



---

**Original Article: FATTORI DI RISCHIO PER IL DIABETE DIAGNOSI DIABETE DI TIPO 2  
NEI PAZIENTI CON IPERTENSIONE**

**Citation**

Kochubey O.A., Ashcheulova T.V., Kovalyova O.M., Vizir M.O. Fattori di rischio per il diabete diagnosi diabete di tipo 2 nei pazienti con ipertensione. *Italian Science Review*. 2016; 2(35). PP. 13-15.  
Available at URL: <http://www.ias-journal.org/archive/2016/february/Kochubey.pdf>

**Authors**

O.A. Kochubey, Kharkiv National Medical University, Ukraine.  
T.V. Ashcheulova, Kharkiv National Medical University, Ukraine.  
O.M. Kovalyova, Kharkiv National Medical University, Ukraine.  
M.O. Vizir, Kharkiv National Medical University, Ukraine.

Submitted: February 03, 2016; Accepted: February 20, 2016; Published: February 29, 2016

Astratta. La revisione ha esaminato i metodi esistenti di diagnosi, quando il diabete nei pazienti con ipertensione ed i risultati di una recente ricerca in questo settore. Offerte con i dati di letteratura e analisi delle loro osservazioni, nazionali ed esteri come l'esame, che include la valutazione del metabolismo dei carboidrati, sulla base del livello di glucosio e insulina glucosio nel sangue dopo test di glucosio-tolleranza orale, hlikozilovanoho emoglobina calcolo dell'indice di insulino-resistenza - HOMA .

Secondo le statistiche, dal 2014 la struttura delle malattie endocrine in prevalenza della malattia Ucraina in crescita del 4,9%. Tra le persone in età lavorativa affette da diabete mellito (DM) colpite 386,107 persone, tra cui 55,255 persone hanno il diabete insulino-dipendente [1]. Vi è quindi il tasso di crescita di disabilità primaria della popolazione adulta del 5% a causa di malattie endocrine. Questo porta alla introduzione dei punti Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) per fermare il crescente numero di casi di diabete di nove

obiettivi globali per combattere le malattie non trasmissibili [1].

Studi epidemiologici indicano che lo sviluppo di diabete di tipo 2 è un tempo lungo, sarà implementato prima del quadro clinico. Il diabete di tipo 2 si manifesta quando ci sono la resistenza all'insulina e la funzione  $\beta$ -cellule si deteriora.

Come definito dalla American Diabetes Association (ADA) -Questo fase di iperglicemia pre-diabetica tra normale tolleranza al glucosio e diabete di tipo 2 [2].

Il termine "pre-diabete" è stato prima utilizzato Alberti KG [3], che ha usato per descrivere la patologia della gravidanza o oneroso per il diabete di tipo 2, la storia. Che ha proposto il termine "pre-diabete" nel 1980, ma in seguito non ha raccomandato il suo utilizzo in quanto è estremamente elevati livelli di glucosio non trasformano sempre in diabete, ma farà sì che i pazienti di ansia [4]. Nel 2005, l'ADA ancora una volta ha cominciato a usare il termine "pre-diabete" di tali fattori di rischio per il diabete, una intolleranza al glucosio (ILG) e iperglicemia (IL) a stomaco vuoto. Il gruppo ad hoc per lo studio del diabete che nel 2008 ha suggerito di utilizzare il

termine "iperglicemia intermedia" invece di "pre-diabete" per coprire IL e ILG [5], ma la ADA continua a usare il termine "pre-diabete" per determinare IL e ILG [6].

Fattori di rischio per il diabete possono essere suddivisi in quelli che vengono modificati e quelli che non vengono modificati. Per i fattori non modificati comprendono la predisposizione genetica, l'età, il sesso e la storia precedente diabete gestazionale. Fattori modificati o di rischio per il diabete sono l'obesità, mancanza di esercizio fisico o di ridurre l'attività fisica, fattori nutrizionali, sindrome metabolica, una infiammazione autoimmune, pre-diabete e relativi resistenza all'insulina (RI).

Il fattore di rischio più importante per il pre-diabete e diabete di tipo 2 sono obesi. Nei paesi economicamente sviluppati 16-25% delle persone con peso superiore alla norma del 15% [7]. In Ucraina, la prevalenza dell'obesità tra le persone oltre i 45 anni è di circa il 52%, e l'eccesso di peso corporeo - 33%. Peso normale è osservata solo nel 15% della popolazione adulta. Secondo gli studi epidemiologici tra la popolazione urbana solo il 51% degli uomini e il 45% delle donne hanno un peso corporeo normale, e il 12% degli uomini e 20% delle donne con diagnosi di obesità [8].

A caratterizzare l'indice di massa corporea è usato o Quetelet indice di massa corporea (IMC). Il valore di IMC è calcolato con la formula:  $IMC (kg / m^2) = \text{peso (kg)} / \text{altezza (m}^2\text{)}$ .

La presenza e il grado di obesità è determinata da valori di IMC.

Studi epidemiologici hanno dimostrato un forte legame tra obesità e diabete di tipo 2, ipertensione, dislipidemia, aterosclerosi. Inoltre trovato che le complicazioni che accompagnano l'obesità sono strettamente legate alla natura della distribuzione del tessuto adiposo nel corpo. ILG e diabete di tipo 2 si verificano in obesità addominale più spesso di altre forme di distribuzione del tessuto adiposo.

Tipo di tasso di distribuzione del grasso determinato dal rapporto tra circonferenza

della vita di codice circonferenza fianchi CV/CF dove: OT - circonferenza della vita (cm) CF - circonferenza fianchi (cm).

Il criterio per l'obesità addominale o centrale è considerata un indice CV/CF 0.90 più uomini e più di 0,85 per le donne. [9]

Oggi ci sono altri indicatori antropometrici utilizzati per la diagnosi di eccessivo peso corporeo e l'obesità. I risultati di vari studi hanno dimostrato che il rapporto della circonferenza della vita alla crescita (CV/C) in grado di predire il diabete e complicazioni cardiovascolari, ed è più informativo da IMC, perché basato sulla determinazione di CV e determinare il (addominale) obesità centrale in mentre IMC non tiene conto per la genesi di grasso. Valore limite per la diagnosi di obesità addominale in termini CV/T è  $> 0.5$  [10].

Anche se l'obesità è un fattore importante che provoca lo sviluppo di IP, 10-25% degli adulti sono obesi, sono metabolicamente sani e non hanno IR. E inoltre, non tutti i pazienti con IP obesi.

La mancanza di attività fisica combinata con una dieta ad alto contenuto calorico porta a obesità e RI, aumentando il rischio di pre-diabete e diabete di tipo 2. Lo studio dimostra che adeguati livelli di attività fisica previene lo sviluppo di pre-diabete, il diabete e le malattie cardiovascolari. Come mostrato nel primo studio randomizzato controllato per studiare gli effetti dei cambiamenti dello stile di vita per la prevenzione del diabete di tipo 2, le modifiche dello stile di vita, tra cui un regolare esercizio fisico, ridurre l'incidenza di diabete di tipo 2 di ben il 58% nei pazienti con ILG [11].

Per quanto riguarda i fattori nutrizionali, ci sono prove che elevato apporto calorico totale, a basso consumo di fibra, consumo eccessivo di grassi e carboidrati semplici può portare alla nascita di pre-diabete e diabete di tipo 2 [12].

La sindrome metabolica è usato come marker di alto rischio di sviluppare il diabete di tipo 2. RI e l'infiammazione autoimmune associata alla sindrome

metabolica spiega l'aumento del rischio di diabete di tipo 2 e malattie cardiovascolari [13].

Diversi studi hanno dimostrato che il fumo aumenta il RI. I fumatori RI appare più spesso rispetto alle persone che non hanno la dipendenza da nicotina. La depressione e l'eccessivo peso alla nascita è anche associato con il rischio di RI e di diabete [14].

#### CONCLUSIONI

Valutazione del metabolismo dei carboidrati con la definizione di glucosio a digiuno e 2 ore dopo ILG in pazienti con ipertensione essenziale, sovrappeso, obesità contribuisce a migliorare la prevenzione di complicazioni cardiovascolari e la rilevazione tempestiva di primi disturbi del metabolismo dei carboidrati, al fine di prevenire lo sviluppo di complicanze. Valutazione del rischio di pre-diabete e diabete di tipo 2 consente ai professionisti di ottenere uno dei primi criteri prognostici di formare disturbi del metabolismo dei carboidrati in pazienti con ipertensione essenziale e perizia complessa di pazienti potrebbe migliorare la diagnosi delle complicanze cardiache nei pazienti con ipertensione essenziale.

#### References:

1. Ed. Kovalenko V.N., Kornatsky V.N. 2015. Stress and cardiovascular diseases. Manual. 354 p.
2. 2010. American Diabetes Association. Diagnosis and Classification of Diabetes Mellitus.
3. Alberti K.G. 2007. Screening and diagnosis of prediabetes: where are we headed? *Diabetes Obes Metab.* V.9 P.12-16.
4. 1985. World Health Organization. Diabetes Mellitus: report of WHO Study Group, Technical Series.
5. 2006. World Health Organization. Definition and diagnosis of diabetes mellitus and intermediate hyperglycemia: report of a WHO/IDF consultation. Geneva, Switzerland, World Health Organization.
6. 2010. American Diabetes Association. Diagnosis and Classification of Diabetes Mellitus.
7. Codario R.A. 2011. Type 2 diabetes, pre-diabetes, and the metabolic syndrome. 384 p.
8. Gorbas I.M., Pankiv V.I., Buldygina Yu.V. 2009. Obesity: Search solutions to the problem: the Results of International Course. *Health Ukraine* . P. 64-65.
9. 2008. Waist Circumference and Waist-Hip Ratio: report of a WHO Expert Consultation. 39 p.
10. Srinivasan S.R., Wang R., Chen W., Wei C.Y., Xu J., Berenson G.S. 2009. Utility of waist-to-height ratio in detecting central obesity and related adverse cardiovascular risk profile among normal weight younger adults (from the Bogalusa Heart Study). *V.104.* P. 721-724.
11. Lindstrom J., Ilanne-Parikka P., Peltonen M., Aunola S., Eriksson J.G., Hemio K., Hamalainen H., Harkonen P., Keinanen-Kiukkaanniemi S., Laakso M., Louheranta A., Mannelin M., Paturi M., Sundvall J., Valle T.T. , Uusitupa M., Tuomilehto J. 2006. Sustained reduction in the incidence of type 2 diabetes by lifestyle intervention: follow-up of the Finnish Diabetes Prevention Study. *V. 368.* P. 1673-1679.
12. Hu F.B., Manson J.E., Stampfer M.J., Colditz G., Liu S., Solomon C.G., Willett W.C. 2011. Diet, lifestyle, and the risk of type 2 diabetes mellitus in women. *V.345.* P.790-797.
13. Mitchenko O.I., Korpacheva V.V. 2009. Diagnosis and treatment of metabolic syndrome, diabetes, prediabetu and cardiovascular diseases. Ukrainian Association of cardiologists and endocrinologists association. 42 p.
14. Kan C. Silva N, Golden S.H. 2013. A systematic Review and Meta-analysis of the Association Between Depression and Insulin Resistance. *Diabetes Care.* V. 36. P. 480-489.