

*Салиева Шахноза Бахтиёржон кизи
Андижанский государственный медицинский институт
Узбекистан, Андижан*

СОВРЕМЕННЫЕ ПРИНЦИПЫ ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ САХАРНОГО ДИАБЕТА 2 ТИПА

Сахарный диабет 2 типа (СД 2) является мультифакториальным заболеванием, то есть этиологический субстрат для данного заболевания - взаимодействие генетической предрасположенности и образа жизни человека. Выделяют следующие факторы риска развития СД 2: ожирение или избыточная масса тела; этническая принадлежность (особенно при смене традиционного образа жизни на западный); отягощённый семейный анамнез; гиподинамия; нерациональное питание; артериальная гипертензия, вредные привычки.

Ключевые слова: *сахарный диабет 2 типа; гипергликемия; инсулинотерапия; современные методы лечения.*

*Saliyeva Shahnoza
Andijan State Medical Institute
Uzbekistan, Andijan*

MODERN PRINCIPLES OF PATHOGENETIC TREATMENT OF 2 TYPES DIABETES MELLITUS

Type 2 diabetes mellitus (DM2) is a multifactorial disease, that is, the etiological substrate for this disease is the interaction of a genetic predisposition and a person's lifestyle. There are the following risk factors for the development of DM 2: obesity or overweight; ethnicity (especially when changing the traditional lifestyle to the Western one); burdened family history; physical inactivity; irrational nutrition; hypertension, bad habits.

Keywords: *type 2 diabetes mellitus; hyperglycemia; insulin therapy; modern methods of treatment.*

Введение. Основой этого заболевания являются следующие патофизиологические дефекты: инсулинорезистентность, нарушение функции β -

клеток поджелудочной железы. Инсулинорезистентность – снижение опосредованной инсулином утилизации глюкозы тканями, реализующаяся на фоне дисфункции секреции β -клеток. Современные данные о патогенезе сахарного диабета 2 типа свидетельствуют о том, что он может развиваться и как инсулинчувствительный вариант, и как инсулинорезистентный вариант.

Обычно, пациенты с заболеванием имеют нормальный или слегка увеличенный вес, у них отсутствует повышение риска развития заболеваний сердечно-сосудистой системы. Как правило, СД 2 дебютирует у лиц старше 40 лет, при этом, следует отметить, что у подавляющего большинства пациентов имеет место один или несколько факторов риска.

Диагностика на раннем этапе СД 2 позволяет назначить лечение своевременно, тем самым предупредить возможные осложнения данного заболевания, такие как: ретинопатия; полинейропатия; нефропатия и др [1].

По современным представлениям, СД2 манифестирует в ситуации, когда секреторные возможности β -клеток оказываются несостоятельными для преодоления барьера инсулинорезистентности. Основная роль в этой несостоятельности инсулярного аппарата отводится генетическим нарушениям, однако немаловажную роль в снижении секреторных резервов инсулярного аппарата играет так называемый «феномен глюкозотоксичности», за счет которого развивается апоптоз и гибель β -клеток. По статистическим данным, к моменту манифестации заболевания у пациентов функционирует только 50% от начального количества β -клеток, что подтверждает теорию постепенного прогрессирования нарушений углеводного обмена: от нормогликемии в условиях инсулинорезистентности и гиперинсулинемии до манифестации СД через последовательные стадии нарушения гликемии натощак и нарушенную толерантность к глюкозе [2].

Исходя из вышеизложенного, напрашивается вполне логичный вывод о том, что основным стратегическим направлением в лечении СД2 должно быть воздействие на инсулинорезистентность как главное патогенетическое звено в развитии заболевания. Снижая инсулинорезистентность, мы уменьшаем

нагрузку на инсулярный аппарат, сохраняя тем самым его секреторные возможности и снимая негативное влияние гиперинсулинемии на повышение аппетита, прибавку веса, состояние сердечно-сосудистой системы. Наиболее простой способ повышения чувствительности к инсулину – снижение веса за счет изменения образа жизни и характера питания, что, к сожалению, позволяет достичь целевого уровня гликемии менее чем у 30% пациентов с впервые выявленным СД2 [5]. В таких ситуациях необходимы средства, воздействующие на основное патогенетическое звено синдрома – инсулинорезистентность.

Коррекция расстройств гемореологии и перекисного окисления липидов. Постоянно идёт поиск новых и эффективных возможностей воздействия на указанные патологические механизмы. В последние годы значительный прорыв был достигнут благодаря раскрытию роли гипергликемии в развитии окислительного стресса и пониманию последовательности звеньев свободнорадикального окисления.

Вместе с тем, роль ферментов антиоксидантной защиты с введением в практику методов их количественной оценки также подверглась переоценке. Современной тенденцией является включение в комплексную терапию ИМ и СД не только гипогликемизирующих средств, но и препаратов, оказывающих влияние на уменьшение окислительного стресса и инсулинорезистентности, улучшение липидов и реологических свойств крови, снижение гипоксии и апоптоза клеток как миокарда, так и поджелудочной железы [7, 8].

Сегодня, в эпоху распространения бариатрической хирургии, имеются свидетельства несомненной пользы похудения для лечения всех компонентов метаболического синдрома. Так, исследование, проведенное на 100 000 медицинских сестер в возрасте от 30 до 55 лет, показало, что снижение массы тела более чем на 5 кг ассоциируется с пропорциональным снижением риска развития СД2. В Шведском Исследовании Ожирения (Swedish Obesity Study, SOS) шунтирование желудка и последующее похудение позволили добиться излечения СД2 у 69% пациентов: диагноз СД2 был снят у 72% пациентов спустя два года после операции [3, 5]. В целом, по результатам проведенных

исследований, ремиссия СД2 была достигнута у 76,8% пациентов, подвергшихся бариатрическим операциям [3, 6].

К ингибиторам ДПП-4 относятся вилдаглиптин, ситаглиптин и саксоглиптин, которые блокируют активность фермента ДПП-4, что приводит к возрастанию концентрации и увеличению продолжительности действия глюкогоноподобного пептида-1 и глюкозозависимого инсулиотропного полипептида. Принимаются эти лекарственные средства перорально и обеспечивают физиологический уровень инкретинов в крови, обладая значительно лучшей переносимостью по сравнению с аналогами глюкогоноподобного пептида-1 [4].

Выводы. Таким образом, использование блокаторов РААС, современных гипогликемических средств, таких как ингибиторы SGLT-2, а также вилдаглиптин у пациентов с СД II типа задерживают прогрессирования ХБП и снижают сердечно-сосудистые риски. Нефропротективный потенциал блокаторов РАСС, ингибиторов SGLT-2, а также вилдаглиптина заключается в стабилизации внутривисочечного кровотока, снижении экскреции альбумина с мочой и компенсации нарушений углеводного обмена. Органопротективные эффекты гипогликемических препаратов (ингибиторы SGLT-2, а также вилдаглиптин) в сочетании с возможностями блокаторов РААС следует использовать для замедления прогрессирования поражения почек при СД II типа и снижения сердечно-сосудистого риска еще в додиализном периоде ХБП.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Абдурахимов Абдухалим Холиддинович, Шадманов Алишер Каюмович, Шагазатова Барно Хабибуллаевна, Хегай Любовь Николаевна РОЛЬ САХАРНОГО ДИАБЕТА В РАЗВИТИИ ПОРАЖЕНИЯ ПОЧЕК ПРИ COVID-19 // Re-health journal. 2022. №2 (14).
2. Амвросова М. А. и др. Современные представления о сахарном диабете 2 типа. Приверженность к лечению пациентов с диагнозом: сахарный диабет 2 типа // Научно-методический электронный журнал Концепт. – 2017. – №. Т2. – С. 274-278.

3. Аметов А. С. Современные методы терапии сахарного диабета 2 типа //РМЖ. – 2008. – Т. 16. – №. 4. – С. 170-177.
4. Вербовой А. Ф., Шаронова Л. А., Долгих Ю. А. Современные возможности лечения сахарного диабета 2 типа //Поликлиника. – 2017. – №. 1-2. – С. 16-19.
5. Дедов И. И. и др. Фармакоэкономическое моделирование отдаленных результатов лечения сахарного диабета 2 типа у пациентов, получавших современные аналоги инсулина по сравнению с терапией пероральными сахароснижающими препаратами //Сахарный диабет. – 2010. – №. 1. – С. 101-110.
6. Корниенко Е. А. и др. Современные взгляды на этиопатогенез инфаркта миокарда при сахарном диабете 2 типа и методы лечения (обзор литературы) //Вестник новых медицинских технологий. Электронное издание. – 2015. – Т. 9. – №. 2. – С. 36.
7. Муркамилов И. Т. и др. Современные методы замедления прогрессирования хронической болезни почек при сахарном диабете II типа //Вестник современной клинической медицины. – 2020. – Т. 13. – №. 4. – С. 76-85.
8. Недосугова Л. В. Препараты сульфонилмочевины в современной стратегии лечения сахарного диабета 2 тип //Сахарный диабет. – 2011. – №. 2. – С. 99-109.
9. Смирнова О. М. Современные принципы лечения сахарного диабета 2 типа //РМЖ. – 2001. – Т. 9. – №. 2. – С. 74-76.
10. Сунцов Ю. И. Современные сахароснижающие препараты, используемые в России при лечении сахарного диабета 2 типа //Сахарный диабет. – 2012. – №. 1. – С. 6-9.
11. Шмюэль Л., Филиппов Ю. И., Горельшев А. С. Сахарный диабет 2 типа: время изменить концепцию //Сахарный диабет. – 2013. – №. 1 (58). – С. 91-102.