

УДК 615.874.2: 616.379-008.64

*М. П. Каплиева*  
Учреждение образования  
«Гомельский государственный медицинский университет»  
г. Гомель, Республика Беларусь

## РОЛЬ ДИЕТЫ В ЛЕЧЕНИИ САХАРНОГО ДИАБЕТА ТИПА 2

### *Введение*

Сахарный диабет типа 2 (СД типа 2) патогенетически обусловлен инсулинорезистентностью, триггером для которой является висцеральное ожирение. По валидации факторов риска СД типа 2 наиболее значимыми являются гиподинамия и алиментарный дисбаланс, способствующие дисфункции  $\beta$ -клеток островкового аппарата поджелудочной железы, глюкозотоксичности и последующему цитолизу этих клеток [3].

За последние два десятилетия в Республике Беларусь отмечается значительный рост численности людей с избыточной массой тела и ожирением с сопутствующим СД типа 2, который чаще всего выявляется случайно при общеклиническом обследовании в поликлинике или стационаре. Манифестная гипергликемия свидетельствует о многолетнем нарушении углеводного обмена, предшествующем установлению диагноза.

Основным принципом лечения СД типа 2 является изменение образа жизни, включающее диету и физическую активность, а также гипогликемизирующая терапия. Большинство пациентов готово принимать пероральные сахароснижающие препараты, не уделяя должного внимания образу жизни и питанию, без соблюдения которых невозможно успешное лечение СД типа 2 [1].

### *Цель*

Проанализировать особенности соблюдения диеты у пациентов с СД типа 2 и избыточной массой тела.

### *Материалы и методы исследования*

Под нашим наблюдением в течение 12 лет находились 36 пациентов с СД типа 2. На момент установления диагноза показатели гликемии натощак в капиллярной крови в этой группе пациентов по данным индивидуального анализа были выше 6,5 ммоль/л и ниже 9,9 ммоль/л, а показатель гликированного гемоглобина находился в пределах от 6,0 до 7,5 %. У всех пациентов была избыточная масса тела, индекс массы тела (ИМТ) составлял 27,4 кг/м<sup>2</sup> (25,8; 33,6). В анамнезе острых сосудистых событий не было.

### *Результаты исследования и их обсуждение*

Со всеми пациентами при установлении диагноза индивидуально проводилась беседа о правилах питания и режимах физической активности [1]. Обязательным требованием было ведение пациентами «дневника диабетика» с записями измерений тощаковой и постпрандиальной гликемии минимум два раза в день, а также состава и количества пищи на каждый прием ежедневно. Из гипогликемизирующих средств всем был назначен метформин в титрационном режиме. Мотивация изменения образа жизни базировалась на психологических доминантах: самовоспитание организованности; самодисциплина; получение удовольствия от результатов работы над собой [2]. Ежемесячные консульта-

ции в первый год наблюдения пациентов показали, что лишь 15 человек (подгруппа 1) из 36 соблюдали все рекомендации и выполняли требования по ведению «дневника диабетика». В течение первого года наблюдения у всех пациентов не было увеличения ИМТ. В подгруппе 1 доминанта «самодисциплина» сформировалась через 1,3 года (1,1; 2,4). За период 3 года у всех пациентов подгруппы 1 нормализовался ИМТ, доза метформина была уменьшена у 11 человек, а у 4 — метформин был отменен. Показатели углеводного обмена соответствовали компенсации и субкомпенсации. Доминанта получения удовольствия от самоконтроля образа жизни сформировалась через 4,3 года (3,2; 5,4) у пациентов подгруппы 1. В течение 12 лет наблюдения у 12 пациентов из подгруппы 1 выявлены минимальные проявления дистальной диабетической полинейропатии (по данным компьютерной миографии и подиатрического обследования). Лечение СД типа 2 поддерживалось соблюдением образа жизни без наращивания сахароснижающей терапии. У 21 человека (подгруппа 2), не соблюдавших строгие рекомендации образа жизни и не сформировавших внутреннюю самодисциплину, отмечалась хроническая декомпенсация углеводного обмена и увеличение ИМТ. Через 12 лет наблюдения в этой подгруппе 16 человек получают инсулинотерапию, из них у 2 человек установлен синдром диабетической стопы и у 1 — выполнена ампутация нижней конечности. За период наблюдения 8 человек перенесли острые сосудистые события.

Таким образом, анализ результатов динамического наблюдения пациентов с СД типа 2 и избыточной массой тела показал, что ранняя диагностика СД типа 2 и соблюдение диабетической диеты играют наиважнейшую роль в успешном лечении и компенсации СД типа 2, предупреждении сосудистых событий и сохранении качества жизни. Мотивация и приверженность лечению диетой является ключевым фактором в ведении пациентов с СД типа 2.

### **Выводы**

1. Назначение диетотерапии при СД типа 2 должно быть персонализированным и сопровождаться обязательным ведением «дневника диабетика» при амбулаторном ведении пациентов.
2. Результаты самоконтроля должны всегда анализироваться врачом и обсуждаться с пациентом, что формирует мотивацию успешного лечения СД типа 2.
3. Формирование приверженности диетотерапии должно опираться на воспитание организованности пациентов, самодисциплину и получение удовольствия от результатов работы над собой.
4. Адекватная диетотерапия и физическая активность способствуют сохранению эндогенной секреции инсулина, а также редукции гипогликемизирующей терапии у пациентов с СД типа 2.

### **СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ**

1. Диетология / под ред. А. Ю. Барановского. – 5-е изд. – СПб.: Питер, 2017. – 1104 с.
2. Ерёма, А. В. Особенности самоконтроля сахарного диабета 2 типа: результаты оценки качественных и количественных параметров / А. В. Ерёма // Проблемы здоровья и экологии. – 2022. – Т. 19, № 1. – С. 55–64.
3. Profiles of Glucose Metabolism in Different Prediabetes Phenotypes, Classified by Fasting Glycemia, 2-Hour OGTT, Glycated Hemoglobin, and 1-Hour OGTT: An IMI DIRECT Study / A. Tura [et al.] // Diabetes. – 2021. – Vol. 70. – P. 2092–2106.