

ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЯ САХАРНОГО ДИАБЕТА 2 ТИПА

Танченко О.А., Нарышкина С.В.

ГОУ ВПО Амурская государственная медицинская академия, кафедра факультетской терапии, г. Благовещенск

Смертность от сердечно-сосудистых заболеваний больных с диабетом 2 типа в 3 раза выше, чем у населения в целом. При этом в 80% случаев причиной смерти является атеросклеротическое поражение коронарных, церебральных и периферических сосудов. Причиной такого выраженного поражения сосудистого русла в настоящее время считают гипергликемию. Многочисленные исследования позволяют сделать вывод о том, что глюкоза является таким же фактором риска для развития атеросклероза и острой сердечно-сосудистой патологии, как и уровень общего холестерина и артериального давления. Установлено, что при длительности заболевания более десяти лет, до 50% больных нуждается в переводе на комбинированную сахароснижающую терапию или монотерапию инсулином. Установлено, что снижение гликированного гемоглобина на 1% позволяет уменьшить на 35% прогрессирование диабетической ретинопатии и нефропатии, на 18% развитие инфаркта миокарда. В комплексное исследование включено 76 больных сахарным диабетом 2 типа (37 мужчин и 39 женщин) в возрасте от 39 до 69 лет с длительностью заболевания от 3 месяцев до 21 года. Средний показатель индекса массы тела составил $32,71 \pm 2,46$ кг/м². Коэффициент объема талии к объему бедер для мужчин был равен $1,16 \pm 0,09$, для женщин $1,14 \pm 0,05$. Ожирение I степени диагностировано у 35 пациентов (46,1%), ожирение II степени - у 29 больных (38,1%), ожирение III степени - у 12 пациентов (15,8%). Инфаркт миокарда, острое нарушение мозгового кровообращения в анамнезе имелись у 9 больных (11,8%). Содержание С-пептида, инсулина изучено методом иммуноферментного анализа. Определялись показатели гликемического профиля, липидного спектра. Гликированный гемоглобин А1С определяли методом аффинной хроматографии с использованием микроколонок и стандартных наборов «Диабет-тест». Необходимо отметить, что при обследовании данной группы больных, у всех пациентов обнаружены сосудистые осложнения различной степени выраженности. Диабетическая нейропатия выявлена у 24 пациентов (31,6%). При осмотре глазного дна диабетическая непролиферативная ретинопатия выявлена у 6 пациентов (7,9%), препролиферативная - у 5 (6,6%), у 4 человек (5,3%) выявлена пролиферативная стадия ретинопатии. У 6 пациентов (7,9%) диагностирован синдром диабетической стопы. Диабетическая катаракта выявлена у 8 человек (10,5%). У 14 пациентов (18,4%) в анамнезе присутствовала ишемическая болезнь сердца и у 22 (28,9%) артериальная гипертензия. В исследуемой группе наблюдалось увеличение среднего показателя систолического артериального давления до $162,3 \pm 2,7$ мм рт.ст., диастолического - до $108,2 \pm 2,7$ мм рт.ст. Средний показатель гликемии натощак составил $9,37 \pm 1,39$ ммоль/л, постпрандиальной гликемии - $12,54 \pm 2,91$ ммоль/л. Гликированный гемоглобин А1С был равен $10,37 \pm 2,27\%$. Средние показатели общего холестерина, триглицеридов достоверно увеличены соответственно до $5,21 \pm 1,03$ ммоль/л и $2,83 \pm 0,97$ ммоль/л. Из них 28 (36,8%) получали терапию таблетированными сахароснижающими препаратами группы сульфонилмочевины (Гликлазид МВ, Гликвидон, Глибенкламид) и бигуанидами (Метформин). 30 пациентов (39,5%) находилось на комбинированной сахароснижающей терапии: прием таблетированных сахароснижающих препаратов с инсулинами средней продолжительности действия (Протафан, Монотард) или с инсулинами длительного действия (Лантус, Левемир). Базис-болюсная инсулинотерапия проводилась 18 больным (23,7%). Интересно отметить, что при исследовании С-пептида в группе больных получающих таблетированные сахароснижающие препараты у 16 (57,1%) выявлено снижение уровня С-пептида до $0,2 \pm 0,01$ нг/мл, иммунореактивного инсулина до $0,7 \pm 0,03$ мкМЕ/мл, увеличение показателя гликированного гемоглобина А1С до $12,89 \pm 2,76\%$, повышение уровня гликемии натощак до $12,84 \pm 1,54$ ммоль/л, что явилось показанием для назначения инсулинотерапии. Таким образом, подход к лечению каждого пациента со 2 типом сахарного диабета должен быть индивидуальным с учетом показателей гликированного гемоглобина А1С, гликемии натощак, уровня остаточной секреции инсулина. С целью предотвращения появления и развития поздних осложнений при 2 типе сахарного диабета у пациентов с неудовлетворительной компенсацией углеводного обмена целесообразно назначение инсулинотерапии.

Литература

1. Сборник научных тезисов и статей «Здоровье и образование в XXI веке» РУДН, Москва, 2010г.
2. Сборник научных тезисов и статей «Здоровье и образование в XXI веке» РУДН, Москва, 2009г.
3. Сборник научных тезисов и статей «Здоровье и образование в XXI веке» РУДН, Москва, 2008г.
4. Сборник научных тезисов и статей «Здоровье и образование в XXI веке» РУДН, Москва, 2007г.
5. Сборник научных тезисов и статей «Здоровье и образование в XXI веке» РУДН, Москва, 2006г.
6. Сборник научных тезисов и статей «Здоровье и образование в XXI веке» РУДН, Москва, 2005г.

7. Сборник научных тезисов и статей «Здоровье и образование в XXI веке» РУДН, Москва, 2004г.
8. Сборник научных тезисов и статей «Здоровье и образование в XXI веке» РУДН, Москва, 2003г.
9. Сборник научных тезисов и статей «Здоровье и образование в XXI веке» РУДН, Москва, 2002г.
10. Сборник научных тезисов и статей «Здоровье и образование в XXI веке» РУДН, Москва, 2001г.
11. Сборник научных тезисов и статей «Здоровье и образование в XXI веке» РУДН, Москва, 1999г.