

гіоні, зважаючи на недостатнє охоплення скринінгом новонароджених.

Висновки

1. З початку 2006 р. на базі Львівського міжобласного медико-генетичного центру для п'яти областей Західної України був запроваджений масовий скринінг на вроджений гіпотиреоз, який охопив загалом 67 946 новонароджених і допоміг виявити цю спадкову хворобу на доклінічному етапі, вчасно розпочати лікування та запобігти тяжкій інвалідизації дітей.

2. Результатом започаткованого скринінгу була діагностика 5 нових випадків вродженого гіпотиреозу у Західному регіоні: два захворювання у Львівській області, два — у Тернопільській та одне — у Закарпатській.

3. Орієнтовна частота вродженого гіпотиреозу у п'яти областях, за даними масового скринінгу, становила 1 : 16 369, що не досягло рівня середньопуляційних показників. Найбільша частота була відмічена у Тернопільській області — 1 : 6087.

4. Отримані перші результати скринінгу на вроджений гіпотиреоз у Західній Україні свідчать про необхідність продовження й удосконалення організації цих обстежень у новонароджених з обов'язковим стовідсотковим охопленням усіх дітей для отримання більш об'єктивних результатів.

ЛІТЕРАТУРА

1. Краснопольская К. Д. Наследственные болезни обмена веществ. — М., 2005. — С. 364.
2. Галихина Г. А., Матулович С. А., Шумливая Е. О. Скрининг на ВГ в Красноярском крае // Проблемы эн-

докринологии. — 2006. — Т. 52, № 6. — С. 34-36.

3. Rovert J. F. Congenital Hypothyroidism: Long-Term Outcome // Thyroid. — 2002. — Vol. 9, N 7. — P. 741-742.

4. Datani M., Brook C. Outcomes of neonatal screening for congenital hypothyroidism // Current Opinion in Pediatrics. — 2003. — N 8. — P. 389-395.

5. Result of the screening program for congenital hypothyroidism in Berlin (1978–1995) / A. Grüters, Liesenkötter, M. Zapico et al. // Experimental and Clinical Endocrinology & Diabetes. — 2004. — Vol. 105, N 4. — P. 28-31.

6. Барашнев Ю. П., Бахарев В. А., Новиков П. В. Диагностика и лечение врожденных и наследственных заболеваний у детей. — М., 2004. — С. 559.

7. Малиевский О. А., Мурзабаева С. Ш., Климентьева М. М. Экономические аспекты неонатального скрининга на гипотиреоз // Проблемы эндокринологии. — 2006. — Т. 52, № 5. — С. 3-5.

УДК 616.379-008.64:616-071

О. А. Гончарова¹, І. М. Ільїна², О. В. Гавва³

ОБТЯЖЕНИЙ АКУШЕРСЬКИЙ АНАМНЕЗ ЯК ФАКТОР РИЗИКУ ЦУКРОВОГО ДІАБЕТУ 2 ТИПУ У ЖІНОК СІЛЬСЬКОГО РЕГІОНУ

¹Харківська медична академія післядипломної освіти,

²Інститут проблем ендокринної патології
ім. В. Я. Данилевського АМН України, Харків,

³Золочівська ЦРЛ Харківської області

Вступ

Виявлення та корекцію факторів ризику (ФР) цукрового діабету (ЦД) 2 типу як типового представника хронічної неінфекційної патології сьогодні визнано провідним напрямком його первинної профілактики [1]. Такий постулат зумовив активізацію розвитку уявлень щодо метаболічного синдрому (МС) як кластера ФР ЦД 2 типу та кардіоваскулярної патології [2; 3]. Проб-

лемі предіабету було присвячено міжнародні конгреси в Берліні (2005) і Барселоні (2007), на яких велику увагу приділено питанням поширеності ожиріння (Ож), артеріальної гіпертензії (АГ), дисліпідемії, асимптомної гіперглікемії (АГГ) та оцінці ефективності існуючих терапевтичних технологій у гальмуванні розвитку ЦД 2 типу. Інтерес до цих компонентів МС пояснюється можливістю їх модифікування [4–8]. Водночас при створенні регіональної

структури ФР ЦД 2 типу для подальшої розробки регіональної профілактичної програми необхідно враховувати і ФР, які сьогодні неможливо коригувати, оскільки дані відносно їх поширеності та впливу на інші ФР дадуть змогу грамотно формувати групи ризику захворювання. До таких ФР належить обтяжений акушерський анамнез (ОАА) у жінок.

Мета роботи — встановити частоту ОАА у жінок сільського



регіону та його зв'язок з деякими компонентами МС.

Матеріали та методи дослідження

Дослідження виконано за результатами піврічного функціонування в умовах Золочівської ЦРЛ Харківської області розробленої в Інституті проблем ендокринної патології ім. В. Я. Данилевського АМН України моделі постійно діючого скринінгу ЦД 2 типу [9]. Вона передбачає дослідження у населення віком 45 років і старше рівня глікемії у вільному режимі за допомогою експрес-методу з використанням діагностичних смужок із подальшим визначенням рівня глюкози крові натще в лабораторних умовах у осіб із вперше виявленою гіперглікемією (глюкоза крові > 5,5 ммоль/л) і консультацією ендокринолога. В межах скринінгу на кожну особу заповнюється розроблена «Анкета учасника скринінгу», яка містить перелік ФР ЦД 2 типу, в тому числі ОАА, об'єм талії (ОТ), який у жінок при значенні ≥ 80 см є ознакою абдомінального ожиріння (АО); індекс маси тіла (ІМТ), показники якого 25,0–29,9 кг/м² розцінюються як надлишкова маса тіла (надл. МТ); 30,0–34,9 кг/м² — як ОЖ₁, 35,0–39,9 кг/м² — як ОЖ₂, 40,0–44,9 кг/м² — як ОЖ₃; наявність АГ діагностується при АТ > 130/85 мм рт. ст. або при вживанні антигіпертензивної терапії.

Впродовж цього періоду було протестовано 1062 мешканці даного району, в тому числі 601 жінка без ЦД в анамнезі та діабетичних проявів. У цій когорті в 39 випадках була вперше виявлена гіперглікемія у вільному режимі, підтверджена гіперглікемією натще. Простежена частота ОАА, АГ та їх поєднання у групах жінок, сформованих залежно від наявності та ступеня тяжкості АО (1-ша група — без АО, ІМТ < 25,0 кг/м²; 2-га група — без АО з надл. МТ; 3-тя група — АО з надл. МТ; 4-та група — АО з ОЖ₁, 5-та група — АО з ОЖ₂₋₃), а також частота ОАА у жінок з ОЖ_{1,2,3}, АГ й АГГ.

Статистичну обробку даних проведено з використанням непараметричних методів за допомогою стандартного пакета статистичних розрахунків Microsoft XP® Excel.

Результати дослідження та їх обговорення

До ознак ОАА було включено такі вади:

- мертвонародження;
- спонтанний викидень;
- великий плід ($\geq 4,0$ кг);
- вроджені вади у дітей;
- безплідність;
- гестаційний діабет.

У загальній групі обстежених жінок ОАА виявлено в 8,98 % випадків (у 54 із 601 жінки). У групі жінок з нормоглікемією частота ОАА сягала 6,76 %, а серед жінок із вперше виявленою АГГ — 41,03 % ($P < 0,001$). Таке збільшення питомої ваги ОАА на фоні порушень вуглеводного обміну (у 6 разів) свідчить про значущість цього обтяження як ФР ЦД 2 типу у жінок сільського регіону.

Виходячи з визначеного консенсусом IDF (2005) [9] АО як основного критерію МС, розглянуто частоту ОАА й АГ, а також їх поєднання у групах жінок із різними проявами АО (табл. 1).

Одержані результати свідчать, що максимальна частота ОАА, АГ та їх поєднання спостерігається у жінок з Ож₂₋₃. У цій групі (6-та група) питома вага жінок з ОАА вірогідно перевищувала їх кількість у групі без АО та з нормальним ІМТ (1-ша група, $P < 0,001$) і була вдвічі вищою, ніж у групі з АО та надл. МТ (4-та група). Аналогічним був зв'язок АО з АГ. Поєднання ОАА й АГ виявлялося тільки у жінок з надл. МТ або Ож (2-га, 4-та, 5-та, 6-та групи), причому на фоні і Ож₁ і Ож₂₋₃ вірогідно ($P < 0,05$) частіше, ніж у жінок з надл. МТ (2-га група). Отже, частота вказаних факторів чітко пов'язана з наявністю та ступенем АО.

Частота поєднання ОАА з Ож, АГ й АГГ подається у табл. 2.

Наведені дані свідчать про виражений вплив ОАА на час-

Таблиця 1

Частота обтяженого акушерського анамнезу, артеріальної гіпертензії та їх поєднання у жінок залежно від наявності абдомінального ожиріння

Групи	Наявність АО, надл. МТ, Ож	n	Частота, %		
			ОАА	АГ	ОАА + АГ
1	—	86	*1,16**	*4,7**	—
2	надл. МТ	34	5,88	14,7	*2,94**
3	АО	37	—	18,9	—
4	АО + надл. МТ	203	7,39	20,2	2,96
5	АО + Ож ₁	178	14,61**	29,8**	8,43**
6	АО + Ож ₂₋₃	63	*15,87	*41,3	*14,29
Усього	—	601	8,98	22,6	5,16
P	—	—	*<0,001**	*<0,001**	*<0,05**

Примітка. *P** — вірогідність різниці.

Таблиця 2

Частота ожиріння, артеріальної гіпертензії й асимптомної гіперглікемії у жінок залежно від наявності обтяженого акушерського анамнезу

Показники	Частота, %		P
	У жінок з ОАА, n = 54	У загальній групі, n = 601	
Ож _{1,2,3}	36–66,67	63–10,48	< 0,001
АГ	31–57,41	136–22,6	< 0,001
АГГ	16–29,63	39–6,49	< 0,001



тоту основних компонентів МС, а саме на розвиток Ож, АГ й АГГ.

Таким чином, у жінок сільського регіону віком 45 років і більше ОАА діагностувався лише у 6,8 % випадків, але питома вага цього фактора у жінок з асимптомними порушеннями вуглеводного обміну виявлена у 41,0 %, що у 6 разів перевищує дані популяції. Ці результати свідчать про значущість цього ФР ЦД 2 типу. Динаміка його частоти залежно від наявності та ступеня АО є аналогічною з таким компонентом МС, як АГ. У жінок з ОАА вірогідно частіше виявляються Ож, АГ та АГГ (відповідно у 6; 2,5 та 4 рази частіше, ніж у популяції). Одержані дані щодо зв'язку ОАА у жінок сільського регіону з іншими компонентами МС зумовлюють необхідність виділення таких жінок у групу високого ризику як ЦД 2 типу, так і Ож та серцево-судинної патології, розробки окремого стандарту сто-

совно їх спостереження сімейними лікарями.

Висновки

У жінок сільського регіону віком 45 років і більше частота обтяженого акушерського анамнезу за умов асимптомної гіперглікемії зростає у 6 разів. Вірогідно більша частота абдомінального ожиріння й артеріальної гіпертензії обумовлює необхідність при створенні регіональних профілактичних програм розробки окремого стандарту моніторингу жінок з вадами акушерського анамнезу.

ЛІТЕРАТУРА

1. Балаболкин М. И. Диабетология. — М.: Медицина, 2000. — 672 с.
2. Cameron A. J., Shaw J. E., Zimmet P. Z. The metabolic syndrome: prevalence in world wide populations // *Endocrinol Metab Clin North Am.* — 2004. — Vol. 33. — P. 351-375.
3. Expert Committee on the Diagnosis and Classification of Diabetes Mellitus // *Diabetes Care.* — 2003. — Vol. 26. — P. 3160-3167.

4. Митченко Е. И. Артериальная гипертензия у женщин в перименопаузальном периоде // *Практ. ангиология.* — 2006. — № 3. — С. 22-27.

5. Ford E. S. Giles W. H., Detz W. H. Prevalence of the metabolic syndrome among US adults: finding from the Third National Health and Nutrition Examination Survey // *JAMA.* — 2002. — Vol. 287. — P. 356-359.

6. Маньковський Б. М., Ларін О. С. Вчасна діагностика цукрового діабету: результати дослідження діаскрин 50 // *Клін. ендокринологія та ендокр. хірургія.* — 2007. — № 1. — С. 42-48.

7. Reduction in the incidence of type 2 diabetes with lifestyle intervention or metformin / W. C. Knowler, E. Barre-Connor, S. E. Fowler et al. // *N. Engl. J. Med.* — 2002. — Vol. 364. — P. 393-403.

8. Митченко О. І. Менопаузальний метаболічний синдром // *Нова медицина.* — 2005. — № 4 (21). — С. 18-23.

9. Стандарт постійно діючого скринінгу цукрового діабету 2 типу: Метод. рекомендації / І. М. Ільїна, О. В. Козаков, О. А. Гончарова та ін. — Харків, 2007. — 21 с.

УДК 617.001.41-021.4

В. Б. Лищенко

ИССЛЕДОВАНИЕ ФАКТОРОВ МЕСТНОЙ ИММУНОЛОГИЧЕСКОЙ РЕАКТИВНОСТИ В ДИАГНОСТИКЕ И ОЦЕНКЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМ ДАКРИОЦИСТИТОМ

Институт глазных болезней и тканевой терапии
им. акад. В. П. Филатова АМН Украины, Одесса

Местные факторы иммунологической защиты эпителиальных тканей и подлежащей соединительной ткани могут играть существенную патогенетическую роль при развитии дакриоцистита и дакриоаденита. Так, по данным литературы [6], эпителиальные клетки слезного канала человека продуцируют широкий спектр антимикробных протеинов, содержание

которых, и в частности индуцибельного бета-дефензина человека, в слезной жидкости возрастает в процессе формирования воспалительных изменений слизистой оболочки данного канала. С другой стороны, показано патогенное значение провоспалительных цитокинов — интерлейкина-1-бета и фактора некроза опухоли-альфа (ФНО- α) при аутоиммунных фор-

мах дакриоаденита [8; 9]. До последнего времени специфическая протеолитическая активность, а также уровень провоспалительных цитокинов в тканях, вовлекаемых в формирование дакриоцистита, а также слезной жидкости, не была исследована.

Поэтому целью настоящей работы было определение активности лизоцима и уровня ФНО- α

