

**САХАРНИЙ ДІАБЕТ 2 ТИПА.
КРИТЕРИЙ ПОСТАНОВКИ ДІАГНОЗА.
ПРИНЦИПИ ПЕРВИЧНОЇ АНТИГИПЕРГЛІКЕМИЧЕСЬКОЇ ТЕРАПІЇ**

Кондрацкая И. Н.

*Национальная медицинская академия последипломного образования им. П. Л. Шупика МЗ Украины
ira_kond@ukr.net*

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

АГ — артериальная гипертензия
ИМТ — индекс массы тела
ПГГТ — пероральный глюкозотолерантный тест

ОТ — обхват талии
СД — сахарный диабет
ССП — сердечно-сосудистая патология
ССТ — сахароснижающая терапия
HbA_{1c} — гликозилированный гемоглобин

Сахарный диабет (СД) является неуклонно прогрессирующим заболеванием и признан в мире неинфекционной эпидемией. По данным Международной диабетической Федерации (IDF) на сегодняшний день в мире насчитывается 382 миллиона больных СД, и по прогнозам к 2030 году общее количество больных СД достигнет 592 миллиона. В структуре СД 2 тип составляет 90–95% от всей патологии. Ситуация осложняется еще и тем, что на 1,1 млн зарегистрированных случаев СД 2 типа в Украине (по данным Центра медицинской статистики МОЗ Украины на начало 2015 года), не диагностированные случаи СД в 3–4 раза превышают количество выявленных пациентов.

К сожалению, наличие СД приравнивается к сердечно-сосудистой патологии (ССП), так как смертность от СПП у пациентов с СД такая же, как и у пациентов без СД с перенесенным ранее инфарктом миокарда. Такой высокий процент смертности

от СПП у пациентов с СД обусловлен тем, что на момент постановки диагноза СД 2 типа, у больных имеется артериальная гипертензия (АГ), дислипидемия, ожирение. Кроме того, наличие инсулинорезистентности — основного патогенетического ядра развития СД 2 типа, усугубляет прогноз у данной категории больных. Инсулинорезистентность приводит к развитию компенсаторной гиперинсулинемии, которая долгое время может поддерживать нормальный углеводный обмен. Гиперинсулинемия, в свою очередь, запускает целый каскад патологических механизмов, усугубляющих течение артериальной гипертензии, дислипидемии и ожирения.

Таким образом, крайне актуальной представляется необходимость обратить внимание докторов общей практики — семейной медицины и терапевтов — на профилактику и раннее выявление пациентов с СД. Как правило, больные с латентным СД долгое время могут наблюдаться с диагнозом «ги-

пертоническая болезнь», они имеют избыточную массу тела, нарушение липидного обмена, и только позже у них появляются клинические признаки сахарного диабета.

Нужно понимать, что первичная профилактика развития СД 2 типа включает пропаганду здорового образа жизни и коррекцию факторов риска развития СД.

Какие же факторы могут привести к развитию СД 2 типа?

И какие пациенты нуждаются в определении уровня глюкозы в крови?

1. Пациенты любого возраста с ИМТ ≥ 25 кг/м² и наличием 1-го и более из нижеперечисленных факторов риска развития СД:

- отягощенный семейный анамнез: родственники 1-го звена, больные СД;
- наличие ССП или АГ;
- повышенный уровень триглицеридов, низкий уровень липопротеидов высокой плотности;
- малоподвижный образ жизни;
- женщины, родившие ребенка весом более 4 кг или гестационный диабет в анамнезе;
- синдром поликистозных яичников.

2. Все пациенты после 45 лет с лишним весом (ИМТ ≥ 25 кг/м²) или ожирением (ИМТ ≥ 30 кг/м²) [1].

Если результаты тестирования нормальные, обследовать данных пациентов следует минимум 1 раз в 3 года.

Последнее время обсуждается то, что ИМТ может давать необъективную информацию о наличии ожирения, особенно у спортсменов и людей пожилого возраста. Более объективным показателем является обхват талии (ОТ), который отражает наличие абдоминального типа ожирения. Так, ОТ больше 102 см у мужчин и более 88 см у женщин свидетельствует о наличии абдоминального типа ожирения у пациента.

Если же пациент имеет классические клинические симптомы СД (сухость, жажда, нарушение концентрации внимания, нарушение четкости зрения, полиурию, никтурию, зуд, пародонтоз), определение глюкозы в крови необходимо проводить незамедлительно.

При постановке диагноза СД пользуются только лабораторными методами определения глюкозы в плазме венозной крови, использовать портативные глюкометры не рекомендуется.

Критерии постановки диагноза СД:

- глюкоза в плазме венозной крови натощак $\geq 7,0$ ммоль/л;
- глюкоза крови через 2 часа после проведения перорального глюкозотолерантного теста (ПГТТ) $\geq 11,1$ ммоль/л;
- уровень HbA_{1c} (гликозилированный гемоглобин) $\geq 6,5$ %.

Следует заметить, что определение HbA_{1c} необходимо проводить исключительно в сертифицированных лабораториях стандартизированным методом! К сожалению, не всегда мы можем полагаться на результаты данного теста в лабораториях Украины, поэтому при постановке диагноза СД следует ориентироваться, в основном, на уровень глюкозы в плазме венозной крови.

Больные СД нуждаются в комплексном лечении, которое включает здоровое питание с ограничением простых углеводов, дозированную физическую активность, нормализацию массы тела, а также использование антигиперглицемических препаратов. Рациональная медикаментозная терапия не только приводит к нормализации показателей углеводного обмена и компенсации заболевания, но и снижает риск развития хронических осложнений СД.

Согласно международным и отечественным рекомендациям, препаратом первого ряда выбора для лечения СД 2 типа, является метформин [1, 2].

Метформин имеет выраженное антидиабетическое действие (снижение HbA_{1c} на 1,5–2,0%) и реализует свой антигиперглицемический эффект путем следующих механизмов:

- снижает концентрацию глюкозы в крови за счет угнетения образования глюкозы в печени (ингибирование глюконеогенеза и гликогенолиза);
- увеличивает чувствительность тканей к инсулину, усиливая захват и утилизацию глюкозы на периферии;
- уменьшает всасывание глюкозы из желудочно-кишечного тракта.

При этом риск развития гипогликемии на фоне приема метформина крайне мал; кроме того, что немаловажно для пациентов с СД 2 типа, метформин нейтрален относительно массы тела или умеренно ее снижает; положительно влияет на уровень триглицеридов и липопротеинов низкой плотности.

Метформин должен назначаться всем пациентам с СД 2 типа при условии хорошей переносимости и отсутствии противопоказаний.

Какие же существуют противопоказания для назначения метформина?

— Повышенная чувствительность к компонентам препарата.

— Диабетический кетоацидоз, диабетическая прекома, кома.

— Хроническая болезнь почек со снижением скорости клубочковой фильтрации ≤ 45 мл/мин/1,73 м².

— Острая или хроническая патология, приводящая к гипоксии (сердечная (острый или недавний инфаркт миокарда, снижение фракции выброса менее 40 %) или дыхательная недостаточность, шок и т. д.).

— Острые состояния, протекающие с риском развития нарушений функции почек: обезвоживание организма, тяжелый инфекционные заболевания, шок.

— Печеночная недостаточность с повышением уровня трансаминаз (АЛТ, АСТ) более чем в 3 раза.

— Алкоголизм.

— Проведение радиойодконтрастного исследования.

Кроме того, есть некоторые особенности применения метформина. Так, во избежание гастроинтестинальных проявлений (тошнота, диарея, металлический привкус во рту) метформин следует назначать во время или сразу после еды. Средняя терапевтическая доза составляет 2000 мг в сутки, однако начинать терапию необходимо с небольших доз 500; 850 мг 1–2 раза в сутки, постепенно наращивая ее в течение 3–7 дней до нормализации показателей гликемии. Максимально допустимая доза метформина составляет 3000 мг в сутки. Если пациент не достигает целевого уровня HbA_{1c} за 3 месяца лечения, то такому больному назначают комбинированную сахароснижающую терапию (ССТ).

Для оценки компенсации СД и эффективности назначенной терапии используют определение глюкозы крови и уровня HbA_{1c}, который отражает степень компенсации СД за последние 3 месяца.

Критерии компенсации СД:

— HbA_{1c} $\leq 7\%$ в общей популяции пациентов с СД;

— гликемия натощак 4,4–7,2 ммоль/л;

— постпрандиальная гликемия (через 1,5–2 часа после еды) — до 10 ммоль/л.

Следует помнить, что цели сахароснижающей терапии должны быть индивидуализированы. Так, на уровень необходимой компенсации СД влияют такие факторы как возраст, наличие тяжелой сопутствующей патологии, наличие тяжелых осложнений СД: макроваскулярные события в анамнезе (инсульты, инфаркты), пролиферативная ретинопатия и т. д. К сожалению, жесткая компенсация СД у таких пациентов приводит к увеличению сердечно-сосудистой смертности и усугублению течения микроваскулярных осложнений. Поэтому таким пациентам рекомендуется целевой уровень HbA_{1c} 7,5–8 %. Одновременно, более молодым пациентам без осложнений и без склонности к гипогликемиям, следует рекомендовать более тщательную компенсацию СД и достижение уровня HbA_{1c} $\leq 6,5\%$.

Резюмируя, хочется сказать, что в настоящее время метформин — один из самых эффективных и безопасных препаратов — прочно вошел в клиническую практику для лечения больных СД 2 типа. Метформин полностью соответствует требованиям, которые предъявляют к современным пероральным сахароснижающим препаратам: наличие достаточного сахароснижающего эффекта; наличие хорошей переносимости; отсутствие свойства расходовать эндогенные запасы инсулина; отсутствие влияния на возникновение или усугубление развития диабетических осложнений, сопутствующих заболеванию.

К вышесказанному следует добавить, что для больных СД 2 типа, нуждающихся в постоянном медикаментозном лечении, важно получать лекарственные средства не только с доказанной безопасностью и эффективностью, а также имеющие доступ-

ную цену. В настоящее время препарат «Мефармил», производитель ПАО «Киевмедпрепарат» (ПАО Киевмедпрепарат, как и ПАО «Галичфарм» входят в состав корпо-

рации «Артериум») можно отнести к ряду генерических лекарственных средств сочетающих в себе два компонента успеха — оптимальное соотношение цены и качества.

ЛИТЕРАТУРА (REFERENCES)

1. American Diabetes Association. *Diabetes Care* 2015; 38(1):S1-594.
2. Pro zatverdzhennja ta vprovadzhennja medyko-

tehnologichnyh dokumentiv zi standartyzacii' medychnoi' dopomogy pry cukrovomu diabeti 2 typu: unifikovanyj klinichnyj protokol. *Nakaz MOZ Ukrainy* vid 21.12.2012; 1118.