

**ПРИЧИНЫ НЕУДАЧ В КОМПЕНСАЦИИ ПАЦИЕНТОВ
С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА.
РОЛЬ ПОСТПРАНДИАЛЬНОЙ ГЛИКЕМИИ**

Доскина Е. В.

ГОУ ДПО РМАПО Росздрава

На момент верификации диагноза сахарного диабета (СД) у больных уже имеется целый ряд осложнений: офтальмопатия выявляется у 20–30%, нефропатия — у 10–20%, гипертензия — у 30–40%, гиперлипидемия — у 50–80%, ангиопатии — у 80–100% больных. В многоцентровых, контролируемых клинических исследованиях DCCT (Diabetes Control and Complications Trial) и SDIS (Stockholm Diabetes Intervention Study) у больных СД 1 типа, UKPDS (United Kingdom Prospective Diabetes Study) и Kumamoto Study у больных СД 2 типа доказана роль контроля гликемии в профилактике микрососудистых и нейропатических осложнений СД [1–3]. Однако у большинства пациентов не удается добиться компенсации заболевания. В Российской Федерации 74,8% больных СД 2 типа не достигают целевых значений HbA_{1c} ($<7\%$) (Ю.И. Сунцов, И.И. Дедов, М.В. Шестакова, 2008). Несмотря на наличие разнообразных групп сахароснижающих препаратов, 57,4% пациентов с СД 2 типа имеют уровень $HbA_{1c} > 8\%$ (Ю.И. Сунцов, И.И. Дедов, 2006). В исследовании DECODE (Diabetes Epidemiology: Collaborative Analysis of Diagnostic Criteria in Europe) проанализированы результаты 10 исследований, включавших 22514 человек [4]. Было установлено, что повышение гликемии через 2 часа после приема пищи является более информативным предиктором сердечно-сосудистой смертности, чем

гликемия натощак. При этом эпидемиологические исследования свидетельствуют о высокой распространенности постпрандиальной гипергликемии, в том числе и у больных СД с адекватным общим контролем гликемии ($HbA_{1c} < 7,0\%$) [5].

Под нашим наблюдением находился больной А., 63 лет, у которого при диспансерном обследовании выявлена гипергликемия 8,6 ммоль/л (плазма). При дальнейшем обследовании верифицирован диагноз «впервые выявленный СД 2 типа, диабетическая полинейропатия, кардиопатия». Наиболее важные анамнестические данные и сопутствующие патологии пациента систематизированы в табл. 1.

Пациент прошел обучение в школе для больных СД 2 типа. В течение трех месяцев после выявления СД пациент соблюдал рекомендации районного эндокринолога: диета с ограничением быстроусваиваемых углеводов и сокращение калорийности рациона до 1600–1400 ккал; самоконтроль гликемии, сиофор — 500 мг в сутки. В табл. 2 представлена динамика основных показателей углеводного обмена.

При анализе дневника самоконтроля обнаружено, что пациент производил измерения утром натощак, но ни одного контроля постпрандиальной гликемии не производилось. Пациент использовал глюкометр без фиксирования состояния — «пре-» или «постпрандиальное» измерение. Также отмечено отсутствие снижения массы тела.

Сопутствующие патологии и данные анамнеза *больного А., 63 лет*

Заболевание или патологическое состояние	Время диагностики (возраст пациента в годах)	Метод лечения или принимаемая в настоящее время терапия
Прибавка массы тела, вес на момент осмотра 121 кг (рост 181 см)	С 31–34 лет (прекращение регулярной физической нагрузки)	Неэффективные попытки диетотерапии
Артериальная гипертензия (макс. уровень АД до 220/125 мм рт. ст.)	С 40–43 лет	Нолипрел форте (периндоприл 4 мг и индапамид 1,25 мг) — одна таблетка в сутки
Инфаркт миокарда	56 лет 59,5 лет	Находился на стационарном лечении
Стенокардия напряжения	55 лет	Кардикет (изосорбида динитрат 1,4,3,6-диангидро-D-сорбита-5-мононитрат) по 0,02 г 2–3 раза в сутки; Тромбо-АСС (ацетилсалициловая кислота) 50 мг в сутки
Хронический панкреатит	33–36 лет	—
Хронический холецистит	33–36 лет	—

Изменения основных маркеров углеводного обмена на фоне терапии

Время исследования	Гликемия натощак, ммоль/л	HbA _{1c} , %	ИРИ
До начала терапии	8,6	9,6	9,5
Через 2 месяца	6,7	9,02	12,6

Типичная запись дневника самоконтроля *пациента А., 63 лет*

Время, часы	Пре- или постпрандиально	Значение гликемии, ммоль/л	Съеденная пища и время
7 ¹⁰	Н*	5,3	7 ³⁵ — завтрак — омлет из 3 яиц, бутерброд с маслом и сыром, кофе с молоком, 2 ложки меда
9 ³⁵	П*	8,6	—
16 ⁴⁰	Н*	6,4	16 ⁵⁰ — обед — лапша быстрого приготовления, чай, бутерброд с колбасой
18 ⁰⁰	П*	7,9	—
19 ⁴⁰	Н*	7,6	19 ⁴⁵ — ужин — винегрет, куриный суп с вермишелью, 2 котлеты с овощным салатом, чай
21 ⁵⁰	П*	10,1	—
22 ¹⁰	—	—	Чай с мятой, 1 ложка меда

П р и м е ч а н и е. * — пациент поменял модель глюкометра и стал использовать «OneTouch Select», в котором успешно использовал функцию отметок «до» и «после еды»; П — постпрандиальная гликемия; Н — гликемия натощак.

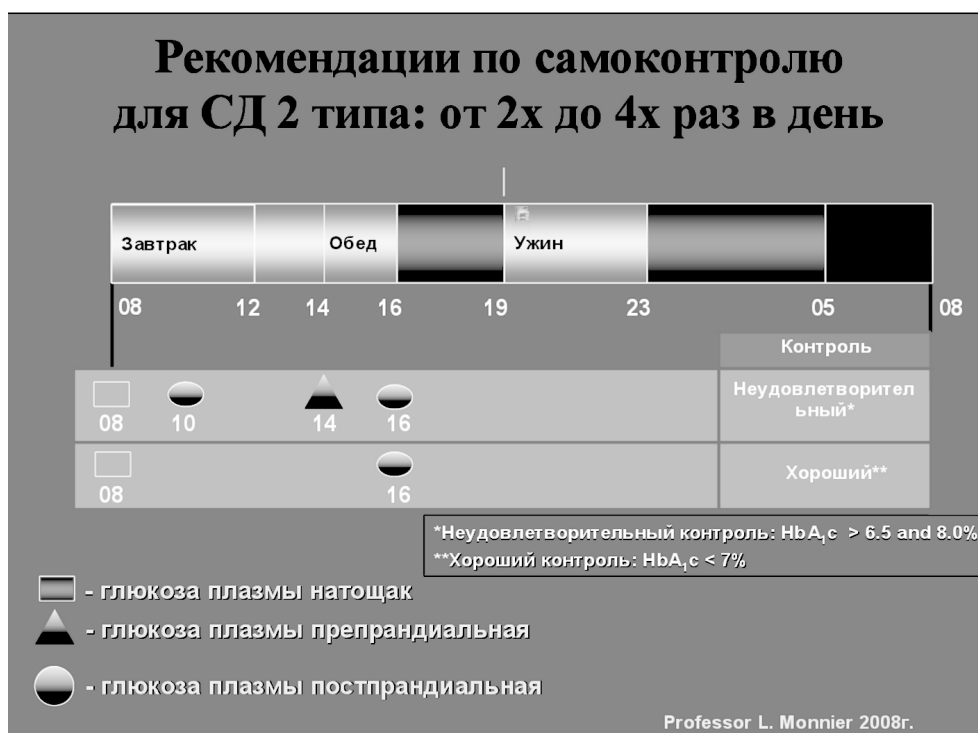
Пациенту рекомендовано расширить записи при ведении дневника самоконтроля за счет измерения гликемии перед и после (че-

рез 2 часа) основных приемов пищи, а также с детальным описанием объема и состава употребляемых продуктов. Через неделю,

Изменения основных маркеров углеводного обмена на фоне терапии

Время исследования	Показатель			
	Гликемия натощак, ммоль/л		Постпрандиальная гликемия по данным самоконтроля, ммоль/л	Масса тела, кг
	Среднее по данным самоконтроля	Лабораторное исследование		
Через 2 недели	6,5 ± 1,3	6,2	8,6	119
Через 1 месяц	6,1 ± 0,7	5,9	7,8	116

Схема



на основании данных дневника самоконтроля (табл. 3) выявлены причины неудач в достижении целевых значений гликемии.

После коррекции и «исправления ошибок» (без изменения медикаментозной коррекции) отмечена положительная динамика основных показателей углеводного обмена (табл. 4).

Таким образом, выявлены основные причины неудач в достижении нормогликемии при применении современных сахароснижающих препаратов:

1. Неполные и нечеткие рекомендации врача (отсутствие точного указания времени или обстоятельств измерения уровня глюкозы), несмотря на разработанные рекомендации по частоте самоконтроля (схема).
2. Общие, не конкретизированные диетологические рекомендации без учета пищевых предпочтений, характера и образа жизни пациента и др.
3. Редкий (через 2 месяца) контроль результатов.

ЛІТЕРАТУРА

1. The DCCT Research Group. The effect of intensive treatment of diabetes on the development and progression of long-term complications in insulin-dependent diabetes mellitus // *N. Engl. J. Med.* — 1993. — Vol. 329. — P. 977–986.
2. United Kingdom Prospective Diabetes Study (UKPDS) Group. Intensive blood-glucose control with sulphonylureas or insulin compared with conventional treatment and risk of complications in patients with Type 2 diabetes (UKPDS 33) // *Lancet.* — 1998. — Vol. 352. — P. 837–853.
3. *Ohkubo, Y.* Intensive insulin therapy prevents the progression of diabetic microvascular complications in Japanese patients with non-insulin-dependent diabetes mellitus: a randomized prospective 6-year study / *Y. Ohkubo, H. Kishikawa, E. Araki [et al.]* // *Diabetes Res. Clin. Pract.* — 1995. — Vol. 28. — P. 103–117.
4. The DECODE Study Group. Glucose tolerance and mortality: comparison of WHO and American Diabetes Association diagnostic criteria // *Lancet.* — 1999. — Vol. 354. — P. 617–621.
5. *Gerich, J.E.* Clinical significance, pathogenesis, and management of postprandial hyperglycemia / *J.E. Gerich.* — *Arch. Intern. Med.* — 2003. — Vol. 163. — P. 1306–1316.