St. Petersburg)
A. Kostareva (St. Petersburg)	V. Troyan (Moscow)
D. Lebedev (St. Petersburg)	V. Usov (Tomsk)
Yu. Lopatin (Volgograd)	T. Vavilova (St. Petersburg)
S. Makarov (Kemerovo)	N. Volkova (Rostov-on-Don)
A. Malashicheva (St. Petersburg)	V. Weber (Veliky Novgorod)
M. Melikyan (Moscow)	I. Zakharova (Moscow)
O. Moiseeva (St. Petersburg)	S. Zenin (Novosibirsk)

INTERNATIONAL EDITORIAL COUNCIL:

J. Bax (Netherlands)
R. Ferrari (Italy)
G. Hansson (Sweden)
R. Hehlmann (Germany)
D. Kerr (USA)
G. Massard (France)
B. Olshansky (USA)
M. Orlov (USA)
T. Sejersen (Sweden)
G. Sjöberg (Sweden)
O. Söder (Sweden)
T. Szili-Torok (Netherlands)
J. Vaage (Norway)
O. Berkovich (St. Petersburg)
M. Chernyavsky (St. Petersburg)
S. Dzemeshevich (Moscow)
V. Fadeev (Moscow)
A. Golovkin (St. Petersburg)
E. Golukhova (Moscow)
A. Gudkova (St. Petersburg)
I. Guryeva (Moscow)
A. Kaluev (St. Petersburg)
M. Karpenko (St. Petersburg)
R. Karpov (Tomsk)
S. Kozyrev (St. Petersburg)
G. Kukharchik (St. Petersburg)
Yu. Lishmanov (Tomsk)
V. Lomivorotov (Novosibirsk)
L. Maslov (Tomsk)
V. Mazurok (St. Petersburg)
G. Melnichenko (Moscow)
E. Mikhailov (St. Petersburg)
M. Mosoyan (St. Petersburg)
A. Nedoshivin (St. Petersburg)
A. Neumark (St. Petersburg)
I. Poddubny (Moscow)
V. Puzyrev (Tomsk)
G. Salogub (St. Petersburg)
K. Samochemnykh (St. Petersburg)
M. Shevtsov (St. Petersburg)
S. Sidorkevich (St. Petersburg)
V. Tkachuk (Moscow)
G. Trufanov (St. Petersburg)
S. Villevalde (St. Petersburg)
E. Zaklyazmenskaya (Moscow)
I. Zazerskaya (St. Petersburg)
A. Zhloba (St. Petersburg)
N. Zvartau (St. Petersburg)

Journal is registered in State Committee for Publishing of the Russian Federation.
Certificate of registration. ПИ № ФС77-56793 on 29.01.2014
The Journal is included in the Russian Citation Index

The journal is listed among Russian peer-reviewed scientific journals approved by the Higher Attestation Commission of the Russian Ministry of Education and Science for the publication of major scientific results of theses for academic degrees of Doctor and Candidate of Sciences.

Periodicity — 6 issues per year. Edition 1100 copies.

Distribution to specialists.

18+

Make-up — L. P. Popova. Proofreader — A. V. Medvedeva

Publisher «ALMAZOV FOUNDATION»

Address: 197341, Saint-Petersburg, Akkuratova str. 2

Tel.: +7(812)702-37-16

Manuscript submission and correspondence with authors,
advertising and subscription —

e-mail: bulleten@almazovcentre.ru

Subscription on catalogue of Rospechat agency: index 57996

Archive: http://www.almazovcentre.ru/?page_id=20396
http://elibrary.ru/title_about.asp?id=50986

All rights reserved. © 2023.

Full or partial reproduction of materials printed in journal is allowed by the written permission of publisher.

Editors accept no responsibility for the content of advertising materials.

СОДЕРЖАНИЕ

- 5 **ГОРМОНАЛЬНАЯ ДИСФУНКЦИЯ ПРИ БОЛЕВОМ СИНДРОМЕ, ОБУСЛОВЛЕННОМ ФУНКЦИОНАЛЬНЫМИ КИСТАМИ ЯИЧНИКА**
Абрамова Ю.Г.
- 6 **ДЕПРЕССИЯ ПРИ ЭНДОГЕННОМ ГИПЕРКОРТИЦИЗМЕ КАК СЛОЖНАЯ ЗАДАЧА: КЛИНИЧЕСКОЕ ПРОЯВЛЕНИЕ ИЛИ СОПУТСТВУЮЩЕЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ?**
Будул Н.А.
- 7 **РАННИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ЭКЗОГЕННОГО ГИПЕРКОРТИЦИЗМА НА ФОНЕ КОРОТКОГО КУРСА СИСТЕМНЫМИ ГЛЮКОКОРТИКОИДАМИ**
Будул Н.А.
- 8 **НАРУШЕНИЕ АНТИОКСИДАНТНОЙ ЗАЩИТЫ У ДЕТЕЙ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 1 ТИПА НА ЭТАПЕ КОМПЕНСАЦИИ ЗАБОЛЕВАНИЯ**
Быков Ю.В.
- 9 **ВЛИЯНИЕ КОМПЛЕКСНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ НА ПОКАЗАТЕЛИ СТАБИЛОМЕТРИИ У ПАЦИЕНТОВ С ОЖИРЕНИЕМ**
Васильева В. А., Марченкова Л.А.
- 10 **ВЛИЯНИЕ КОМПЛЕКСНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ НА КОМПОЗИТНЫЙ СОСТАВ ТЕЛА У ПАЦИЕНТОВ С ОЖИРЕНИЕМ**
Васильева В. А., Марченкова Л.А.
- 11 **ИЗУЧЕНИЕ МОЛЕКУЛЯРНО-ГЕНЕТИЧЕСКИХ ПАРАМЕТРОВ И МАРКЕРОВ ВОСПАЛЕНИЯ И ОКИСЛИТЕЛЬНОГО СТРЕССА У ПАЦИЕНТОВ С ОЖИРЕНИЕМ НА ФОНЕ ТЕРАПИИ ЛИРАГЛУТИДОМ**
Голикова Т.И.
- 12 **САХАРНЫЙ ДИАБЕТ 1 ТИПА КАК ФАКТОР РИСКА НАРУШЕНИЯ ЗДОРОВЬЯ КОСТИ В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ**
Ефременкова А.С.
- 13 **ИЗМЕНЕНИЕ ЭКСПРЕССИИ МИКРОРНК-378 И МИКРОРНК-142 В ЖИРОВОЙ ТКАНИ НА ФОНЕ ТЕРАПИИ РЕДУКСИНОМ**
Засыпкин Г.Г.
- 14 **КАК ВРЕМЯ ПРИЕМА ПИЩИ ВЛИЯЕТ НА ПОСТПРАНДИАЛЬНЫЙ ОТВЕТ ГЛЮКОЗЫ У ПАЦИЕНТОВ?**
Золоева Д.Э., Мисникова И.В., Глазков А.А.
- 15 **САГИТ — НОВЫЙ ИНСТРУМЕНТ ДЛЯ МОНИТОРИНГА ПАЦИЕНТОВ С АКРОМЕГАЛИЕЙ**
Иловайская И.А.
- 16 **ВОЗМОЖНОСТИ КОМБИНИРОВАННОЙ САХАРОСНИЖАЮЩЕЙ ТЕРАПИИ С ИНГИБИТОРАМИ ДИПЕПТИДИЛПЕПТИДАЗЫ 4 ТИПА: ОЦЕНКА ДОЛГОСРОЧНЫХ ПРОГНОЗОВ**
Климова К.Н.
- 17 **СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ДОЛГОСРОЧНЫХ ЭФФЕКТОВ КОМБИНИРОВАННОЙ САХАРОСНИЖАЮЩЕЙ ТЕРАПИИ ПРЕПАРАТАМИ ГРУППЫ ИНГИБИТОРОВ НАТРИЙ-ГЛЮКОЗНОГО КОТРАНСПОРТЕРА 2-ГО ТИПА В СРАВНЕНИИ СО СТАНДАРТНОЙ ТЕРАПИЕЙ**
Климова К.Н.
- 18 **ПЕРВИЧНЫЕ ПРИЗНАКИ «НЕБОЛЬШИХ» МАКРОАДЕНОМ ГИПОФИЗА, ХОТЯ БЫ ОДИН РАЗМЕР КОТОРЫХ МЕНЕЕ 10 ММ, А ТАКЖЕ СПЕЦИАЛИСТЫ К КОТОРЫМ ОНИ ОБРАЩАЛИСЬ**
Кривошеева Ю.Г.
- 19 **СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ГЛИКЕМИИ ПО СИСТЕМЕ FLASH-МОНИТОРИРОВАНИЯ У ДЕТЕЙ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 1 ТИПА И СОПУТСТВУЮЩИМ АУТОИММУННЫМ ТИРЕОИДИТОМ**
Марьина О.И.
- 20 **К ВОПРОСУ О ПРОФИЛАКТИКЕ РАЗВИТИЯ РЕЦИДИВА СИНДРОМА ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ**
Матийцев А.Б.
- 21 **СОВРЕМЕННЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ САХАРОСНИЖАЮЩЕЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА И СИНДРОМОМ РАЗДРАЖЕННОГО КИШЕЧНИКА**
Михайличенко Е.С.
- 22 **СОВРЕМЕННЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ КОМБИНИРОВАННОЙ ГИПОЛИПИДЕМИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ У ЛИЦ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА**
Михайличенко Е.С.
- 23 **ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЯ РЕЗИСТЕНТНОЙ И ИЗОЛИРОВАННОЙ СИСТОЛИЧЕСКОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ У ЛИЦ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА**
Михайличенко Е.С.
- 24 **КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ МЕЛАНОМЫ С МЕТАСТАТИЧЕСКИМ ПОРАЖЕНИЕМ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ**
Мотренко А.Ю.
- 25 **НОВЫЙ ВЕКТОР В ЛЕЧЕНИИ ОЖИРЕНИЯ И МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА**
Санькова М.В.
- 26 **ИССЛЕДОВАНИЕ РАЗЛИЧНЫХ ТИПОВ ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ОЖИРЕНИЕМ**
Штейн К.А.
- 27 **ОЦЕНКА УРОВНЯ ИНФОРМИРОВАННОСТИ НАСЕЛЕНИЯ Г. КИРОВ О САХАРНОМ ДИАБЕТЕ**
Юркина Т.Е.

ГОРМОНАЛЬНАЯ ДИСФУНКЦИЯ ПРИ БОЛЕВОМ СИНДРОМЕ, ОБУСЛОВЛЕННОМ ФУНКЦИОНАЛЬНЫМИ КИСТАМИ ЯИЧНИКА

Автор: Абрамова Юлия Геннадиевна, liabrams11@gmail.com

Место работы: ГОО ВПО «ДОННМУ ИМ. М. ГОРЬКОГО»

Соавторы: Матийцев Александр Богданович

Источник финансирования: Нет

Город проживания: Донецк

Доказано, что частота функциональных кист, которые клинически проявляются болевым синдромом, обусловленным ишемией стенки, либо кровотечением, в популяции колеблется от 18 % до 33 %.

Цель: оценить показатели эстрадиола (E_2) и прогестерона в содержимом функциональных кист при остром болевом синдроме.

Материалы и методы. В исследовании приняли участие 67 женщин: I группа — 32 пациентки с острой тазовой болью и II – 35 женщин репродуктивного возраста, которым выполнена диагностическая лапароскопия. Критериями включения явились интраоперационная визуализация кист яичников (30-50мм), отсутствие эхографических признаков ранее. Для решения поставленной задачи во время оперативного вмешательства проводили пункцию и аспирацию содержимого кист яичников, энуклеацию стенки последних и последующее морфологическое изучение. Концентрацию эстрадиола (E_2) и прогестерона в содержимом функциональных кист определяли путем иммуноферментного анализа.

Результаты и их обсуждение. Установлено, что для болевого синдрома характерны следующие морфологические изменения: наряду с расширением венул и выраженного спазма артериол имеют место участки лейкоцитарно-лимфоцитарной инфильтрации, состоящие из скопления нейтрофилов, макрофагов и фибробластов, которые распространяются на обширные расстояния и имеют различную глубину. Иммуноферментный анализ содержимого функциональных кист позволил установить следующее: концентрации E_2 в содержимом кисты яичника при болевом синдроме составила 5482 ± 1367 пг/мл с медианой 4124, тогда как при бессимптомном течении — 689 ± 569 пг/мл с медианой 582. Вместе с тем концентрация прогестерона при бессимптомном течении составляла $34,9 \pm 7,2$ пг/мл при медиане 27,3 и $1,9 \pm 0,5$ пг/мл при медиане 1,1 — при болевом синдроме соответственно. С целью оценки гормонального фона в гинекологической практике используют тесты функциональной диагностики (феномен «папоротника», натяжение слизи). Полученные результаты свидетельствовали, что цервикальная слизь у женщин с острой тазовой болью имеет высокую эстрогенную насыщенность, что нехарактерно для лютеиновой фазы (18-22 д.м.ц.), при бессимптомном течении — повышенное содержание прогестерона. Нами установлена корреляция между ишемическими изменениями в стенке кисты яичника и уровнем гормонов в содержимом последних. Известно, что эстроген способен защищать клетки гранулезы от апоптоза, вызванного окислительным стрессом, а высокие концентрации активного кислорода ингибируют продукцию прогестерона в лютеинизированных клетках гранулезы, что соответствует полученным результатам, которые могут быть использованы при дифференциальной диагностике острых тазовых болей у женщин репродуктивного возраста.

Выводы. Установлено, что острые тазовые боли, характерные для напряженных функциональных кист яичника, сопровождаются дисгормональными расстройствами, о чем свидетельствуют повышенная эстрогенная насыщенность цервикальной слизи (нехарактерная для лютеиновой фазы – 18-22 д.м.ц.).

ДЕПРЕССИЯ ПРИ ЭНДОГЕННОМ ГИПЕРКОРТИЦИЗМЕ КАК СЛОЖНАЯ ЗАДАЧА: КЛИНИЧЕСКОЕ ПРОЯВЛЕНИЕ ИЛИ СОПУТСТВУЮЩЕЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ?

Автор: Будул Наталья Александровна, Doc.90@inbox.ru

Место работы: ГБУЗ МО МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского

Соавторы: Иловайская И.А., Комердус И.В., Старостина Е.Г.

Источник финансирования: ГБУЗ МО МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского

Город проживания: Москва

Депрессия может быть как симптомом какого-либо, в том числе эндокринного заболевания, так и самостоятельной нозологической единицей, осложняющей ведение пациента из-за наличия соматических симптомов. Эндогенный гиперкортицизм является заболеванием, способствующим развитию вторичных депрессивных расстройств. Однако, высокая частота депрессивных расстройств в общей популяции не позволяет исключить и наличие сопутствующей депрессии при этом эндокринном заболевании.

Мы хотим представить два случая депрессивного расстройства у больных с эндогенным гиперкортицизмом различного генеза.

Женщина Г., 66 лет, после односторонней адреналэктомии по поводу кортикостеромы. Сразу после операции в связи развитием вторичной надпочечниковой недостаточности был назначен гидрокортизон (30 мг/сутки, ежедневно). Затем доза препарата была постепенно снижена. Спустя 6 месяцев после операции, на фоне отмены гидрокортизона, отмечала выраженную слабость, боль в мышцах, рвоту, которые могли бы быть расценены как проявления надпочечниковой недостаточности, однако уровень кортизола был нормальным. Консультирована психиатром, диагностировано депрессивное расстройство, назначен имипрамин (50 мг/сутки, ежедневно). На фоне лечения антидепрессантом жалобы были полностью купированы. Таким образом, депрессия маскировалась под проявления надпочечниковой недостаточности.

Женщина Д., 50 лет, находилась под наблюдением психиатра на протяжении 3 лет по поводу депрессивного состояния, получала тиаприд 100 мг ежедневно без значительного клинического эффекта. За 3 года наблюдения постепенно прибавила в весе (25 кг за 10 лет), сформировалось лунообразное лицо, начала беспокоить выраженная мышечная слабость. При гормональном обследовании: суточная моча на свободный кортизол — 899,5 нмоль/л (80–250), малая дексаметазоновая проба: кортизол — 215 нмоль/л (<50), АКТГ — 6,73 пмоль/л (1–5). МРТ гипофиза с контрастом: данных за аденому не получено. Подтверждена Болезнь Иценко-Кушинга. Выполнена трансфеноидальная аденомэктомия. Гистологически: кортикотропинома. В раннем послеоперационном периоде развилась вторичная надпочечниковая недостаточность, инициирована терапия гидрокортизоном (начальная доза 40 мг/сутки, ежедневно). После купирования эндогенного гиперкортицизма проявления депрессивного расстройства полностью исчезли, антидепрессанты отменили.

В данном случае депрессивное расстройство стало первым проявлением эндогенного гиперкортицизма, носило симптоматический характер, и регрессировало сразу после достижения ремиссии заболевания.

Таким образом, у больных с диссоциацией тяжести клинических проявлений и гормональных показателей необходимо подозревать наличие сопутствующего депрессивного расстройства, равно как при депрессивных расстройствах нельзя исключать возможность наличия эндокринного заболевания, ставшего }причиной психических нарушений.

РАННИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ЭКЗОГЕННОГО ГИПЕРКОРТИЦИЗМА НА ФОНЕ КОРОТКОГО КУРСА СИСТЕМНЫМИ ГЛЮКОКОРТИКОИДАМИ

Автор: Будул Наталья Александровна, Doc.90@inbox.ru

Место работы: ГБУЗ МО МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского

Соавторы: Иловайская И.А., Комердус И.В.

Источник финансирования: ГБУЗ МО МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского

Город проживания: Москва

Введение: в настоящее время глюкокортикоид-содержащие препараты активно используются в клинической практике благодаря своему широкому спектру действия. Однако, такое их применение часто приводит к развитию ряда нежелательных эффектов.

Цель: Изучить характер клинических и биохимических изменений, показателей углеводного и липидного обменов на фоне приема супрафизиологических доз глюкокортикоидов (ГК).

Материал и методы: Результаты обследования 20 больных, принимающих ГК системного действия (метипреднизолон); возраст 47 [28;69] лет; 4 мужчин и 16 женщин. Больные осмотрены до и спустя 1 месяц от начала приема ГК. Доза метипреднизолона составила 24 мг в сутки.

Результаты: ИМТ исходно 26,4 кг/м² [20,8; 35,7], спустя 1 месяц приема ГК — 27,3 кг/м² [22,2;34,5]. Спустя 1 месяц приема ГК появились жалобы, которые отсутствовали до приема препарата, среди которых наиболее часто встречающимися были: прибавка в весе (у 10 пациентов), эмоциональная лабильность (у 8), повышенный аппетит (у 7), матронизм (у 7), нарушение сна (у 5). По данным лабораторного обследования исходно гипокалиемия присутствовала у 2 пациентов, спустя месяц приема ГК — у 9; гиперхолестеринемия исходно наблюдал у 12 пац., спустя месяц — 15; гипертриглицеридемия исходно — у 4 пац., спустя месяц приема ГК — у 6 пац. По данным ОГТТ исходно: сахарный диабет — у 1 пациента; нарушенная гликемия натощак (НГН) — у 2 пац., нарушенная толерантность к глюкозе (НТГ) — у 1 пац. Спустя месяц приема ГК отмечалось развитие ранних нарушений углеводного обмена (РНУО), которые отсутствовали до приема ГК: НГН — у 1 пациента, НТГ — у 4 (из которых у одного пациента исходно была НГН).

Выводы: Уже спустя месяц приема системных ГК отмечались клинические и лабораторные проявления гиперкортицизма. Наиболее частыми лабораторными проявлениями гиперкортицизма были гипокалиемия и дислипидемия. Также, отмечалось развитие РНУО, которые отсутствовали до приема ГК.

НАРУШЕНИЕ АНТИОКСИДАНТНОЙ ЗАЩИТЫ У ДЕТЕЙ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 1 ТИПА НА ЭТАПЕ КОМПЕНСАЦИИ ЗАБОЛЕВАНИЯ

Автор: Быков Юрий Витальевич, yubykov@gmail.com

Место работы: Ставропольский государственный медицинский университет

Соавторы: нет

Источник финансирования: нет

Город проживания: Ставрополь

Введение. Сахарный диабет (СД) 1 типа одна из частых эндокринопатий в детском возрасте. Окислительный стресс (ОС) рассматривается как один из возможных механизмов развития данного заболевания и его осложнений.

Цель исследования: оценить уровни ферментов антиоксидантной защиты (АОЗ): супероксиддисмутазы (СОД) и глутатионпероксидазы (ГП) на этапе компенсации при СД 1 типа у детей и подростков.

Методы исследования. Обследовано 58 детей, из них 34 ребенка с СД 1 типа (группа исследования) и 24 условно здоровых ребенка (контрольная группа). В зависимости от длительности заболевания, группа исследования была разделена на две подгруппы: 1 подгруппа — 14 пациентов с впервые выявленной формой СД 1 типа (дебют заболевания) и 2 подгруппа — 20 пациентов хроническим течением СД 1 типа. Методом иммуноферментного анализа в плазме крови переделали уровни СОД и ГП. Для оценки различия средних величин применяли критерии Манна-Уитни и Краскела-Уоллиса. Корреляционная связь оценивалась при помощи критерия Спирмена.

Полученные результаты. Обнаружено снижение средних значений СОД — 14512,5 [12670-16470] Pg/ml ($p=0,03$) и ГП — 65,155 [42,6-89,3] Ng/ml ($p=0,012$) у пациентов с СД 1 типа по сравнению с условно здоровыми детьми. При хронической форме заболевания, уровни СОД и ГП, были достоверно ниже по сравнению с впервые выявленной формой СД 1 типа. Выявлена положительная корреляционная зависимость между снижением ферментов АОЗ, возрастом, длительностью заболевания, количеством декомпенсаций в анамнезе, уровнем гликемии и гликированного гемоглобина. Обнаруженные нарушения свидетельствуют о снижении АОЗ, как проявлении ОС при СД 1 типа на стадии компенсации заболевания.

Выводы. АОЗ является важным компонентом от окислительного повреждения клеток, которая при данной эндокринопатии может быть резко нарушена, за счет снижения выработки СОД и ГП. Диагностика ферментов АОЗ при СД 1 типа у детей и подростков является оправданной, за счет своевременного выявления проявлений ОС. Максимально раннее обнаружение дисфункции АОЗ у данного контингента пациентов, может послужить основанием для назначения антиоксидантов, что улучшит качество оказания помощи у детей с СД 1 типа.

ВЛИЯНИЕ КОМПЛЕКСНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ НА ПОКАЗАТЕЛИ СТАБИЛОМЕТРИИ У ПАЦИЕНТОВ С ОЖИРЕНИЕМ

Васильева В.А., Марченкова Л.А.

ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр реабилитации и курортологии»

Минздрава России, Россия, г. Москва

Цель исследования: изучить влияние нового комплексного метода лечебной физкультуры с включением балансотерапии с биологической обратной связью и кинезогидротерапии на функцию равновесия.

Материал и методы. В исследование были включены мужчин и женщин в возрасте от 40 до 65 лет с индексом массы тела $\geq 30 \text{ кг/м}^2$. Методы исследования включали в себя антропометрию, стабилometriю. Далее пациенты были разделены на две группы методом простой рандомизации. Пациенты обеих групп прошли двухнедельный курс медицинской реабилитации. Пациенты основной группы получали 4 метода лечебной физкультуры: *балансотерапию*, групповые занятия *кинезогидротерапией*, групповые занятия специальным комплексом лечебной гимнастики в зале, *аэробные упражнения* на велотренажере или беговой дорожке. Пациенты группы сравнения проходили лечение только с использованием занятий аэробными упражнениями и лечебную гимнастику в зале по той же методике и с тем же количеством процедур, что и в основной группе. Динамическое наблюдение проводилось исходно и через 14 дней.

Результаты. Согласно полученным данным, улучшение показателей функции равновесия мы получили на 14-й день исследования по разбросу по фронтالي ($p=0,028$), по разбросу по сагиттالي ($p=0,043$). Достоверно улучшились показатели в основной группе по средней скорости перемещения центра давления ($p=0,018$) и скорости перемещения статокинезиограммы ($p=0,028$), показателей площади эллипса ($p=0,018$).

Выводы: Новая комплексная программа, включающая аэробные и силовые физические тренировки, кинезогидротерапию и балансотерапию показала более значимое, влияние на функцию равновесия после завершения курса медицинской реабилитации, по сравнению со стандартным методом медицинской реабилитации.

Ключевые слова: ожирение, кинезогидротерапия, реабилитация, стабилметрия, равновесие.

ВЛИЯНИЕ КОМПЛЕКСНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ НА КОМПОЗИТНЫЙ СОСТАВА ТЕЛА У ПАЦИЕНТОВ С ОЖИРЕНИЕМ

Васильева В.А., Марченкова Л.А.

ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр реабилитации и курортологии»

Минздрава России, Россия, Москва

Цель исследования: оценить эффективность новой комплексной программы медицинской реабилитации с включением балансотерапии с биологической обратной связью и кинезогидротерапии на динамику веса и показатели состава тела с помощью разных методов после этапа реабилитации и отдаленные результаты.

Материал и методы. В исследование были включены мужчин и женщин в возрасте от 40 до 65 лет с индексом массы тела ≥ 30 кг/м². Методы исследования включали в себя антропометрию, измерение толщины жировой складки, исследование состава тела с помощью биоимпедансометрии и воздухзамещающей бодиплятизмографии. Далее пациенты были разделены на две группы методом простой рандомизации. Пациенты обеих групп прошли двухнедельный курс медицинской реабилитации на фоне низкокалорийной диеты. Пациенты основной группы (группы 1) получали 4 метода лечебной физкультуры: балансотерапию (сенсомоторную тренировку), групповые занятия кинезогидротерапией, групповые занятия специальным комплексом лечебной гимнастики в зале, аэробные упражнения на велотренажере или беговой дорожке. Пациенты группы сравнения (группы 2) проходили лечение только с использованием занятий аэробными упражнениями и лечебную гимнастику в зале по той же методике и с тем же количеством процедур, что и в основной группе. Динамическое наблюдение проводилось сразу после завершения курса, через 3 и 6 месяцев.

Результаты. Согласно полученным данным, в обеих группах после завершения этапа лечения достоверно снизилась масса тела в обеих группах, $p=0,0001$, окружность талии ($p=0,0001$ в группе 1 и $p=0,005$ в группе 2) и окружность бедер ($p=0,0001$ в группе 1 и $p=0,0003$ в группе 2). В основной группе достоверно ($p<0,05$) уменьшилась толщина жировой складки области трицепса через 14 дней, 3 и 6 месяцев соответственно (с 36,0 [28,0; 39,5] до 32,0 [24,0; 46,0] до 28,0 [20,5; 37,5] до 29,0 [19,0; 45,0] мм соответственно), уменьшилась толщина жировой складки области живота через 14 дней, 3 и 6 месяцев (с 67,5 [50,0; 77,5] до 56,0 [50,0; 68,0] до 46,0 [37,0; 50,0] до 50,0 [38,0; 70,0] мм соответственно). Мы получили достоверное ($p<0,05$) снижение жировой массы по данным биоимпедансометрии в основной группе через 14 дней и 3 месяца соответственно (с 65,7 [49,2; 72,1] до 60,9 [42,2; 66,7] до 55,3 [39,3; 62,2] кг, соответственно). В группе 1 снижение жировой ткани по данным воздухзамещающей бодиплятизмографии так же достоверно ($p<0,05$) отличались спустя 14 дней, 3 месяца соответственно (с 56,8 [41,3; 77,5] до 49,7 [40,1; 57,1] до 44,4 [34,4; 64,4] кг соответственно).

Выводы: Новая комплексная программа, включающая аэробные и силовые физические тренировки, кинезогидротерапию и балансотерапию в сочетании с низкокалорийной диетой показала более значимое, чем стандартный метод медицинской реабилитации, влияние на снижение массы, уменьшение толщины жировых складок, а также изменение композитного состава тела, в том числе на отдаленных этапах наблюдения.

Ключевые слова: ожирение, кинезогидротерапия, состав тела, медицинская реабилитация, биоимпедансометрия, воздухзамещающая бодиплятизмография, толщина жировой складки.

ИЗУЧЕНИЕ МОЛЕКУЛЯРНО-ГЕНЕТИЧЕСКИХ ПАРАМЕТРОВ И МАРКЕРОВ ВОСПАЛЕНИЯ И ОКИСЛИТЕЛЬНОГО СТРЕССА У ПАЦИЕНТОВ С ОЖИРЕНИЕМ НА ФОНЕ ТЕРАПИИ ЛИРАГЛУТИДОМ

Автор: Голикова Татьяна Игоревна, tanya.golya@gmail.com

Место работы: младший научный сотрудник НИЛ предиабета и метаболических нарушений
НЦМУ «Центр персонализированной медицины»

Соавторы: Бабенко А.Ю., Гринева Е.Н.

Источник финансирования: Грант Министерства науки и высшего образования № 075-15-2022-301.

Город проживания: Санкт-Петербург

Введение: Лечение ожирения – крайне сложная задача, эффективность решения которой зависит от многих факторов. Известно, что характеристики метаболической активности жировой ткани (ЖТ) могут влиять на результат лечения. В последнее время в лечении ожирения активно применяются препараты группы арГПП-1, в частности Лираглутид. Однако, возможные механизмы влияния арГПП-1 на изменения молекулярно-генетических свойств ЖТ также остаются неясными и имеют несомненный научный интерес. Таким образом, целью нашего исследования стало изучение молекулярно-генетических характеристик ЖТ, их изменений на фоне лечения Лираглутидом, выявление возможных предикторов ответа.

Материалы и методы: В исследование было включено 33 пациента с ожирением (ИМТ > 30 кг/м²). Средний возраст 40,9± 3,64 лет. Всем пациентам была выполнена ТАБ ЖТ до начала лечения и на фоне терапии. Была изучена экспрессия генов-маркеров воспаления (CCL2), окислительного стресса (OC) (HIF1a), дифференцировки и адипогенеза ЖТ (ADIPOQ, miR378, miR155), а также уровни маркеров воспаления и OC.

Результаты: Экспрессия CCL2 была повышена у пациентов с ожирением по сравнению с группой ЗК (p = 0.02), HIF1a, miR155 имели тенденцию к снижению без статистически значимой разницы. Уровни СРБ до начала лечения соответствовали категории высокого риска (4.28 (2.67, 5.89)). Исходный уровень миелопероксидазы (МПО) значимо превышал верхний порог нормы. Уровень МПО значимо прямо коррелировал с объемом талии (OT) (r=0,36, p=0,021), что свидетельствует о связи ее активности с висцеральным характером ожирения. Обращает на себя внимание наличие взаимосвязи между уровнем биомаркеров воспаления (СРБ) в циркуляции и экспрессией генов-маркеров воспаления в ЖТ (CCL2) (коэффициент корреляции 0.62 (p = 0.03). Аналогичным образом, обнаружена взаимосвязь между Миелопероксидаза- HIF1a (коэффициент корреляции -0.81 (p_value = 0.02)). Для оценки взаимосвязи характеристик транскриптома подкожной ЖТ с ответом на терапию было выполнено сравнение экспрессии изученных генов-маркеров с ответом на терапию. За хороший ответ было принято снижение веса на 5% и более за 3-6 мес терапии. При сравнении экспрессии ADIPOQ, HIF1a, CCL2 и miR378 в подкожной ЖТ в группах респондеров и не-респондеров значимых отличий отмечено не было. В процессе терапии наблюдалось выраженное снижение уровня МПО (p=0,005), уровня СРБ (p = 0,04). Существенной динамики экспрессии изученных генов-маркеров в процессе лечения Лираглутидом отмечено не было. Взаимосвязи между экспрессией генов-маркеров и уровнем биомаркеров в циркуляции были утрачены. По данным регрессионного анализа значимым негативным предиктором ответа на терапию был уровень экспрессии Ccl2 (коэффициент C=-0.37 pvalue=0.08).

Вывод: Циркуляторные маркеры гипоксии (OC) и воспаления снизились в процессе терапии Лираглутидом, в то время как генетические маркеры значимо не изменились. Это может быть связано с системностью воспаления и гипоксии при ожирении и свидетельствует о том, что циркуляторные маркеры более чувствительны для оценки эффектов терапии, чем динамика экспрессии генов в подкожной ЖТ.

САХАРНЫЙ ДИАБЕТ 1 ТИПА КАК ФАКТОР РИСКА НАРУШЕНИЯ ЗДОРОВЬЯ КОСТИ В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ

Автор: Ефременкова Алёна Сергеевна, Davydenkova94@yandex.ru

Место работы: ФГБОУ ВО Смоленский государственный медицинский университет МЗ РФ

Соавторы: Крутикова Надежда Юрьевна

Источник финансирования: отсутствует

Город проживания: Смоленск

Проблема сахарного диабета 1 типа (СД1) у детей связана с растущей распространенностью и тяжестью осложнений, связанных с воздействием на общий метаболизм, в том числе и на костную ткань.

Цель: оценка показателей костной прочности у детей с СД1 по данным ультразвуковой остеоденситометрии и маркеров костного метаболизма.

Материалы и методы: Исследовано 80 детей от 4 до 15 лет, основная группа — 40 детей, имеющих сахарный диабет 1 типа, контрольная группа — 40 детей, имеющих II группу здоровья. Проведены анализ клинико-anamnestических данных, ультразвуковая остеоденситометрия на ультразвуковом денситометре «Omnisense omni» (Sunlight Medical Ltd, Израиль), оснащенный специализированной программой и детским датчиком, определен уровень общего кальция (Ca), щелочной фосфатазы (ЩФ), фосфора (P) на биохимическом анализаторе Clima MC-15 («Ral», Испания), уровень остеокальцина и b-CrossLaps («Nordic Bioscience Diagnostics A/S»).

Результаты. При изучении костной прочности детей с СД1 (n=40) установлено, что 7,5% (n=3) имели выраженное снижение костной прочности, 15% (n=6) низкие показатели прочности, 55% (n=25) тенденцию к снижению прочности, 22,5% (n=9) нормальные показатели прочности. Снижение костной прочности у детей с СД1 встречалось значительно чаще (77,5%; n=31), чем в группе контроля (7,5%; n=3) (p=0,000). Значимые различия показателей костной прочности у детей с СД1 в зависимости от наличия антенатальных факторов риска, физического развития, пола, возраста и патогномичных клинических проявлений не выявлены (p<α). В зависимости от степени компенсации углеводного обмена, определено: низкие показатели прочности кости встречаются чаще при субкомпенсированной форме СД1, чем при компенсированной форме (p<α). Получена значимая умеренная отрицательная корреляция, чем выше уровень гликированного гемоглобина, тем ниже показатели прочности кости (rs=-0,416; p=0,014; p<α). Показатели кальций-фосфорного обмена у детей с СД1 находились в пределах референсных значений (p>α), различий по содержанию Ca (p=0,37), P (p=0,05) между группами детей установлено не было. У детей с СД1 уровень ЩФ был значительно ниже по сравнению с детьми группы контроля. Значимой корреляции между показателями Ca-P обмена и прочности кости не установлено (p≥0,05). Снижение уровня остеокальцина у детей с СД1 встречалось значительно чаще (100%, n=40), чем у детей группы контроля (2,5%, n=1) (p=0,001), получены значимые различия по уровню остеокальцина между детьми основной и контрольной групп (критерий Манна-Уитни p=0,001). Повышение уровня b-Crosslaps у детей с СД1 встречалось значительно чаще (52,5%, n=21), чем у детей группы контроля (22,5%, n=9) (p=0,000). Уровень b-Crosslaps статистически значимо выше у детей с СД1 (критерий Манна-Уитни p=0,001). Корреляция между параметрами костной прочности, уровнем остеокальцина (r=-0,26, p=0,036), уровнем b-Crosslaps значима (r=-0,024, p>α).

Выводы. Дети с СД1 имели высокую частоту снижения прочности кости. Доказана корреляционная зависимость между показателями прочности кости и биохимическими маркерами, в то время как определение стандартных биохимических показателей кальций-фосфорного обмена является малоинформативным.

ИЗМЕНЕНИЕ ЭКСПРЕССИИ МИКРОРНК-378 И МИКРОРНК-142 В ЖИРОВОЙ ТКАНИ НА ФОНЕ ТЕРАПИИ РЕДУКСИНОМ

Автор: Засыпкин Герман Георгиевич, germanzasypkin@yandex.ru

Место работы: Научный центр мирового уровня «Центр персонализированной медицины»

Соавторы: Научный руководитель: д.м.н, профессор А.Ю. Бабенко

Источник финансирования: Исследование выполнено при финансовой поддержке Министерства науки и высшего образования Российской Федерации (Соглашение № 075-15-2022-301 от 20.04.2022)

Город проживания: Санкт-Петербург

Введение. Лечение ожирения является актуальной проблемой современной медицины. В последнее время идет поиск методов лечения, основанных на увеличении расходования энергии, в частности, активации процессов липолиза и термогенеза, стимуляции развития метаболически активной бурой жировой ткани (буЖТ).

Одним из таких механизмов является изменение экспрессии микроРНК (миР), которые регулируют экспрессию генов. При ожирении изменена экспрессия множества миР, регулирующих дифференцировку преадипоцитов, липогенез и липолиз.

Так, миР-378 увеличивает синтез и накопление триглицеридов в адипоцитах, является активатором адипогенеза буЖТ. миР-142, в свою очередь, снижает отложение триглицеридов в адипоцитах, ингибирует адипогенную дифференцировку преадипоцитов; вовлечена в механизмы противодействия фиброзу.

Редуксин ингибирует обратный захват серотонина и норадреналина (НА), обеспечивая быстрое насыщение. НА, стимулируя β 3-адренорецепторы, активирует термогенез, увеличивая расход энергии, и усиливает пролиферацию преадипоцитов. Таким образом, редуксин может модулировать активность буЖТ и экспрессию миР-378 и миР-142.

Цель работы: определить уровень экспрессии миР-378 и миР-142 в подкожной жировой ткани (ПЖТ) и плазме при ожирении и оценить ее динамику в процессе терапии редуксином.

Материалы и методы. В исследование были включены 51 пациент с ожирением (средний ИМТ $37,6 \pm 4,9$ кг/м²) молодого возраста ($37,5 \pm 11,4$ лет), которые получали терапию редуксином 10 мг в сутки на протяжении 6 месяцев. Всем пациентам был выполнен забор венозной крови с последующим двойным центрифугированием до и после 6 месяцев терапии. 13 пациентам была выполнена пункционная биопсия ПЖТ из передней брюшной стенки до и через 6 месяцев терапии. В качестве контроля были использованы образцы ПЖТ и плазмы группы 10 человек с нормальной массой тела (группа здорового контроля (ГЗК)).

Результаты. Исходно в ПЖТ у пациентов с ожирением экспрессия миР-142 была существенно снижена ($p \leq 0,001$), а экспрессия миР-378 значимо не отличалась по сравнению с ГЗК ($p=0,1$). В плазме уровень миР-142 у пациентов с ожирением по сравнению с ГЗК был существенно повышен ($p=0,04$), а экспрессия миР-378 достоверно не отличалась, хотя имела тенденцию к более высокому уровню ($p=0,07$). После терапии редуксином в ПЖТ выявлено повышение экспрессии миР-142 от исходного ($p=0,03$) до уровня, сопоставимого с ГЗК ($p=0,6$); увеличение экспрессии миР-378 ($p=0,005$), которая стала достоверно выше, чем в ГЗК ($p=0,02$). В плазме после терапии редуксином достоверных изменений уровня миР-142 выявлено не было, но отмечено существенное увеличение экспрессии миР-378 ($p=0,003$), которая стала выше, чем в ГЗК ($p=0,03$).

Выводы. Терапия редуксином повышала экспрессию вовлеченной в адипогенез миР-378 и экспрессию антифиброгенной миР-142 в ПЖТ. В плазме выявлено повышение уровня миР-378, но не миР-142. Редуксин оказывает влияние на антифибротическую активность посредством изменения экспрессии миР-142, ограничивая экспансию жировой ткани.

КАК ВРЕМЯ ПРИЕМА ПИЩИ ВЛИЯЕТ НА ПОСТПРАНДИАЛЬНЫЙ ОТВЕТ ГЛЮКОЗЫ У ПАЦИЕНТОВ?

Авторы: Золоева Д. Э., Мисникова И. В., Глазков А.А.

Учреждение: Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Московской области «Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М. Ф. Владимирского», г. Москва, Российская Федерация, адрес: улица Щепкина 61/2

Цель: изучить постпрандиальную гликемию в зависимости от времени приема пищи у пациентов с сахарным диабетом 2 типа (СД 2) и ожирением, не получающих инсулин на основании флеш-мониторинга глюкозы.

Материалы и методы: В исследование включались пациенты с СД2 и ожирением (ИМТ более 35 кг/м²), не получающие инсулин. Пациентам были установлены датчики для проведения флеш-мониторинга гликемии (ФМГ) FreeStyle Libre. Каждому пациенту проведено 9 тестов с тремя видами пищевых нагрузок (вареной гречкой 250 грамм, яблоком 200 грамм и белым хлебом 30 грамм) в завтрак, обед и ужин. Гликемия оценивалась до приема пищи и через каждые 15 минут после рекомендуемой пищи в течение 2 часов.

Во время теста ограничивался дополнительный прием пищи. Статистический анализ был выполнен в среде разработки RStudio. Анализировали стартовую гликемию и площадь под гликемической кривой и в относительных значениях, то есть, после вычитания исходной гликемии (ППГ AUC_{rel}).

Результаты. Исходный уровень гликемии перед приемом пищи был выше перед завтраком, чем перед обедом и ужином. При оценке ППГ AUC_{rel} в ответ на белый хлеб в завтрак была тенденция к повышению, по сравнению с обедом и ужином, но не была статистически значима. Похожая тенденция отмечалась после употребления гречки в завтрак.

Полученные данные расчета на показатель AUC_{rel} представлены в виде среднего стандартного отклонения (M ± SD):

Завтрак: белый хлеб 104,4 ± 94,6, гречка 129,8 ± 136, яблоко 830,8 ± 141,1.

Обед: белый хлеб 40 ± 104,4, гречка 105,4 ± 117,5, яблоко 17,8 ± 73,2.

Ужин: белый хлеб 17,8 ± 73,2, гречка 84 ± 109,3, яблоко 47,3 ± 106.

Выводы: у пациентов с СД2 не обнаружено достоверных отличий ППГ AUC_{rel} в зависимости от времени приема пищи, однако, имеется четкая тенденция к снижению ППГ в обеденное время, по сравнению с завтраком и обедом, а также, определенные отличия в ППГ в разное время дня в зависимости от вида принимаемой пищи.

САГИТ — НОВЫЙ ИНСТРУМЕНТ ДЛЯ МОНИТОРИНГА ПАЦИЕНТОВ С АКРОМЕГАЛИЕЙ

Автор: Иловайская Ирэна Адольфовна, irena.ilov@yandex.ru

Место работы: ГБУЗ МО МОНИКИ

Соавторы: Кац М.В.

Источник финансирования: нет

Город проживания: Москва

САГИТ представляет собой новый инструмент комплексной оценки состояния пациента, который учитывает не только показатели ГР и ИРФ-1, но и клинические симптомы акромегалии, ассоциированные заболевания, и размеры соматотропиномы. Применение этого инструмента позволяет минимизировать время для принятия решения о необходимости изменения/дополнения проводимого лечения как акромегалии, так и коморбидных заболеваний. В 2022 г. был предложен руссифицированный вариант САГИТ. Мы предлагаем первое в РФ пилотное ретроспективное исследование оценки состояния пациентов с помощью САГИТ.

Были проанализированы данные 28 пациентов (9 муж, 19 жен) с акромегалией, которые наблюдались в ГБУЗ МО МОНИКИ им. М.В. Владимирского. Возраст пациентов от 27 до 80 лет (медиана возраста 59 лет), микро/макросоматотропиномы 6/12; длительность акромегалии от 2 до 19 лет (медиана 9,5 лет). 10 пациентов получили только нейрохирургическое лечение (Н/Х), 4 пациента получали первичную медикаментозную терапию аналогами соматостатина (АСС), 14 пациентов находились на комбинированном лечении (6 больных — Н/Х+АСС, 7 пациентов — Н/Х+АСС+радиохирургия, 1 пациент — радиохирургия+АСС); у 22 пациентов был достигнут контроль заболевания. Подсчет баллов с помощью инструмента САГИТ проводился на момент диагностики акромегалии и на момент последнего визита, максимальное количество баллов 22 (соответствует наихудшему состоянию).

Использование система САГИТ для оценки состояния пациентов было простым и необременительным. В момент диагностики заболевания количество баллов по САГИТ варьировало от 7 до 13 (медиана 10), на момент последнего визита — от 2 до 9 (медиана 5). Только у одного пациента количество баллов до и после лечения не изменилось, у остальных пациентов отмечалось его уменьшение. Интересно, что у 22 пациентов отмечалось увеличение количества коморбидных заболеваний, несмотря на снижение/нормализацию биохимических показателей и уменьшение размеров опухоли. При этом значимой корреляции между длительностью заболевания и количеством коморбидностей не отмечено. Баллы, отражающие размеры опухоли по системе САГИТ у 17 пациентов уменьшились, у остальных не изменились.

Наше первое российское пилотное исследование с использованием инструмента САГИТ продемонстрировало важность более широкой оценки состояния пациентов, выходящей за пределы стандартных биохимических показателей. Это свидетельствует о важности длительного мониторинга пациентов с акромегалией даже после достижения контроля заболевания и создает дополнительный фокус на коморбидности при курации.

ВОЗМОЖНОСТИ КОМБИНИРОВАННОЙ САХАРОСНИЖАЮЩЕЙ ТЕРАПИИ С ИНГИБИТОРАМИ ДИПЕПТИДИЛПЕПТИДАЗЫ 4 ТИПА: ОЦЕНКА ДОЛГОСРОЧНЫХ ПРОГНОЗОВ

Автор: Климова Ксения Николаевна, ksyu_klimova99@mail.ru

Место работы: Кировский государственный медицинский университет

Соавторы: Елсукова О.С.

Источник финансирования: нет

Город проживания: Киров

Цель работы. Изучить возможности комбинированной сахароснижающей терапии препаратами группы ингибиторов дипептидилпептидазы 4 типа (ИДПП4) в сравнении со стандартной терапией препаратами сульфонилмочевины (ПСМ), оценить влияние на прогноз течения сахарного диабета типа 2 (СД2) за 5 лет.

Материалы и методы. В открытое проспективное сравнительное исследование включены пациенты с декомпенсированным СД2. Пациенты разделены на 2 группы: 1-я — к терапии добавлены ИДПП4 (n=25), 2-я — к терапии добавлены ПСМ (n=25). В динамике оценивали влияние назначенной терапии на лабораторные показатели, развитие или прогрессирование осложнений, случаи смерти. Оценка результатов представлена в виде Me [Q25;Q75]. Статистическую обработку данных выполняли с помощью пакета программ BIOSTAT 9.0 for Windows. Статистическую значимость определяли с помощью критерия Манна — Уитни, Хи- квадрат, статистически значимым считали различия при $p < 0,05$.

Результаты. Группы были сопоставимы по возрасту 54[46;67]лет и 54,5[46;63]лет, длительности СД — 10,1[6;15]лет, 10,4[7;13]лет 1 и 2 группа, индексу массы тела 34,8[31;38,6]кг/м² и 34,7[29;36,5]кг/м², по окружности талии -110[100;120] и 110[98;123]см в 1 и 2 группе ($p > 0,05$). НвА1с составил 8,2[7,5;9,1]% и 9,8[7,1;10,2]% в 1 и 2 группе ($p > 0,05$). ЦВБ выявлена у 15(60%) пациентов в каждой группе. Периферическая макроангиопатия у 10(40%) и 15(60%) пациентов 1 и 2 групп. ХСН у 19(76%) пациентов в 1 группе и 21(84%) во 2-й. Ретинопатия зафиксирована у 7(28%) и 8(32%) пациентов, нефропатия — у 2(8%) и 4(16%) пациентов 1 и 2 групп. Диабетическая полинейропатия (ДПНП) выявлена у 18(72%) и 20(80%) пациентов 1 и 2 групп ($p > 0,05$). Через 5 лет уровень НвА1с у большинства пациентов оставался выше целевого диапазона: 8,3[7,2;9,2]% и 10,2[8,7;11,7]% 1 и 2 группах ($p < 0,05$). Выявление стенозов или прогрессирование атеросклероза выявлено у 7(28%) и 8(32%) пациентов 1 и 2 групп ($\chi^2=0,09$, $p=0,75$). Прогрессирование ДПНП выявлено у 10(40%) пациентов в каждой группе. Прогрессирование или вновь возникшая ретинопатия в группе ИДПП4 — 1(4%), в группе СМ 7(28%) случаев ($\chi^2=5,35$, $p=0,02$). Вновь возникшая нефропатия выявлена у 1(4%) и 8(32%) пациентов 1 и 2 групп ($\chi^2=6,6$, $p=0,01$). Новые случаи или прогресс ХБП выявлено у 3(12%) и 8(32%) пациентов 1 и 2 групп ($\chi^2=2,9$, $p=0,08$). Синдром диабетической стопы с ампутацией и летальным исходом развился у 1 пациента из группы СМ. Вновь возникшая или прогресс ХСН выявлены у 2 пациентов в каждой группе.

Выводы. При анализе возможностей влияния на прогноз течения СД2, его осложнений длительного применения препаратов группы ИДПП4 в сравнении с терапией ПСМ выявлен эффект «ускользания» гликемии у большинства пациентов. Выявлено меньшее прогрессирование ряда осложнений СД в группе ИДПП4. Вероятно, это связано не только с прямыми гипогликемизирующими эффектами данной группы препаратов, но и с плеотропными эффектами. Данное влияние проявляется при долгосрочном наблюдении.

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ДОЛГОСРОЧНЫХ ЭФФЕКТОВ КОМБИНИРОВАННОЙ САХАРОСНИЖАЮЩЕЙ ТЕРАПИИ ПРЕПАРАТАМИ ГРУППЫ ИНГИБИТОРОВ НАТРИЙ-ГЛЮКОЗНОГО КОТРАНСПОРТЕРА 2-ГО ТИПА В СРАВНЕНИИ СО СТАНДАРТНОЙ ТЕРАПИЕЙ

Автор: Климова Ксения Николаевна, ksyu_klimova99@mail.ru

Место работы: Кировский государственный медицинский университет

Соавторы: Елсукова О.С.

Источник финансирования: нет

Город проживания: Киров

Цель. Изучить возможности влияния на прогноз течения сахарного диабета типа 2 (СД2), его осложнений длительного (5 лет) применения препаратов группы ингибиторов натрий-глюкозного котранспортера 2-го типа (НГЛТ-2) в сравнении со стандартной терапией препаратами сульфонилмочевины.

Материалы и методы. В открытое проспективное сравнительное исследование включены пациенты с декомпенсированным СД2. Пациенты разделены на 2 группы: 1-я — к терапии добавлены препараты группы НГЛТ-2 (n=25), 2-я — к терапии добавлены ПСМ (n=25). Оценивали влияние назначенной терапии на лабораторные показатели, развитие или прогрессирование осложнений, случаи смерти. Оценка результатов представлена в виде Me [Q25;Q75]. Статистическую обработку данных выполняли с помощью пакета программ BIOSTAT 9.0 for Windows. Статистическую значимость определяли с помощью критерия Манна — Уитни, Хи- квадрат, статистически значимым считали различия при $p < 0,05$.

Результаты. Группы были сопоставимы по возрасту 57[52;62]лет и 54,5[46;63]лет, длительности СД — 10,6[7;14,5]лет, 10,4[7;13]лет 1 и 2 группа, индексу массы тела 35,1[30;40]кг/м² и 34,7[29;36,5]кг/м², по окружности талии -112[106;122] и 110[98;123]см в 1 и 2 группе ($p > 0,05$). НвА1с составил 8,9[7,7;9,9]% и 9,8[7,1;10,2]% в 1 и 2 группе ($p > 0,05$). ЦВБ выявлена у 12(48%) и 15(60%) пациентов 1 и 2 группе. Периферическая макроангиопатия у 19(76%) и 15(60%) пациентов 1 и 2 групп. ХСН у 23(92%) и 21(84%) в 1 и 2 группах. Ретинопатия зафиксирована у 9(36%) и 8(32%) пациентов, нефропатия — у 6(24%) и 4(16%) пациентов 1 и 2 групп. Диабетическая полинейропатия (ДПНП) выявлена у 22(88%) и 20(80%) пациентов 1 и 2 групп ($p > 0,05$). Через 5 лет уровень НвА1с у большинства пациентов оставался выше целевого диапазона: 8,4[7,45;9,2]% и 10,2[8,7;11,7]% 1 и 2 группах ($p < 0,05$). Прогресс макрососудистой патологии выявлен у 9(36%) и 8(32%) пациентов 1 и 2 групп ($\chi^2=0,08$, $p=0,76$). Прогрессирование ДПНП выявлено у 6(24%) и 10(40%) пациентов 1 и 2 групп ($\chi^2=1,41$, $p=0,23$). Впервые возникшая ретинопатия или ее прогресс в группе НГЛТ-2 – 4(16%), в группе СМ 7(28%) случаев ($\chi^2=1,1$, $p=0,3$). Вновь возникшая нефропатия выявлена у 1(4%) и 8(32%) пациентов 1 и 2 групп ($\chi^2=6,6$, $p=0,01$). Новые случаи или прогресс ХБП выявлен у 3(12%) и 8(32%) пациентов 1 и 2 групп ($\chi^2=2,9$, $p=0,09$). У 1 пациента из группы СМ развился синдром диабетической стопы с ампутацией и летальным исходом. Вновь возникшая или прогресс ХСН выявлены у 2 пациентов в каждой группе.

Выводы. При исследовании влияния длительного применения препаратов группы НГЛТ-2 в сравнении со стандартной терапией ПСМ у большинства пациентов выявлен эффект «ускользания». В группе НГЛТ-2 в сравнении со стандартной терапией возникало меньшее прогрессирование ряда осложнений СД. Должно быть, это связано как с прямыми гипогликемизирующими эффектами данной группы препаратов, так и с плеотропными эффектами. Необходимо дальнейшее изучение влияния данной группы препаратов в реальной клинической практике на большей популяции пациентов

ПЕРВИЧНЫЕ ПРИЗНАКИ «НЕБОЛЬШИХ» МАКРОАДЕНОМ ГИПОФИЗА, ХОТЯ БЫ ОДИН РАЗМЕР КОТОРЫХ МЕНЕЕ 10 ММ, А ТАКЖЕ СПЕЦИАЛИСТЫ К КОТОРЫМ ОНИ ОБРАЩАЛИСЬ

Автор: Кривошеева Юлия Григорьевна, yulya.k.89@inbox.ru

Место работы: ГБУЗ МО МОНИКИ им.М.Ф. Владимирского

Соавторы: Иловайская И.А

Источник финансирования: нет

Город проживания: Москва

Цель: оценить первые жалобы пациентов с «небольшими» макроаденомами гипофиза, специализацию врачей, к которым они обращались в первую очередь, а также клинические особенности данных опухолей.

Материал и методы: 380 пациентов с макроаденомами гипофиза различной гормональной активности: гормонально-неактивные аденомы гипофиза (ГНАГ, n=162), пролактиномы (n=74), соматотропиномы (n=144). Медиана возраста пациентов составила: 56 [47;63] лет; 30 [25; 44] лет; 48,5 [35; 58] лет, соответственно.

Результаты: наиболее часто «небольшие» аденомы гипофиза выявлялись среди гормонально-активных макроаденом гипофиза: соматотропиномы 16/144 (11,1%) и пролактиномы 11/74 (14,9%); в то время как среди ГНАГ 8/162 (4,9%). В группе «небольших» гормонально-неактивных макроаденом гипофиза первой и наиболее частой жалобой была головная боль — 6/8 пациентов. Других жалоб у этих пациентов практически не отмечалось. В подгруппе «небольших» пролактином пациенты наиболее часто обращались на прием к врачу с жалобой на нарушение менструального цикла — 7/11 пациентов. В группе соматотропином не было возможным выделить наиболее частую жалобу, пациенты данной группы жаловались на головную боль, нарушение зрения, повышение артериального давления, а также на изменение внешности. В связи с чем первым специалистом в группе ГНАГ был — невролог, в группе пролактином — гинеколог, а в группе соматотропином — терапевт. Возраст пациентов с «небольшими» макроаденомами составил: среди ГНАГ 53 [35,8; 69,3] лет, среди пролактином 25 [22; 30] лет, среди соматотропином 54,5 [38,5; 61,75] года (p=0,004). Объемы «небольших» макроаденом гипофиза составили: ГНАГ 535,5 [375,4; 834] мм³; пролактиномы 362,2 [256; 540] мм³; соматотропиномы 638,6 [375,8; 895,9] мм³. Несмотря на «небольшой» объем этих макроаденом гипофиза, они распространялись за пределы турецкого седла: ГНАГ в 5/8 случаев, пролактиномы в 5/11 случаев; и соматотропиномы в 13/16 случаев. Интересно отметить, что у 2 пациентов данной группы с соматотропиномами был выявлен вторичный гипотиреоз. Еще у 7 пациентов наблюдался гипогонадотропный гипогонадизм на фоне гиперпролактинемии: 4 пациента с пролактиномой, 3 пациента с соматотропиномой.

Выводы: невролог, гинеколог и терапевт должны быть осведомлены о необходимости исключения макроаденомы гипофиза у пациентов с головными болями, нарушением зрения, нарушениями менструального цикла (у женщин репродуктивного возраста) и неспецифическими жалобами общего характера, которые могут быть маркером наличия макроаденомы гипофиза. Наиболее часто «небольшие» аденомы гипофиза выявлялись среди гормонально-активных макроаденом гипофиза. Возраст пациентов с «небольшими» аденомами гипофиза в группе ГНАГ и пролактином был моложе по сравнению с общей группой пациентов; несмотря на «небольшой» объем этих макроаденом гипофиза, они в 23/35 (66%) случаев распространялись за пределы турецкого седла; гипопитуитаризм в данной подгруппе пациентов встречался крайне редко — 2/35 (6%).

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ГЛИКЕМИИ ПО СИСТЕМЕ FLASH-МОНИТОРИРОВАНИЯ У ДЕТЕЙ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 1 ТИПА И СОПУТСТВУЮЩИМ АУТОИММУННЫМ ТИРЕОИДИТОМ

Автор: Марьяна Ольга Ивановна, olga210697@yandex.ru

Место работы: СПбГПМУ

Соавторы: Макина О.В., Туз В.В., Щедрова Е.В.

Источник финансирования: нет

Город проживания: Санкт-Петербург, Ярославль

Цель: провести сравнительный анализ результатов непрерывного flash-мониторирования глюкозы (НМГ) крови у детей с изолированным сахарным диабетом 1 типа (СД1) и группой пациентов с СД1 и сопутствующим аутоиммунным тиреоидитом (АИТ).

Материалы и методы: обследовано 57 детей и подростков. Основная группа: 40 пациентов с СД1 от 3 до 17 лет. Группа сравнения: 17 детей с сочетанной аутоиммунной патологией (АИТ и СД1) в возрасте от 4 до 17 лет. Обследуемые группы сопоставимы по полу, возрасту и длительности заболевания СД1. Критерий включения в исследование: время нахождения датчика в активном состоянии более 70 % и использование не менее 10 дней. Анализируемые параметры по данным НМГ: время нахождения в целевом диапазоне (3,9–10,0 ммоль/л, TIR>60%); выше целевого диапазона (TAR<25%); ниже целевого диапазона 1 уровня (3,0–3,8 ммоль/л) и 2 уровня (<3,0 ммоль/л) TBR, %; коэффициент вариации гликемии (CV,%). Статистическая обработка данных выполнена в программе StatTech v.2.8.2.

Результаты: по данным системы flash-мониторинга глюкозы для детей с СД1 при целевом уровне HbA1c<7,5% показатель времени в целевом диапазоне должен составлять не менее 60%. При анализе полученных нами данных за время наблюдения уровень гликемии вне целевого диапазона (менее 60 %) было зарегистрировано у 67,5 % (n=27) в основной группе и у 70,6 % (n=12) в группе сравнения. В основной группе средний уровень HbA1c - 9,2 % (min – 5,9 %; max — 14,9 %); в группе сравнения средний HbA1c – 10,0 % (min – 7,0 %; max — 15,0 %), что свидетельствует о более декомпенсированном состоянии СД1 на фоне АИТ. При обследовании функции щитовидной железы у детей с СД1 и АИТ гипотиреоз был диагностирован у 58,8 % (n=10) пациентов; эутиреоидное состояние фиксировалось у 41,2 % (n=7). В обеих обследуемых группах наблюдались гипогликемические состояния. В группе с сочетанным СД1 и АИТ отмечены более частые гипогликемии разной степени тяжести: нетяжёлые выявлены в 100% случаев, в отличие от детей с изолированным СД1 (87,5 %), и тяжёлые 76,5% (n=13) и 57,5% (n=23), соответственно. Тенденция к гипогликемиям у пациентов группы сравнения обусловлена наличием гипотиреоза. По данным отечественных исследователей, сниженная выработка тиреоидных гормонов приводит к угнетению процесса глюконеогенеза, а также изменению периферической утилизации глюкозы, в результате чего возникают более частые гипогликемии. По данным анализа коэффициента вариации нестабильная гликемия (CV≥36%) зарегистрирована в обеих группах у 70,0 % (n=28) и 70,6 % (n=12) пациентов, соответственно.

Выводы: у пациентов с СД1 и наличием сопутствующего АИТ наблюдается более декомпенсированное состояние углеводного обмена. Некомпенсированный гипотиреоз обуславливает большее количество гипогликемических явлений, в том числе тяжёлых, что требует настороженности в развитии как острых, так и хронических осложнений СД.

К ВОПРОСУ О ПРОФИЛАКТИКЕ РАЗВИТИЯ РЕЦИДИВА СИНДРОМА ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ

Автор: Матийцев Александр Богданович, hirurgia-fipo@dnmu.ru

Место работы: ГОО ВПО ДОННМУ ИМ. М. ГОРЬКОГО

Соавторы: Абрамова Юлия Геннадиевна

Источник финансирования: Нет

Город проживания: Донецк

Доказано, что синдром диабетической стопы (СДС) сопровождается региональным лимфаденитом, который приводит к аномальному накоплению в интерстициальной жидкости белков, факторов роста и других активных пептидных фрагментов.

Цель: оценить эффективность применения лимфостимулирующих технологий для профилактики развития рецидива синдрома диабетической стопы.

Материалы и методы исследования. Под наблюдением находилось 73 пациента, страдающих СДС (степень поражения стопы I-II по Вагнеру), у которых наступило полное заживление раны. Длительность наблюдения составляла не менее года. Больных женского пола было 41 (56,16 %), мужского — 32 (43,84 %). Средний возраст составил $59,8 \pm 9,1$ лет. Продолжительность заболевания сахарным диабетом — $7,5 \pm 4,7$ года. С целью профилактики рецидива в I группе (основная) — 38 пациентов осуществляли традиционный уход за стопой, тогда как во II (сравнения) — 35 человек наряду с контролем гликемического профиля через 2-3 недели после полного заживления раны проводили комплекс лимфостимуляции на пораженных конечностях. Последний осуществляли, используя оригинальную методику: предварительно в области проекции подколенного лимфоузла подкожно вводили 1 мл (5000 ЕД) гепарина, затем, не вытаскивая иглы, через 5-7 минут вводили тималин (10 мг), который предварительно растворяли в 3-4 мл 0,9 % натрия хлорида. Через 30 минут проводили электрофорез с применением протеолитических ферментов (положительный электрод накладывали ниже места поражения, либо на область проводимой инъекции, а отрицательный помещали на область паховых лимфатических узлов). Длительность электрофореза — 15-20 мин., количество сеансов — 10-12.

Результаты и их обсуждение. После полного заживления ран у всех больных отмечалась тенденция к снижению среднего уровня HbA1c по сравнению с исходными величинами (перед началом лечения), которая составляла $7,52 \pm 0,46$, а эхографически у всех больных присутствовали признаки регионального (подколенного) лимфаденита, что явилось показанием к назначению лимфостимуляции в пораженной конечности. Через 2-4 недели после проведения предлагаемой методики показатели гликемии у большинства пациентов I группы уменьшились и достигли средней величины — $6,84 \pm 0,29$, тогда как во II — показатели соответствовали прежним величинам. Следует отметить, что в I группе имела место стойкая тенденция к снижению дозы инсулина. В ходе наблюдения в течение одного года в I группе наступил рецидив заболевания (возникновение повторного гнойно-некротического процесса на стопе) у 12 (31,58%), тогда как во II — у 2 (5,71%), причем у этих пациентов имела место деформация стопы, которая в дальнейшем была хирургически устранена.

Выводы. Результаты проведенных исследований свидетельствуют о том, что применение лимфостимулирующих технологий с целью профилактики рецидива синдрома диабетической стопы (I-II по Вагнеру) позволяет снизить вероятность возникновения гнойно-некротического процесса на стопе с 31,58% до 5,71% в течение года.

СОВРЕМЕННЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ САХАРОСНИЖАЮЩЕЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА И СИНДРОМОМ РАЗДРАЖЕННОГО КИШЕЧНИКА

Автор: Михайличенко Евгения Сергеевна, klassiki@inbox.ru

Место работы: ГОУ ВПО «Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького»

Соавторы: Багрий А.Э., Щукина Е.В., Супрун О.Е., Котенко А.В.

Источник финансирования: нет

Город проживания: Донецк

Актуальность. Лечебная тактика у лиц с сочетанием сахарного диабета 2 типа (СД2) и синдрома раздраженного кишечника (СРК) остается неразработанной, соответствующие разделы не представлены в отечественных и международных рекомендациях.

Цель исследования: изучить переносимость и клинико-лабораторные эффекты представителей ингибиторов дипептидилпептидазы-4 (иДПП-4) и агонистов рецепторов глюкагоно-подобного пептида-1 (арГПП-1) у лиц с сочетанием СД и СРК.

Материал и методы исследования. В исследование вошли 86 больных в возрасте $48,9 \pm 9,4$ лет с СД2 и СРК. Диагноз СРК устанавливали на основании Римских критериев III-IV, степень выраженности клинических проявлений СРК — по опроснику GSRS. Всем лицам выполняли стандартные исследования, определяли уровни гликированного гемоглобина (HbA1C). Все больные получали терапию, соответствующую Рекомендациям по лечению СД2 и СРК. Выделены 3 группы больных. Группа А – 36 (41,9%) лиц, у них с сахароснижающей целью использовали метформин в дозах 1000-2000 мг/сут. Группа Б – $n=28$ (32,6%), им назначали комбинацию метформина с саксаглиптином в дозе 5 мг/сут. Группе В – $n=22$ (25,6%), которым назначали комбинацию метформина с лираглутидом ($n=14$, доза 1,2 мг/сут под кожу) или эксенатидом ($n=8$, доза по 5-10 мкг 2 раза в сутки под кожу). Длительность наблюдения — 3 месяца. Статистическую обработку выполняли в программе Microsoft Excel 2007.

Результаты. Среди наблюдавшихся больных СРК с диареей был диагностирован в 44 (51,2%) случаях, СРК с запорами — в 29 (33,7%), смешанный тип — в 8 (9,3%), недифференцированный — в 5 (5,8%). На фоне лечения наблюдалось умеренное нарастание клинических проявлений СРК в 8 случаях в группе А (22,2%), в 6 — в группе Б (21,4%) и в 7 — в группе В (31,8%), $p < 0,05$. На фоне соблюдения диетических рекомендаций и использования спазмолитиков у всех больных удалось уменьшить выраженность нежелательных эффектов, что позволило продолжить прием терапии без отмены. Степень снижения HbA1C оказалась достоверно более значимой в группах Б (на $-1,41 \pm 0,26\%$) и В (на $1,68 \pm 0,33\%$), чем в группе А (на $0,82 \pm 0,19\%$), $p < 0,05$. Во всех группах была достигнута благоприятная динамика клинических проявлений СРК, более выраженная в группах Б и В в сравнении с группой А. Средние значения показателя Δ (разница между уровнем баллов после и до лечения) для абдоминальной боли в группе Б составили $-1,65 \pm 0,14$, в группе В $-1,69 \pm 0,21$, в группе А $-1,16 \pm 0,12$ баллов; для диареи, соответственно, $-1,74 \pm 0,26$, $-1,32 \pm 0,18$ и $-1,30 \pm 0,19$ баллов; для запора, соответственно, $-1,84 \pm 0,26$, $-1,92 \pm 0,31$ и $-1,39 \pm 0,24$, $p < 0,05$ для всех сравнений групп А и Б, а также для А и В. Δ суммарного балла по шкале GSRS составила в группе Б $-14,29 \pm 2,31$, в группе В $-16,13 \pm 2,34$; в группе А $-9,67 \pm 2,15$, все $p < 0,05$.

Выводы. Продемонстрирована возможность достаточно безопасного применения у больных с СРК в сочетании с СД2 современных классов сахароснижающих средств. Использование сочетаний иДПП-4 с метформинном и арГПП-1 с метформинном оправдано у лиц с СД2 и СРК, поскольку они обеспечивают адекватный контроль гликемии и благоприятно влияют на функциональные кишечные проявления.

СОВРЕМЕННЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ КОМБИНИРОВАННОЙ ГИПОЛИПИДЕМИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ У ЛИЦ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА

Автор: Михайличенко Евгения Сергеевна, klassiki@inbox.ru

Место работы: ГОУ ВПО «Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького»

Соавторы: Багрий А.Э., Ефременко В.А., Андрусак А.Ю.

Источник финансирования: нет

Город проживания: Донецк

Актуальность. Высокоатерогенные дислипидемии присутствуют у многих больных с СД2. Эффективность и безопасность применения при СД2 комбинации статинов с эзетимибом, а также с глифлозинами, по некоторым данным, обладающие благоприятными эффектами на липидный профиль, изучены недостаточно.

Цель: оценить эффективность и безопасность применения комбинированной гиполипидемической терапии (ГЛТ) у больных СД2.

Методы. В проспективное рандомизированное открытое сравнительное исследование вошли 95 лиц с СД2 в возрасте $65,2 \pm 11,3$ лет, давностью СД2 $9,3 \pm 2,8$ лет. У всех имели место атерогенные дислипидемии и хроническая ишемическая болезнь сердца (ИБС). Методом конвертов были выделены 3 группы: 1 (39 больных) получала статины (аторвастатин 40-80 мг/сут или розувастатин 20-40 мг/сут), 2 (29 человек) — статины в тех же дозах и эзетимиб (10 мг/сут), 3 (27 человек) — статины в тех же дозах и дапаглифлозин (10 мг/сут). При наличии диабетической нефропатии (ДНП) назначали аторвастатин, при неалкогольной жировой болезни печени (НАЖБП) — розувастатин. Длительность наблюдения — 6 месяцев. В динамике оценивали клинико-лабораторные и инструментальные показатели, осуществляли статистический анализ (Microsoft Excel 2007).

Результаты. Нарушения липидного спектра имели место у всех больных: повышение уровней холестерина (ХС) липопротеидов низкой плотности (ЛПНП) в 86% случаев, триглицеридов (ТГ) — в 66%, аполипопротеина В (Апо В) — в 65%, липопротеина (а) (Lp(a)) — в 88%, снижение ХС липопротеинов высокой плотности — в 67% и аполипопротеина А1 — в 86% случаев. С высокой частотой отмечалось группирование нескольких видов нарушений липидного профиля у одного больного. Переносимость всех видов лечения была удовлетворительной. Комбинации статинов с эзетимибом и статинов с дапаглифлозином в сравнении с монотерапией статинами показывали более значимое снижение атерогенных компонентов (ХС ЛПНП, ТГ, Апо В, Lp(a)), более выраженные благоприятные эффекты на толщину комплекса интима-медиа (ТКИМ) общих сонных артерий (ОСА) и реактивность плечевой артерии в пробе с реактивной гиперемией, $p < 0,05$. Установлено наличие связи более высокой эффективности гиполипидемической терапии с такими параметрами: возрастом ($\chi^2=13,7$, $p < 0,001$), ТКИМ ОСА ($\chi^2=12,5$, $p < 0,01$), давностью СД2 ($\chi^2=11,9$, $p < 0,001$), полом ($\chi^2=10,4$, $p < 0,01$), с использованием дапаглифлозина ($\chi^2=10,2$, $p < 0,05$), наличием перенесенного инфаркта миокарда ($\chi^2=9,7$, $p < 0,05$), исходным уровнем ХС ЛПНП ($\chi^2=9,2$, $p < 0,05$), комбинированной терапии с эзетимибом ($\chi^2=8,7$, $p < 0,05$).

Выводы. Продемонстрированная в работе безопасность и высокая гиполипидемическая и органопротекторная эффективность обосновывают расширение применения комбинированной гиполипидемической терапии при СД2, в особенности у лиц с атерогенными дислипидемиями. Комбинация статинов с дапаглифлозином позволила добиться дополнительных гиполипидемических и органопротекторных эффектов, хотя наличие у глифлозинов самостоятельных гиполипидемических свойств требует уточнения.

ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЯ РЕЗИСТЕНТНОЙ И ИЗОЛИРОВАННОЙ СИСТОЛИЧЕСКОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ У ЛИЦ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА

Автор: Михайличенко Евгения Сергеевна, klassiki@inbox.ru

Место работы: ГОУ ВПО «Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького»

Соавторы: Багрий А.Э., Ефременко В.А., Аршавская И.А.

Источник финансирования: нет

Город проживания: Донецк

Актуальность. Лечение артериальной гипертонии (АГ) у лиц с сахарным диабетом 2 типа (СД2) нередко представляет сложную задачу. Особые варианты АГ, такие как резистентная (РАГ) и изолированная систолическая АГ (ИСАГ), нередко встречающиеся при СД2, диктуют потребность в использовании дифференцированного подхода к выбору гипотензивных препаратов.

Цель. Изучить и оценить особенности течения АГ у больных с СД2, клинико-лабораторные и инструментальные особенности РАГ и ИСАГ у лиц с СД2, а также оценить эффективность гипотензивного лечения данных вариантов АГ.

Методы. В исследование вошли 139 больных с СД2 в сочетании с АГ (46% мужчин и 54% женщин в возрасте $73,9 \pm 11,7$ лет). РАГ диагностировали в случае недостижения целевых уровней артериального давления (АД), несмотря на прием трех классов гипотензивных средств. ИСАГ устанавливали при уровнях систолического АД >140 мм рт. ст. и диастолического АД <90 мм рт. ст. Всем больным выполняли общеклинические и биохимические анализы, амбулаторное мониторирование АД (АМАД), эхокардиографию, ультразвуковое исследование брахиоцефальных артерий и пробу с реактивной гиперемией (РГ). У части лиц оценивали эффективность 2 режимов комбинированной гипотензивной терапии: к стандартному «тройному» лечению (сартан или ингибитор ангиотензин-превращающего фермента + антагонист кальция + тиазидоподобный диуретик) добавляли либо спиронолактон (25 мг/сут, 44 больных), либо моксонидин (0,2 мг/сут, 47 человек). При отсутствии достижения целевых цифр АД на фоне длительного лечения к нему добавляли дапаглифлозин (10 мг/сут). Длительность наблюдения — $12,7 \pm 7,2$ мес. Результаты обрабатывали с использованием Microsoft Excel 2007.

Результаты. РАГ была выявлена в 41% случаев, АГ без резистентности к гипотензивному лечению — в 59%; ИСАГ имелась в 58% наблюдений, систоло-диастолическая АГ — в 42%. РАГ была достоверно связана с такими факторами, как давность СД2 10 лет; $HbA1C 8\%$; $HOMA-IR 4$; $HOMA-B < 60$; уровни мочевой кислоты 420 мкмоль/л; скорость клубочковой фильтрации (СКФ) < 60 мл/мин; категория АМАД «night-peaker». С ИСАГ оказались связаны возраст 70 лет, женский пол, $HOMA-B < 60$, категория АМАД «non-dipper», толщина комплекса интима-медиа общей сонной артерии $>1,5$ мм и отсутствие вазодилатирующего ответа плечевой артерии в пробе с РГ. Использование в составе комбинированной гипотензивной терапии спиронолактона было более эффективным при РАГ и ИСАГ, а также у лиц с альбуминурией и СКФ 60 мл/мин; моксонидин оказался более эффективным при систоло-диастолической АГ, при неудовлетворительном контроле гликемии, СКФ < 60 мл/мин. Применение дапаглифлозина при РАГ позволило получить дополнительный гипотензивный эффект и улучшить суточный профиль АД.

Выводы. Результаты исследования показали, что РАГ и ИСАГ часто представлены при СД2, имеют ряд особенностей и отличаются по ответу на гипотензивное лечение. Применение дапаглифлозина у лиц с СД2 и РАГ наряду продемонстрировало дополнительное гипотензивное действие, что может существенно расширить его применение в клинической практике.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ МЕЛАНОМЫ С МЕТАСТАТИЧЕСКИМ ПОРАЖЕНИЕМ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Автор: Мотренко Анна Юрьевна, annetae.let@gmail.com

Место работы: ГБУЗ МО МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского

Соавторы: Иловайская И.А., Шикина В.Е., Гуревич Л.Е.

Источник финансирования: нет

Город проживания: Москва

Случайно выявленные образования поджелудочной железы (ПЖЖ) считаются редкой находкой с частотой встречаемости *in vivo* менее 1%. Изолированное метастазирование в ПЖЖ встречается крайне редко и составляет 2–5% всех злокачественных новообразований ПЖЖ, метастазирование меланом в ПЖЖ составляет и вовсе <1%. Метастазы в ПЖЖ могут напоминать первичные злокачественные новообразования, такие как потоковая карцинома или нейроэндокринные опухоли. Здесь мы представляем уникальный случай злокачественной меланомы с изолированным метастазированием в ПЖЖ. Пациент Р., 65 лет, из анамнеза известно, что в 2010г был установлен диагноз меланомы кожи туловища pT₁N₀M₀, было проведено широкое иссечение меланомы кожи с последующей иммунотерапией «Интерферон» в 2010-11гг. Тогда же был установлен диагноз сахарного диабета 2 типа, находился на пероральных сахароснижающих препаратах. С сентября 2021г стал отмечать снижение уровня гликемии <3ммоль/л, сопровождающееся потливостью, дрожью в теле, сердцебиением и чувством голода, которое купировалось приемом быстроусвояемых углеводов. При обследовании по данным УЗИ органов брюшной полости было выявлено образование головки ПЖЖ. По данным МСКТ образование ПЖЖ округло-овальной формы, с чётким контурами, накапливающее контраст размерами 21x17x16мм. Была проведена 36-часовая проба с голоданием, по данным которой данных за наличие инсулиномы получено не была (гликемия 2,8ммоль/л, инсулин 1,9мкМЕ/мл (2,6-24,9), С-пептид 220пмоль/л (260-1730). Онкомаркеры СА19-9, РЭА, хромогранин А-в пределах нормы. Дважды была выполнена эндоскопическая биопсия образования ПЖЖ под УЗИ контролем: информативных данных о характере неоплазии не получено. Через 6 месяцев при динамическом обследовании была отмечена отрицательная динамика, размеры образования по данным МСКТ увеличилось до 27x21x20мм, было рекомендовано проведения хирургического лечения, однако на тот момент пациент от предложенного лечения воздержался. По данным МСКТ еще через 6 месяцев образование увеличилось до 38x26x31мм. Была проведена гастропанкреатодуоденальная резекция. По данным гистологического исследования, определялось разрастание опухоли солидного строения с большим количеством митозов (>20 на 10РПЗ). Для определения гистогенеза опухоли выпилено ИГХ-исследование: клетки опухоли интенсивно экспрессировали Мелан А и S100, отсутствовала экспрессия хромогранина А, цитокератинов 5/6,19, ЭМА, средний индекс Ki67=45%. Таким образом, при помощи патоморфологического исследования образование было верифицировано как метастаз эпителиоидно-клеточной беспигментной меланомы в ПЖЖ. В настоящий момент пациент проходит дополнительное обследование для исключения множественного метастатического процесса меланомы. Данный клинический случай демонстрирует сложность верификации диагноза на всех этапах лечения и необходимость мультидисциплинарного подхода при образованиях ПЖЖ.

НОВЫЙ ВЕКТОР В ЛЕЧЕНИИ ОЖИРЕНИЯ И МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА

Автор: Санькова Мария Вячеславовна, sankov@yandex.ru

Место работы: ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России
(Сеченовский Университет)

Соавторы: Санькова М.В., Николенко В.Н., Оганесян М.В.

Источник финансирования: нет

Город проживания: Москва

Введение. Лечение ожирения и метаболического синдрома остаётся серьёзной проблемой здравоохранения. Наличие этой коморбидной патологии существенно отягощает течение всех заболеваний и значительно увеличивает смертность от них. В этих условиях особенно важным становится оптимально возможная коррекция метаболических нарушений. Показано, что применение отдельных пробиотических микроорганизмов способствует снижению веса, нормализации показателей липидного обмена и содержания глюкозы в крови.

Цель исследования: Установить конкретные штаммы пробиотических микроорганизмов, приём которых в рандомизированных контролируемых исследованиях способствовал коррекции метаболических нарушений.

Материалы и методы. Использованы электронные ресурсы e-Library.ru, КиберЛенинка, Академии Google, Elsevier, Medline, Embase и PubMed-NCBI.

Результаты. Доказано, что среди бифидобактерий важными пробиотическими микроорганизмами, снижающими общий холестерин крови, являются *Bifidobacteria longum*. Синтезируемая ими линолевая кислота способствует сокращению жировых отложений, а выделяемый ими глюкагоноподобный пептид — пентратин — нормализует нарушенную толерантность к глюкозе и уменьшает инсулинорезистентность. Снижение веса и повышение чувствительности к инсулину входит в диапазон терапевтической активности и таких штаммов, как *Bifidobacteria breve*. Регулярное употребление йогуртов, содержащих *Bifidobacterium lactis* BB-12, сопровождалось в клинических исследованиях положительным воздействием, как на липидный спектр крови, так и на колебания глюкозы крови. Доказано, что в коррекции липидного и углеводного обменов активное участие принимают и некоторые лактобактерии. Так, *Lactobacillus acidophilus* регулирует экспрессию генов, связанных с метаболизмом жиров и глюкозы. Уникальная способность *Lactobacillus plantarum* отделять от желчных кислот глицин и таурин приводит к их элиминации и коррекции липидного спектра. *Lactobacillus rhamnosus*, вырабатывая конъюгированную форму линолевой кислоты, способствуют снижению веса и его стабилизации. Показано, что у пациентов сахарным диабетом II типа регулярный приём *Lactobacillus casei* снижает уровень глюкозы натощак и показатель гликированного гемоглобина.

Выводы. Таким образом, на коррекцию метаболических нарушений доказанно воздействуют такие симбионты, как *Bifidobacteria longum*, *Bifidobacteria breve*, *Bifidobacterium lactis* BB-12, *Lactobacillus acidophilus*, *Lactobacillus plantarum*, *Lactobacillus rhamnosus* и *Lactobacillus casei*. Назначение пробиотиков, содержащих консорциум из этих установленных бактерий, позволит скорректировать метаболические нарушения, увеличить эффективность проводимой лекарственной терапии и добиться снижения дозы основных препаратов.

ИССЛЕДОВАНИЕ РАЗЛИЧНЫХ ТИПОВ ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ОЖИРЕНИЕМ

Автор: Штейн Ксения Александровна, ksshteyn@mail.ru

Место работы: ФГБУ «НМИЦ им. В. А. Алмазова» Минздрава России

Соавторы: Бабенко Алина Юрьевна, Главный научный сотрудник, руководитель НИЛ диabetологии, профессор кафедры эндокринологии института медицинского образования Центра Алмазова, д.м.н.

Источник финансирования: Нет

Город проживания: Санкт-Петербург

Цель. Изучить распространенность различных типов пищевого поведения (ПП) и психических расстройств у пациентов с ожирением.

Методы исследования. Перед началом исследования у пациентов было забрано информированное добровольное согласие. В исследование были включены 168 пациентов (129 женщин и 39 мужчин) с ожирением (ИМТ от $36,8 \pm 5,6$), средний возраст составил $38,9 \pm 11,4$ года, средняя масса тела $105,4 \pm 20,8$ кг, без существенных проблем с сердечно-сосудистой системой и без СД. Всеми пациентами были заполнены опросники: Голландский опросник пищевого поведения, визуальная аналоговая шкала для регистрации ощущений аппетита, госпитальная шкала тревоги и депрессии. В связи с тем, что большая часть пациентов имела смешанный тип нарушений ПП, был рассчитан доминантный тип ПП. 34 пациентами были заполнены опросники: шкала обсессивно-компульсивных расстройств Йеля — Брауна, опросник генерализованного тревожного расстройства (GAD-7), тест отношения к приёму пищи. Тест RUS-AUDIT для выявления расстройств, обусловленных употреблением алкоголя, был заполнен 33 пациентами.

Полученные результаты. В ходе исследования у пациентов были выявлены нарушения ПП различных типов, среди которых преобладали нарушения эмоциогенного характера. В данной выборке все пациенты имели нарушения ПП различной степени выраженности. Нарушения ПП по эмоциогенному типу были выявлены у 86% пациентов, ограничительному у 76% (при этом низкий балл по данной шкале наблюдался у 20% пациентов), экстернальному типу ПП у 65%. Согласно полученным результатам доминантным типом был эмоциогенный. Чувство голода, чувство сытости, желание есть, потребность в пище в среднем соответствовали $4,0 (\pm 2,5)$; $4,9 (\pm 2,5)$; $4,0 (\pm 2,7)$ и $4,4 (\pm 2,5)$ баллам, соответственно. Также пациентам был проведен скрининг на ряд психических расстройств. Согласно полученным данным 88% пациентов находятся в I зоне риска расстройств, обусловленных употреблением алкоголя, 6% во II зоне, и 6% в IV зоне. Высокая вероятность наличия расстройства пищевого поведения наблюдалась у 18% пациентов. У 20% пациентов имела место субклинически выраженная депрессия, у 5% клинически выраженная депрессия. У 24% пациентов была выявлена субклинически выраженная тревога, у 13% клинически выраженная тревога. У остальных уровень тревоги/депрессии находится в пределах нормы. При оценке уровня тревожности и скрининга генерализованного тревожного расстройства с помощью опросника GAD-7 у 56% пациентов была выявлена низкая степень риска наличия тревожных расстройств, у 38% пациентов легкая степень риска, у 3% умеренная степень риска. У 6% пациентов согласно шкале Йеля-Брауна, наблюдалось ОКР легкой степени выраженности.

Выводы. При ожирении наблюдается очень высокая частота развития практически всех типов нарушений ПП, однако, самым распространенным является эмоциогенный тип ПП. У ряда пациентов с ожирением было выявлено наличие субклинически и клинически выраженных психических расстройств.

ОЦЕНКА УРОВНЯ ИНФОРМИРОВАННОСТИ НАСЕЛЕНИЯ Г. КИРОВ О САХАРНОМ ДИАБЕТЕ

Автор: Юркина Татьяна Евгеньевна, tatiakay@mail.ru

Место работы: Кировская ГМУ

Соавторы: Гарифов Р.Р., Юркина Т.Е., Елсукова О.С

Источник финансирования: сбережения

Город проживания: Киров

Цель: Оценить уровень информированности о сахарном диабете и мерах его профилактики у населения города Киров.

Материал и методы: Для реализации поставленной цели было проведено анкетирование жителей города Киров, находившихся на поликлиническом приеме в КОГБУЗ «Кировская клиническая больница №7 им. В. И. Юрловой». В анкетировании приняли участие 72 человека, из них 42% мужчин и 58% женщин в возрасте от 36 до 85 лет, средний возраст респондентов 53 года. Для оценки уровня информированности населения была разработана анкета, в которой предлагалось ответить на вопросы, связанные с факторами риска, проявлениями, осложнениями и диагностикой сахарного диабета.

Результаты: Выявлено, что 77% респондентов не имеют вредных привычек, ведут здоровый образ жизни. О факторах риска развития сахарного знают 54% опрошенных. Смогли перечислить симптомы-65,4%. Не владеют информацией-34,6%. Женщины (73%) более информированы о симптомах заболевания, чем мужчины (55%). Чаще назывались симптомы — жажда, ощущение сухости во рту. Регулярно измеряют уровень сахара в крови 62% респондентов. Люди в возрасте до 40 лет (67%) более информированы о симптомах сахарного диабета. О возможных осложнениях знают более 73% участников анкетирования. Женщины (80%) более осведомлены, чем мужчины (64%). Обнаружено, что уровень знаний об осложнениях сахарного диабета, факторах его развития повышается с уровнем образования, 60% — среднее образование, 80% — высшее. Выяснилось, что самый популярный источник информации о сахарном диабете — это врачи (58%), из интернета — 27%.

Выводы: В результате проведенного исследования выявлено, что 62% всех респондентов знают о заболевании сахарный диабет, его симптомах, факторах риска и осложнениях заболевания. При этом женщины более осведомлены, чем мужчины. Выявлено, что у 23% всех респондентов отсутствует понимание важности профилактики и соблюдения правильного образа жизни. Необходимо проводить информирование населения о заболевании «сахарный диабет», его факторах риска, симптомах, осложнениях; проводить пропаганду здорового образа жизни, начиная с детства.

