

УДК 616.379 008.64:08.357+615.357

ПАНЬКІВ В.І.

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

ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ 2-го ТИПУ: ЯК УНИКНУТИ ПОМИЛОК І ПІДВИЩИТИ ЕФЕКТИВНІСТЬ ЛІКУВАННЯ

Резюме. У статті розглядається актуальність проблеми захворюваності на цукровий діабет (ЦД) у сучасному світі. Підкреслюється, що на сучасному етапі розвитку діабетології основною метою лікування ЦД є досягнення максимально наближених до фізіологічних рівнів глюкози крові без підвищення ризику розвитку гіпоглікемії й без шкоди для якості життя хворих. Приділено увагу питанням лікування з наголосом на тому, що пріоритет слід віддавати засобам із мінімальним ризиком гіпоглікемії, а при виборі комбінованої терапії особливо важливо розглянути можливість застосування препаратів із механізмами дії, що доповнюють один одного. Окремо розглядаються причини невдач у лікуванні й досягненні компенсації захворювання.

Ключові слова: цукровий діабет, лікування, глікемія, комбінована терапія.

На сьогодні цукровий діабет (ЦД) розглядається як група метаболічних (обмінних) захворювань, що характеризуються хронічною гіперглікемією внаслідок порушень секреції інсуліну, дії інсуліну або обох цих чинників. Стан хронічної гіперглікемії при ЦД супроводжується ураженням, дисфункцією й недостатністю різних органів (здебільшого очей, нирок, нервів, серця й кровоносних судин).

ЦД — найнебезпечніший виклик людству у XXI столітті. ЦД визначений Всесвітньою організацією охорони здоров'я (ВООЗ) як неінфекційна епідемія, саме у зв'язку з цим у 2006 році прийнята резолюція ООН про боротьбу з ЦД. Це четверта за всю історію ООН резолюція про захворювання, перші три були присвячені боротьбі з малярією, туберкульозом, ВІЛ-інфекцією. Якщо на початку 80-х років минулого століття число хворих на ЦД становило близько 30 млн людей, то на сьогодні це вже понад 366 млн, а за прогнозами експертів Міжнародної діабетичної федерації (МДФ) і ВООЗ до 2030 року очікується понад 552 млн. Число хворих на ЦД 2-го типу зростає в усіх без винятку країнах світу найчастіше серед людей віком від 40 до 59 років. До того ж 183 млн людей із ЦД залишаються недіагностованими. ЦД спричинив 4,6 млн випадків смерті у 2011 році, а витрати на ЦД досягали майже 465 млрд доларів США (IDF Diabetes Atlas, 2011).

Цілком зрозуміло, що якість життя хворих на ЦД оцінюється насамперед належною компенсацією захворювання. Обов'язок лікаря — забезпечити хворому можливість свідомо обирати спосіб життя за особисти-

ми вподобаннями. Досягти цього можна лише за умови, якщо людина, хвора на ЦД, правильно поінформована та мотивована, добре усвідомлює відповідальність за своє власне здоров'я та володіє навичками самоконтролю.

Як і в усьому світі, в Україні число хворих зростає здебільшого за рахунок ЦД 2-го типу. Лікування й моніторинг таких хворих у нашій країні здійснюється спільно спеціалістами-ендокринологами, сімейними лікарями й дільничними терапевтами з розв'язанням найголовнішого питання — зниження ранньої інвалідизації й передчасної смертності. У цьому плані підвищення професійних знань набуває великого значення, оскільки поява нових технологій в діагностиці та лікуванні, нових лікарських засобів у клінічній діабетології особливо помітна впродовж останнього десятиліття.

Основне правило сучасної діабетології — будь-якими засобами, розпочинаючи вже з дебюту захворювання, максимально ефективно контролювати ЦД.

Мета лікування пацієнта з ЦД 2-го типу полягає в досягненні максимального зниження сумарного ризику розвитку ускладнень ЦД 2-го типу за рахунок досягнення та підтримання цільового рівня визначених показників та модифікації факторів ризику, ефективного лікування супутніх клінічних станів.

Своєчасне призначення немедикаментозної й медикаментозної терапії у пацієнтів із ЦД 2-го типу зни-

© Паньків В.І., 2013

© «Міжнародний ендокринологічний журнал», 2013

© Заславський О.Ю., 2013

жує прогресування захворювання, розвиток ускладнень і смертність. **Лікар розробляє індивідуальний план медичної допомоги конкретному хворому на ЦД 2-го типу.** Цей план підлягає перегляду щорічно або, в разі необхідності, частіше. План коректується відповідно до обставин чи побажань пацієнта, а також з урахуванням нововиявлених медичних показників. Слід надати пацієнту інформацію про стан його здоров'я, самоконтроль захворювання, рекомендації щодо немедикаментозного й медикаментозного лікування у доступній формі, навчити самоконтролю захворювання. При цьому необхідно встановити та погодити з пацієнтом цільові значення глікемії, беручи до уваги ризик мікро- та макросудинних ускладнень, вік пацієнта, інтенсивність лікування, ризик і наслідки гіпоглікемії.

Для пацієнтів, у яких вперше діагностовано ЦД 2-го типу, необхідно забезпечити проходження принаймні одного навчального циклу щодо свого стану та його самоконтролю, можливих ускладнень ЦД 2-го типу, тактики поведінки при раптовому погіршенні перебігу та ін.

Упродовж останнього десятиліття мета лікування ЦД кардинально змінилася. До недавнього часу до основних завдань лікування ЦД належало лише усунення симптомів гіперглікемії, таких як поліурія, спрага, слабкість. **На сьогодні ефективне управління ЦД скероване на запобігання виснаженню β -клітин підшлункової залози, створення оптимального балансу глюкози в організмі, профілактику і/або уповільнення прогресування розвитку як мікро-, так і макросудинних ускладнень захворювання, що призводять до інвалідності пацієнтів і ранньої смертності.**

На сучасному етапі розвитку діабетології основною метою лікування ЦД є досягнення максимально наближених до фізіологічних рівнів глюкози крові без підвищення ризику розвитку гіпоглікемії й без шкоди для якості життя хворих.

Забезпечення контролю цільового рівня глюкози в крові за допомогою дотримання здорового способу життя досягається лише у дуже незначній кількості людей з ЦД 2-го типу на декілька місяців. Медикаментозні методи лікування на додаток до немедикаментозних допомагають досягти цільового рівня глюкози в крові. Фактично ЦД 2-го типу без призначення медикаментозної терапії для контролю глікемії не лікується.

У зв'язку зі збільшенням на ринку кількості фармакологічних препаратів підходи до контролю рівня глікемії у пацієнтів із ЦД 2-го типу стають все складнішими й до певної міри суперечливішими, особливо якщо брати до уваги можливі небажані явища, спричинені лікарськими препаратами, а також не зовсім доведений ефективний вплив жорстких заходів щодо контролю рівня глікемії з метою профілактики макроангіопатії й пов'язаних із нею ускладнень. Вищезгадані факти ускладнюють вибір оптимальної стратегії лікування лікарем-клініцистом. Враховуючи ці факти, Американська діабетична асоціація і Європейська асоціація з вивчення цукрового діабету (European Association for the Study of Diabetes, EASD) у 2012 році об'єднали зусилля

для аналізу наявного досвіду й розробили рекомендації з корекції гіперглікемії у дорослих пацієнтів на тлі ЦД 2-го типу.

Агресивна боротьба з факторами ризику розвитку ускладнень із боку серцево-судинної системи (прийом антигіпертензивних, антитромбоцитарних препаратів і статинів, відмова від куріння), можливо, дає більше користі, ніж контроль рівня глікемії. Зазначені рекомендації слід застосовувати індивідуально для кожного пацієнта залежно від його потреб, переваг і переносимості, що є запорукою успіху в лікуванні. Індивідуальний підхід до лікування пацієнта має на увазі застосування тієї або іншої терапії залежно від переваг і потреб окремо взятого пацієнта, а також очікуваної користі, що виправдає вибрану тактику лікування. **Індивідуальне визначення тактики лікування для конкретного пацієнта є одним із ключових принципів доказової медицини.**

Отже, при пероральній цукрознижувальній терапії необхідний індивідуальний підхід до пацієнта і, відповідно, визначення індивідуального цільового рівня HbA1c повинно бути основою вибору стратегії цукрознижувальної терапії. При виборі індивідуального цільового рівня HbA1c в першу чергу слід враховувати: вік пацієнта; очікувану тривалість життя; наявність тяжких ускладнень; ризик розвитку тяжкої гіпоглікемії. При виборі лікарського засобу слід врахувати такі фактори: очікувана цукрознижувача ефективність; наявність протипоказань чи непереносимості препаратів; ризик гіпоглікемії; ІМТ і рівень С-пептиду або імунореактивного інсуліну (ІРІ) у сироватці крові; вік; наявність судинних ускладнень і супутньої патології; тривалість ЦД 2-го типу.

Крім того, на вибір лікарського засобу можуть впливати: зручність використання, передбачуваний ступінь прихильності пацієнта до лікування, чи потребує пацієнт сторонньої допомоги для прийняття ліків, вартість препарату. **Пріоритет у цій клінічній ситуації повинен бути відданий засобам із мінімальним ризиком гіпоглікемії.** Особливої уваги заслуговує при цьому група осіб високого ризику: пацієнти з тривалістю ЦД 2-го типу понад 10 років, з вираженою макросудинною патологією, відсутністю розпізнавання гіпоглікемії, серйозними супутніми захворюваннями.

Метформін залишається основним препаратом першої лінії в лікуванні ЦД 2-го типу, найбільш вивченим із точки зору ефективності та безпечності лікарським засобом при монотерапії. Початкова доза метформіну (для прикладу — препарат Метамін SR пролонгованої дії) становить 500 мг один раз на добу (зі сніданком), з подальшим збільшенням на 500 мг з інтервалом 1–2 тижні залежно від переносимості й ефективності. Максимальна добова доза метформіну становить 3 г (у декілька прийомів), хоча на практиці добові дози понад 2,5 г рідко використовуються. Потрібно уникати або припинити лікування метформіном у пацієнтів із підозрою на гіпоксію тканин (наприклад, гостра серцева або дихальна недостатність, сепсис, тяжка печінкова недостатність, алкоголізм із

підвищенням рівня печінкових ферментів у 2,5 рази й більше від норми). Не слід призначати метформін пацієнтам з ЦД 2-го типу та вираженою серцевою недостатністю із зниженням фракції викиду (< 40 %).

Найбільший досвід використання серед пероральних цукрознижуючих препаратів (ПЦЗП) мають стимулятори секреції інсуліну — **похідні сульфонілсечовини (ПСС)**. Препарати цієї групи стимулюють секрецію інсуліну за допомогою закриття АТФ-чутливих калієвих каналів β -клітин підшлункової залози. Вони доволі ефективно контролюють рівень глікемії, однак їх застосування може бути пов'язане зі збільшенням маси тіла й ризиком розвитку гіпоглікемічних станів. ПСС належать до групи секретогогів, тобто їхня дія полягає у здатності стимулювати секрецію інсуліну бета-клітинами підшлункової залози, особливо за наявності глюкози. Отже, ці препарати ефективні лише при хоча б частковій ендогенній секреції інсуліну. У клінічній практиці для лікування хворих на ЦД 2-го типу широко використовується глімепірид. Позитивними особливостями механізму дії цього лікарського засобу (наприклад, Глімакс) є подвійний механізм дії: стимулюючий вплив на бета-інсулярний апарат підшлункової залози шляхом поліпшення чутливості тканин до інсуліну, тобто зниження наявної у хворих інсулінорезистентності. Іншою перевагою глімепіриду є тривалість його дії — препарат ефективний упродовж 24 годин і, відповідно, призначається один раз на добу (доза становить від 1 до 8 мг). На тлі вживання глімепіриду спостерігається значно менше гіпоглікемічних станів порівняно з ПСС, що зумовлено більш ошадною секрецією інсуліну у відповідь на прийом препарату.

Препарати групи **піоглітазону** (наприклад, Глютазон) поліпшують чутливість скелетних м'язів до інсуліну, пригнічують утворення глюкози в печінці, не збільшують ризик розвитку гіпоглікемічних станів, а тривалість ефекту може бути більшою, ніж у ПСС і метформіну. У процесі великомасштабного дослідження, в якому були задіяні пацієнти з клінічно вираженими ознаками макроангіопатії, було виявлено, що піоглітазон здійснює певний ефект у запобіганні серцево-судинним ускладненням.

Для препаратів метформіну, ПСС, піоглітазону характерний високий гіпоглікемічний ефект з очікуваним зниженням рівня HbA1c на 1,0–1,5 %.

Якщо за допомогою монотерапії не вдається досягнути й підтримувати цільовий рівень HbA1c протягом трьох місяців від початку лікування, слід додати у схему лікування другий пероральний препарат. Додавання в схему терапії іншого перорального препарату дозволяє досягнути зниження HbA1c на 1 %. Деякі антигіперглікемічні препарати сприяють збільшенню маси тіла. Це може вказувати на прогресування резистентності тканин до інсуліну, а також на збільшення ризику розвитку серцево-судинних ускладнень. Єдиним винятком є піоглітазон; збільшення маси тіла на тлі прийому піоглітазону супроводжується зниженням резистентності тканин до інсуліну. Необхідно звертати увагу й на переносимість препаратів, а також їх комбінацій.

При виборі комбінованої терапії особливо важливо розглянути можливість застосування препаратів з механізмами дії (наприклад, Дуглімакс — комбінація метформіну й глімепіриду), доповнюючими один одного. Кількість одночасно вживаних препаратів визначає ризик можливих побічних явищ, міжлікарських взаємодій, підвищує вартість лікування, а також може бути причиною поганої прихильності пацієнта до лікування.

Причини невдач у лікуванні й досягненні компенсації

Вирішення питань, пов'язаних із проблемою ЦД, у багатьох країнах поставлено на рівень державних завдань. На сьогодні існує чимало доказів того, що завдяки ефективному контролю ЦД можна звести до мінімуму прояви пов'язаних із ним ускладнень або взагалі запобігти їх розвитку. **Практика показує, що для цього потрібне не тільки достатнє медикаментозне забезпечення та кваліфікований медичний персонал, а й добре обізнаний з основними питаннями свого захворювання пацієнт із мотивацією на досягнення поставлених завдань: збільшення тривалості життя, покращання його якості, запобігання інвалідності.**

Виходячи із сучасних поглядів на патогенез ЦД 2-го типу, розвиток захворювання пов'язують із порушенням як дії інсуліну (інсулінорезистентністю), так і його секреції, а також із наявністю дефекту в системі розпізнавання глюкози β -клітинами або периферичними тканинами. Важливим є визначення основних патогенетичних складових захворювання, що дозволяє лікарю призначити адекватну цукрознижувальну терапію. У багатьох випадках діагностика ЦД 2-го типу не викликає труднощів і може здійснюватися на основі анамнезу й клініко-лабораторних даних.

Але в деяких випадках виникають складнощі в діагностиці ЦД 2-го типу при диференціюванні його з ЦД 1-го типу. При цьому, крім визначення глікемії натще й вивчення глікемічного профілю, а при порушенні толерантності до глюкози — проведення глюкозотолерантного тесту або визначення постпрандіальної глікемії, яка підвищується при ЦД 2-го типу і є фундаментальним дефектом при виникненні ЦД 2-го типу, слід визначати рівень ІРІ й С-пептиду в крові. Досліджувати рівень ІРІ доцільно лише у хворих, які ніколи не отримували екзогенного інсуліну, до якого можуть утворюватись антитіла, що змінюють показники ІРІ.

Визначення С-пептиду, який дозволяє оцінити функціональний стан інсулярного апарату, на сьогодні є важливим тестом для встановлення й диференціювання діагнозу ЦД 2-го типу.

Визначення рівня HbA1c є високоінформативним методом контролю стану довготривалої компенсації ЦД. У той же час рівень HbA1c може не відповідати рівню глікемії при анемії, залізодефіцитних станах, регулярному прийомі алкоголю, саліцилової чи аскорбінової кислоти, при гемоглобінопатіях. До цього можна додати, що HbA1c відображає більш високі показники глікемії (або нормальні), а епізоди гіпоглікемії

губляться, що небезпечно для хворих на ЦД із судинними ураженнями. У літературі описано чимало випадків гострого порушення мозкового кровообігу, ІМ, крововиливів у сітківку та скловидне тіло після мало виражених, але лабораторно підтверджених гіпоглікемічних станів.

На сьогодні не існує терапії, яка б уповільнила зниження функціонування бета-клітин упродовж тривалого періоду часу у хворих на ЦД 2-го типу. Таким чином, ЦД 2-го типу можна розглядати як «мобільну рухому мішень», оскільки патофізіологічні зміни є динамічними за своєю природою й навряд чи здатні зреагувати адекватно на будь-яку терапію впродовж тривалого періоду часу.

До найчастіших помилок належить відсутність диференційованого підходу до призначення ПЦЗП. Так, хворим на ЦД із надмірною масою тіла й ожирінням призначають ПСС, а не бігуаніди (метформін), пряме показання до призначення яких — ЦД 2-го типу з ожирінням.

Слід регулярно й послідовно оцінювати можливі протипоказання не лише перед призначенням метформіну, але й у процесі прийому препарату. Повторну оцінку протипоказань слід здійснювати принаймні щорічно, а також при приєднанні будь-яких супутніх захворювань, особливо при виникненні серцево-судинних ускладнень.

Гіперінсулінемія, глюкостоксичність сприяють швидкому розвитку діабетичних ускладнень і виснаженню інсулярного апарату. **Недооцінка функціонального стану печінки в лікуванні ЦД 2-го типу також погіршує лікувальний ефект цього захворювання.** Печінка відіграє важливу роль у підтриманні гомеостазу глюкози. Все це зумовлює необхідність використання гепатопротекторної терапії або призначення ентеросорбентів при декомпенсації вуглеводного обміну у хворих на ЦД 2-го типу.

У деяких випадках порушення дієтотерапії хворими на ЦД 2-го типу змушує лікаря до необґрунтованого призначення хворому інсулінотерапії при високих показниках С-пептиду. Недотримання хворими дієтичного режиму — одна з головних причин невдач при лікуванні цього захворювання. Якщо в більшості випадків удається досягти виключення з дієти легкозасвоюваних вуглеводів, то досягти відповідності кількості калорій масі тіла й характеру енергетичних витрат — доволі тяжка справа. Це часто призводить до підвищення доз ПЦЗП, збільшення маси тіла, що, у свою чергу, є причиною неефективності лікування цього захворювання. У цих випадках велику роль відіграє доведення до хворого відповідної мотивації щодо ролі дієтотерапії в лікуванні ЦД і запобігання ускладнень, а також набуття ними знань щодо свого захворювання. Багато хворих, особливо із сільської місцевості (де показники HbA1c значно вищі порівняно з мешканцями міст), не мають навіть достатніх елементарних знань щодо дієтичного режиму, значення фізичних навантажень і взагалі особливостей життя з ЦД.

Оптимальні фізичні навантаження в комплексному лікуванні ЦД також підвищують ефективність метаболічного контролю. Відомо, що дозовані індивідуальні фізичні навантаження сприяють зниженню глікемії при початковій її концентрації нижче 14 ммоль/л. У той же час фізичне навантаження при рівні глікемії понад 14 ммоль/л призводить до ще більшого його підвищення. **Тому фізичне навантаження має бути дозованим, адекватним і контрольованим.**

Сучасний багатофакторний підхід до лікування ЦД передбачає необхідність більш жорсткого контролю не лише вуглеводного, але й ліпідного обміну, показників АТ через призму судинного ризику або ризику розвитку фатальних судинних ускладнень. З часом виникає дефіцит ендогенної секреції інсуліну внаслідок прогресуючого зниження функціонального резерву β -клітин. Тому з позиції сучасних жорстких критеріїв метаболічних процесів багатьом хворим на ЦД 2-го типу, крім дієти, дозованого фізичного навантаження і ПЦЗП, для підтримання оптимального глікемічного контролю й запобігання розвитку ускладнень необхідна інсулінотерапія.

Тільки комплексне лікування ЦД 2-го типу з використанням адекватної медикаментозної цукрознижувальної терапії, дієтотерапії, помірних фізичних навантажень, корекції ліпідного обміну, печінкових функцій, методів контролю й самоконтролю сприяє покращанню метаболічних процесів, збільшенню тривалості життя хворого, збереженню його працездатності, профілактиці діабетичних ускладнень.

Лікування ЦД — процес тривалий і складний, насамперед через гетерогенність захворювання, яке потребує всебічної оцінки не лише ендокринолога, але й інших спеціалістів (невролог, окуліст, кардіолог, терапевт, гастроентеролог). **Слід враховувати, що успіх лікування хворого з діагнозом ЦД будь-якого типу лише частково (від 0,01 до 30 %) залежить від спеціаліста й методології. Якщо ж пацієнт не виконує призначень, досягти компенсації ЦД неможливо навіть із використанням найновіших препаратів і підходів до лікування.**

Однією з особливостей ЦД 2-го типу є тривалий і практично безсимптомний перебіг. Відсутність клінічних симптомів при помірній гіперглікемії створює ілюзію благополуччя, стає причиною пізнього звертання пацієнтів у медичні заклади. Все це призводить до того, що на момент виявлення ЦД 2-го типу (зазвичай випадкового) у хворих уже наявні ускладнення самого діабету у вигляді порушення зору, нирок, атеросклеротичні ураження судин серця, мозку й нижніх кінцівок.

Які ж основні причини того, що понад 75 % хворих в Україні й надалі перебувають у стані декомпенсації ЦД?

З одного боку, пацієнти не завжди виконують рекомендації лікаря стосовно зміни способу життя, а також недостатньо регулярно здійснюють самоконтроль. З іншого боку, практичні лікарі не завжди активно дотримуються алгоритмів спостереження за хворими на ЦД 2-го типу.

На жаль, існуючі на сьогодні ПЦЗП із використанням у вигляді монотерапії навіть у максимальній дозі не спроможні впродовж тривалого часу підтримувати належний рівень HbA1c. **Це пов'язано з тим, що немає препарату, який би діяв одночасно на всі механізми, що лежать в основі розвитку ЦД 2-го типу.**

Аналіз усіх класів ПЦЗП показує, що біологічний ефект буде максимальним при титрації до максимальних доз. Однак досягнення максимальної дози може призвести до збільшення частоти побічних ефектів (гіпоглікемія або шлунково-кишкові розлади), без істотного впливу на гіперглікемію.

Для досягнення основної мети терапії захворювання необхідно змінити раніше встановлений стереотип лікування хворих на ЦД 2-го типу й перейти до більш агресивної тактики лікування: раннього початку комбінованої терапії.

Частина хворих самостійно припиняє прийом ПЦЗП. Не дивно, що наслідки відміни цих препаратів серйозні. Шестирічне спостереження за перебігом ЦД у 13 309 хворих, які на тривалий час відмовлялися від прийому рекомендованих ліків, показало, що представники цієї когорти в 1,9 раза частіше госпіталізувалися за екстремними показаннями, а загальна смертність у цій групі в 2,9 раза перевищувала аналогічний показник серед контингенту з належною схильністю до лікування. Найчастіше пацієнти припиняли приймати акарбозу (50 %), далі — метформін (27 %) і ПСС (16 %). Таким чином, при проведенні тривалої терапії слід враховувати, що її ефективність залежить не тільки від активності діючої речовини лікарських препаратів, але й від схильності хворих до лікування.

Не все, звісно, залежить від лікаря. Негативні емоції, що нерідко супроводжують пацієнта на шляху від дверей поліклініки до крісла в лікарському кабінеті чи лабораторії, не сприяють регулярному відвіданню лікувального закладу, та й повноцінний контакт хворого з лікарем по телефону далеко не завжди можливий. Однак певні підходи до багаторічного спілкування з пацієнтом можуть бути ефективними. Класики медицини завжди звертали серйозну увагу насамперед на деонтологічні аспекти поведінки лікаря в лікувальному процесі. **Лікар має володіти емпатією — здатністю співпереживання, у цьому — його найвище призначення.** А конкретні умови професійної діяльності часто деформують особистість. Наприклад, лікар ризикує стати повчаючим. Як наслідок цього — виникає відчуження, що погіршує контакт. За спостереженнями психологів і психотерапевтів, хворі в образі «ідеального» лікаря насамперед відзначають ті властивості, що відображають емоційне ставлення лікаря до хворого, співпереживання (емпатію). Спеціалісти виділяють три основних типи взаємодії лікаря й пацієнта.

Перший тип контакту — керівництво, при якому лікар займає провідну, активну позицію, а хворий залишається порівняно малоактивним. Другий тип взаємодії — «співпереживаюче» партнерство, для якого притаманне намагання лікаря до розвитку від самого початку лікування активності й відповідальності хворого за результат терапії. Третій тип взаємодії — керівництво-партнерство, при якому в процесі спілкування

взаємодія між лікарем і пацієнтом змінюється в напрямку від керівництва до партнерства внаслідок того, що хворий стає активним учасником лікувального процесу. При сумарній оцінці оптимальності і продуктивності контактів високий її ступінь спостерігається при «співпереживаючому» партнерстві й керівництві-партнерстві. Керівництво як тип контакту необхідне й ефективне при слабкій особистій мотивації, пасивній установці й невисокому інтелектуальному рівні хворих. Всі зазначені питання також сприяють підвищенню ефективності лікування хворих на ЦД.

Список літератури

1. Аметов А.С. Сахарный диабет 2 типа. Проблемы и решения. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011. — 704 с.
2. Власенко М.В. Комбинированная терапия сахарного диабета 2-го типа: когда и с чего начинать? // Международный эндокринологический журнал. — 2011. — № 1 (33). — С. 20-27.
3. Дедов И.И. Сахарный диабет: развитие технологий в диагностике, лечении и профилактике // Сахарный диабет. — 2010. — № 3. — С. 6-13.
4. Эндокринология. Учебник / Под ред. проф. П.М. Боднара. — Винница: Новая книга, 2007. — 344 с.
5. Ефимов А.С., Скробонская Н.А. Клиническая диабетология. — К.: Здоров'я, 1998. — 319 с.
6. Зилев А.В., Моргунова Т.Б., Терехова А.Л. Частота гипогликемий и сердечно-сосудистых нарушений на фоне терапии препаратами сульфонилмочевинны по сравнению с другими секретагогами: систематический обзор // Сахарный диабет. — 2010. — № 2.
7. Караченцев Ю.И., Микитюк М.Р., Полозова Л.Г., Хижняк О.О. Руководство по диагностике и лечению сахарного диабета. — Х.: С.А.М., 2007. — 244 с.
8. Корначев В.В., Корначева-Зинич О.В. Эволюция взглядов в диабетологии. — К.: Книга-плюс, 2011. — 224 с.
9. Кравчун Н.А., Казаков А.В., Караченцев Ю.И. и др. Сахарный диабет 2 типа: скрининг и факторы риска. — Х.: Новое слово, 2010. — 256 с.
10. Ларін О.С., Паньків В.І., Селіваненко М.І., Грачова О.О. Аналіз діяльності ендокринологічної служби України у 2010 році та перспективи розвитку медичної допомоги хворим з ендокринною патологією // Міжнародний ендокринологічний журнал. — 2011. — № 3 (35). — С. 10-18.
11. Стандарти діагностики та лікування ендокринних захворювань / За ред. М.Д. Тронька // Довідник «VADEMECUM info ДОКТОР Ендокринолог». — К.: Здоров'я України, 2010. — 312 с.
12. Уніфікований клінічний протокол медичної допомоги. Цукровий діабет тун 2. — 2012 // www.moz.gov.ua/ua/
13. Bennett W.L., Maruthur N.M., Singh S. et al. Comparative effectiveness and safety of medications for type 2 diabetes: an update including new drugs and 2-drug combinations // Ann. Intern. Med. — 2011. — Vol. 154, № 9. — P. 602-613.
14. Boussageon R., Bejan-Angoulvant T., Saadatian-Elahi M. et al. Effect of intensive glucose lowering treatment on all cause mortality, cardiovascular death, and microvascular event in type 2 diabetes: meta-analysis of randomized controlled trials // BMJ. — 2011. — Vol. 343.
15. International Diabetes Frderation IDF Atlas. — 5th ed. — IDF, Brussels, 2011.

16. Inzucchi S.E., Bergenstal R.M., Buse J.B. et al. American Diabetes Association (ADA); European Association for the Study of Diabetes (EASD). *Management of Hyperglycemia in Type 2 Diabetes: A Patient-Centered Approach. Position Statement of the American Diabetes Association (ADA) and the European Association for the Study of Diabetes (EASD)* // *Diabetes Care*. — 2012. — Vol. 35, № 6. — P. 1364-1379.

17. Nathan D.M., Buse J.B., Davidson M.B. et al. *Medical management of hyperglycemia in type 2 diabetes: a consensus al-*

gorithm for the initiation and adjustment of therapy: a consensus statement of the American Diabetes Association and the European Association for the Study of Diabetes // *Diabetes Care*. — 2009. — Vol. 32, № 1. — P. 193-203.

18. Wilmot E.G., Edwardson C.L., Achana F.A. et al. *Sedentary time in adults and the association with diabetes, cardiovascular disease and death: systematic review and meta-analysis* // *Diabetologia*. — 2012. — Vol. 55. — P. 2895-2905.

Отримано 09.04.13 □

Паньків В.І.

Український науково-практичний центр ендокринної хірургії, трансплантації ендокринних органів і тканин МЗ України, г. Київ

САХАРНИЙ ДІАБЕТ 2-го ТИПА: ЯК УНИКАТИ ПОМИЛКИ І ПОВІСИТИ ЕФЕКТИВНІСТЬ ЛІКУВАННЯ

Резюме. В статті розглядається актуальність проблеми захворюваності сахарним діабетом (СД) в сучасному світі. Підкреслюється, що на сучасному етапі розвитку діабетології основною метою лікування СД є досягнення максимально близьких до фізіологічних рівнів глюкози крові без підвищення ризику розвитку гіпоглікемії і без шкоди для якості життя хворих. Увага приділяється питанням лікування з акцентом на те, що пріоритет потрібно надавати засобам з мінімальним ризиком гіпоглікемії, а при виборі комбінованої терапії особливо важливо розглянути можливість застосування препаратів з механізмами дії, які доповнюють одна одну. Особливо розглядаються причини невдач в лікуванні і досягненні компенсації захворювання.

Ключові слова: сахарний діабет, лікування, глікемія, комбінована терапія.

Pankiv V.I.

Ukrainian Scientific and Practical Centre for Endocrine Surgery, Transplantation of Endocrine Organs and Tissues of Ministry of Public Health of Ukraine, Kyiv, Ukraine

DIABETES MELLITUS TYPE 2: HOW TO AVOID ERRORS AND TO INCREASE THE EFFECTIVENESS OF TREATMENT

Summary. The article considers the urgency of the problem of diabetes mellitus incidence (DM) in the world today. It is emphasized that at the present stage of development of diabetology main goal of DM treatment is to achieve blood glucose levels, as close as possible to the physiological ones, without increasing the risk of hypoglycemia and without harm to the quality of life of patients. Attention is paid to the treatment with emphasis on the fact that priority should be given to drugs with minimal risk of hypoglycemia, and while choosing the combination therapy it is particularly important to consider the use of drugs with mechanisms of action that complement each other. Separately, the reasons of failures in the treatment and in the disease compensations are considered.

Key words: diabetes mellitus, treatment, glycemia, combination therapy.