

УДК 616.379-008.64-08

О. В. Муравльова

ВДНЗ України «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава

ТЕРАПІЯ ЦУКРОВОГО ДІАБЕТУ 2 – ГО ТИПУ: ЕФЕКТИВНІСТЬ, ЯКА ДОВЕДЕНА ЧАСОМ

У статті висвітлена найактуальніша проблема ендокринології – цукровий діабет (ЦД), який поширюється з катастрофічною швидкістю, стаючи справжньою епідемією XXI сторіччя. Метформін – цукрознижуючий препарат, який упродовж багатьох років довів свою ефективність терапії цукрового діабету 2 – го типу. Тому саме метформін є стабільним в виборі препарату першої лінії цукрознижувальної терапії.

Ключові слова: цукровий діабет 2 – го типу, метформін, інсулінорезистентність.

Цукровий діабет (ЦД) 2 – го типу – одне з найбільш розповсюджених хронічних захворювань, яке характеризується порушенням метаболізму, як результат багатьох патофізіологічних процесів.

Ведучим патофізіологічним порушенням ЦД 2 – го типу є інсулінорезистентність м'язової та жирової тканини разом з дисфункцією β - клітин підшлункової залози [1,6,7]. Подальші процеси відбуваються в жировій тканині, органах шлунково – кишкового тракту, α – клітинах підшлункової залози, нирках. Це все призводить до розвитку хронічної гіперглікемії.

В усіх країнах світу ЦД є важливою медико – соціальною проблемою в зв'язку з постійним зростанням цієї патології [2,3].

Рання інвалідизація та смертність хворих обумовлює невтішні прогнози. Тому сімейний лікар, ендокринолог, терапевт, невропатолог та інші спеціалісти разом повинні вирішувати цю масштабну проблему [4,5].

Головною метою лікування ЦД 2 – го типу є збереження функції β - клітин та зменшення інсулінорезистентності. Принципи лікування формуються повсякчасно, враховуючи багаточисельні спостереження. На сьогодні є алгоритм ведення пацієнтів ЦД 2 – го типу, який є спільною працею Американської діабетичної асоціації (ADA) та Європейської асоціації по вивченню цукрового діабету (EASD), який оновлено в 2011 р.

Першим етапом профілактики та лікування ЦД 2 – го типу є такі заходи: ведення здорового способу життя; збалансоване харчування; достатня фізична активність; підтримання або зниження маси тіла; відмова від тютюну.

Однак у більшості пацієнтів нормоглікемію не вдається підтримувати за рахунок модифікації стилю життя.

Препаратом першої лінії на сьогодні є метформін, роль якого доведена всіма ведучими міжнародними та національними організаціями. Метформін – самий економічний та безпечний з усіх цукрознижуючих препаратів. Він добре переноситься пацієнтами (80 %), має абсолютну доказову базу у відношенні протиракових та кардіопротекторних ефектів.

Механізм антигіперглікемічної дії метформіну достатньо вивчен, враховуючи багаточисельні дослідження. Згідно цих досліджень він має: екстрапанкреатичну дію та не впливає на секрецію інсуліну β – клітинами підшлункової залози; викликає зменшення всмоктування вуглеводів в кишечнику; підвищує перетворення глюкози в лактат в шлунково – кишковому тракту; підсилює зв'язування інсуліна з рецепторами; збільшує транспорт глюкози через мембрану в м'язи; зменшує глюконеогенез; знижує рівень тригліцеридів (ТГ) і ліпопротеїдів низької щільності (ЛПНЩ); підвищує кількість ліпопротеїдів високої щільності (ЛПВЩ). Ведучий механізм дії метформіну направлений на зменшення резистентності периферичних тканин до дії інсуліну. Таким чином, враховуючи всі переваги метформіну [4], він заслуговує на право первенства в проведенні ефективної терапії ЦД 2 – го типу.

Метою роботи було вивчення ефективності лікування ЦД 2 – го типу новою формою метформіну повільного вивільнення - Діаформіна SR.

Матеріал та методи дослідження. Дослідження виконувалось на базі Вищого державного навчального закладу України «Українська медична стоматологічна академія» в ендокринологічному відділенні Полтавської обласної клінічної лікарні ім. М. В. Скліфосовського. Проведено обстеження 36 хворих на ЦД 2 – го типу, 18 практично здорових людей склали контрольну групу. З них жінок – 15, чоловіків – 21, вік обстежених змінювався від 43 до 55 років,

що в середньому склало $(45,03 \pm 1,22)$ роки. Критеріями включення в дослідження були: ЦД 2 – го типу вперше виявлений, надмірна маса тіла (ІМТ – 25- 29,9 кг/м²), ожиріння (ІМТ – 30- 34,9 кг/м²), абдомінальне ожиріння (за критеріями IDF, 2005), окружність талії >94 см для чоловіків та >80 см для жінок, спадковість, вік від 40 до 55 років, глікозильований гемоглобін (HbA1c) $\geq 6,5$ %, глюкозам крові натще в венозній плазмі 5,6 – 8,0 ммоль/л.



Концентрація глюкози венозної плазми натще визначалась стандартною методикою – оксидазним методом, HbA1c за допомогою біохімічного методу. До всіх хворих були доведені принципи здорового способу життя, збалансованого харчування з виключенням продуктів з високим глікемічним індексом і високою жирогенністю. Також хворим був рекомендован руховий режим – 30 хв/в день, 150 хв/на тиждень, відмова від куріння. Всім пацієнтам був призначен метформін – Діаформін SR (ПАТ «Фармак») в дозі 2000 мг/добу.

Стартова доза склала 1000 мг, з послідувачим збільшенням дози через 10 днів на 1000 мг, тобто до максимальної добової дози. Препарат був призначений 1 раз після вечері. Тривалість лікування склала 3 місяці. До початку обстеження і через 3 місяці після лікування аналізувались ІМТ, об'єм талії, рівень глікемії натще та через 2 години після їжи, HbA1c, загальний холестерин, ТГ, ХС ЛПНЩ, ХС ЛПВЩ. Результати дослідження були статистично оброблені з використанням дисперсного аналізу та критерія Стьюдента за допомогою програми BIOSTAT.

Результати дослідження та їх обговорення. Результати дослідження засвідчили, що показники вуглеводного та ліпідного профілів до початку лікування вирігідно відрізнялися від контрольної групи (табл. 1).

Таблиця 1

Показники вуглеводного і ліпідного профілів у хворих на ЦД 2 –го типу та практично здорових осіб

Показники	Група, кількість спостережених		Стат. показник р
	Практично здорові особи n=18	Хворі на ЦД 2 – го типу n=36	
Глюкоза крові натще, ммоль/л	5,10±0,12	6,72±0,2	< 0,05
Глюкоза крові через 2г. після їжи, ммоль/л	5,93±0,8	10,11±1,2	< 0,05
HbA1c, %	4,56±0,23	7,14±0,35	< 0,05
Загальний холестерин, ммоль/л	5,21±0,2	6,18±0,16	< 0,05
ТГ, ммоль/л	1,21±0,02	2,28±0,01	< 0,05
ХС ЛПНЩ, ммоль/л	3,76±0,06	5,48±0,21	< 0,05
ХС ЛПВЩ, ммоль/л	1,35±0,02	0,93±0,01	< 0,05

Після проведенного лікування в групі хворих, яким призначався Діаформін SR в дозі 2000 мг, вирігідно знизився рівень глюкози крові натще та через 2 години після їжи, HbA1c, загального холестерину, ТГ, ХС ЛПНЩ, при підвищенні значень ХС ЛПВЩ ($p < 0,05$).

Всі пацієнти, які знаходились на лікуванні, мали збиткову вагу тіла або ожиріння. Для них цільовим параметром багатофакторного лікування ЦД 2- го типу було зменшення маси тіла. Зниження маси тіла у всіх пацієнтів відмічалось вже на протязі 1-го місяця прийому препарату (до 3 кг), в пордальшому інтенсивність зниження ваги збільшилась.

На протязі всього часу спостереження була виявлена позитивна динаміка зниження ІМТ, яка мала достовірні значення.

Також слід відмітити, що при прийомі препарату не було не єдиного випадка відмови пацієнта від терапії, тошноти, або інших проявів побічних ефектів шлунково – кишкового тракту. Це свідчить про те, що Діаформін SR має добру переносимість при прийомі 1 раз за добу.

Висновок

Таким чином, в сучасних умовах, згідно багаточисельних спостережень метформін є препаратом першої лінії для лікування ЦД 2- го типу. Вагомими недоліками, які зменшують призначення цього препарату є частота прийому та побічні ефекти шлунково – кишкового тракту.

При появі на ринку України вітчизняного препарату Діаформіну SR ми маємо змогу досягти значимого рівня компенсації ЦД 2- го типу за рахунок зменшення побічних ефектів. Також тривалість дії препарату дає можливість змінити режим дозування, з використанням препарату 1 раз на добу. Всі переваги нової форми метформіна повільного вивільнення - Діаформіна SR мають право первенства в проведенні ефективної терапії ЦД 2 – го типу.

Список літератури

1. Белова А. Н. Новые подходы к лечению больных гипертонической болезнью с сахарным диабетом 2 типа / А. Н. Белова, В. В. Школьник, В. Д. Немцова // Український терапевтичний журнал. – 2012. - № 2. С. 32 – 38.
2. Гарднер Д. Базисная и клиническая эндокринология / Д. Гарднер, Д. Шобек // Книга 2 / Пер. с англ. – М.: Издательство БИНОМ, - 2013. – 696 с.
3. Довідник лікаря-ендокринолога. – К.:ТОВ «Доктор-Медіа», - 2010. – 460 с.
4. Караченцев Ю.И. 100 избранных лекций по эндокринологии (второй выпуск) / Ю.И. Караченцева [и др.] // – Харьков: «С.А.М.», - 2014. – 1000 с.
5. Руководство по диагностике и лечению сахарного диабета – Х.:«С.А.М.», - 2007. – 244 с.
6. Стандарты диагностики та лікування ендокринних захворювань. – К.:ТОВ «Доктор-Медіа», - 2007. – 352 с.
7. Тронько М. Д. Стероїдні гормони і цукровий діабет / М.Д. Тронько, О.В. Корпачева-Зінич // – К.: «Книга-плюс», - 2010. – 198 с.

Реферати

ТЕРАПИЯ САХАРНОГО ДИАБЕТА 2 – ГО ТИПА: ЭФФЕКТИВНОСТЬ, ДОКАЗАННАЯ ВРЕМЕНЕМ

Муравлёва О. В.

В статье освещена актуальная проблема эндокринологии - сахарный диабет (СД), который распространяется с катастрофической скоростью, становясь настоящей эпидемией XXI века. Метформин - сахаропонижающий препарат, который на протяжении многих лет доказал свою эффективность в терапии сахарного диабета 2 - го типа. Поэтому именно метформин является стабильным в выборе препарата первой линии сахароснижающей терапии.

Ключевые слова: сахарный диабет 2 - го типа, метформин, инсулинорезистентность.

Стаття надійшла 7.10.2015 р.

THERAPY OF II TYPE DIABETES MELLITUS : EFFICIENCY IS PROVED BY TIME

Muravleva O. V.

This article covered the most actual problem of endocrinology diabetes mellitus (DM), that spreading with catastrophic speed, becoming a real epidemic of the XXI century. Metformin – is hypoglycemic preparation that proved its efficiency in II type diabetes mellitus treatment during several years. That is why Metformin is stable choice in the first-line hypoglycemic therapy.

Key words: II type diabetes mellitus, metformin, insulin resistance.

Рецензент Катеринчук І.П.

УДК 618.2-07, 079.7

З. М. Османлы

Азербайджанский государственный институт усовершенствования врачей им. А. Алиева,
г. Баку

ПРОГНОСТИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ ОТКЛОНЕНИЙ В КОНЦЕНТРАЦИИ МАРКЁРНЫХ СЫВОРОТОЧНЫХ БЕЛКОВ В КРОВИ БЕРЕМЕННЫХ С ФЕТОПЛАЦЕНТАРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

В работе проведена оценка диагностической значимости отклонений в концентрации маркёрных сывороточных (эмбриональных) белков в крови беременных с фетоплацентарной недостаточностью. Представленные данные свидетельствуют о существенной роли белков семейства макроглобулинов в репродуктивной функции, а также недостаточной изученности данной проблемы.

Ключевые слова: маркерные сывороточные белки, фетоплацентарная недостаточность.

Сохранение здоровья беременной женщины и обеспечение рождения здорового ребёнка – основная задача современной медицины, в частности современного акушерства.

Нормальное развитие плода и рождение здорового ребёнка, находясь в тесной связи, зависят от состояния фетоплацентарного комплекса беременной. Вышеотмеченное логично предполагает превентивное изучение внутриутробного статуса плода в гестационном периоде женщины. В этом плане следует отметить значимый прогресс в последние десятилетия в обнаружении ряда маркеров при диагностике той или иной патологии развития плода, в частности маркёров сывороточных (эмбриональных) белков (МСБ) первого и второго триместров в крови беременных женщин. Следует отметить, что ещё в 1990 годах было установлено, что снижение концентрации МСБ РАРР-А (связанного с беременностью протеина плазмы крови А) и повышение или снижение свободной β – субъединицы ХГЧ (хорионического гонадотропина) в