Добавляет ценность диагнозу

СИНЭВО
медицинская лаборатория

ЭКСПЕРТ В ЛАБОРАТОРНОЙ ДИАГНОСТИКЕ

В.І. Паньків, д.м.н., професор, Український науково-практичний центр ендокринної хірургії, трансплантації ендокринних органів і тканин МОЗ України, м. Київ

Лабораторна діагностика порушень вуглеводного обміну. Алгоритм діагностики гіперглікемічних станів

Продовження. Початок у № 17.

Визначення типу ЦД. Лише при детальному вивченні анамнезу (вік хворого, характер початку і темпи прогресування хвороби, наявність чи відсутність зниження маси тіла, схильність до кетоацидозу) разом з іншими клінічними і лабораторними даними можна визначити тип ЦД та обрати оптимальний режим лікування.

На основі даних, наведених у таблиці 2, здебільшого вже при першому візиті хворого на ЦД лікар з великою вірогідністю може встановити тип захворювання. Труднощі в ідентифікації типу ЦД виникають у таких випадках:

1. У хворих віком до 30 років при стабільному перебігу ЦД і відсутності кетоацидозу клінічні ознаки недостатньо виражені (нормальна маса тіла, глікемія натще і протягом доби не перевищує 11,1 ммоль/л), реакція на препарати сульфонілсечовини досить висока. Усі ці ознаки свідчать про 2 тип захворювання. Істинний тип ЦД можна визначити лише в результаті подальшого спостереження за хворим. Можливі два варіанти перебігу захворювання у таких випадках. При першому з них уже на ранніх стадіях у крові знижений вміст інсуліну і С-пептиду, наявні ознаки повільної деструкції острівцевих клітин персистуючим аутоімунним інсулітом (зокрема підвищений титр антитіл до декарбоксилази глутамінової кислоти). Надалі прогресує абсолютна інсулінова недостатність, протягом 1-7 років захворювання набуває ознак, характерних для ЦД 1 типу.

При другому варіанті у хворого має місце ЦД 2 типу зі збереженою інсулінопродукуючою функцією підшлункової залози. Це так званий діабет дорослого типу в осіб молодого віку (MODY, від англ. maturity-onset diabetes of the young).

2. Високі показники глікемії, ацетонурія у хворих віком понад 40 років (нерідко з ожирінням) уперше діагностуються при госпіталізації з приводу супутнього захворювання (пневмонії, інсульту, інфаркту міокарду тощо). У цьому випадку необхідно призначити інсулінотерапію, але не слід робити поспішний висновок щодо діагнозу ЦД 1 типу. Ефективне лікування захворювання в період загострення часто приводить до зниження глікемії, усунення кетоацидозу і дозволяє перевести хворого на пероральну терапію цукрознижувальними препаратами.

3. В осіб молодого віку при гострому початку хвороби й адекватній інсулінотерапії при високій залишковій секреції острівцевого апарату підшлункової залози виникає ремісія захворювання з різким зменшенням потреби в екзогенному інсуліні. Однак змінювати думку про тип ЦД недоцільно: після ремісії, яка триває декілька тижнів або місяців, захворювання знову набуває ознак, характерних для ЦД 1 типу.

Як бачимо, у кожному конкретному випадку визначити тип і тяжкість захворювання можна лише за сукупністю ознак та за допомогою спостереження у динаміці. У клінічній практиці таке диференціювання необхідне з метою оцінки ступеня тяжкості стану хворого, працездатності та вибору адекватної терапії.

Діагностика гестаційного ЦД

Відсутність єдиного патогномонічного ускладнення ЦД у період вагітності, з одного боку, і наявність постійного взаємозв'язку між рівнем глікемії матері і макросомією плода – з іншого, призвели до відсутності консенсусу щодо діагностики гестаційного ЦД. Хоча діабет під час вагітності асоційований з підвищеним акушерським ризиком порівняно з нормальною вагітністю, загальний вплив захворювання на більшість акушерських і неонатальних ускладнень в основній популяції насправді відносно низький з найвищим ризиком розвитку дистонії плеча у плода. Все ширше визнається важливість інших метаболічних чинників під час вагітності, таких як ожиріння і гіпертригліцеридемія.

У 1979-1980 рр. американські дослідники Національної групи з вивчення діабету (NDDG) й експерти Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ) встановили, що 2-годинний пероральний тест на толерантність до глюкози із 75 г речовини має бути основним діагностичним тестом для оцінки толерантності до глюкози поза вагітністю.

Щодо порушення толерантності до глюкози під час вагітності були прийняті два різні підходи. NDDG вирішила, що у цей період необхідно використовувати 3-годинний пероральний тест на толерантність до глюкози із 100 г речовини. Американська діабетична асоціація та багато інших світових медичних асоціацій упродовж багатьох років застосовують цей тест.

ВООЗ рекомендує проведення під час вагітності 2-годинного перорального тесту на толерантність до глюкози із 75 г речовини з тими ж діагностичними точками, що використовуються для діагностики порушеної толерантності до глюкози поза вагітністю.

Таблиця 2. Порівняльна характеристика ЦД 1 і 2 типів

Клінічні та лабораторні дані	1 тип	2 тип
Поширеність у популяції хворих на ЦД	10-20%	80-90%
Вік, в якому виникає хвороба	Зазвичай <30 років	>40 років
Пік захворюваності	5-6, 12-14 років	50-55 років
Початок хвороби	Гострий	Поступовий
Вплив сезонних факторів на виникнення хвороби	Осінньо-зимовий період	Немає
Маса тіла	Знижена або нормальна	Ожиріння в 70-80% хворих
Клінічна симптоматика	Чітко виражена	Помірно виражена
Перебіг	Лабільний	Стабільний
Схильність до кетоацидозу	Виражена	Як правило, відсутня
Судинні ураження	Переважають мікроангіопатії	Переважають макроангіопатії
Чутливість до препаратів інсуліну	Висока	Низька
Чутливість до препаратів сульфонілсечовини	Відсутня	Висока
Вміст інсуліну в крові	Знижений або не визначається	Нормальний або дещо підвищений
Вміст С-пептиду в крові	Знижений або не визначається	Нормальний або підвищений
Сімейні форми хвороби	Менше ніж у 10%	Більше ніж у 20%
Асоціація з HLA-гаплотипами	Постійно	Відсутня
Антитіла до острівців підшлункової залози	Є	Немає
Конкордантність у монозиготних близнят	У 50%	Майже у 100%
Лікування	Дієта, інсулінотерапія	Дієта, пероральні цукрознижувальні препарати, у частини хворих – інсулін

У 1999 р. ВООЗ пояснила, що гестаційний ЦД охоплює порушення толерантності до глюкози і ЦД (натще >7 ммоль/л; через 2 год після навантаження глюкозою в плазмі крові >7,8 ммоль/л), і впродовж багатьох років зберігає свої рекомендації.

В Україні для діагностики гестаційного ЦД при проведенні перорального тесту на толерантність до глюкози використовують такі рівні глікемії: натще <5,1 ммоль/л, через 2 год після навантаження <8,5 ммоль/л (норма), згідно з наказом МОЗ України від 09.01.2014 р. № 0007 про внесення змін до наказу МОЗ України від 15.07.2011 р. № 417 «Про організацію амбулаторно-гінекологічної допомоги в Україні».

Алгоритм діагностики гіперглікемічних станів під час вагітності (International Association of Diabetes and Pregnancy Study Groups Recommendations on the Diagnosis and Classification of Hyperglycemia in Pregnancy, 2010)

Перший допологовий візит

З вимірювання глікемії натще, HbA1c або випадкове визначення рівня глюкози в плазмі крові;

З якщо результати відповідають критеріям маніфестного ЦД, то лікування і подальше спостереження такі, як і для прегестаційного ЦД;

З якщо маніфестного ЦД немає:

• глюкоза в плазмі натще >5,1 ммоль/л, але <7,0 ммоль/л → слід діагностувати гестаційний ЦД;

• глюкоза в плазмі натще <5,1 ммоль/л → необхідно провести діагностику гестаційного ЦД на 24-28-му тижнях вагітності за допомогою перорального тесту на толерантність до глюкози.

24-28-й тижні вагітності: діагностика гестаційного ЦД

З проведення 2-годинного перорального тесту на толерантність до глюкози із 75 г речовини після нічного голодування в усіх жінок, у яких раніше не був виявлений діабет або гестаційний ЦД під час скринінгу на початку вагітності:

• якщо рівень глюкози в плазмі натще >7,0 ммоль/л, установлюють діагноз маніфестного ЦД;

• якщо одне або декілька параметрів дорівнюють або перевищують порогові значення, діагностують гестаційний ЦД;

• якщо всі значення тесту на толерантність до глюкози менші від порогових, стан класифікується як нормальний.

Список літератури знаходиться в редакції.