

ПРОФІЛАКТИКА ТА ПІДХОДИ ДО ЛІКУВАННЯ ДІАБЕТУ 2 ТИПУ

Подколзіна М.В., Браженко О.М., Рибалко Н.В.

*Національний фармацевтичний університет, м. Харків, Україна**marysea2006@ukr.net*

Прошло вже більше століття з моменту розробки перших методів лікування цукрового діабету 2-го типу (ЦД 2 типу). Проте це захворювання не тільки залишається однією з найбільших всесвітніх проблем, але його епідемія набуває все більшого поширення і характеру пандемії - кількість людей з діагнозом «цукровий діабет» в світі досягла 347 млн. І згідно з прогнозами до 2030 р. діабет стане сьомою провідною причиною смерті в світі (статистика ВООЗ).

Сучасна медицина виділяє три типи цукрового діабету та відповідно різні стратегії лікування цього захворювання:

Діабет I типу (інсулінозалежний)	Діабет II типу (інсулінонезалежний)	Гестаційний діабет
характеризується недостатнім виробленням інсуліну. Причини виникнення недостатньо вивчені, тому запобігти захворюванню практично неможливо.	виникає через неефективне використання інсуліну організмом. Більшість випадків діабету цього типу пов'язані з надлишком ваги та браком фізичної активності.	характеризується підвищенням рівня цукру у крові, яке розвивається у жінок під час вагітності. При цьому типі діабету виникає висока ймовірність ускладнень під час вагітності та пологів.

Профілактика діабету 2 типу полягає у простих заходах з підтримання здорового способу життя:

- досягнути нормальної ваги тіла та підтримувати її;
- бути фізично активним та приділяти не менше 150 хвилин на тиждень регулярній помірній фізичній активності;
- дотримуватись здорового харчування та зменшувати кількість цукру та насичених жирів;
- утримуватись від тютюнопаління.

Сучасні методи лікування засновані на принципах поетапної терапії та застосуванні медикаментозних препаратів, які знижують всмоктування глюкози в кров із кишечника, а також дозволяють знизити рівень цукру. Проте в зв'язку з пізнім виявленням і значною втратою функції β -клітин до моменту виявлення проявів захворювання, монотерапія досить часто не дає позитивного ефекту. У такій ситуації застосовується комбіноване лікування, що включає прийом препаратів, що поліпшують чутливість тканин до інсуліну (метформіну) і його секрецію (похідні сульфонілсечовини).

Пероральна цукрознижуюча терапія передбачає обов'язковий індивідуальний підхід до пацієнта. Лікар в першу чергу враховує вік

пацієнта; очікувану тривалість життя; наявність важких ускладнень; ризик розвитку важкої гіпоглікемії. При виборі ЛЗ необхідно врахувати наступні фактори: - очікувана цукрознижуюча ефективність; - наявність протипоказань чи непереносимості препаратів; - ризик гіпоглікемії; - індекс маси тіла; - наявність судинних ускладнень; - наявність супутньої патології; - тривалість ЦД 2 типу. Крім того, на вибір ЛЗ можуть впливати: зручність використання, передбачувана ступінь прихильності пацієнта до лікування, чи потребує пацієнт сторонньої допомоги для прийняття ліків, вартість препарату.

Пріоритет у цій клінічній ситуації повинен бути відданий засобам із мінімальним ризиком гіпоглікемії. Особливої уваги потребує при цьому група осіб високого ризику: пацієнти з тривалістю ЦД 2 типу понад 10 років, з вираженою макросудинною патологією, відсутністю розпізнавання гіпоглікемії, обмеженою очікуваною тривалістю життя або серйозними супутніми захворюваннями.

Метформін залишається найбільш вивченим з точки зору ефективності та безпеки ЛЗ при монотерапії, він не викликає гіпоглікемії і збільшення маси тіла. Переважно призначається пацієнтам з надлишком маси тіла або ожирінням. Має додаткові позитивні ефекти, крім цукрознижуючого, - кардіопротективний, гіполіпідемічний. При призначенні ЛЗ з діючою речовиною метформін слід притримуватись таких позицій:

1. Початкова доза метформіну становить 500 мг один раз на добу (зі сніданком), збільшити на 500 мг з інтервалом 1 - 2 тижні залежно від переносимості і ефективності. При використанні метформіну можуть траплятися випадки серйозних шлунково-кишкових побічних ефектів (наприклад, діарея і болі в животі), особливо під час початку лікування. Їх частота і важкість залежать від дози, але вони зазвичай минають при продовженні застосування метформіну. Щоб мінімізувати ризик виникнення побічних ефектів, метформін призначається у малих дозах, приймається під час їжі, з подальшим титруванням дози вгору. Призначити метформін з пролонгованим вивільненням, якщо є непереносимість ЛЗ з боку шлунково-кишкового тракту. Максимальна добова доза метформіну становить 3 г (у кілька прийомів), хоча на практиці добові дози вище 2 г рідко використовуються.

2. Переглянути дозування метформіну, якщо рівень креатиніну перевищує 130 мкмоль/л або ШКФ нижче 45 мл/хв./1,73 м².

3. Призначити метформін з обережністю пацієнтам, схильним до ризику раптового погіршення функції нирок і ризику різкого зниження ШКФ нижче 45 мл/хв./1,73 м².

4. Уникати або припинити лікування метформіном у пацієнтів з підозрою на гіпоксію тканин (наприклад, гостра серцева або дихальна недостатність, 1 місяць тому перенесений інфаркт міокарда, сепсис, тяжка печінкова недостатність, алкоголізм з підвищенням рівня печінкових ферментів у 2,5 разів від норми).

5. Не призначати метформін пацієнтам з ЦД 2 типу та серцевою недостатністю стадії 2b та III або із зниженням фракції викиду (<40%).