

Качество жизни пациентов с сахарным диабетом типа 2 на фоне комплексной сахароснижающей терапии с использованием глимепирида (Амарила)

И.Ю. Демидова, А.К. Рагозин, Н.Г. Игнатова

Кафедра эндокринологии и диабетологии факультета усовершенствования врачей РГМУ, Москва

Данные о влиянии интенсивной сахароснижающей терапии на качество жизни больных СД типа 2 спорны и требуют дальнейшего уточнения.

Цель исследования: оценить качество (КЖ) пациентов с СД типа 2 на фоне интенсивной комбинированной сахароснижающей терапии с использованием преимуществ одного из современных производных сульфонилмочевины, глимепирида.

Материалы и методы: Было отобрано 30 больных СД типа 2, имеющие уровень $HbA_{1c} \geq 7,0\%$, без тяжелых соматических заболеваний, находившиеся на любой сахароснижающей терапии, но не принимавшие до этого глимепирид, с высокой мотивацией и возможностью проведения регулярного самоконтроля углеводного обмена в домашних условиях. Оценивались уровень HbA_{1c} , ИМТ, массы тела до, через 2, 12 и 64 недели наблюдения. КЖ пациентов оценивалось при помощи русской версии вопросника EQ-5D в динамике.

Результаты: Закончили исследование 28 пациентов. Два пациента выбыли. Это были 12 мужчин и 16 женщин в возрасте от 29 до 74 ($57,61 \pm 10,46$). К концу периода наблюдения 23 пациента получали комбинацию глимепирида с метформином и 5 человек — глимепирид с изофановым инсулином. На фоне подобранной терапии практически 60% пациентов поддерживали уровень HbA_{1c} в течение года последующего наблюдения $< 7,0$. Средний уровень HbA_{1c} до включения в исследование, через 3 месяца и в конце периода наблюдения составил $9,16 \pm 1,86$, $7,56 \pm 1,61$ и $7,13 \pm 0,61\%$ соответственно. При оценке КЖ к концу исследования имелась отчетливая тенденция к улучшению общего счета оцениваемой шкалы ($0,68 \pm 0,29$ vs $0,85 \pm 0,19$ [$p < 0,01$]). Была выявлена достоверная обратная зависимость между уровнем HbA_{1c} в течение всего исследования с данными термометра и показателями общего счета EQ-5D ($r_1 = -0,30$ [$p = 0,02$], $r_2 = -0,34$ [$p = 0,004$] соответственно).

Заключение: Мы выявили достоверное положительное влияние выбранной схемы комбинированной сахароснижающей терапии на КЖ пациентов с СД типа 2. Улучшение КЖ напрямую зависело от достижения улучшения и поддержания компенсации СД.

Введение. Сахарный диабет типа 2 (СД тип 2) является гетерогенным заболеванием, в основе патогенеза которого лежат как минимум три механизма, приводящие к гипергликемии: инсулинорезистентность, нарушенная секреция инсулина β -клетками островков Лангерганса и повышенная продукция глюкозы печенью. Хроническая гипергликемия приводит к развитию по-

здних сосудистых осложнений, которые определяют высокую смертность и раннюю инвалидизацию больных. СД типа 2 развивается в основном у лиц старшей возрастной группы, которые к этому времени часто имеют другие сопутствующие заболевания. Однако при наличии СД качество жизни (КЖ) пациентов в основном определяется течением и степенью компенсации

Критерии компенсации сахарного диабета типа 2

Таблица 1

Показатели	Низкий риск	Риск макроангиопатии	Риск микроангиопатии
HbA_{1c} [%]	$< 6,5$	$> 6,5$	$> 7,5$
Глюкоза плазмы венозной крови			
Натощак [ммоль/л (мг%)]	$< 6,1$ (110)	$> 6,1$ (110)	$> 7,0$ (126)
Глюкоза цельной капиллярной крови (самоконтроль)			
Натощак [ммоль/л (мг%)]	$< 5,5$ (100)	$> 5,5$ (100)	$> 6,1$ (110)
После еды (пик) [ммоль/л (мг%)]	$< 7,5$ (135)	$> 7,5$ (135)	$> 9,0$ (160)

этого заболевания. В настоящее время под термином КЖ подразумевается способность индивидуума функционировать в обществе соответственно своему социальному положению и получать удовлетворение от жизни. Определение КЖ широко используется при различных хронических заболеваниях, в частности для оценки проводимой фармакотерапии.

Результаты UKPDS (протокол 38) [1] показали, что снижение уровня HbA_{1c} , истинного критерия компенсации углеводного обмена всего с 7,9% до 7,0% уже позволило снизить риск развития всех поздних сосудистых осложнений СД типа 2 на 12%, острого инфаркта миокарда на 16%, микроангиопатий на 25%, но не избежать их полностью. Вероятнее всего подобный факт был связан с тем, что большинство пациентов получали сахароснижающую монотерапию, что препятствовало достижению истинных критериев компенсации СД типа 2 (табл. 1), которые реально снижают риск развития поздних осложнений. Достижение компенсации СД типа 2, а именно уровня $HbA_{1c} < 6,5\%$ возможно лишь у хорошо ориентированных в своем заболевании пациентов, проводящих самоконтроль, при использовании комбинированной сахароснижающей терапии, позволяющей воздействовать на все патогенетические механизмы развития гипергликемии [2, 3]. Такие повышенные требования к больным, несомненно, могут сказаться на их КЖ [4, 5]. В этой связи мы провели исследование, целью которого явилась оценка КЖ пациентов с СД типа 2 на фоне комплексной сахароснижающей терапии с использованием преимуществ [6, 7] глимепирида (Амарила).

Пациенты и методы. В исследование были включены взрослые пациенты с СД типа 2, обратившиеся в КДЦ ГКБ № 1 им. Н.И. Пирогова с целью пройти обучение в «Школе больного сахарным диабетом». Это были мужчины и женщины ($n=30$) в возрасте от 40 до 74 лет с СД 2 типа в фазе декомпенсации (уровень HbA_{1c} на момент включения $\geq 7,0\%$), без тяжелых соматических заболеваний, находившиеся на любой сахароснижающей терапии, но не принимавшие до этого Амарил, имеющие высокую мотивацию и возможность проведения регулярного самоконтроля углеводного обмена в домашних условиях, способные адекватно оценивать данные, полученные ими при самоконтроле.

Все больные подписали информированное согласие на участие в исследовании, и наблюдались амбулаторно в течение всего периода.

В исследование не включались пациенты, имеющие хотя бы одно из ниже перечисленных условий:

- беременные и кормящие женщины
- женщины репродуктивного возраста, не использующие адекватную контрацепцию.
- пациенты, имеющие:
 - прогрессирующие фатальные заболевания;
 - нестабильную стенокардию;
 - нарушения мозгового кровообращения в анамнезе;

- декомпенсированный тиреотоксикоз или гипотиреоз;
- гиперчувствительность к производным сульфонилмочевины, инсулину или лекарствам, схожим по химической структуре;

- пациенты, принимающие
 - глюкокортикоиды (кроме ингаляционного пути введения);
 - пропранолол;
- пациенты, злоупотребляющие лекарственными препаратами, страдающие наркоманией и алкоголизмом в анамнезе;
- юридическая недееспособность и/или другие обстоятельства (ментальные и т.д.), вызывающие неспособность пациента понимать характер, объем и возможные последствия исследования;
- пациенты, проявляющие отсутствие желания к сотрудничеству.

Дизайн исследования. Исследование длилось 15 месяцев и состояло из двух этапов. На первом этапе (длительностью 3 месяца), после обучения в «Школе больного сахарным диабетом» пациентам назначалась и подбиралась комбинированная сахароснижающая терапия: комбинация Амарила с Сиофором (метформин), либо при наличии противопоказаний к метформину - Амарила с Инсуманом Базаль (NPH). Далее после подписания дополнительного информированного согласия за пациентами было продолжено наблюдение в течение 1 года (2 этап).

Эффективность лечения оценивалась по уровню HbA_{1c} , фруктозамина, динамике массы тела. Обязательно регистрировались все нежелательные явления (НЯ), о которых пациенты сообщали при расспросе на запланированных и незапланированных визитах. НЯ определялись как любое нежелательное медицинское наблюдение во время лечения, включая любые интеркуррентные заболевания, не имеющие какого-либо отношения к исследуемому препарату и гипогликемии. Лабораторной оценкой безопасности служили креатинин, АСТ и АЛТ, гамма-ГТ сыворотки крови. Гипогликемией считалось ощущение пациентом симптомов, характерных для этого состояния: потливость, дрожь, чувство голода, слабость и/или уровень гликемии $< 3,5$ ммоль/л. Тяжесть каждого эпизода гипогликемии классифицировалась по стандартным критериям.

Пациенты вели дневник самоконтроля, где фиксировали уровни гликемии натощак, через 2 часа после завтрака (при необходимости после других приемов пищи) и в 3.00 часа, а также дозы вводимых препаратов, эпизоды гипогликемий и др.

Качество жизни пациентов оценивалось при помощи русской версии вопросника EQ-5D [8, 9], предоставленной компанией АVENTИС Фарма (табл. 2), на первом визите через 2, 12 и 64 недели после начала исследования.

EQ-5D представляет собой вопросник, состоящий из двух частей, который разработан группой EuroQoL и предназначен для оценки общего качества жизни, связанного со здоровьем, на основании следующих пяти параметров: мобильность, уход за собой, обычная активность, боль или дискомфорт и тревога или депрессия. По каждому разделу выделены три варианта ответов: отсутствие проблем, определенные проблемы и значительные проблемы. В целом с помощью этой описательной системы определяют 243 отличных друг от друга состояния здоровья. Ответы на первую часть EQ-5D могут быть представлены по отдельности для каждого раздела в виде профиля (профиль EQ-5D) или преобразованы во взвешенный индекс (индекс ED-5D) на основании популяционной шкалы предпочтений. Вторая часть EQ-5D представляет собой визуальную аналоговую шкалу длиной 20 см, где 0 и 100 соответствуют самому плохому и оптимальному состоянию здоровья соответственно (ВАШ EQ-5D).

Статистический анализ. Данные оценивались с использованием парного двухвыборочного t-теста для средних, данные вопросника EQ-5D – ANOVA-теста, изменения считались достоверными при $p < 0,05$. Данные представлены в виде $M \pm \sigma$ коэффициента корреляции (r), минимального и максимального значения.

Результаты исследования. Данные результатов первого этапа наблюдения показали, что подобранную са-

хароснижающую терапию получали все 30 (100%) пациентов. 80% пациентов до включения в исследование находились на сахароснижающей монотерапии. 20,8% из них получали монодиетотерапию, 16,7% Сиофор, и 62,5% ПСМ. К концу периода титрования дозы исследуемых препаратов (первые 2 недели наблюдения) 80 ± 7,3% (24 человека) пациентов получали Амарил в комбинации с Сиофором, 13,3 ± 6,3% (4 человека) – Амарил с Инсуманом Базаль, 6,6 ± 4,6% (2 человека) – Амарил в комбинации с Сиофором и Инсуманом Базаль.

Уже через 2 недели от начала периода терапии у всех пациентов имелась тенденция к снижению фруктозамина в сыворотке крови ($N = 235-285$ мкмоль/л / на 7,3 г общего белка сыворотки крови). Уровень его составил $397,4 \pm 15,8$ ммоль/л в исходе, $322,9 \pm 21,99$ ммоль/л ($p < 0,00001$) через 2 недели и $303,7 \pm 12,3$ ммоль/л в конце исследования ($p < 0,0001$). В среднем уровень фруктозамина изменился на $74,1 \pm 14,4$ ммоль/л за первые 2 недели лечения и на $93,3 \pm 21,99$ ммоль/л к концу первого периода наблюдения в сравнении с исходным. Уровень HbA_{1c} также достоверно снизился в среднем на $1,91 \pm 0,31\%$, с $9,18 \pm 0,33\%$ до $7,27 \pm 0,18\%$ ($P < 0.01$). У 19 (63,3 ± 8,95%) пациентов к концу первого этапа наблюдения уровень HbA_{1c} составил < 7,0%. Максимального снижения уровня HbA_{1c} удалось достигнуть в группе пациентов с выраженной декомпенсацией СД до включения в исследование. Так средняя дельта уровня HbA_{1c} в группе больных с исходным уровнем $HbA_{1c} > 10,0\%$ составила $-3,87 \pm 0,85\%$ (от -1,1 до -7,3%) и в группе с исходным уровнем HbA_{1c} от 7,1 – до 10,0% она была $-1,33 \pm 0,81\%$ (от -2,9 до +0,3%). Имелась отчетливая тенденция к увеличению как базальной ($\Delta = 154,3 \pm 34,3$ пкмоль/л) так и стимулированной стандартным завтраком ($\Delta = 545,9 \pm 105,9$ пкмоль/л) секреции «С»-пептида. Увеличение именно постпрандиальной секреции «С»-пептида и увеличение прироста уровня «С»-пептида в ответ на стимуляцию стандартным завтраком достоверно коррелировали со средним снижением уровня HbA_{1c} [$r=0,44$ ($p=0,03$) и $r=0,34$ ($p=0,008$) соответственно]. Несмотря на клинически значимый секретогенный эффект Амарила наблюдалась отчетливая тенденция в снижении массы тела и ИМТ [$89,2 \pm 3,0$ vs $86,8 \pm 2,9$ кг и $31,3 \pm 0,96$ vs $30,5 \pm 0,94$ кг/м² ($p < 0,01$) соответственно]. В среднем динамика массы тела за три месяца составила $-2,17 \pm 2,3$ кг (от -8 до 2 кг), а ИМТ $-0,75 \pm 0,81$ кг/м² (от -2,7 до 0,84).

Из 30 пациентов, включенных в скрининг и прошедших первый этап, закончили исследование 28. В течение года второго этапа наблюдения выбыли два пациента. Поэтому окончательный статический анализ мы проводили по 28 пациентам. Это были 12 мужчин и 16 женщин в возрасте от 40 до 74 ($57,61 \pm 10,46$) лет, средним весом $86,70 \pm 14,01$ (от 66 до 118) кг и средним ИМТ $30,51 \pm 3,97$ (от 24,22 до 39,89) кг/м². Средняя длительность заболевания составила $5,69 \pm 4,99$ лет. Большинство пациентов было в возрасте от 60 до 69 лет (43,3%)

Шкала EQ-5D

Таблица 2

Вопросы
Подвижность
<ul style="list-style-type: none"> • Я не испытываю никаких трудностей при ходьбе • Я испытываю некоторые трудности при ходьбе • Я прикован к постели
Уход за собой
<ul style="list-style-type: none"> • Я не испытываю никаких трудностей при уходе за собой • Я испытываю некоторые трудности с мытьем или одеванием • Я не в состоянии сам(-а) мыться или одеваться
Привычная повседневная деятельность (например: работа, учеба, работа по дому, участие в делах семьи, досуг)
<ul style="list-style-type: none"> • Привычная повседневная деятельность дается мне без труда • Привычная повседневная деятельность для меня несколько затруднительна • Я не в состоянии заниматься своей привычной повседневной деятельностью
Боль / Дискомфорт
<ul style="list-style-type: none"> • Я не испытываю боли дискомфорта • Я испытываю умеренную боль или дискомфорт • Я испытываю сильную боль или дискомфорт
Тревога / Депрессия
<ul style="list-style-type: none"> • Я не испытываю тревогу или депрессию • Я испытываю умеренную тревогу или депрессию • Я испытываю сильную тревогу или депрессию

Клиническая характеристика пациентов

Параметр	Результат, (M±σ), N	Разброс, % ± m
М/Ж	12/16	
Возраст, годы	57,61 ± 10,46	29 – 74
Рост, м	1,69 ± 0,09	1,51 – 1,88
Масса тела, кг	86,70 ± 14,01	66 – 118
ИМТ, кг/м ²	30,51 ± 3,97	24,22 – 39,89
• > 26 – 29,9, кг/м ²	14	50,00 ± 9,62
• 30 – 39,9, кг/м ²	14	50,00 ± 9,62
ОТ/ОБ	0,92 ± 0,09	0,81 – 1,15
• Мужчины	1,01 ± 0,07	0,94 – 1,15
• Женщины	0,88 ± 0,05	0,81 – 0,97
Длительность СД	5,69 ± 4,99	1 – 21

и с избыточной массой тела или с ожирением. Подробная клиническая характеристика пациентов, закончивших исследование, представлена в табл. 3.

Через год 23 пациента получали комбинацию Амарила с Сиофором и 5 человек – Амарил с Инсуманом Базаль перед сном. Пациенты принимали Амарил непосредственно перед первым основным приемом пищи. Суточная доза Амарила в основном составила 3 мг (10 человек) и 6 мг (11 человек) (табл. 4).

В среднем уровень HbA_{1c} за второй период наблюдения (табл. 5) достоверно не изменился (p=0,057) но поддерживался практически на том же уровне, который был достигнут во время первого этапа лечения и составил 7,13 ± 0,61%. Средняя дельта динамики HbA_{1c} между конечными визитами первого и второго этапа исследования составила 0,44 ± 1,17% (от -0,6 до 5,8). У 71,4 ± 8,7% больных уровень HbA_{1c} продолжал снижаться (Δ=0,73 ± 1,28% [от 0,1 до 5,8%, p=0,02]). Пациенты этой группы достигли среднего уровня HbA_{1c} 7,32 ± 0,61% (от 6,6 до 8,3%) к концу исследования, хотя после первого этапа он был 8,05 ± 1,67 (от 6,7 до 14%,). 57,1 ± 9,5% пациентов поддерживали уровень HbA_{1c} в течение года наблюдения < 7,0. Ни у одного из пациентов мы не выявили уровень HbA_{1c} > 10% к концу периода наблюдения, хотя в период скрининга таковых было 25,0 ± 8,3%.

За 52 месяца второго этапа наблюдения сохранялась отчетливая тенденция к снижению веса и ИМТ [p=0,02]. В среднем динамика веса за второй этап наблюдения составила 1,57 ± 3,38 кг (от -1 до 16), а ИМТ 0,53 ± 1,16 кг/м² (от -0,44 до 5,41).

Среди оставшихся 28 пациентов, подвергшихся анализу к концу исследования, нежелательных явлений и серьезных нежелательных явлений зарегистрировано не было. В исключительных случаях пропуска приема пищи или на фоне физических нагрузок у пациентов, получавших инсулин, наблюдалось 7 быстро купирующихся легких гипогликемий, только 3 из них были подтверждены лабораторно.

Каких-либо клинически значимых изменений уровня трансаминаз и креатинина сыворотки крови зарегистрировано не было.

При исследовании КЖ по данным оценки вопрос-

ника EQ-5D статистически значимые изменения ответов за весь период наблюдения установлены с помощью критерия Кокрена для параметров подвижность (1,52±0,51 vs 1,33±0,48), боль / дискомфорт (1,79±0,66 vs 1,38±0,5), тревога / депрессия (1,58±0,50 vs 1,29±0,46) (p<0.05) [табл. 6].

Статистически значимые изменения ответов за период наблюдения установлены с помощью критерия Кокрена для параметров подвижность, боль/дискомфорт, тревога/депрессия (p<0.05).

Статистически значимых различий в ответах на вопросы по индексу EQ-5D, отражающего состояние здоровья пациентов на момент окончания первого этапа исследования выявлено не было (0,68±0,29 vs 0,71±0,26 [p>0,05]) (табл. 6, 7, 8). Однако к концу исследования через 64 недели наблюдения имелась отчетливая тенденция к улучшению общего счета оцениваемой шкалы EQ-5D (индекса EQ-5D) (0,68 ± 0,29 vs 0,85 ± 0,19 [p<0,01]).

Таблица 4

Суточная доза Амарила к концу периода наблюдения

Суточная доза Амарила	Кол-во	% ± m
2 мг	3	10,71 ± 5,95
3 мг	10	35,71 ± 9,22
4 мг	4	14,29 ± 6,73
6 мг	11	39,29 ± 9,40

Таблица 5

Динамика уровня HbA_{1c} за период наблюдения

Визиты	HbA _{1c} , % (M±σ, интервалы)
• Исход	9,07 ± 1,86 (от 7,1 до 13,9)
• 3 мес.	7,56 ± 1,61 (от 5,7 до 14)
• +52 нед.	7,13 ± 0,61 (от 6,2 до 8,3)
• Дельта (визит 3 - 4)	0,44 ± 1,17% (от -0,6 до 5,8)

Примечание. Критерий Стьюдента (связанные пары):
p1-p3=0,0003;
p1-p4=0,057;
p3-p4=3,664E-06.

Таблица 6

Оценка качества жизни на фоне проводимого лечения по шкале и термометру (EQ-5D)

Шкала	Визиты			
	Исход (1)	2 нед. (2)	12 нед. (3)	+ 52 нед. (4)
Подвижность	1,52±0,51	1,58±0,50	1,52±0,51	1,33±0,48
Уход за собой	1,17±0,38	1,08±0,28	1,22±0,52	1,17±0,38
Привычная деятельность	1,38±0,49	1,38±0,50	1,33±0,48	1,33±0,48
Боль / дискомфорт	1,79±0,66	1,79±0,59	1,83±0,48	1,38±0,5
Тревога / депрессия	1,58±0,50	1,54±0,51	1,63±0,58	1,29±0,46
Общий счет	0,68±0,29	0,71±0,24	0,71±0,26	0,85±0,19
Термометр	58,74±17,34	62,63±15,93	68,27±16,62	69,65±9,10

Примечание. Статистически значимые изменения ответов за период наблюдения установлены с помощью критерия Кокрена для параметров «подвижность», «боль/дискомфорт», «тревога/депрессия» ($p < 0,05$).

Таблица 7

Оценка качества жизни на фоне проводимого лечения. Коэффициент корреляции между общим счетом по шкале и термометром (EQ-5D)

Визиты	Коэффициент корреляции	P
Исход (1)	0,431*	< 0,05
2 нед. (2)	0,34	
12 нед. (3)	0,48*	< 0,05
+ 52 нед. (4)	0,49*	< 0,05
За весь период наблюдения	0,442	< 0,05

Примечание. * - Статистически значимые различия, уровень значимости равен 5%.

Таблица 8

Оценка качества жизни на фоне проводимого лечения.
Анализ различия показателей общего счета и термометра между визитами (EQ-5D)

Разница между визитами	Критерий F	Достоверность
1-2		
Общий счет	0,437	Статистически значимые различия не наблюдаются
Термометр	0,631	Статистически значимые различия не наблюдаются
1-3		
Общий счет	0,529	Статистически значимые различия не наблюдаются
Термометр	3,883*	Критерий Стьюдента $t = 2.2$ (связанные пары) ($p < 0,05$)
1-4		
Общий счет	5,336*	Критерий Стьюдента (связанные пары) $t = 3.17$ ($p < 0,01$)
Термометр	7,224*	Критерий Стьюдента $t = 2.57$ (связанные пары) ($p < 0,05$)
2-3		
Общий счет	0,073	Статистически значимые различия не наблюдаются
Термометр	9,357	Статистически значимые различия выявлены только с помощью дисперсионного анализа
2-4		
Общий счет	7,786*	Критерий Стьюдента (связанные пары) $t = 2.68$ ($p < 0,01$)
Термометр	2,798	Статистически значимые различия не наблюдаются
3-4		
Общий счет	4,759*	Критерий Стьюдента (связанные пары) $t = 2.47$ ($p < 0,05$)
Термометр	0,106	Статистически значимые различия не наблюдаются

Примечание. * - Статистически значимые различия, уровень значимости равен 5%.

По данным термометра, позволяющего субъекту в балах оценить состояние своего здоровья, достоверное улучшение было отмечено уже через 12 недель после начала лечения ($58,74 \pm 17,34$ vs $68,27 \pm 16,62$ [$p < 0,05$]), причем эта тенденция прослеживалась и через год к концу второго этапа (ВАШ EQ-5D = $69,65 \pm 9,12$ [$p < 0,05$]).

Выявленные достаточные корреляционные взаимосвязи между показателями общего счета и данными тер-

мометра в течение всего периода исследования (табл. 8) ($r = 0,44$ [$p < 0,05$]) позволяют достоверно судить об объективном улучшении КЖ у наблюдаемых пациентов. Кроме этого была выявлена достоверная обратная зависимость между уровнем HbA_{1c} в течение всего исследования с данными термометра и показателями общего счета EQ-5D ($r_1 = -0,30$ [$p = 0,02$], $r_2 = -0,34$ [$p = 0,004$] соответственно) (рис. 1).

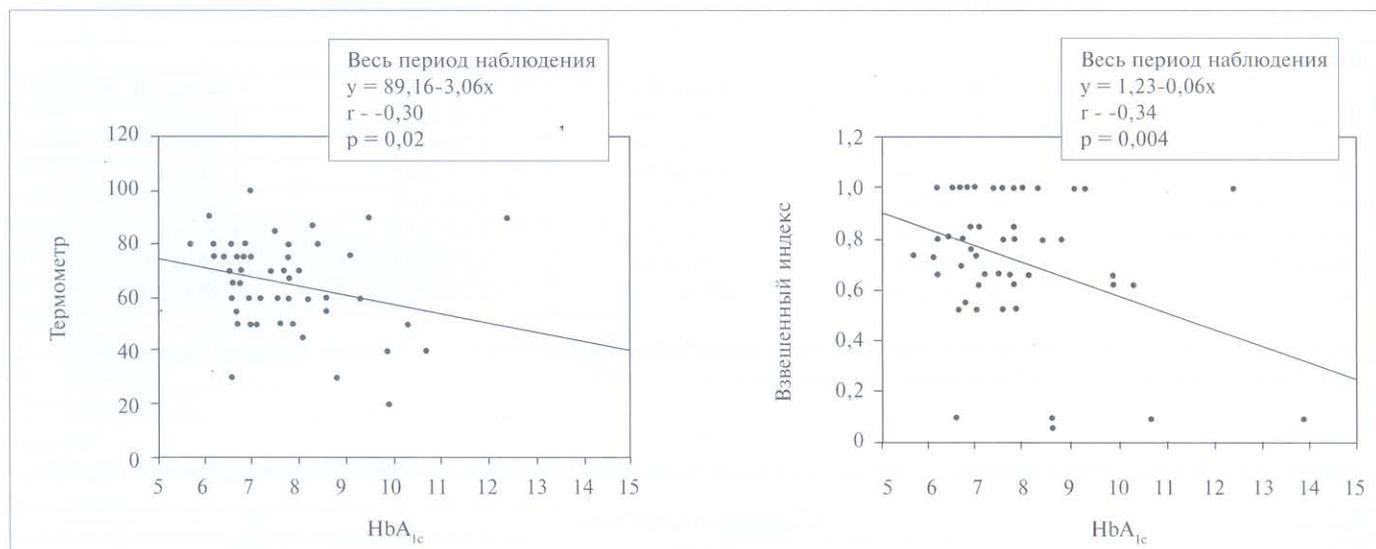


Рис. 1. Соотношение показателей термометра и взвешенного индекса EQ-5D с уровнем HbA_{1c} в течение периода наблюдения

Заключение. Полученные данные показали, что комбинированная сахароснижающая терапия с применением Амарила у хорошо мотивированных пациентов, способных самостоятельно принимать адекватные решения в любых ситуациях, ориентируясь на показатели самоконтроля, способствует улучшению компенсации СД. Данная тенденция может поддерживаться в течение длительного времени, при отсутствии какого-либо дополнительного вмешательства в обыденную жизнь пациента. Так как использование Амарила в комплексном лечении СД типа 2 имеет целый ряд преимуществ. Амарил обладает высокой сахароснижающей активностью за счет обеспечения максимально физиологического и гибкого секреторного эффекта. Быстрая диссоциация Амарила с рецептором СМ на β-клетке исключает риск возникновения спонтанных гипогликемий. Однократный прием Амарила в сутки и легкость титрования дозы препарата облегчают выполнение пациентами рекомендаций, данных лечащим врачом.

В целом в нашем исследовании мы выявили достоверное положительное влияние выбранной схемы комбинированной сахароснижающей терапии на качество жизни пациентов с СД типа 2. Улучшение ка-

чества жизни у наблюдаемых нами пациентов напрямую зависело от достижения улучшения и поддержания компенсации СД.

Abstract

The received data have shown the combined glucose-lowering therapy with Amaril in well motivated patients (who can keep self-controlling) is capable to improve the diabetes mellitus. The given tendency can be supported for a long time at absence of any additional intervention in ordinary life of the patient. The usage of Amaril in complex treatment for diabetes mellitus 2 has got a lot of advantages. Amaril has high glucose-lowering activity at the expense of maintenance maximum physiological and flexible secretogenic effect. Fast dissociation Amaril with receptor of diabetes mellitus on β-cell excludes risk of occurrence spontaneous hypoglycemia. Daily once intake of Amaril and the simple titration of its doze facilitate performance by the patients of the recommendations given by the doctors. It was revealed authentically positive influence of the chosen regime of combined glucose-lowering therapy on quality of life in our trial. However it would be desirable to note necessity of realization for the future prospective multicenter randomized controlled clinical trials devoted to study of quality of life in patients with diabetes mellitus on a background of the different glucose-lowering therapies.

ЛИТЕРАТУРА

1. UKPDS The Lancet 1998;352:354-65
2. Parulkhar AA et al., Recent advances in pharmacological treatment of type 2 diabetes mellitus. Comp Ther 1999;25:418-26
3. Grimaldi A. et al., Diabete de type 2: quelle strategie therapeutique? Presse Med 2001; 30:288-97
4. M. Franciosi, F. Pellegrini, S.H. Kaplan. The impact of blood glucose self-monitoring on metabolic control and quality of life in type 2 diabetic patients. // Diabetes Care 24:1870-1877, 2001.
5. L. French. U.K. Prospective Diabetes Study Group. Quality of life in type 2 diabetic patients is affected by complications but not by intensive policies to improve blood glucose of blood pressure control (UKPDS 37). // Diabetes Care 1999; 22:1125-36.
6. Wolfenbuttel BHP, Graal MB. New treatments for patients with type 2 diabetes mellitus. Postgraduate Medical Journal 1996; 72:657-662.
7. Langry HD, Balfour JA. Glimperide - a review of its use in the management of type 2 diabetes mellitus. Drugs 1998; 55:563-584.
8. P. King. The EuroQoL Instrument: An index of Health-Related Quality of Life. Quality of Life and Pharmacoeconomics in Clinical Trials, Second Edition. Ed by B. Spilker. Lippincott-Raven Publishers. Philadelphia. C 1994. - 191 - 201.
9. F.A. Luscombe. Health-Related Quality of Life Measurement in type 2 Diabetes. Value in Health. Vol 2. - Suppl. 1. - 2000 - S-15 - S-28.