

жали показатели офисного АД, ЧСС и СМАД. Достоверных различий между группами по показателям СМАД до начала лечения и через 28 дней терапии выявлено не было.

Отметим, что для повышения объективности и достоверности результатов сроки лечения должны быть большими, поскольку главная задача лечения ИБС – уменьшение смертности. Но даже при таком небольшом сроке терапии удалось достичь редукции ряда клинических маркеров ИБС и улучшить качество жизни пациентов.

Литература

1. Devereaux P., Scott Beattie W., Choi P. et al. How strong is the evidence for the use of perioperative b-blockers in non-cardiac surgery? Systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials // BMJ. – 2005; 331: 313–321.
2. Рылова А.К., Розанов А.В. Терапия бета-блокаторами в специальных группах пациентов, страдающих ХСН (обзор результатов анализа в подгруппах исследований CIBIS II, COMET, Coopersicus и MERIT HF) // Сердце. – 2003; 2: 193–196.
3. Flather M., Shibata M., Coats A. et al. Randomized trial to determine the effect of nebivolol on mortality and cardiovascular hospital admission in elderly patients with heart failure (SENIORS) // Eur. Heart J. – 2005; 26: 215–225.
4. Маколкин В.И. Роль бета-блокаторов в лечении стабильной стенокардии // Трудный пациент. – 2006; 1: 5–10.
5. Маколкин В.И. Позиция β-адреноблокаторов и диуретиков в обновленных Европейских рекомендациях по артериальной гипертензии (2009) // Лечящий врач. – 2010; 7: 35–39.
6. Маколкин В.И. Выбор бета-блокаторов при артериальной гипертонии в сочетании с сахарным диабетом: принцип разумной целесообразности // Мат. научно-практической конф. «Метаболические аспекты артериальной гипертонии». Москва, 5 декабря 2002 г.
7. Le Brocq M., Leslie S., Milliken P. et al. Endothelial dysfunction: from molecular mechanismsto measurement, clinical implications, and therapeutic opportunities//Antioxid. Redox Signal. – 2008; 10: 1631–1674.
8. Pedersen M., Cockcroft J. The vasodilatory beta-blockers // Curr. Hypertens. Rep. – 2007; 9: 269–277.
9. Arosio E., De Marchi S., Prior M. et al. Effects of nebivolol and atenolol on small arteries and microcirculatory endothelium-dependent dilation in hypertensive patients undergoing isometric stress // J. Hypertens. – 2002; 20: 1793–1797.
10. Eagle K., Berger P., Calkins H. et al. ACC/AHA guideline update for perioperative cardiovascular evaluation for noncardiac surgery-executive summary // J. Am. Coll. Cardiol. – 2002; 39: 542–553.
11. Cleophas T., Agrawal R., Lichtenthal A. et al. Nationwide efficacy-safety study of nebivolol in mildly hypertensive patients // Am.J. Ther. 2006; 13: 192–197.
12. Cleophas T., Agrawal R., Lichtenthal A. et al. Nationwide efficacy-safety study of nebivolol in mildly hypertensive patients // Am.J. Ther. – 2006; 13: 192–197.
13. Van Bortel L., Fici F., Mascagni F. Efficacy and tolerability of nebivolol compared with other antihypertensive drugs: a meta-analysis // Am.J. Cardiovasc. Drugs. – 2008; 8: 35–44.
14. Смирнова О.В. Сравнительная фармакотерапевтическая эффективность β-блокаторов различных групп (пропранолол, атенолол, небиволол) при хронической сердечной недостаточности в эксперименте и клинике: дисс. ... канд. мед. наук. – ЯГМА, 2002. – С. 117.
15. Dahlöf B., Lindholm L. et al. Morbidity and mortality in the Swedish Trial in old patients with hypertension (STOP-Hypertension) // Lancet. – 1991; 338: 1281–1285.
16. Medical Research Council Working Party. MRC Trial of treatment of mild hypertension // BMJ. – 1985; 291: 47–104.
17. The ALLHAT Officers and Coordinators for the ALLHAT Collaborative Research Group. Major outcomes in high-risk hypertensive patients randomized to angiotensin-converting enzyme inhibitor or calcium channel blocker vs diuretic. The Antihypertensive and Lipid-Lowering treatment to prevent Heart Attack Trial (ALLHAT) // JAMA. – 2002; 288: 2988–2997.

COMBINATION ANTIHYPERTENSIVE THERAPY FOR MILD-TO-MODERATE ARTERIAL HYPERTENSION AND CONCOMITANT CORONARY HEART DISEASE S. Cheremushkin, Candidate of Medical Sciences; Yu. Kucheryavyi, Candidate of Medical Sciences; T. Oganesyan

N.A. Semashko Central Clinical Hospital Two, OAO "RZhD"

The paper considers problems in the correction of arterial hypertension (AH) with nebivolol in patients with concomitant coronary heart disease (CHD). It gives the data of a prospective comparative study of the efficiency and safety (evaluation of clinical equivalence) of 2 combination therapy regimens using the generic Nebivator (INN Nebivolol; ATC code C07AB12) and the original drug Nebilet in patients with mild-to-moderate AH with concomitant CHD.

Key words: antihypertensive therapy, arterial hypertension, coronary heart disease, nebivolol, Nebivator.

ПРИМЕНЕНИЕ ИНДИКАТОРОВ КОМПЕНСАЦИИ УГЛЕВОДНОГО ОБМЕНА У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ ТИПА 2

Ю. Дадашина¹, Л. Жаркова², доктор медицинских наук

¹Щёкинская районная больница, Тульская область,

²СМГМА, Смоленск

E-mail: jarkova@antibiotic.ru

Современный подход к лечению СД типа 2 (СД2) заключается не только в ликвидации проявлений декомпенсации углеводного обмена, но и в предупреждении развития осложнений заболевания. Проведенный анализ выявил недостаточное (15,9%) использование в районном лечебно-профилактическом учреждении главного критерия компенсации углеводного обмена – HbA1c – и отсутствие компенсации заболевания у большинства больных, неадекватную профилактику микрососудистых и макрососудистых осложнений СД2.

Ключевые слова: сахарный диабет типа 2, индикаторы компенсации углеводного обмена, сахароснижающая терапия.

Диабет типа 2 (СД2) относится к распространенным заболеваниям и представляет собой серьезную медико-социальную проблему. Это обусловлено его высокой распространенностью, тенденцией к росту числа больных, особенно среди людей трудоспособного возраста (40–59 лет), хроническим течением, высокой инвалидизацией и необходимостью создания системы специализированной помощи. В настоящее время в мире зарегистрировано более 150 млн больных СД2, однако истинное число лиц, страдающих данным заболеванием, значительно выше. Согласно прогнозам ВОЗ, к 2030 г. ожидается увеличение числа больных СД до 438 млн человек [1]. Эта тенденция характерна и для России, где в настоящее время насчитывается более 2,8 млн больных СД2, а реальная распространенность заболевания в 2–3 раза выше и соответствует 6–9 млн человек, что подтверждают контрольные эпидемиологические исследования Эндокринологического научного центра [2].

В большинстве стран мира разработаны национальные программы борьбы с этим заболеванием. С 1996 г. в России реализуется Федеральная целевая программа (ФЦП) «Сахарный диабет», основные задачи которой – проведение организационных, диагностических, лечебных и профилактических мероприятий, направленных на снижение распространенности СД, уменьшение инвалидизации и летальности, связанных с этим заболеванием [3].

Современный подход к лечению СД2 состоит не только в ликвидации проявлений декомпенсации углеводного обмена, но и в предупреждении развития поздних осложнений заболевания. Европейской ассоциацией по изучению диабета (EASD) в 1999 г. были определены целевые значения гликемии, сформулировано и внедрено в практику понятие интенсивной

терапии СД. В ее задачи входят не только ликвидация субъективных симптомов заболевания, но и достижение целевых значений гликемии: показатель гликированного гемоглобина (HbA1c) $<6,5\%$, гликемия натощак $<5,5\text{--}6,0 \text{ ммоль}/\text{л}$, постпрандиальная гликемия $<7,5\text{--}9,0\%$ [10].

Реализация ФЦП позволила снизить смертность больных СД2 на 8,4% вместо ожидаемого роста на 5,2% и повысить среднюю продолжительность их жизни на 3,9 года [4].

Однако большинство пациентов с СД2 находятся в состоянии хронической декомпенсации, и только у 25% из них достигнуты целевые значения $\text{HbA1c} <6,5\text{--}7\%$ [5]. Происходит это из-за того, что пациенты не всегда следуют рекомендациям врача об изменении образа жизни и необходимости регулярного самоконтроля гликемии. С другой стороны, практические врачи не всегда владеют информацией о современных тенденциях в терапии СД, а именно о критериях интенсивного контроля СД и профилактике поздних осложнений.

В связи с этим приходится констатировать выраженную вариабельность использующихся методов диагностики и лечения одного и того же заболевания, высокую частоту врачебных ошибок, неудовлетворенность населения медицинской помощью, а также диссонанс между увеличивающимися затратами на медицинское обслуживание и сохраняющимися на прежнем уровне показателями заболеваемости и смертности населения [6].

Мы поставили перед собой цель – изучить применение параметров компенсации углеводного обмена у больных СД2 в условиях районной больницы. Методом сплошной выборки проанализированы амбулаторные карты части больных СД2, наблюдавшихся врачом-эндокринологом районного лечебно-профилактического учреждения (ЛПУ). Для обработки медицинской документации была создана информационная регистрационная карта, в которую вносили информацию о пациенте (возраст, пол), длительности заболевания, наличии/отсутствии осложнений, сопутствующей патологии, используемых индикаторах компенсации заболевания, применяемой терапии (недикаментозной и лекарственной).

Статистический анализ проводили в системе SAS (программный пакет SAS Institute, США, версия 8.02 для Windows XP). Методы описательной статистики применяли в отношении всех анализируемых показателей в зависимости от типа переменной: при анализе качественных показателей определяли частоту и процент от общего числа случаев, при анализе количественных показателей – среднее арифметическое, стандартное отклонение, минимальное и максимальное значения, медиану. Расчет проводили для каждой группы пациентов и для всех пациентов в целом.

Для сравнения количественных признаков, отвечающих условиям нормального распределения и равенству дисперсий, применяли t-критерий Стьюдента, а для сравнения количественных признаков, не отвечающих указанным условиям, – критерий Вилкоксона–Манна–Уитни. Сравнительный анализ качественных переменных проводился с помощью критерия χ^2 и точного двустороннего критерия Фишера.

В период с 2009 по 2010 г. проанализированы амбулаторные карты 900 наблюдаемых эндокринологом пациентов с СД2 (табл. 1), среди которых преобладали женщины – 706 (78,4%) человек. Доля мужчин, состоящих на учете и включенных в анализ, оказалась в 3,6 меньше – 194 (21,6%). Средний возраст больных – $64,9\pm9,7$ года (от 32 до 90 лет), причем средний возраст женщин был достоверно выше ($65,73\pm9,47$ против $62,13\pm10,10$ года у мужчин). Длительность заболевания – от 1 до 31 года (в среднем – $7,27\pm6,71$ года), у женщин она оказалась достоверно больше: $7,76\pm6,88$ против $5,49\pm5,74$ года у мужчин ($p<0,001$).

Большинство больных имели осложнения СД2, наиболее частым из которых была диабетическая ретинопатия, диагностированная у 66,3% пациентов, причем у женщин она наблюдалась достоверно чаще (69,6 против 54,6%; $p<0,05$).

Диабетической полинейропатией страдали 346 (38,44%) пациентов, среди которых также преобладали женщины (42,1%); реже она встречалась у мужчин (в 25,3% наблюдений).

Диабетическая нефропатия имела место у 89 (9,9%) больных, причем это осложнение тоже чаще возникало у женщин (19,7 против 6,7%; $p<0,001$); больше было случаев диабетической нефропатии II степени – у 97,8% больных, реже – I и III степени (по 1,1%); диабетическую нефропатию II степени с наибольшей частотой диагностировали у женщин (в 83,1% случаев). Диабетическая катаракта выявлялась реже – у 4,9% пациентов (среди них преобладали женщины – 5,7 против 2,1% у мужчин).

Анализ медицинской документации показал, что у каждого больного СД2 имелась сопутствующая патология. Артериальная гипертензия (АГ) диагностировалась у 95,6% пациентов с СД2 (табл. 2), при этом чаще – в 64,3% случаев – АГ II степени, которую диагностировали у 67,1% женщин и у 54,1% мужчин. АГ III степени встречалась с одинаковой частотой у женщин и мужчин – у 15,1 и 14,4%. АГ I степени определена у 22,2% мужчин и 14,2% женщин.

Кроме того, большинство пациентов с СД2 (62,9% мужчин против 46,5% женщин) страдали ожирением разной степени выраженности. Ожирение I степени наблюдалось у 31,9% женщин и 25,8% мужчин; ожирение II и III степени достоверно чаще встречалось у женщин – в 15,2 и 6,5% случаев против 9,3% и 2,1% у мужчин.

Метаболический синдром (МС) констатировали в соответствии с определением Международной федерации диабета (МФД)*. Проявления МС выявлены у 83,9% больных, в том числе у 86% женщин и 76,3% мужчин.

Патология почек в виде инфекций мочевых путей, мочекаменной болезни имелась у 2,8% пациентов, из них у 12,8% женщин и у 2,6% мужчин.

Состояние углеводного обмена (табл. 3) оценивали по уровням глюкозы в крови натощак, постпрандиальной гликемии и HbA1c . Наиболее доступным критерием оказалась гликемия натощак; ее определяли у всех пациентов, и она составила в среднем $6,99\pm1,7 \text{ ммоль}/\text{л}$, у женщин – $7,0\pm1,7 \text{ ммоль}/\text{л}$, у мужчин – $6,9\pm1,7 \text{ ммоль}/\text{л}$. Колебания уровней глюкозы в крови зависят от количества и вида пищи, адекватного инсулинсекреторного ответа поджелудочной железы. У больных СД2, как правило, увеличение постпранди-

* Центральное ожирение, определяемое по окружности талии >94 см у мужчин и >80 см у женщин в сочетании с любыми 2 факторами из 4 следующих: повышенный уровень триглицеридов в крови ($>150 \text{ мг}/\text{дл}$, или 1,7 $\text{ммоль}/\text{л}$); сниженный уровень холестерина (ХС) липопротеидов высокой плотности ($<40 \text{ мг}/\text{дл}$, или 1,03 $\text{ммоль}/\text{л}$, у мужчин и $<50 \text{ мг}/\text{дл}$, или 1,29 $\text{ммоль}/\text{л}$, у женщин); повышение АД: систолического (САД) $>130 \text{ мм рт. ст.}$, или диастолического (ДАД) $>85 \text{ мм рт. ст.}$, или получение лечения по поводу ранее выявленной АГ; повышенный уровень глюкозы в плазме крови натощак – $>5,6 \text{ ммоль}/\text{л}$ или ранее выявленный СД2.

альных уровней глюкозы в кровотоке после завтрака, обеда и ужина составляло до 38% по сравнению с аналогичными показателями у здоровых лиц [7]. При этом каждое такое повышение сохранялось более 4 ч, а общая длительность всех эпизодов повышения составляла около 13 ч за день. Таким образом, постпрандиальная гипергликемия является важнейшим компонентом общего метаболизма и оказывает очень существенное влияние на состояние организма. Этот критерий оценивали у большинства (99,8%) пациентов, среднее значение показателя – $10 \pm 2,4$ ммоль/л, у женщин – $10,1 \pm 2,5$ ммоль/л, у мужчин – $9,7 \pm 2,4$ ммоль/л.

Повышенный уровень глюкозы натощак и в постпрандиальный период приводит к активации процесса гликозилирования, который можно комплексно оценивать по уровню HbA_{1c}, являющемуся главным критерием компенсации углеводного обмена.

В нашем исследовании HbA_{1c} оценивали только у 15,9% больных, в том числе у 16,0% женщин и 15,5% мужчин. Среднее значение HbA_{1c} составило в целом $9,6 \pm 1,98\%$, у женщин – $9,4 \pm 2,0\%$, у мужчин – $10,4 \pm 1,8\%$.

В комплексном подходе к терапии СД2 важна коррекция нарушений липидного обмена и АД. Изменения липидного профиля напрямую коррелируют с повышением уровней глюкозы в крови и резко увеличиваются в постпрандиальный период [7, 10].

Для контроля липидного обмена у больных СД2 используют показатели липидного состава крови – по рекомендациям Национального стандарта: уровень общего ХС <5 ммоль/л, уровень липопротеидов низкой плотности (ЛПНП) <3 ммоль/л, триглицеридов <1,7 ммоль/л. В нашем исследовании уровень общего ХС определяли у всех пациентов, состоящих на учете; в среднем он составил $5,68 \pm 0,83$ ммоль/л, у женщин – $5,72 \pm 0,82$ ммоль/л, у мужчин – $5,53 \pm 0,83$ ммоль/л. Уровень ЛПНП оценивали только у 1,7% больных; средний его показатель – $4,87 \pm 1,67$ ммоль/л, у женщин – $5,1 \pm 1,7$ ммоль/л, у мужчин – $3,57 \pm 0,74$ ммоль/л.

Уровень триглицеридов определяли у 2% больных: у 1,6% женщин и 3,6% мужчин. Показатель в среднем составил $2,9 \pm 2,5$ ммоль/л, у женщин – $3,3 \pm 2,8$ ммоль/л, у мужчин – $2,2 \pm 2,0$ ммоль/л.

По результатам контролируемого рандомизированного клинического исследования UKPDS [14], тща-

тельный контроль АД у больных СД2 и АГ столь же важен, как и контроль уровня гликемии. В группе пациентов со строгим контролем АД значительно и достоверно снизился риск любых клинических осложнений, связанных с СД (на 24%), риск смерти – на 32%, инсульта – на 44%, микрососудистых осложнений – на 37%, снижения остроты зрения – на 47%.

По результатам нашего исследования, уровень АД контролировался у всех больных СД2. САД контролировалось регулярно; в среднем оно составило $157,4 \pm 16$ мм рт. ст., у женщин – $158,6 \pm 15,8$ мм рт. ст., у мужчин – $153 \pm 15,9$ мм рт. ст. ДАД также контролировалось у всех пациентов: среднее значение – $95,9 \pm 31,4$ мм рт. ст., у женщин – $96,6 \pm 35,2$ мм рт. ст., у мужчин – $93,6 \pm 8,2$ мм рт. ст.

Таблица 1

Показатель	Мужчины (n=194)	Женщины (n=706)
Возраст, годы	$62,13 \pm 10,10$	$65,73 \pm 9,47$
Средняя длительность заболевания, годы	$5,49 \pm 5,74$	$7,76 \pm 6,88$
Диабетические осложнения, п (%):		
ретинопатия	106 (54,6)	491 (69,6)
катаракта	4 (2,1)	40 (5,6)
полинейропатия	49 (25,3)	297 (42,1)
нефропатия	13 (6,7)	76 (10,7)
АГ	176 (90,7)	666 (93,3)
Сопутствующая патология, п (%):		
ожирение	122 (62,9)	328 (46,5)
МС	148 (76,3)	607 (86)
патология почек	5 (2,6)	20 (12,8)
прочее	56 (28,9)	271 (38,4)

Таблица 2

Степень АГ	Мужчины	Женщины,	Всего
I	43 (22,1)	85 (12,04)	128 (14,2)
II	105 (54,1)	474 (67,1)	579 (64,3)
III	28 (14,4)	107 (15,2)	135 (15)
Всего	176 (90,7)	666 (93,3)	842 (95,6)

Таблица 3

Показатель	Рекомендации Национального стандарта РФ	Результаты исследования	Отклонения	
			минимальные	максимальные
Гликемия натощак, ммоль/л	5,6	$6,99 \pm 1,7$	3,8	14,0
Постпрандиальная гликемия, ммоль/л	<8,0	$10 \pm 2,4$	6,9	14,6
HbA _{1c} , %	<7,0%	$9,6 \pm 1,98$	6,0	14,1
Индекс массы тела (ИМТ), кг/м ²	19–24,9	$30,8 \pm 5,3$	17,7	150,0
Общий холестерин (ХС), ммоль/л	<5	$5,68 \pm 0,83$	2,9	8,7
Липопротеиды низкой плотности (ЛПНП), ммоль/л	<3	$4,87 \pm 1,67$	2,8	7,8
Триглицериды, ммоль/л	1,7	$2,9 \pm 2,5$	0,2	10,5
САД/ДАД, мм рт. ст	130/80	$157,4 \pm 16 / 95,9 \pm 31,4$	100/60	220/120

Как уже говорилось, в задачи комплексного лечения СД2 входят не только контроль компенсации углеводного обмена, но и профилактика поздних макрососудистых и микрососудистых осложнений. Для своевременного их выявления проводятся регулярные осмотры пациентов специалистами. В соответствии с Национальными рекомендациями по СД, обязательна консультация офтальмолога с исследованием глазного дна при первичном обследовании и при дальнейшем наблюдении [3, 8]. Согласно данным, зафиксированным в медицинской документации, окулист осмотрел 17,4% пациентов, в том числе 16,7% женщин и 20,1% мужчин. Осмотр неврологом прошли 53,4% больных: 51,0% женщин и 62,4% мужчин.

Контроль состояния сосудов почек, осуществляемый по данным исследований мочи (анализ мочи на протеинурию), выполнен у 9,9% больных – у 10,7% женщин и 6,7% мужчин. Содержание белка в моче в среднем – $0,16 \pm 0,39$ ммоль/л с отклонениями от 0,03 до 3,3 ммоль/л.

Одна из эффективных мер комплексной терапии СД2 – снижение массы тела и абдоминального ожирения, отражением которого признан ИМТ. Доказано, что, его высокие показатели у больных СД2 свидетельствуют об их чрезвычайно низкой приверженности рекомендациям специалиста [5].

ИМТ определяли у всех пациентов, среднее его значение – $30,8 \pm 5,3$ кг/м², у женщин – $31,2 \pm 5,4$ кг/м², у мужчин – $29,0 \pm 4,8$ кг/м².

Окружность талии также измеряли у всех больных, в среднем она составила $111,5 \pm 13,3$ см (от 62,0 до 150 см), у женщин – $101,8 \pm 12,7$ см, у мужчин – $103,9,0 \pm 12,8$ см.

Практически все (99,6%) больные СД2 придерживались рекомендаций эндокринолога по соблюдению диеты, однако большинство игнорировали рекомендации по адекватным физическим нагрузкам, их выполняли только 12,9% пациентов, в том числе 9,1% женщин и 26,8% мужчин.

Для лечения СД2 в большинстве (80,1%) случаев применяли производные сульфонилмочевины II–III поколений, метформин (54,6%), базовые инсулины (25,8%) и инсулины короткого действия (14,1%). Производные сульфонилмочевины II поколения (глибенкламид) получали 55% больных, из них глибенкламид микронизированный (манинил, 1,75 и 3,5 мг) – 31%, глибенкламид (манинил, 5 мг) – 24%, гликвидон (глюренорм) – 1,6%, гликлазид – 16,4%. Производное сульфонилмочевины III поколения глиметирид в дозе 4 мг принимали 7,1% больных. Метформин получали 54,6% пациентов, в том числе 55,1% женщин и 52,6% мужчин, средняя суточная доза – $1491,8 \pm 459,6$ мг (от 500 до 2550 мг), инсулины короткого действия принимали 14,1% пациентов, в том числе 14,9% женщин и 11,3% мужчин, средняя суточная доза – $23,3 \pm 7,4$ ЕД (от 8 до 42 ЕД); базовые (продленного действия) инсулины (пантус, левемир) использовали 25,8% пациентов, в том числе 27,9% женщин и 18,04% мужчин, средняя суточная доза – $26,9 \pm 9,6$ ЕД (от 8 до 52 ЕД).

Исследование показало, что в качестве основных критериев компенсации СД2 в условиях районного ЛПУ используются показатели: гликемии натощак, постпрандиальной гликемии, уровни АД, ИМТ и содержание в крови общего ХС.

Средний показатель гликемии натощак ($6,99 \pm 1,7$ ммоль/л) близок к целевому (7,0 ммоль/л). Однако постпрандиальные показатели гликемии указывают на неблагоприятный контроль углеводного обмена, так как среднее значение ($10 \pm 2,4$ ммоль/л) превышает рекомендуемый в Национальном стандарте РФ по СД2 ($<8,0$ ммоль/л) [3,7,9], что сопряжено с высоким риском макрососудистых и макрососудистых осложнений и необходимостью коррекции сахароснижающей терапии.

Обращает на себя внимание недостаточное использование для контроля компенсации углеводного обмена главного критерия – HbA1c [12], который определяли лишь у части больных (15,9%). Вероятно, это связано с отсутствием возможности проведения исследования в условиях районного ЛПУ. При этом показатели HbA1c значительно превысили рекомендуемые в Национальном стандарте РФ ($<7,0\%$) как в целом ($9,6 \pm 1,98\%$), так и в зависимости от пола: у женщин – $9,4 \pm 2,0\%$, у мужчин – $10,4 \pm 1,8\%$, что отражает низкий уровень компенсации углеводного обмена и высокий риск развития осложнений. В РФ большинство (76%) больных СД2 (по данным государственного регистра) не достигают целевого уровня контроля HbA1c, в среднем он составляет у больных от 8,1 до 10,8% [4].

Результаты исследования выявили неадекватную профилактику макрососудистых и микрососудистых осложнений СД2, о чем свидетельствуют высокий уровень АД и ИМТ.

В группе анализируемых пациентов с СД2 преобладали больные с сопутствующей патологией (ожирение, МС) – см. табл. 1, которые нуждаются в коррекции не только образа жизни, но и в оптимальном подборе сахароснижающей терапии. Особенностью ее подбора у таких пациентов является назначение метформина [11] или гликлазида [10], что улучшает прогноз заболевания на длительном этапе и не приводит к повышению массы тела.

Анализ выбора сахароснижающих лекарственных средств показал, что у большинства пациентов (80,1%) применялись производные сульфонилмочевины II–III поколений, реже (в 54,6% случаев) – метформин – в режиме монотерапии, в то время как гликлазид (диабетон МВ) – только в 16,4% наблюдений. Часть больных СД2 (39,9%) в связи с недостаточным контролем гликемии получали комбинированную терапию метформином с добавлением инсулинов короткого (14,1%) или длительного (25,8%) действия, что соответствует Рекомендациям Национального стандарта РФ по СД2 [3, 8].

Итак, фармакоэпидемиологический анализ амбулаторных карт больных СД2 выявил недостаточное (лишь в 15,9% случаев) использование главного критерия компенсации углеводного обмена – HbA1c – и декомпенсацию заболевания у большинства больных, а также неадекватную профилактику макрососудистых и макрососудистых осложнений СД2, о чем свидетельствуют высокие уровни постпрандиальной гликемии ($10 \pm 2,44$ ммоль/л), HbA1c ($9,6 \pm 1,98\%$), АД ($157,4 \pm 16,0 / 95,9 \pm 31,4$ мм рт. ст.), ИМТ ($30,8 \pm 5,3$ кг/м²), ЛПНП ($4,77 \pm 1,67$ ммоль/л) и триглицеридов ($2,9 \pm 2,5$ ммоль/л). Выявленные особенности ведения больных СД2 свидетельствуют об ограниченных возможностях их наблюдения смежными специалистами в условиях районного ЛПУ.

Список литературы см. на сайте www.rusvrach.ru

USE OF THE INDICATORS OF CARBOHYDRATE METABOLIC COMPENSATION IN PATIENTS WITH TYPE 2 DIABETES MELLITUS

Yu. Dadashina¹, L. Zharkova², MD

¹Shchokino District Hospital, Tula Region; ²Smolensk State Medical Academy

The current approach to treating type 2 diabetes mellitus (T2DM) is not only to eliminate the manifestations of carbohydrate metabolic decompensation, but also to prevent the complications of the disease. The analysis has revealed that the major criterion of carbohydrate metabolic compensation (HbA1c) is inadequately used (15.9%) in a district therapeutic-and-prophylactic institution and no disease compensation is seen in most patients, the microvascular and macrovascular complications of T2DM are inadequately prevented.

Key words: type 2 diabetes mellitus; indicators of carbohydrate metabolic compensation; glucose-lowering therapy.