

О.В. Процюк

Національна медична академія
післядипломної освіти
ім. П.Л. Шупика,
м. Київ

ПАЦІЄНТ ІЗ ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ 2 ТИПУ НА ПРИЙОМІ У СІМЕЙНОГО ЛІКАРЯ

Резюме

У статті висвітлено питання ведення сімейним лікарем пацієнтів із цукровим діабетом 2 типу, особливу увагу приділено призначенню препаратів метформіну, ранньому виявленню хронічних ускладнень діабету.

Ключові слова

Цукровий діабет 2 типу, пізні ускладнення діабету, метформін.

Цукровий діабет набуває все більшої поширеності у світі та в Україні. На земній кулі кількість хворих на цукровий діабет (ЦД) подвоюється кожні 13-15 років [1], а в Україні на початку 2013 р. Центр медичної статистики МОЗ фіксував 1380000 хворих, з яких пацієнти з ЦД 2 типу становили 83%.

Якщо дебют ЦД 1 типу обов'язково змушує пацієнта звернутися до лікаря, то ЦД 2 типу має непомітний початок та зазвичай мало турбує пацієнтів до етапу розвитку хронічних ускладнень. Відомо [2], що на 1 зареєстрованого хворого на ЦД 2 типу припадає 2,5 особи з прихованим діабетом та 3 особи з недіагностованим діабетом, отже в дійсності кількість хворих набагато більша. Слід зазначити, що раннє встановлення діагнозу ЦД 2 типу відкриває можливості для профілактики хронічних ускладнень цього захворювання, що виступають потужними причинами інвалідизації пацієнтів.

Реформування системи охорони здоров'я в Україні, спрямоване на створення інституту сімейної медицини, створює всі умови для раннього виявлення, своєчасного лікування, а також, що є найбільш важливим, профілактики ЦД 2 типу. Адже сімейний лікар, який протягом тривалого часу спостерігає за родиною, як ніхто інший знає сімейний анамнез, харчові звички та спосіб життя своїх пацієнтів, а також володіє інформацією про стан їхнього здоров'я.

Згідно Наказу МОЗ України від 21.12.2012 р. № 1118 «Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги при цукровому діабеті 2 типу» «лікарем загальної практики — сімейним лікарем проводяться основні заходи щодо профілактики, виявлення, лікування (цукрознижувальна терапія за виключенням інсулінотерапії) та диспансерно-

го спостереження пацієнтів із ЦД 2 типу».

Отже, сімейний лікар повинен здійснювати активний діагностичний пошук ЦД 2 типу серед пацієнтів, що мають фактори ризику цього захворювання, а саме [1]:

- мають кровних родичів із цукровим діабетом;
- страждають на серцево-судинні захворювання (у т.ч., артеріальну гіпертензію), дисліпідемію (підвищений рівень тригліцеридів, низький рівень концентрації холестерину ліпопротеїнів високої щільності або обох показників), синдром полікістозних яєчників;
- отримують антипсихотичну терапію при лікуванні шизофренії та/або важких біполярних захворювань;
- мають надмірну вагу або ожиріння;
- ведуть малорухливий спосіб життя;
- мають в анамнезі раніше визначені порушення толерантності до глюкози, порушення глікемії натщесерце і/або метаболічний синдром;
- гестаційний діабет або народження дитини вагою більше 4 кг.

Необхідно також призначати лабораторні тести, спрямовані на виявлення ЦД пацієнтам, що мають супутні захворювання, які можуть свідчити про ЦД (кандидоз, фурункульоз, катаракта, пародонтоз), а також пацієнтам, що мають симптоми хронічних ускладнень діабету (порушення больової та температурної чутливості, парестезії, переміжну кульгавість, еректильну дисфункцію) [2].

Слід запідозрити порушення вуглеводного обміну в жінок, що мали в анамнезі мертвонародження, звичні викидні, завмерлі вагітності та народження дітей із вродженими вадами розвитку.

Отже, перед сімейним лікарем стоять два вкрай важливих завдання: виявити та лікувати ЦД 2 типу. На виконання першого завдання чітко визначені категорії пацієнтів, серед яких необхідно проводити діагностичний пошук, а для виконання другого завдання крім дієти та модифікації спосо-

бу життя сімейному лікарю необхідно обрати таблетований цукрознижувальний препарат (ТЦП) для стартової терапії та подальшого лікування.

В Україні для лікування ЦД 2 типу пропонуються наступні групи препаратів [1]: бігуаніди, похідні сульфонілсечовини, стимулятори секреції інсуліну швидкої дії (глініди), інгібітори альфа-глікозидази, похідні тіозалідиндіонів, інші цукрознижувальні лікарські засоби (інгібітори ДПП-4 та агоністи ГПП-1).

ТЦП класифікуються за механізмом дії [3]:

- 1) **сенситайзери інсуліну: бігуаніди, похідні тіозалідиндіонів;**
- 2) **секретагоги інсуліну: похідні сульфонілсечовини, глініди;**
- 3) **препарати інкретинового ряду: агоністи ГПП-1 та інгібітори ДПП-4;**
- 4) **препарати, що блокують всмоктування глюкози в кишках: інгібітори альфа-глікозидази.**

Оскільки в патогенезі ЦД 2 типу провідну роль грає інсулінорезистентність та відносна інсулінова недостатність [1], препаратами стартової терапії виступають сенситайзери інсуліну. Слід зазначити, що використання похідних тіозалідиндіонів значно обмежують їхні тяжкі побічні ефекти (периферичні набряки, серцева недостатність, переломи кісток), збільшення маси тіла, що є вкрай небажаним на тлі надмірної ваги або вже наявного ожиріння, та висока вартість лікування [4].

Водночас застосування бігуанідів (метформіну) на сьогодні є найбільш вивченим із точки зору ефективності та безпеки при монотерапії [1, 4]. Метформін не викликає гіпоглікемії і збільшення маси тіла (або сприяє зниженню ваги), спричиняє кардіопротективні та гіполіпідемічні ефекти [1], має низьку вартість.

Прийом метформіну не показаний тільки в разі підозри на гіпоксію тканин (гостра серцева або дихальна недостатність, 1 місяць тому перенесений інфаркт міокарда, сепсис, тяжка печінкова недостатність, алкоголізм із підвищенням рівня печінкових ферментів у 2,5 рази від норми) [1], у зв'язку з тим, що можливий розвиток лактоацидозу – рідкісного, але потенційно фатального гострого ускладнення ЦД 2 типу.

Препарат метформіну Діаформін® ПАТ «Фармак» знижує рівень глікемії натще та після прийому їжі завдяки зниженню вироблення глюкози в печінці за рахунок інгібування глюконеогенезу та глікогенолізу, поліпшення захоплення та утилізації периферичної глюкози в м'язах за рахунок збільшення чутливості до інсуліну, затримки всмоктування глюкози в кишечнику [5].

Діаформін® впливає на метаболізм ліпідів: знижує рівень загального холестерину, ліпопротеїнів низької щільності та тригліцеридів [5]. Діаформін® представлений у дозі 500 мг, 850 мг та 1000 мг, приймається двічі на добу (після сніданку та після вечері) [5]. Рекомендована стартова доза препарату 500 мг після вечері, дозу слід збільшити через 10-15 днів у разі незадовільного глікемічно-

го контролю, додавши ще 500 мг після сніданку. Дозу збільшують кожні 10-15 днів на 500 мг, доводячи до ефективної; максимальна добова доза Діаформіну становить 2000 мг.

Варто зазначити, що ПАТ «Фармак» випускає пролонговану форму метформіну – Діаформін® SR. Цей препарат володіє всіма властивостями Діаформіну, але діє протягом 24 годин, завдяки чому приймається 1 раз на добу, що забезпечує високий комплайенс. Стартова та максимальна добова доза препарату, а також принципи титрації дози аналогічні до застосування Діаформіну, форма випуску – 500 мг та 1000 мг [6].

Незважаючи на керівництво до дій, що міститься в нормативних документах МОЗ України щодо принципів лікування ЦД 2 типу [1], а також вичерпну інформацію, що надає компанія-виробник про механізм дії, очікувані ефекти та схеми підбору дози препарату, завжди краще запам'ятовується інформація, подана на прикладі реально існуючого пацієнта. Тому вважали за необхідне навести випадки застосування Діаформіну та Діаформіну SR на прикладі пацієнтів, що на сьогодні продовжують лікування ЦД 2 типу.

Випадок 1. 14 березня 2012 р. на прийом звернувся чоловік С., 48 років, зі скаргами на виражену спрагу (випиває 2 пляшки води «Моршинська» 1,5 л протягом робочого дня з 9:00 до 18:00, вдома любить пити зелений чай), гіркоту в роті, часте сечовипускання (у робочий час 6-8 разів, що створює певні проблеми). Оскільки його мама хворіє на цукровий діабет, він запідозрив у себе це захворювання та зробив біохімічний аналіз крові з визначенням глікемії. Результат: 14,8 ммоль/л натщесерце з венозної крові.

У результаті збору анамнезу з'ясовано, що спрага та часте сечовипускання турбують пацієнта протягом місяця. Любить смачно поїсти: жирні смажені страви, гостру та солону їжу, протягом «дачного періоду» (весна-літо-зима) щотижня вживає шашлики зі свинячого м'яса з помірною кількістю алкоголю (до 150-200 мл горілки або коньяку), палить (1 пачка цигарок на 2-3 дні). Пацієнт визнає, що має зайву вагу у зв'язку з тим, що вживає надмірну кількість їжі. Підвищення тиску не зафіксовано. Хронічних захворювань не має, із перенесених недуг зазначив грип та ГРВІ. Професійна діяльність пов'язана з прийняттям управлінських рішень. Сімейний анамнез обтяжений цукровим діабетом 2 типу (хворіє мати), та серцево-судинними захворюваннями (батько помер у 58 років після перенесеного інфаркту міокарда).

Об'єктивно: зріст 180 см, вага 123 кг (індекс маси тіла – 38). Шкірні покриви пониженої зволоженості, тургор збережений; язик пониженої зволоженості, із білуватими нашаруваннями біля кореня. Щитоподібна залоза при пальпації не визначається; периферичні лімфатичні вузли, доступні пальпації, не збільшені. Аускультативно над ді-

лянкою легень визначається жорстке везикулярне дихання, подекуди сухі хрипи. Тони серця ритмічні, 76/хв, артеріальний тиск 125/80 мм рт.ст. При поверхневій пальпації живота болючість не визначається, глибока пальпація ускладнена у зв'язку з абдомінальним ожирінням. Цілісність шкірних покривів на нижніх кінцівках не порушена, набряків немає. Визначається помірне зниження вібраційної чутливості на нижніх кінцівках.

У біохімічному аналізі крові трансамінази дещо підвищені (у 1,5 рази від верхньої межі норми), білірубін та його фракції в межах норми, підвищений рівень загального холестерину та тригліцеридів, знижена кількість ліпопротеїнів високої щільності, креатинін у межах норми, глікемія 14,8 ммоль/л.

Висновок лікаря: у пацієнта цукровий діабет, тип 2, стадія декомпенсації (наявні «діабетичні» скарги та діагностично значущий рівень цукру венозної крові натщесерце). Для встановлення тяжкості захворювання немає достатньо інформації щодо тяжкості ускладнень діабету.

Рекомендації:

1) дієта з обмеженням тваринних жирів та простих вуглеводів; ведення харчового щоденника (зазначати приблизну кількість страв, що вживаються, враховуючи випадкові перекуси – горішки, цукерки та ін.; зазначати кількість випитої рідини); уникати токсичних впливів на печінку (відмова від смаженої та копченої їжі, алкоголю); відмова від паління;

2) розширення рухового режиму: щоденні прогулянки тривалістю 40 хв; контроль артеріального тиску вранці та ввечері, а також у разі головного болю; контроль ваги 1 раз на тиждень;

3) Арфа® комбі: по 2 капсули 3 рази на день після прийому їжі 1 місяць, після двотижневої перерви прийом поновити (містить необхідну для хворих на цукровий діабет амінокислоту – таурин, екстракти чорниці та квасолі);

4) Діаформін® 500 мг після вечері постійно; для корекції дози звернутися до лікаря через 10-14 днів із визначеним глікемічним профілем);

5) аналіз крові на глікований гемоглобін; визначення С-пептиду в крові; загальний аналіз сечі; визначення мікроальбумінурії; визначення швидкості клубочкової фільтрації (ШКФ); контроль ліпідограми через 3 місяці;

6) консультація окуліста (огляд очного дна);

7) огляд через 10-14 днів із результатами обстеження.

Через 2 тижні на повторному візиті пацієнт відмітив зниження інтенсивності спраги, зменшення частоти сечовипускань до 6-7 разів за добу; зазначив металевий присмак у роті, незначне послаблення стулу (типові побічні реакції в разі прийому метформіну). Глікемічний профіль (визначення глікемії натщесерце та через 2 години після сніданку, обіду та вечері): 6,7 – 11,1 – 10,7 – 8,1 ммоль/л (незадовільний контроль глікемії). Глікований гемоглобін – 9,5%, С-пептид дещо вище верхньої межі норми, загальний аналіз сечі без

особливостей, мікроальбумінурія відсутня, ШКФ підвищена. Висновок окуліста: діабетична непроліферативна ретинопатія.

У результаті перегляду харчового щоденника з'ясовано, що пацієнт ретельно дотримується призначеної дієти, виконує рекомендації щодо фізичних навантажень, за 2 тижні схуд на 3 кг. Найвищі значення артеріального тиску за період спостереження – 135/90 мм рт.ст.

Висновок лікаря: у пацієнта цукровий діабет, тип 2, середньої тяжкості, стадія декомпенсації.

Рекомендації:

1) дієта з обмеженням тваринних жирів та простих вуглеводів;

2) дотримання рухового режиму; контроль артеріального тиску вранці та ввечері, а також у разі головного болю; контроль ваги 1 раз на тиждень;

3) Арфа® комбі: по 2 капсули 3 рази на день після прийому їжі;

4) Діаформін® 500 мг після сніданку та 500 мг після вечері постійно; для корекції дози звернутися до лікаря через 10-14 днів із визначеним глікемічним профілем).

Слід зазначити, що в результаті динамічного спостереження протягом 6 тижнів доза Діаформіну в даного пацієнта була збільшена до 2000 мг на добу (1000 мг після сніданку та 1000 мг після вечері), на фоні чого був досягнутий задовільний контроль глікемії. Типові побічні реакції в разі прийому метформіну (металевий присмак у роті, незначне послаблення стулу), що спостерігалися протягом перших 2-3 тижнів прийому препарату, минули самостійно і вже зовсім не спостерігалися через 3 тижні від початку прийому препарату. Чоловік С. виявився дуже дисциплінованим пацієнтом, ретельно дотримувався дієти, навіть сусідів по дачі замість традиційного свинячого шашлику привчив їсти курку, запечену у фользі. За 1,5 місяці від початку лікування він схуд майже на 10 кг. 19.04.2011 р. до лікування доданий лізиноприл 2,5 мг вранці; повторний огляд призначений через 3 місяці з результатом глікованого гемоглобіну, біохімічного аналізу крові, мікроальбумінурії.

Після досягнення контролю глікемії пацієнт з'явився на прийом **через 3 місяці**, скарг не висловлює, відчувається добре. З гумором розповів, що мусив змінити майже весь гардероб у зв'язку зі схудненням, адже втратив близько 25 кг. Дотримується дієти, намагається більше ходити пішки, отримує призначене лікування. Останнім часом часто перебуває у відраядженнях (трапляються пропуски сніданку).

Результати лабораторних аналізів: глікований гемоглобін 7,1% (кров на цукор натщесерце), загальний холестерин та тригліцериди в нормі, знижена кількість ліпопротеїнів високої щільності (пацієнт продовжує палити), трансамінази в нормі, мікроальбумінурія не визначається.

Висновок лікаря: у пацієнта цукровий діабет, тип 2, середньої тяжкості, стадія компенсації.

Рекомендації:

1) дієта з обмеженням тваринних жирів та простих вуглеводів;

2) дотримання попереднього рухового режиму; контроль артеріального тиску;

3) Арфа® комбі: по 2 капсули 3 рази на день після прийому їжі;

4) у зв'язку з частими відрядженнями та можливим пропуском сніданку рекомендована заміна Діаформіну на 24-годинну форму препарату – Діаформін® SR 2000 мг після вечері постійно;

5) лізиноприл 2,5 мг щодня вранці;

6) Діаліпон® 600 мг 1 раз на добу – 2 місяці;

7) через 3 місяці: кров на глікований гемоглобін, ліпідограма, огляд із результатами.

Найкраще ступінь компенсації ЦД відображає саме глікований гемоглобін, тому регулярне визначення цього показника рекомендоване в міжнародних стандартах лікування. За неможливості виконання пацієнтом цих рекомендацій про компенсацію захворювання може свідчити глікемічний профіль.

Огляд через 3 місяці: скарг не висловлював, почувався добре; відзначив зручність одноразового застосування Діаформіну SR. З гордістю зазначив, що важить 80 кг.

Результати лабораторних аналізів: глікований гемоглобін 5,9%, загальний холестерин та тригліцериди в нормі, знижена кількість ліпопротеїнів високої щільності.

Діагноз залишився без змін. У зв'язку з нормальним рівнем глікованого гемоглобіну було прийнято рішення знизити дозу Діаформіну SR до 1500 мг після вечері щодня (зниження потреби в Діаформіні SR можна пояснити значним зниженням ваги – з 120 кг до 80 кг).

Рекомендації: аналогічні попереднім.

Ще через 3 місяці доза Діаформіну SR була знижена до 1000 мг на добу, такою вона є і до сьогодні (глікований гемоглобін коливається в межах 5,9 – 6,5%). Пацієнт С. отримує курсове лікування вітамінами групи В, тіоктовою кислотою 1-2 рази на рік. На постійний прийом додані статини у зв'язку з підвищеним рівнем тригліцеридів та загального холестерину. Пацієнт С. – нетиповий дисциплінований пацієнт із ЦД 2 типу, який постійно працює над собою і змушує повірити лікарю в можливість ідеальної компенсації цукрового діабету.

Випадок 2. 14 лютого 2014 р. на прийом звернувся чоловік Т., 56 років, зі скаргами на виражену сухість у роті, сильну спрагу, що змушує постійно пити воду чи чай (випиває до 5 л рідини за добу), часте сечовипускання (вночі 2-3 рази), дратівливість, швидку втомлюваність.

Зазначені скарги турбують протягом 2-3 тижнів; погіршення стану здоров'я пов'язує зі стресовою ситуацією на роботі (займає керівну посаду).

Загальний анамнез: холецистектомія в 1992 р. у зв'язку з калькульозним холециститом; протягом останніх 5-7 років відмічає підвищення АТ (максимально – 160/100 мм рт.ст.), регулярно гіпотензивної терапії не отримує. Не палить; регулярно вживає алкоголь (міцні напої приблизно 200-250 мл на тиждень). Випадків ЦД в сімейному анамнезі не зафіксовано (мати померла у віці 79 років, батько помер у віці 60 років від онкологічного захворювання).

При огляді відмічається сухість та зниження тургору шкірних покривів, язик пониженої зволоженості, вкритий білими нашаруваннями. Зріст 174 см, вага 90 кг (ІМТ – 30). Тони серця ритмічні, 76/хв, АТ – 150/90 мм рт.ст. Живіт при пальпації чутливий у правому підребр'ї (наявний шрам від серединної лапаротомії). Над легенями вислуховується везикулярне дихання, поодинокі сухі хрипи. Симптом Пастернацького негативний з обох боків. Цілісність шкірних покривів на нижніх кінцівках не порушена, набряків немає. Визначається помірне зниження вібраційної чутливості на нижніх кінцівках.

Наявні лабораторні аналізи: глікемія натще 15,6 ммоль/л (11.02.2014 р.) та 17,4 ммоль/л (14.02.2014 р.); трансамінази підвищені у 2 рази від верхньої межі норми, креатинін у нормі; рівень загального холестерину, тригліцеридів, ліпопротеїнів низької щільності підвищений, рівень ліпопротеїнів високої щільності знижений.

Висновок лікаря: у пацієнта цукровий діабет, тип 2, стадія декомпенсації.

Проведена бесіда щодо важливості дотримання дієти при даному захворюванні, необхідності регулярного вживання ТЦП та ін. Вислухавши рекомендації лікаря, чоловік Т. відкрито зізнався, що не планує суворо дотримуватися дієти, а тим більше регулярно вживати ліки. Він згодний отримати внутрішньовенні крапельні інфузії для швидкого покращання стану здоров'я, а на тривалу роботу над собою зовсім не налаштований.

Рекомендації:

1) дієта з обмеженням тваринних жирів та простих вуглеводів; ведення харчового щоденника із зазначенням кількості випитої рідини; уникати токсичних впливів на печінку (обов'язкова відмова від алкоголю);

2) Тівортін 100 мл в/в крапельно № 5;

3) Арфа® комбі: по 2 капсули 3 рази на день після прийому їжі;

4) Діаформін® 500 мг після вечері постійно; для корекції дози звернутися до лікаря через 7 днів з визначеним глікемічним профілем;

5) лізиноприл 5 мг вранці; контроль АТ;

6) аналіз крові на глікований гемоглобін; визначення С-пептиду в крові; загальний аналіз сечі; визначення мікроальбумінурії; визначення швидкості клубочкової фільтрації (ШКФ); контроль біохімічного аналізу крові через 7 днів; контроль ліпідограми через 3 місяці;

7) консультація окуліста (огляд очного дна);

8) огляд через 10 днів із результатами обстеження.

Примітка. Після озвучення рекомендацій ще раз був зроблений акцент на можливому розвитку тяжких інвалідизуючих ускладнень діабету за умови неналежного лікування, на повторний прийом рекомендовано з'явитися разом із дружиною.

Через 10 днів на огляд чоловік Т. прийшов разом із дружиною. Відзначав зменшення інтенсивності спраги, дружина стежила за прийомом препаратів, відповідально поставилася до рекомендацій щодо зміни характеру харчування, були ще раз розтлумачені принципи дієти. Дружина просила ще раз наголосити на важливості відмови від вживання алкоголю.

Дані лабораторних обстежень: глікемічний профіль: 10,7 – 12,1 – 10,1 – 6,7 ммоль/л; глікований гемоглобін – 10,7%; рівень трансаміназ дещо знизився, але ще перевищував норму в 1,5 рази; рівень С-пептиду вище верхньої межі норми на 10%, мікроальбумінурія відсутня, ШКФ підвищена. Висновок окуліста: діабетична непроліферативна ретинопатія. АТ переважно 135/90 мм рт. ст.

Висновок лікаря: у пацієнта цукровий діабет, тип 2, середньої тяжкості, стадія декомпенсації.

Рекомендації:

- 1) дієта з обмеженням тваринних жирів та простих вуглеводів;
- 2) Арфа® комбі: по 2 капсули 3 рази на день після прийому їжі;
- 3) Діаформін® 500 мг після сніданку та після вечері постійно; для корекції дози звернутися до лікаря через 7-10 днів із визначенням глікемічним профілем;
- 4) лізиноприл 5 мг щодня вранці, контроль АТ;
- 5) Вітаксон® 1 таб. 2 рази на день – 1 місяць;
- 6) контроль біохімічного аналізу крові через 7 днів, аналіз крові на глікований гемоглобін через 3 місяці;
- 7) огляд через 7 днів із результатами обстеження.

Наступного разу пацієнт Т. звернувся до лікаря тільки через 3 місяці. Дружина примусила його зробити контрольні обстеження і привела на прийом. Скарг активно не висловлював; об'єктивні дані без особливостей, покращилося зволоження шкіри та слизових рота, порівняно з першим візитом.

Результати лабораторних аналізів: глікований гемоглобін 7 (!) % (на думку лікаря, це заслуга дружини), трансамінази в межах норми, у ліпідогрामі зберігаються попередні зміни.

Висновок лікаря: у пацієнта цукровий діабет, тип 2, середньої тяжкості, стадія компенсації.

Рекомендації:

- 1) дієта з обмеженням тваринних жирів та простих вуглеводів;
- 2) розширення рухового режиму;
- 3) Арфа® комбі: по 1-2 капсули 3 рази на день після прийому їжі;
- 4) Діаформін® 500 мг після сніданку та після вечері постійно;
- 5) лізиноприл 5 мг щодня вранці, контроль АТ;
- 6) Аторис 10 мг 1 раз на добу;
- 7) Діаліпон® 600 мг 1 раз на добу 2 місяці;
- 8) через 3 місяці: контроль глікованого гемоглобіну крові, ліпідогрाम, мікроальбумінурії;
- 9) огляд через 3 місяці з результатами обстеження.

Примітка. У даному випадку лікар вважав, що призначення похідних сульфонілсечовини на старті лікування буде досить ризиковано у зв'язку з ризиком гіпоглікемії, низькою мотивацією пацієнта на лікування та його недисциплінованістю. Призначення традиційної стартової дози Діаформіну під контролем трансаміназ повністю виправдало себе на фоні підтвердженої гіперінсулінемії (високого рівня С-пептиду).

Слід зазначити, що висока ефективність лікування (зниження глікованого гемоглобіну з 10,7% до 7%) стала приємною несподіванкою для лікаря. Чим це можна пояснити? Не слід забувати, що дотримання дієти та модифікація способу життя дають можливість знизити глікований гемоглобін на 1-2%, а прийом Діаформіну також дозволяє знизити цей показник на 1-2%, отже, це цілком можливо. Рівень глікованого гемоглобіну в динаміці 6,5% (14.08.2014 р.).

Таким чином, згідно українських та зарубіжних стандартів лікування, для стартової терапії ЦД 2 типу слід обирати препарати метформіну. Вітчизняний виробник ПАТ «Фармак» пропонує Діаформін® та Діаформін® SR (діюча речовина метформін) – ефективні лікарські засоби за українською ціною, що допомагають досягнути значних успіхів у компенсації ЦД 2 типу.

Список використаної літератури

1. Наказ МОЗ України від 21.12.2012 р. № 1118 «Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги при цукровому діабеті 2 типу».
2. Стандарти діагностики та лікування ендокринних захворювань / За ред. член-кор.НАН та АМН України, проф. М.Д. Тронька //Довідник «VADEMECUM Доктор Ендокринолог». – 2-е вид., переробл. і доповн. – К.: ТОВ «Доктор-Медіа», 2007.
3. Ендокринологія: підручник для студ. вищих мед. навч. закладів / П.М. Боднар, Г.П. Михальчишин, Ю.І. Комісаренко та ін.; за ред. П.М. Боднара. – Вінниця: Нова Книга, 2013. – 478 с.
4. Консенсус ADA та USAID <http://www.uptodate.com/contents/management-of-persistent-hyperglycemia-in-type-2-diabetes-mellitus>
5. Інструкція для медичного застосування препарату ДІАФОРМІН® (DIAFORMIN). <http://mozdocs.kiev.ua/likiview.php?id=34188>
6. Інструкція для медичного застосування препарату ДІАФОРМІН®SR (DIAFORMIN SR). <http://mozdocs.kiev.ua/likiview.php?id=28281>

Надійшла до редакції 11.08.2014