фактору росту фібробластів 19 (FGF19), нормалізація нейрогуморальної регуляції функції травного тракту (рівні греліну та GLP-1), зниження синтезу тригліцеридів, репрограмування процесу кишкової абсорбції глюкози тощо [5]. Окрім нормалізації рівня глікемії, бариатричні операції сприяють покращенню функції нирок при діабетичній гломерулопатії, зниженню ризику мікро- та макросудинних ускладнень. Субаналіз дослідження STAMPEDE показав, що бариатричні втручання зменшують ступінь пошкодження підшлункової залози, знижують рівні HbA_{1c}, підвищують чутливість тканин до інсуліну та покращують роботу бета-клітин. З 134 пацієнтів, яких спостерігали протягом 5 років, середній показник HbA_{1c} на початку дослідження становив 9,2±1,5%, рівень HbA_{1c} <6% без додаткової терапії був досягнутий у 29% пацієнтів після обхідного шлункового шунтування (14 з 49) і у 23% пацієнтів після рукавної резекції (11 з 47). Серед пацієнтів, які отримували тільки цукрознижувальну терапію, компенсація рівня глікемії спостерігалась лише у 5% (2 з 38) [6].

Згідно з The Diabetes Surgery Summit II Guidelines, бариатричні втручання рекомендовані пацієнтам з цукровим діабетом 2 типу та ІМТ ≥40 кг/м² незалежно від ефективності контролю глікемії, а також пацієнтам з діабетом та ІМТ 35-39,9 кг/м² за неможливості досягнення контролю глікемії завдяки дієті і медикаментозному лікуванню [7].

Висновки. Бариатрична хірургія є перспективним напрямком комбінованого лікування метаболічних порушень з тривалим збереженням результату

при цукровому діабеті 2 типу. Необхідні подальші дослідження для визначення оптимальної тактики при рецидивах ожиріння та цукрового діабету після бариатричних операцій.

ЛІТЕРАТУРА

1. Ang GY. Reversibility of diabetes mellitus: Narrative review of the evidence. *World J Diabetes*. 2018; 9(7):127-131.
2. World Health Organization. Obesity and Overweight Fact Sheet. Accessed from http://www.who.int/dietphysicalactivity/media/en/gsfes_obesity.pdf October 2013
3. Karter AJ, Nundy S, Parker MM, Moffet HH, Huang ES. Incidence of remission in adults with type 2 diabetes: the diabetes & aging study. *Diabetes Care*. 2014; 37:3188-3195.
4. Chang SH, Stoll CR, Song J, Varela JE, Eagon CJ, Colditz GA. The effectiveness and risks of bariatric surgery: an updated systematic review and meta-analysis, 2003-2012. *JAMA Surg*. 2014; 149:275-287.
5. Batterham RL, Cummings DE. Mechanisms of Diabetes Improvement Following Bariatric/Metabolic Surgery. *Diabetes Care*. 2016; 39:893-901.
6. Schauer PR, Bhatt DL, Kirwan JP, Wolski K, Aminian A, Brethauer SA, et al; STAMPEDE investigators. Bariatric Surgery versus Intensive Medical Therapy for Diabetes - 5-Year Outcomes. *N Engl J Med* 2017; 376:641-51.
7. Cohen RV, Shikora S, Petry T, Caravatto PP, Le Roux CW. The Diabetes Surgery Summit II Guidelines: a Disease-Based Clinical Recommendation. *Obes Surg*. 2016 Aug; 26(8):1989-91.

Дата надходження до редакції 31.10.2018 р.

[https://doi.org/10.24026/1818-1384.4\(64\).2018.150188](https://doi.org/10.24026/1818-1384.4(64).2018.150188)

ВПЛИВ СОЦІАЛЬНОГО СТАТУСУ НА РЕЗУЛЬТАТИ ЛІКУВАННЯ ПАЦІЄНТІВ ІЗ ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ 2 ТИПУ ТА СИНДРОМОМ ДІАБЕТИЧНОЇ СТОПИ

О.В. Марченко

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

Синдром діабетичної стопи (СДС) є найбільш соціально значущим ускладненням цукрового діабету (ЦД) в усьому світі. Розвивається це вкрай небезпечне ускладнення майже у кожного шостого пацієнта із цукровим діабетом.

Мета: оцінка впливу соціального статусу хворих із СДС (проживання з родиною, часткове перебування під наглядом родичів, самотність) на перебіг хвороби.

Матеріал і методи. Під спостереженням

перебували 198 хворих на ЦД 2 типу (ЦД2) з СДС. Вік пацієнтів становив від 39 до 76 років. Хворих розподілили на три групи: ті, які проживали з родиною; ті, які перебували частково під наглядом родичів; самотні. Протягом 12 місяців вивчали роль сім'ї в їх лікуванні. Проведено подвійний аналіз – залежно від типу проживання та від того, з родичами або самотійно пацієнти відвідували лікаря.

Результати. Через 6 і 12 місяців у пацієнтів, які проживали з родиною, відзначено помітне зменшення кількості рецидивів СДС. У самотніх у ці терміни зафіксовано достовірне зростання кількості виразкових дефектів стоп. У групі «часткового нагляду» зменшення кількості рецидивів СДС набуло статистичної значущості лише через 1 рік. Також відзначено достовірне зменшення частоти розвитку гнійно-некротичних ускладнень серед пацієнтів, які відвідували лікаря в супроводі рідних.

Висновки. Наше дослідження довело, що недостатній контроль за дотриманням лікарських рекомендацій призводить до збільшення кількості рецидивів синдрому діабетичної стопи у пацієнтів з цукровим діабетом. Турбота родичів впливає

Дата надходження до редакції 23.10.2018 р.

на позитивний результат лікування. Відмічено, що проживання в родині найбільшою мірою та достовірно покращує результати лікування. Зменшуються ризики виникнення рецидивів, тому що саме родичі контролюють прийом препаратів, проводять огляд нижніх кінцівок і за перших симптомів звертаються за допомогою.

Ключові слова: цукровий діабет, синдром діабетичної стопи, соціальний статус.

ЛІТЕРАТУРА

1. Yazdanpanah L, Nasiri M, Adarvishi S. Literature review on the management of diabetic foot ulcer. World Journal of Diabetes. 2015; 6(1):37-53.
2. Miller TA, Dimatteo MR. Importance of family/social support and impact on adherence to diabetic therapy. Diabetes Metab Syndr Obes Targets Ther. 2013; 6:421-426. doi:10.2147/ DMSO.S36368.
3. IDF Clinical Practice Recommendations on the Diabetic Foot – 2017. International Diabetes Federation. Clinical Practice Recommendation on the Diabetic Foot: A guide for health care professionals: International Diabetes Federation, 2017.

[https://doi.org/10.24026/1818-1384.4\(64\).2018.150191](https://doi.org/10.24026/1818-1384.4(64).2018.150191)

ФУНКЦІОНАЛЬНИЙ СТАН ТРОМБОЦИТІВ І ДІАБЕТИЧНА МАКУЛОПАТІЯ У ХВОРИХ НА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ 2 ТИПУ

С.Ю. Могілевський, Ю.О. Панченко

Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика; м. Київ (Україна)

Діабетична ретинопатія (ДР) – одне з тяжких ускладнень цукрового діабету 2 типу (ЦД 2), що нерідко призводить до слабкозорості і сліпоті. Серед працездатного населення України в 2016 році її поширеність становила 452,7 на 100 000 населення, в 2017 році – 458,0 на 100 000 [1]. Основною причиною зниження центрального зору у хворих ДР і ЦД 2 є діабетична макулопатія (ДМП) з розвитком діабетичного макулярного набряку (ДМН) [2, 3].

Мета – дослідити вплив системних (адреналін та ангіотензин-2 (Анг-2) та локальних (аденозиндифосфат (АДФ), фактор активації тромбоцитів (ФАТ) та колаген) чинників ЦД 2 типу на функціональний стан тромбоцитів (Тц) при

ДМП та ДМН при важкій непроліферативній та проліферативній стадіях діабетичної ретинопатії (НПДР, ПДР).

Матеріал та методи. В дослідження включено 42 пацієнта (42 ока) із ЦД 2 типу, у яких виявлена ДМП при ПДР (31 хворий, 31 око) і при важкій стадії НПДР (11 пацієнтів, 11 очей). Оцінку агрегації Тц in vitro у відповідь на АДФ, адреналін, Анг-2, ФАТ і колаген проводили турбидиметричним методом на аналізаторі ChronoLog (США).

Результати та їх обговорення. У всіх хворих виявлені загальні риси – гіперреактивність Тц на Анг-2 і адреналін, ФАТ і колаген, тобто активація ренін-ангіотензинової (РАС) і симпат-адреналової систем (САС), запалення і ремоделювання