ПРАКТИКА САМОКОНТРОЛЯ ГЛИКЕМИИ И ЕГО ИНФОРМАТИВНОСТЬ У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА В РЕАЛЬНОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

¹Петров А.В., ¹Стронгин Л.Г., ²Тарадайко Н.Ю.

¹ФГБОУ ВО «Приволжский исследовательский медицинский университет» МЗ РФ,
Нижний Новгород

²ГБУЗ НО «Нижегородская областная клиническая больница им.Н.А.Семашко», Нижний Новгород

ЦЕЛЬ: оценить применение самоконтроля гликемии пациентами с сахарным диабетом 2 типа, влияющие на него факторы и связь результатов с показателями гликированного гемоглобина (HbA_{1c}).

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ: проанализированы данные 1196 пациентов, обследованных в 2010–2015 гг. в рамках клинических исследований кафедры, в том числе 939 — при работе мобильного диабетологического центра Нижегородской области. Пациенты были разделены на группы не проводящих регулярного измерения гликемии (СК0), измеряющих гликемию только натощак (СК1) и группу проводящих измерения натощак и в течение дня (СК2). Была собрана информация о минимальной и максимальной гликемии в течение последнего месяца, определены показатели средней гликемии, абсолютного (MAD) и относительного (MARD) размаха гликемии. Данные приведены в формате $M \pm SD$, для статистического анализа использовались оценка корреляции Спирмена, тесты Хи-квадрат Пирсона и Крускала-Уоллеса.

РЕЗУЛЬТАТЫ: доля пациентов групп СК1 и СК2 составила 28% и 24% среди получавших таблетированные сахароснижающие препараты (ТСП); 38 и 36% пациентов на инсулинотерапии; самоконтроль не проводили 47 и 26% пациентов в каждой подгруппе ($p < 0,0001$). Самоконтроль был связан с достоверным улучшением гликемического контроля (HbA_{1c} $7,5 \pm 1,8$ vs. $7,6 \pm 1,6$ vs. $7,1 \pm 1,6$ для групп СК0–1–2 пациентов на терапии ТСП, $p = 0,04$; $8,9 \pm 1,7$ vs. $8,5 \pm 1,5$ vs. $8,4 \pm 1,7$ на инсулинотерапии, $p = 0,01$).

Результаты самоконтроля достоверно коррелировали с уровнем HbA_{1c} ($p < 0,0001$ для всех показателей). Наибольшая сила корреляции отмечалась для среднего и максимального уровня гликемии ($R = 0,63$ и $0,61$ соответственно). Средней силы корреляция выявлена для минимального уровня гликемии ($R = 0,48$) и слабая — для MAD и MARD ($R = 0,39$ и $0,24$). У пациентов с гипогликемиями достоверно ниже были показатели минимальной гликемии ($6,5 \pm 2,7$ vs. $7,6 \pm 2,3$ ммоль/л, $p = 0,002$) и MARD (38 ± 42 vs. $18 \pm 21\%$, $p = 0,03$).

Пациенты разных групп самоконтроля не имели значимых отличий по возрасту, длительности диабета, распространенности гипертонической болезни, ИБС и ОНМК, уровню альбуминурии. Более интенсивный самоконтроль был связан с несколько большим уровнем креатинина (72 ± 22 vs. 68 ± 20 vs. 66 ± 23 в группах СК2, СК1 и СК0 соответственно, $p = 0,003$), но меньшей распространенностью ретинопатии (56% vs. 51% vs. 71% , $p = 0,003$).

ВЫВОДЫ: значительное количество пациентов с сахарным диабетом 2 типа не проводит самоконтроль гликемии или же ограничивается измерением гликемии натощак, у этих пациентов отмечается худший гликемический контроль. Убедительных различий по распространенности микросудистых осложнений не получено, что может быть обусловлено отличиями течения заболевания.

Оценка минимального и максимального уровня гликемии при минимальной затрате времени позволяет получить информацию, характеризующую качество управления сахарным диабетом. Хроническую гипергликемию лучше отражают показатели средней и максимальной гликемии, а риск гипогликемий — минимальная гликемия и MARD.

Показатели минимального и максимального уровня гликемии могут рассматриваться как наиболее простой вариант оценки углеводного обмена при невозможности детального анализа дневников самоконтроля, памяти глюкометра и обсуждения результатов самоконтроля с пациентами.