

САХАРНЫЙ ДИАБЕТ 2-ТИПА, СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ДИЕТА, ФИЗИЧЕСКАЯ АКТИВНОСТЬ ИЛИ ОБА ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ ИЛИ ЗАДЕРЖКИ САХАРНОГО ДИАБЕТА 2-ГО ТИПА И СВЯЗАННЫХ С НИМ ОСЛОЖНЕНИЙ У ЛЮДЕЙ С ПОВЫШЕННЫМ РИСКОМ РАЗВИТИЯ САХАРНОГО ДИАБЕТА 2-ГО ТИПА

Канат Шамсудин Канатулы

студент, Международного казахско-турецкого университета имени Х.А.Ясави, Казахстан, г. Туркестан

Хабибуллаева Шохид Бостановна

научный руководитель, магистр, преподаватель Международного казахско-турецкого университета имени Х.А.Ясави, Казахстан, г. Туркестан

Вступление. По официальным данным, в Казахстане насчитывается 273 тысячи человек с диабетом. Но эксперты говорят, что фактическое количество забаливаемых в три раза больше и каждый раз это число растет.

По официальным данным, число зарегистрированных сахарных диабетиков в Казахстане составляет 273 тысячи человек. Их ряды растут быстрее с каждым годом. Так, в 2006 году в стране насчитывалось 151 тысяча пациентов, а в 2013 году - 225 тысяч человек.

Президент Казахстанской диабетической ассоциации Лейла Жубандыкова говорит, что число пациентов с диабетом в стране намного больше, чем официально сообщили.

- В Казахстане около 700 тысяч человек с диабетом. Большинство пациентов не знают, что сахар увеличился. Те, кто страдает от первого типа сахарного диабета, попадают в ловушку. Второй тип симптомов не является симптомом в течение длительного времени. Так много людей знают очень поздно, что у них диабет ».

В Казахстане пациенты с диабетом полностью оснащены инсулинорезистентными препаратами.

- Но есть нехватка сахарного измерительного прибора. 10 коробок в год для каждого пациента. В одной коробке имеется 500 тест-полосок. Это на год не хватает. Потому что пациент должен проверять кровь пять раз в день », - говорит она.

По данным Международной федерации диабета, около 700 000 человек страдают диабетом в Казахстане. То есть Казахстан является второй после Узбекистана (900 тысяч человек). В Таджикистане насчитывается 204 000 человек, 173 000 человек в Туркменистане и 102 000 человек в Кыргызстане, страдающих сахарным диабетом.

Международная федерация считает, что количество сахарного диабета в Казахстане превысит 1 миллион к 2040 году.

Казахстанские специалисты говорят, что большинство населения не обращает внимания на контроль уровня сахара в крови, они находятся в добром здравии, и после чего они опаздывают на диагностику.

- Люди старше 45 лет, страдающие тяжелым весом и гипертонией, должны несколько раз обследоваться на предмет диабета. Этот тип дисфункции является наследственной

заболевании. Поэтому следует часто обследовать одного из родственников людей с диабетом.

По словам Галины Сейтматовой, эндокринолога в Алматинской городской клинической больнице № 10, сахарный диабет вызван недоеданием и стрессом.

- Прежде всего, недоедание и инсульт часто приводят к диабету. Желательно ограничить количество углеводов, сладких пирожных, конфет и меда. Фаст-фуд, жареный картофель и хрустящий хлеб следует съесть немного. Нам нужно заниматься спортом и передвигаться. Если у вас сухость во рту и испытываете жажду, советуем вам сразу же обратиться к врачу », - говорит врач.

По данным Всемирной организации здравоохранения, сейчас в мире насчитывается более 420 миллионов человек с диабетом, и эта цифра может достигать 600 миллионов в 2040 году.

СД диагностирован более чем у 200 млн. человек в мире. В России зарегистрированная распространенность СД составляет около 1,5% населения (при этом, по данным экспертов, фактическая распространенность должна быть в 3-4 раза выше); в Европе около 5% населения болеет СД. При этом распространенность СД увеличивается с возрастом и составляет 10% у лиц старше 65 лет. По прогнозам специалистов, число больных СД будет удваиваться каждые 12-15 лет, т.е. можно говорить об эпидемии СД среди взрослого населения. Это связано с особенностями образа жизни населения в настоящее время (высококалорийное питание, низкая физическая активность) и происходящими социально-экономическими изменениями. Обычно в структуре СД 90-95% составляют больные СД 2 типа. Аутоиммунный вариант СД 1 типа ранее называли инсулинзависимым, а также ювенильным СД. Он является результатом клеточно-опосредованной аутоиммунной деструкции β -клеток поджелудочной железы, обычно ведущей к абсолютному дефициту инсулина. СД 2 типа ранее назывался инсулиннезависимым СД, а также СД взрослых. В основе СД 2 типа лежит резистентность

к инсулину и/или его недостаточность (относительная чаще, чем абсолютная). По крайней мере, в начале заболевания, а часто и на всем протяжении жизни, такие больные не нуждаются в инсулинотерапии для выживания (но могут нуждаться – для хорошего контроля). Большинство больных с СД 2 типа страдают ожирением, в результате которого развивается инсулинрезистентность. Секреция инсулина у этих больных неполноценна и не может компенсировать инсулинрезистентность.

ЗАДНИЙ ПЛАН:

Прогнозируемый рост заболеваемости сахарным диабетом 2-го типа (T2DM) может стать серьезной проблемой со здоровьем во всем мире. Неизвестно, будет ли диета, физическая активность или и то, и другое предотвращать или задерживать Сахарный диабет 2 типа и связанные с ней осложнения у людей с повышенным риском.

ЦЕЛИ:

Оценить влияние диеты, физической активности или обоих на предотвращение или задержку T2DM и связанные с ним осложнения у людей с повышенным риском развития T2DM.

ПОИСКОВЫЕ МЕТОДЫ:

Это обновленная версия Кокрановского обзора, опубликованная в 2008 году. Мы искали веб-сайт CENTRAL, MEDLINE, Embase, ClinicalTrials.gov, ICTRP и справочные списки систематических обзоров, статей и отчетов об оценке технологий здравоохранения. Дата последнего поиска всех баз данных - январь 2017 года. Мы постоянно использовали услугу электронной почты MEDLINE для идентификации недавно опубликованных исследований с использованием той же стратегии поиска, что и для MEDLINE до сентября 2017 года.

КРИТЕРИЙ ВЫБОРА:

Мы включили рандомизированные контролируемые исследования (РКИ) продолжительностью два года или более.

СБОР И АНАЛИЗ ДАННЫХ:

Мы использовали стандартную методологию Cochrane для сбора и анализа данных. Мы оценили общее качество доказательств с использованием GRADE.

ОСНОВНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ:

Мы включили 12 РКИ, рандомизирующих 5238 человек. В одном исследовании участвовало 41% всех участников. Продолжительность интервенций варьировала от двух до шести лет. Мы не оценили ни одно из включенных исследований с низким риском предвзятости для всех областей риска «смещения». Еще одно испытание сравнивало диету и физическую активность со стандартным или отсутствием лечения.

Девять РКИ включали участников с нарушенной толерантностью к глюкозе (IGT), один РКИ включал участников с IGT, нарушения глюкозы натощак натощак (IFG) или обоих, и один RCT включал людей с уровнем глюкозы натощак от 5,3 до 6,9 ммоль / л. Всего в 2049 участниках диеты и групп физической активности произошло 12 смертей, по сравнению с 10 из 2050 участников групп сравнения (ОР 1.12, 95% ДИ от 0,50 до 2,50, 95% -ный интервал прогнозирования от 0,44 до 2,88, 4099 участников, 10 исследований, очень низкого качества доказательств). Определение частоты T2DM варьировалось среди включенных исследований. В общей сложности 315 из 2122 пациентов с диетами плюс физические участники (14,8%) разработали T2DM по сравнению с 614 из 2389 участников компаратора (25,7%) (ОР 0,57, 95% ДИ 0,50-0,64, 95% -ный интервал прогнозирования 0,50-0,65, 4511 участников, 11 исследований доказательства умеренного качества). В двух исследованиях сообщалось о серьезных неблагоприятных событиях. В одном исследовании побочных эффектов не произошло. В другом исследовании один из 51 диеты и физических участников активности по сравнению с ни одним из 51 участников-компараторов не испытал серьезного неблагоприятного события (некачественные доказательства). Часто сообщалось о сердечно-сосудистой смертности (четыре из 1626 диет, плюс участники физической активности и четыре из 1637 участников-компараторов (PP варьировались от 0,94 до 3,16, 3263 участников, 7 исследований, очень низкого качества). Только в одном исследовании сообщалось, фатальный инфаркт миокарда или нефатальный инсульт (данные низкого качества). В двух исследованиях сообщалось, что ни у одного из участников не наблюдалась гипогликемия. В одном исследовании было изучено качество жизни, связанное со здоровьем, у 2144 участников и отметили, что минимальное важное различие между вмешательством (некачественные данные). В трех исследованиях оценивались затраты на вмешательства в 2755 участниках. В самом крупном испытании этих данных был проанализирован анализ затрат с точки зрения системы здравоохранения и перспективы общества, отражающий 31 500 долл. США и 51 600 долл. США на качество, (QALY) с диетой плюс физическая активность соответственно (данные низкого качества). Не было данных о слепоте или конечная стадия заболевания почек. В одном исследовании сравнивалось вмешательство только с диетой с вмешательством в физическую активность или стандартное лечение. Участники имели IGT.

Три из 130 участников диетической группы по сравнению с ни одним из 141 участников группы физической активности не умерли (очень низкокачественные данные). Ни один из участников не умер из-за сердечно-сосудистых заболеваний (очень низкого качества доказательств).

В общей сложности 57 из 130 участников диеты (43,8%) по сравнению с 58 из 141 участников физической активности (41,1%) разработали T2DM (очень низкокачественные данные). Никаких побочных эффектов не было зарегистрировано (очень низкокачественные данные). Не было данных о нефатальном инфаркте миокарда, нефатальном инсульте, слепоте, конечной стадии почечной болезни, связанном со здоровьем качестве жизни или социально-экономических последствиях. Два исследования сравнивали физическую активность со стандартным лечением у 397 участников. В одном исследовании участвовали участники с IGT, в другом исследовании участвовали участники IGT, IFG или оба. В одном исследовании сообщалось, что ни один из 141 участников физической активности по сравнению с тремя из 133 контрольных участников не умер. В другом исследовании сообщалось, что три из 84 участников физической активности и один из 39 контрольных участников умерли (очень низкокачественные доказательства). В одном испытании T2DM развилось у 58 из 141 участников физической активности (41,1%) по сравнению с 90 из 133 контрольных участников (67,7%). В другом исследовании 10 из 84 участников физической активности (11,9%) по сравнению с семью из 39 контрольных участников (18%) разработали T2DM (очень низкокачественные данные). Серьезные побочные эффекты редко сообщались (в одном исследовании не отмечалось никаких событий, одно исследование описывало события у трех из 66 участников физической активности по сравнению с одним из 39 участников контроля -

очень низкокачественные данные). Только одно исследование сообщило о сердечно-сосудистой смертности (ни один из 274 участников не умер - очень низкокачественные данные). Нефатальный инфаркт миокарда или инсульт редко наблюдались в одном исследовании, рандомизирующем 123 участника (очень низкокачественные данные). В одном исследовании сообщалось, что ни один из участников исследования не испытывал гипогликемии. В одном исследовании, посвященном качеству жизни, связанным со здоровьем у 123 участников, не было выявлено существенных различий между группами вмешательства (очень низкокачественные данные). Не было данных о слепоте или социально-экономических последствиях.

ВЫВОДЫ АВТОРОВ:

Нет никаких убедительных доказательств того, что только диета или физическая активность по сравнению со стандартным лечением влияют на риск T2DM и особенно связанные с ним осложнения у людей с повышенным риском развития T2DM. Однако диета и физическая активность уменьшают или замедляют распространение T2DM у людей с IGT. Отсутствуют данные о влиянии диеты и физической активности людей с промежуточной гипергликемией, определяемой другими гликемическими переменными. Большинство РКИ не исследовали важные для пациента результаты.

Список литературы:

1. Сахарный диабет - Фадеев П.А. - Справочное пособие
2. "Сахарный диабет. Современная энциклопедия" (Татьяна Евгеньевна Карамышева)
3. Сахарный диабет - Юлия Владимировна Назина
4. Сахарный диабет 2 типа - И.И. Дедов, Е.В. Суркова, А.Ю. Майоров
5. http://zinref.ru/000_uchebniki/03200medecina/004_00_endokrinologia_dedov_2009/047.htm