

РАННЯ ДІАГНОСТИКА ТА ЗАХОДИ З ПРОФІЛАКТИКИ ЦУКРОВОГО ДІАБЕТУ 2 ТИПУ У ХВОРИХ НА АРТЕРІАЛЬНУ ГІПЕРТЕНЗІЮ

Постійний моніторинг наявності факторів ризику розвитку ЦД 2 типу у популяції населення сприяє досягненню позитивних результатів у профілактиці розвитку ЦД 2 типу та сприяє попередженню виникнення ускладнень [6]. При поєднанні цукрового діабету (ЦД) 2 типу з артеріальною гіпертензією (АГ) у 2–7 разів підвищується ризик розвитку ішемічної хвороби серця, інфаркту міокарда, гострих порушень мозкового кровообігу, нефропатії, ретинопатії, а також у 3 рази підвищує абсолютний ризик серцево-судинної смертності порівняно з хворими на АГ без ЦД [3,8]. ЦД 2 типу характеризується тривалою інсулінорезистентністю, компенсаторною гіперінсулінемією та різним ступенем гіперглікемії, що пов'язано з розвитком макросудинних ускладнень [7]. Частота виникнення ЦД не залежала від ступеня АГ, але була значно вищою у жінок із кризовим перебігом АГ (42,9 % порівняно з 9,1 % у хворих зі стабільним перебігом АГ, $p = 0,007$ за тестом Кокса) [4]. Ранні глікометаболічні порушення характеризуються прогресуючим зниженням чутливості до інсуліну та збільшенням рівня глюкози до показників, за якими діагностується ЦД 2 типу. Нездорові харчові звички та малорухливий спосіб життя мають велике значення для розвитку ЦД 2 типу [7]. У популяції захворюваність на ЦД 2 типу має високий рівень, тому слід приділити особливу увагу етіологічній класифікації порушень вуглеводного обміну [1]. У багатьох хворих діагноз ЦД 2 типу встановлюється вже на стадії розвитку мікро- або макросудинних діабетичних ускладнень.

Відповідно до Методичних рекомендацій Робочої групи Асоціації кардіологів України та Асоціації ендокринологів України з метаболічного

синдрому, діабету, предіабету і серцево-судинних захворювань (2014), як серед населення в цілому, так і серед пацієнтів, схильних до ЦД, слід проводити скринінг ризику розвитку ЦД та обстежувати осіб з високими значеннями результатів перорального глюкозотолерантного тесту або рівнем HbA1c у комбінації з визначенням глюкози крові натщесерце [7].

Правильне встановлення діагнозу ЦД 2 типу та своєчасне його лікування дає змогу усунути або зменшити симптоми захворювання та відтермінувати розвиток ускладнень [6]. Зміна способу життя, що базується на помірній втраті ваги та підвищенні фізичної активності, може значно покращити прогноз та попередити розвиток ЦД 2 типу у осіб високого ризику. Сучасна діагностика ЦД 2 типу базується на визначенні рівня глікемії, але коронарні, цереброваскулярні ускладнення, захворювання периферичних артерій можуть розвиватися асимптомно і нерідко вже наявні на момент діагностики порушень вуглеводного обміну [7].

Відтермінування розвитку ЦД 2 типу та виникнення ускладнень тісно пов'язано з ранньою діагностикою захворювання та проведенням лікувально-профілактичних заходів вже на стадії предіабету.

Нижче наведений перелік заходів з корекції харчування та способу життя пацієнтів з предіабетом та ЦД 2 типу [6].

1. Корекція харчування.

- З метою досягнення цільового рівня глюкози крові особи з предіабетом і ЦД 2 типу повинні дотримуватися індивідуальної дієти, розробленої лікарем-дієтологом.

- У осіб з ЦД 2 типу облік глікемічного індексу продуктів і глікемічного навантаження забезпечує помірну додаткову користь для контролю глікемії порівняно з обліком тільки загального споживання вуглеводів.

- Харчові волокна (14 г волокон на 1000 ккал) та продукти, що містять цілісне зерно повинні складати половину від всіх зернових продуктів раціону.

- Насичені жири повинні складати менше 7% від загальної калорійності щоденного раціону.

- Споживання продуктів харчування, що містять транс-ізомерні жирні кислоти повинне бути зведене до мінімуму.

- Харчові продукти, що містять антиоксиданти, не рекомендуються для рутинного застосування, оскільки на цей час немає доказів їх ефективності та безпеки з урахуванням віддаленого прогнозу.

- Короткострокові (до 1 року) дієти з низьким змістом вуглеводів або жирів і обмеженням калорій є ефективними для зниження маси тіла.

- У пацієнтів, що дотримуються дієти з низьким змістом вуглеводів, слід проводити моніторинг концентрації ліпідів крові, функціонального стану нирок і контроль споживання білків (за наявності нефропатії), а також корекцію доз цукрознижувальних лікарських засобів, за необхідності.

- Для осіб, які мають надлишкову вагу, встановити початкову втрату маси тіла на 5-10%, пам'ятаючи при цьому, що і менша втрата ваги може бути корисною, а більша втрата ваги в довгостроковій перспективі буде мати сприятливий вплив на метаболічну активність.

- Пацієнтам з ЦД 2 типу та ожирінням повинні бути рекомендовані індивідуальні підходи до зниження маси тіла (корекція способу життя, фармакологічні чи хірургічні методи) та для покращання метаболічного контролю.

2. Регулювання фізичного навантаження – рекомендувати помірні фізичні навантаження для покращання глікемічного контролю та зниження кардіоваскулярного ризику (не менше 150 хв. на тиждень), при цьому частота серцевих скорочень повинна досягати 50-70 % від максимальної (максимальна ЧСС під час навантажень не повинна перевищувати 130 уд./хв.).

- Фізичні навантаження і здоровий спосіб життя є важливими складовими заходів щодо зниження маси тіла і особливо корисні для підтримки зниженої ваги.

- Фізичні навантаження повинні бути регулярними.

- Рекомендації щодо фізичних навантажень повинні бути індивідуальними, враховуючи глікемічний контроль.

3. Боротьба зі шкідливими звичками.

- Всіх пацієнтів слід переконати у шкідливості паління.

- Консультування щодо відмови від паління та інші форми терапії нікотинової залежності повинні бути передбачені рутинною практикою ведення пацієнтів з ЦД 2 типу та проводитись згідно зі Стандартами первинної медичної допомоги при припиненні вживання тютюнових виробів.

- Необхідно продовжувати моніторинг статусу куріння у всіх пацієнтів.

У короткостроковій перспективі уведення у навчальні консультації самоконтроль рівня глюкози в крові як доповнення до стандартної терапії може сприяти поліпшенню глікемічного контролю в пацієнтів з ЦД 2 типу [10].

Дієтичний план для осіб з ознаками предіабету повинен відповідати загальним принципам здорового харчування, містити вуглеводи із фруктів, овочів, цільнозернових продуктів і бобових (з високим вмістом клітковини та низьким глікемічним індексом), молоко з низьким вмістом жиру і риб'ячий жир, скоротити споживання солі.

Література

1. Діагностика і лікування метаболічного синдрому, цукрового діабету, предіабету і серцево-судинних захворювань: методичні рекомендації Робочої групи Української асоціації кардіологів і Української асоціації ендокринологів / Ред. О.І. Мітченко, В.В. Корпачев. – Київ, 2009. – 45 с.

2. Королюк О.Я., Прогностичне значення критеріїв метаболічного синдрому у хворих на ІХС із Уперше виявленою гіперглікемією // О.Я. Королюк, О.М. Радченко // Львівський національний медичний університет ім. Данила Галицького / Практикуючий лікар. – 2013. - №4/ - С.46-50.
www.likar-praktik.kiev.ua

3. Кравчун, Н.О. Особливості антигіпертензивної терапії у хворих на цукровий діабет 2-го типу з метаболічним синдромом та її вплив на

розвиток серцево-судинних ускладнень / Н.О. Кравчун // Міжнародний ендокринологічний журнал. – 2008. – № 4 (16) – С.44-46.

4. Мышляева Т. О. Состояние органов-мишеней у пациентов с ранними нарушениями углеводного обмена, артериальной гипертензией и другими факторами сердечно-сосудистого риска : Автореф. дис. на соискание уч. степени канд. мед. наук. – М. : 2010 ГОУВПО «РГМУ ФАЗСР». – 29 с.

5. Несукай Е.Г. Метаболический синдром и сахарный диабет – фокус на артериальную гипертензию // Здоровья Украины. – 2007. – № 4. – С.33. [Электронный ресурс] <http://health-ua.com/articles/1645.html>.

6. Протокол надання медичної допомоги хворим на цукровий діабет <http://www.moz.gov.ua> та http://www.pharma-center.kiev.ua/view/b_smd.

7. Цукровий діабет, предіабет і серцево-судинні захворювання : Методичні рекомендації. Робочої групи // Асоціації кардіологів України та Асоціації ендокринологів України з метаболічного синдрому, діабету, предіабету і серцево-судинних захворювань. – К. : Асоціація кардіологів України, 2014. – 40 с.

8. Assessment of the risk for metabolic syndrome in prediabetes and newly-diagnosed type 2 diabetes / T.I. Tankova, N. Y. Chakarova, L.N. Dakovska [et al.] // Journal of Diabetology. - 2010. - Vol. 2. - P. 5-13.

9. Hemoglobin A1c predicts diabetes but not cardiovascular disease in nondiabetic women / A.D. Pradhan, N. Rifai, J.E. Buring [et al.] // Am. J. Med. – 2007.– Vol. 120. – P. 720-727.

10. Sarol JN, Nicodemus NA, Tan KM et al. Self-monitoring of blood glucose as part of a multi-component therapy among non-insulin requiring type 2 diabetes patients: a meta-analysis (1966–2004). Current Medical Research & Opinion 2005; 21(2):173–184.