

# ГЛИКЕМИЧЕН КОНТРОЛ

Как влияе лошият гликемичен контрол върху лечението на захарния диабет?

## Клинична цел при лечението на захарния диабет

Клиничната цел при лечението на захарния диабет е да се постигне добър гликемичен контрол при възможно най-малко случаи на хипогликемия или други нежелани реакции, свързани с лечението.<sup>1</sup>

Гликираният хемоглобин ( $HbA_{1c}$ ) е показател за гликемичния контрол в дългосрочен план, който отразява средните нива на кръвна глюкоза през предходните 2-3 месеца и се определя както от нивата на плазмена глюкоза на гладно (ПГГ), така и от стойностите на постпрандиална плазмена глюкоза (ППГ).<sup>2</sup>

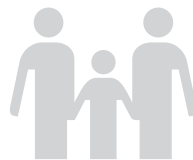
Добрият гликемичен контрол предотвратява или забавя възникването на микросъдови усложнения и понижава риска от сърдечносъдова смърт или смърт, свързана с диабета.<sup>3</sup>

При пациенти със ЗДТ2 всяко понижаване на нивата на  $HbA_{1c}$  с 1% е свързано с ...

37% по-нисък риск от микросъдови усложнения<sup>3</sup>

21% по-нисък риск от смърт, свързана с диабета<sup>3</sup>

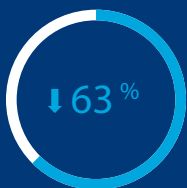
14% по-нисък риск от миокарден инфаркт<sup>3</sup>



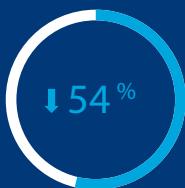
Ползите от интензивна терапия при пациенти със ЗДТ2 се запазват в продължение на 10 години.<sup>4</sup>

При пациенти със ЗДТ1 е установено, че интензивната терапия понижава риска от усложнения на захарния диабет в сравнение с конвенционалното<sup>†</sup> лечение.<sup>5</sup>

Всяко понижаване на нивата на  $HbA_{1c}$  с 10% при пациенти със ЗДТ1 е свързано с:



риск от ретинопатия<sup>5</sup>



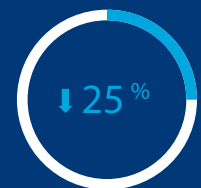
риск от албуминурия<sup>5</sup>



риск от клинично изявена невропатия<sup>5</sup>



риск от клинично изявена ретинопатия<sup>5</sup>



риск от клинично изявена нефропатия<sup>6</sup>

<sup>†</sup>инсулинова помпа или  $\geq 3$  инжекции инсулин на ден;  
<sup>‡</sup> 1-2 инжекции на инсулин на ден

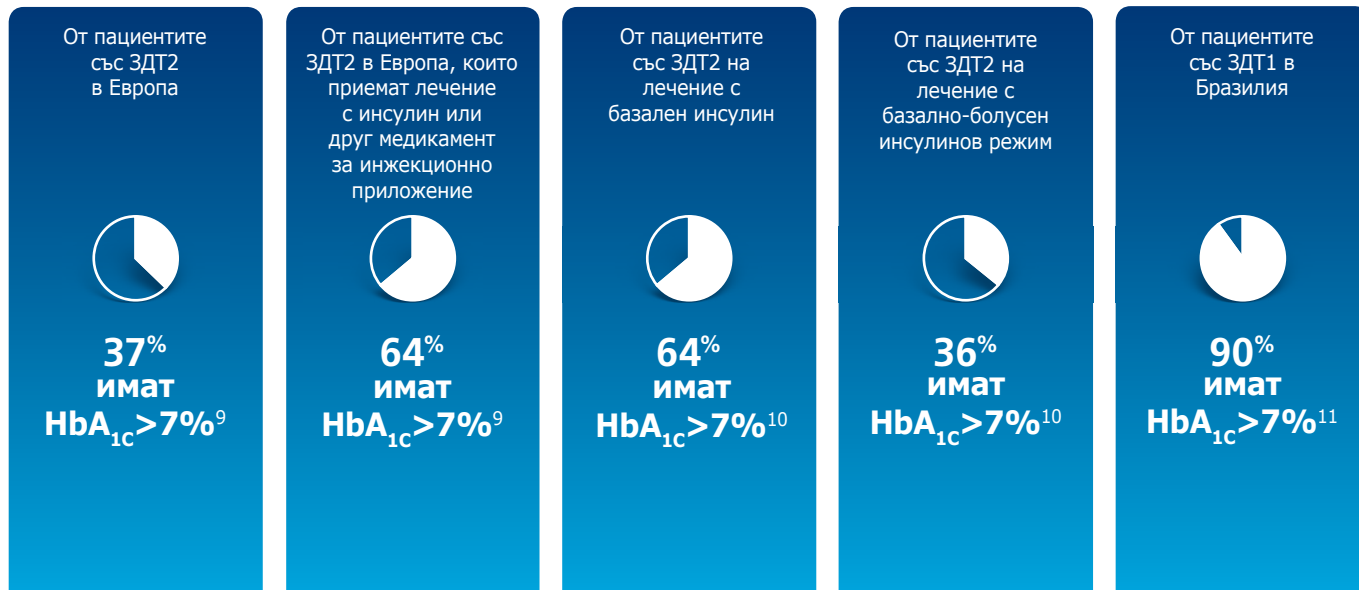
## Препоръчителни гликемични цели

Международната диабетна федерация (IDF), Американската диабетна асоциация (ADA) и Европейската асоциация за изследване на диабет (EASD) препоръчват прицелни нива на  $HbA_{1c} < 7\%$ .<sup>1,7,8</sup> Американската диабетна асоциация (ADA) и Европейската асоциация за изследване на диабет (EASD) препоръчват при различните пациенти да се прилагат по-строги (6,0-6,5%) или не толкова строги (7,5-8,0%) прицелни стойности и подчертават, че е важно прицелните стойности да бъдат индивидуализирани според пациента.<sup>1,8</sup>

# При много пациенти със захарен диабет не се поддържа оптимален гликемичен контрол

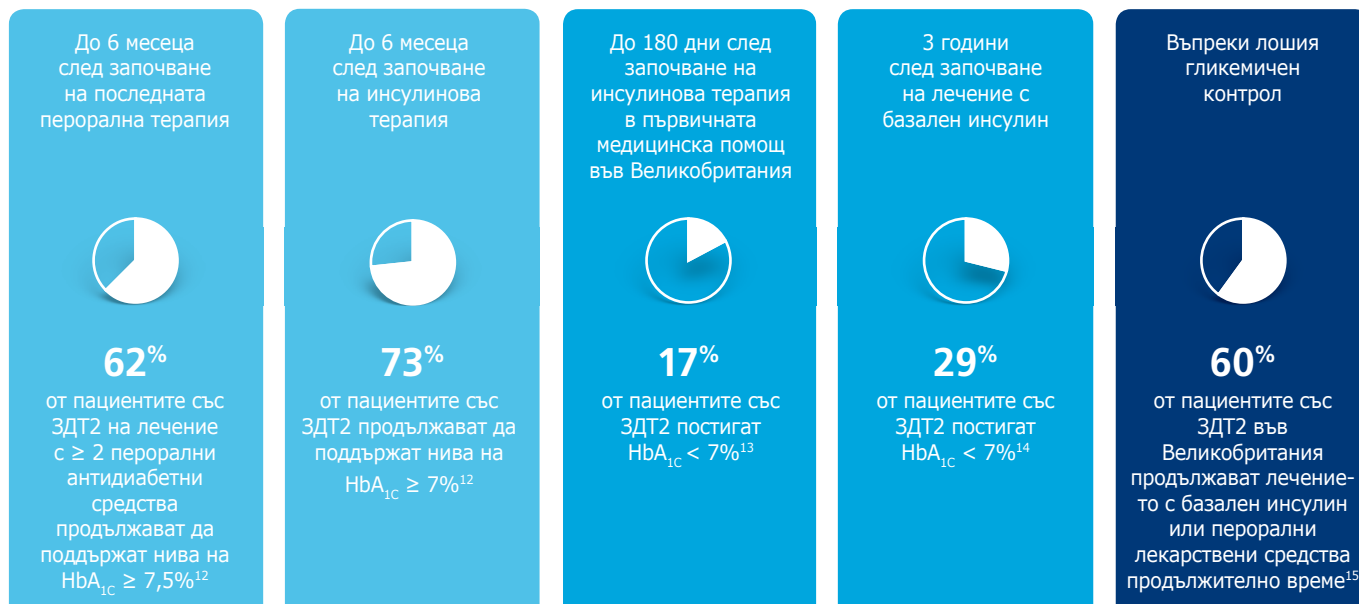
## Неадекватен гликемичен контрол

При голяма част от пациентите със захарен диабет гликемичният контрол не е адекватен ( $HbA_{1c} \geq 7\%$ ).<sup>9-11</sup>



## Режимите на лечение не се интензифицират според необходимостта

Въпреки интензифицираното лечение на захарния диабет, нивата на  $HbA_{1c}$  продължават да бъдат над прицелните стойности, което показва, че е необходимо допълнително интензифициране на лечението.<sup>12-15</sup>



Съкращения: ADA: Американска диабетна асоциация; EASD: Европейска асоциация за изследване на диабет; ППГ: плазмена глюкоза на гладно;  $HbA_{1c}$ : гликиран хемоглобин; IDF, Международна диабетна федерация; ПАС: перорално антидиабетно средство; ППГ: постпрандиална плазмена глюкоза; ЗДТ1: захарен диабет тип 1; ЗДТ2: захарен диабет тип 2.

### Източници:

1. ADA, Diabetes Care 2015;38 Suppl 1:S1-93.
2. Woerle et al, Diabetes Res Clin Pract 2007;77(2):280-5.
3. Stratton et al, BMJ 2000;321(7258):405-12.
4. Holman et al, NEJM 2008;359(15):1577-89.
5. DCCT Research Group, N Engl J Med 1993;329(14):977-86.
6. DCCT Research Group, JAMA 2002;287(19):2563-9.
7. IDF Global guideline for type 2 diabetes 2012. Available at: [www.idf.org/globalguideline-type-2-diabetes-2012](http://www.idf.org/globalguideline-type-2-diabetes-2012) (accessed: 5 Nov 2015).
8. Inzucchi et al, Diabetes Care 2012;35(6):1364-79.
9. de Pablos-Velasco et al, Clin Endocrinol 2014;80(1):47-56.
10. Giugliano et al, Diabetes Care 2011;34(2):510-7.
11. Mendes et al, Acta Diabetol 2010;47(2):137-45.
12. Calvert et al, Br J Gen Pract 2007;57(539):455-60.
13. Blak et al, Diabet Med 2012a;29(8):e191-8.
14. Dale et al, Prim Care Diabetes 2010;4(2):85-9.
15. Blak et al, Diabet Med 2012b;29(7):e13-20.