

НОВЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ПРОФИЛАКТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ НАРУШЕНИЙ УГЛЕВОДНОГО ОБМЕНА: МЕСТО И РОЛЬ ФИТОТЕРАПИИ

Проф. А. Н. КОРЖ, канд. мед. наук Е. В. ЛАВРОВА, О. М. ЛОБОРТАС, Е. А. ПАНКОВА

Харьковская медицинская академия последипломного образования, Украина

В коррекции предиабета и в составе комплексной терапии сахарного диабета широкое распространение получили препараты на основе растительных компонентов. Показана целесообразность широкого использования диетической добавки эндофарм у пациентов с предиабетом, а также у больных с сахарным диабетом 2-го типа как в качестве монотерапии при постпрандиальной гипергликемии, так и второго препарата в случае отсутствия стойкой нормогликемии. В связи с потенцирующим влиянием эндофарма на уровень базальной и постпрандиальной гликемии у больных сахарным диабетом 2-го типа рекомендуется терапию метформином комбинировать с назначением эндофарма.

Ключевые слова: предиабет, сахарный диабет 2-го типа, фитотерапия, эндофарм.

Заболеемость сахарным диабетом (СД) растет во всем мире и, по оценкам экспертов Международной диабетической ассоциации, в настоящее время достигла показателя в 366 млн. Прогнозируется, что к 2030 г. количество больных СД достигнет 600 млн. Причем наблюдается не только количественный рост случаев заболеваемости, но и увеличение процентного вклада распространенности СД в общей структуре болезней человека [1, 2].

Хотя возможности в лечении СД 2-го типа в последние годы значительно расширились, адекватный контроль гликемии остается сложной задачей. Даже комбинированная сахароснижающая терапия далеко не всегда позволяет добиться существенного улучшения метаболизма, а у многих больных к моменту диагностики СД уже наблюдаются макрососудистые осложнения. Очевидно, что СД лучше не лечить, а предупреждать.

К сожалению, Украина входит в число стран с высоким уровнем заболеваемости СД, хотя многие отечественные ученые говорят о заниженных статистических данных в связи с отсутствием скрининговых программ выявления данного заболевания. В связи с этим приоритетной задачей врачей первичного звена является ранняя диагностика и лечение нарушений углеводного обмена.

Профилактике заболеваемости СД способствует выявление лиц с предиабетом. Это понятие включает два состояния: нарушенную толерантность к глюкозе (НТГ) и нарушенную гликемию натощак (НГН). При первом состоянии (НТГ) уровень гликемии натощак составляет менее 7 ммоль/л при показателях гликемии через 2 ч после приема глюкозы более 7,8 ммоль/л, но менее 11,1 ммоль/л. При НГН уровень глюкозы натощак варьирует в пределах 6,1–7,0 ммоль/л, а после нагрузки глюкозой не превышает 7,8 ммоль/л.

Следует учитывать, что частота перехода НТГ в СД варьирует от 1,5 до 7,5% в год. Лица с установленными факторами риска развития СД (отягощенный семейный анамнез, низкая масса тела при рождении, ожирение, метаболический синдром) должны обследоваться на предмет выявления нарушений углеводного обмена [3].

Предиабет является состоянием с повышенным риском сердечно-сосудистых осложнений (ССО). Эпидемиологические исследования показали, что в дебюте СД 2-го типа около 50% больных уже имеют макро- и микрососудистые осложнения. Возможно, это результат того, что метаболические нарушения, возникающие до первых клинических проявлений СД, способны приводить к поражению органов-мишеней и повышать риск ССО. В ряде исследований было доказано, что НТГ не только повышает риск развития СД, но и значительно увеличивает риск ССО, причем даже в большей степени, чем артериальная гипертензия (АГ) и дислипидемия.

Современные подходы к профилактике и лечению нарушений углеводного обмена

Оптимизация терапевтических подходов к лечению СД 2-го типа и его осложнений, прежде всего со стороны сердечно-сосудистой системы, безусловно, положительно отражается на качестве жизни больных и ее продолжительности. Однако даже идеальная терапия СД и компенсация углеводного обмена с первых дней заболевания не могут обеспечить регресс осложнений, которые развились уже на стадии нарушенной толерантности к глюкозе (НТГ) и еще не диагностированного СД. В этой связи чрезвычайно актуальными становятся исследования, направленные на предупреждение развития этого заболевания или хотя бы отдаление сроков его манифестации.

Наиболее рациональным и экономичным путем профилактики СД 2-го типа является борьба с факторами риска [5, 6]. По рекомендациям Европейского общества кардиологов и Европейского общества по изучению СД для лечения пациентов с предиабетом при неэффективности изменения образа жизни необходимо применение антигипергликемических препаратов. Такая тактика может снизить не только риск развития СД, но и ССЗ и их осложнений. Лечение нарушений углеводного обмена следует начинать на раннем этапе, не дожидаясь, пока они трансформируются в СД или приведут к развитию сердечно-сосудистых заболеваний. К сожалению, врачи общей практики часто игнорируют начальные нарушения углеводного обмена и занимаются главным образом коррекцией сопутствующих факторов риска [4, 5].

Рациональными подходами к лечению НТГ считаются диета и физические нагрузки. Однако для большинства людей кардинальное изменение образа жизни — трудно выполнимая задача. В реальности рассчитывать на этот действенный, абсолютно безопасный и не требующий затрат метод предотвращения развития СД можно лишь у 30 % лиц с НТГ. Это диктует необходимость поиска медикаментозных путей воздействия на данный контингент пациентов наряду с мотивацией их к изменению образа жизни [6–8].

В коррекции состояний предиабета и в составе комплексной терапии диабета широкое распространение получили препараты на основе растительных компонентов. До открытия инсулина и создания первых синтетических сахароснижающих препаратов вытяжки из многих лекарственных растений применялись в качестве основных средств, снижающих уровень глюкозы в крови [6, 7].

Возможности фитотерапии в коррекции нарушений углеводного обмена

Фитотерапия является методом выбора в лечении начальных проявлений СД 2-го типа. У больных с НТГ она в сочетании с режимом и диетой может остановить дальнейшее развитие болезни. При обнаружении легкой формы диабета своевременное назначение адекватной фитотерапии обеспечивает компенсацию обменных нарушений и также предупреждает прогрессирование заболевания. Отсутствие или недостаточная выраженность лечебного воздействия фитопрепаратов связано не с неэффективностью метода, а с назначением нерациональных прописей сборов, неправильным приготовлением вытяжек из них, некорректными дозами и несоблюдением условий приема.

Широкому внедрению метода препятствует недостаточная осведомленность врачей и пациентов о возможностях фитотерапии, как и негативное отношение к ней. В то же время во многих странах накоплен значительный опыт успешного лечения СД с помощью данного метода [8–10].

Нами было проведено исследование с целью оценки эффективности и безопасности диетической

добавки эндофарм (ООО ПТФ «Фармаком», Украина) у пациентов с нарушением углеводного обмена в качестве дополнительного комплекса биологически активных веществ растительного происхождения.

Эндофарм — комбинированная растительная формула, оказывающая многофакторное влияние на организм при нарушениях углеводного обмена, эффект и механизм действия которой обусловлены свойствами входящих в ее состав действующих компонентов.

Состав капсулы массой 400 мг включает: лист черники — 100 мг, лист крапивы — 50 мг, лист клубники — 50 мг, лист бузины — 35 мг, солому овса — 25 мг, створки плодов фасоли — 25 мг, лавр — 15 мг, вспомогательные компоненты.

В листьях черники содержится гликозид неомиртиллин, который существенно снижает содержание сахара в крови. Кроме того, в листьях содержатся флавоноиды, аскорбиновая кислота, полезные эфирные масла, фенолкислоты, тритерпеновые кислоты и другие компоненты. Биологически активные соединения черники способствуют улучшению работы сердечно-сосудистой системы, нормализации общего состояния организма, активизации адаптационных механизмов.

Ценность крапивы при СД обусловлена веществом группы гликопротеинов — секретинном, который нормализует обмен веществ, стимулирует образование инсулина и тем самым ведет к снижению количества сахара в крови. Крапива — это и ценное поливитаминное растение, содержащее значительное количество витаминов С и А, микроэлементов, биологически активных веществ, оказывающих лечебно-профилактическое и укрепляющее воздействие на организм.

Плоды фасоли обладают широким лечебным спектром благодаря сахароснижающему, гипотензивному, противовоспалительному, мочегонному и нормализующему обменные процессы действию. Фасоль хорошо влияет на сердечно-сосудистую систему благодаря высокому содержанию макро- и микроэлементов, легкоусвояемых белков, витаминов и других полезных веществ. Лектины фасоли стимулируют синтез нуклеиновых кислот, белков, ферментов, повышают способность клеток утилизировать глюкозу и высвобождают инсулин из поджелудочной железы.

Лавровый лист значительно снижает уровень сахара в крови, он богат калием, марганцем, витаминами В, РР, А, С и многими другими ценными элементами, оказывает общеукрепляющий эффект на иммунную систему организма, улучшает аппетит.

Листья клубники применяются для нормализации обменных процессов, снижения уровня сахара в крови, улучшения функционирования сердечно-сосудистой системы, повышения иммунитета. Они являются источником дубильных веществ, органических кислот, флавоноидов, гликозидов, катехинов, макро- и микроэлементов.

Солома овса обладает способностью снижать уровень сахара, выводить из организма вредные вещества и избыточную жидкость, очищать сосуды, препятствуя образованию атеросклеротических бляшек, снижать уровень холестерина, улучшать функционирование пищеварительной системы.

Листья бузины снижают уровень сахара в крови, регулируют углеводный обмен, оказывают легкий седативный эффект.

Нами были проведены ограниченные клинические испытания в форме открытого исследования у 45 больных на кафедре общей практики — семейной медицины Харьковской медицинской академии последиplomного образования.

Пациенты контрольной группы 1 ($n = 15$) с НТГ следовали рекомендациям по изменению образа жизни и физической активности. Больные группы 2 ($n = 15$) с НТГ получали диетическую добавку эндофарм в капсулах по 0,4 г. Больные группы 3 ($n = 30$) с СД 2-го типа получали перорально сахароснижающую терапию метформином. Больным с тем же диагнозом группы 4 ($n = 30$) назначалась диетическая добавка эндофарм (капсулы по 0,4 г) на фоне приема метформина.

Препарат эндофарм назначался по 1 капсуле (0,4 г) три раза в сутки во время еды. Курс лечения составил 4 нед. Оптимальные дозы и продолжительность лечения подбирались индивидуально с учетом возможных побочных явлений.

Исследование эффективности диетической добавки эндофарм при нарушении толерантности к глюкозе

Исходные показатели параметров углеводного обмена, включая уровни глюкозы натощак и через 2 ч после нагрузки, не отличались между двумя группами 1 и 2 (табл. 1).

В группе 1 в конце наблюдения уровень глюкозы натощак практически не изменился и составил $6,56 \pm 0,26$ ммоль/л. Через 4 нед в группе пациентов, получавших эндофарм, концентрация глюкозы натощак снизилась на 12% и составила $5,8 \pm 0,11$ ммоль/л. Эти изменения являются статистически значимыми как по сравнению с исходным уровнем ($p = 0,011$), так и по сравнению с группой контроля ($p = 0,047$).

В конце лечения в контрольной группе 1 отмечалось незначительное снижение уровня глюкозы через 2 ч после нагрузки ($p = 0,075$). Терапия с применением диетической добавки эндофарм привела к существенному снижению (на 21%, $p = 0,0001$) концентрации глюкозы через 2 ч после нагрузки, что составило $7,16 \pm 0,23$ ммоль/л. Разница между группами имеет высокую достоверность ($p = 0,0011$).

Постпрандиальная гипергликемия (ПГ), видимо, является более важным фактором риска развития ССО, чем гликемия натощак. Показано, что легкая и умеренная формы ПГ сопровождаются значительным увеличением толщины интимы-медиа сонной артерии, которое является начальным

признаком атеросклероза. В ряде исследований наличие изолированной гипергликемии через 2 ч после нагрузки глюкозой ($\geq 11,1$ ммоль/л) при нормальной гликемии натощак ассоциировалось с двукратным увеличением риска ССО и смерти [11, 12].

Считается, что ПГ вызывает окислительный стресс, который сопровождается нарушением функции эндотелия и усиленным окислением липопротеинов низкой плотности (ЛПНП) [13, 14]. И те, и другие изменения играют непосредственную роль в развитии атеросклероза. Кроме того, гипергликемия приводит к активации факторов свертывания и усилению адгезии, что способствует нарастанию эндотелиальной дисфункции, рассматривается как начальный этап атерогенеза [15–17].

В группе 2 в конце терапии у 11 (73%) пациентов были достигнуты целевые уровни гликемии, тогда как в группе контроля этот показатель был у 4 (27%) больных; разница достоверна ($p = 0,04$).

Таким образом, антигипергликемическая терапия с применением диетической добавки эндофарм в суточной дозе 3 капсулы (1200 мг) привела к снижению параметров углеводного обмена. Эти изменения носят статистически значимый характер по сравнению как с исходным уровнем, так и с показателями группы контроля.

Что касается показателей липидного обмена, то в группе пациентов, принимавших эндофарм, концентрация общего холестерина (ОХС) снизилась на 8,5% (до лечения $6,00 \pm 0,16$ ммоль/л и $5,49 \pm 0,17$ ммоль/л после лечения, $p = 0,031$). В группе 1 уровень ОХ за время наблюдения не изменился (исначально $6,10 \pm 0,19$ ммоль/л и после лечения $6,03 \pm 0,20$ ммоль/л).

Аналогичные изменения наблюдались и по концентрации ХС ЛПНП в крови. После терапии в группе 2 его уровень снизился на 13% (до лечения $3,78 \pm 0,16$ /л и после лечения $3,29 \pm 0,14$ ммоль/л, $p = 0,024$). В группе 1 за время наблюдения отмечена тенденция к снижению уровня ХС ЛПНП (до лечения $3,80 \pm 0,19$ ммоль/л и после лечения $3,77 \pm 0,19$ ммоль/л).

Среди параметров липидного спектра на фоне терапии диетической добавкой эндофарм концентрация триглицеридов (ТГ) снизилась на 19% (до лечения $2,63 \pm 0,18$ ммоль/л и после лечения $2,13 \pm 0,14$ ммоль/л, $p = 0,01$). В группе 1 уровень ТГ практически не изменился (до лечения $2,74 \pm 0,17$ ммоль/л и после лечения $2,72 \pm 0,18$ ммоль/л).

Концентрация ХС липопротеинов высокой плотности (ЛПВП) в сыворотке пациентов, получавших эндофарм, в конце терапии увеличилась на 11,9% (до лечения $0,99 \pm 0,04$ ммоль/л и после лечения $1,108 \pm 0,05$ ммоль/л, $p = 0,0011$). В группе 1 уровень ХС ЛПВП не изменился (до лечения $0,96 \pm 0,03$ ммоль/л и после лечения $1,00 \pm 0,02$ ммоль/л).

Таким образом, антигипергликемическая терапия с применением диетической добавки эндофарм

Таблица 1

Показатели углеводного обмена в крови больных с нарушенной толерантностью к глюкозе до лечения и через четыре недели после лечения

Показатель	Группа 1 (контрольная), n = 15		Группа 2 (эндофарм), n = 15	
	до лечения	после лечения	до лечения	после лечения
Глюкоза крови натощак, ммоль/л	6,63±0,023	6,56±0,26	6,6±0,13	5,8±0,11*
Глюкоза плазмы через 2 ч после орального глюкозотолерантного теста, ммоль/л	9,08±0,28	8,64±0,29	9,06±0,19	7,16±0,23*
HbA1c, %	6,1±0,34	6,0±0,67	6,1±0,45	6,0±0,32

* Разница достоверна по сравнению с исходным уровнем (то же в табл. 2).

Таблица 2

Показатели углеводного обмена в крови больных сахарным диабетом 2-го типа до лечения и через четыре недели после лечения

Показатель	Группа 3 (метформин), n = 30		Группа 4 (метформин + эндофарм), n = 30	
	до лечения	после лечения	до лечения	после лечения
Глюкоза крови натощак, ммоль/л	9,63±0,036	7,33±0,26	9,32±0,13	6,75±0,45*
Глюкоза плазмы через 2 ч после орального глюкозотолерантного теста, ммоль / л	12,02±0,28	10,41±0,71	11,93±0,22	9,55±0,64*
HbA1c, %	7,5±0,29	7,3±0,44	7,4±0,85	7,3±0,46

по сравнению с группой контроля способствует снижению уровня ОХС, ТГ и ХС ЛПНП и вызывает повышение содержания ХС ЛПВП.

Для оценки переносимости и регистрации побочных эффектов все пациенты были обеспечены дневником самоконтроля. В группе больных, получавших эндофарм, в ходе наблюдения у двоих отмечались непродолжительные побочные действия в виде метеоризма, диареи и болей в животе. Эти расстройства в основном были связаны с погрешностями в диете (употребление легкоусвояемых углеводов).

В целом 13 (86,7%) пациентов оценили переносимость терапии с применением диетической добавки эндофарм как хорошую, 2 (13,3%) — как удовлетворительную.

Исследование эффективности и переносимости диетической добавки эндофарм у больных сахарным диабетом 2-го типа

Исходные показатели параметров углеводного обмена, включая уровни глюкозы натощак и через 2 ч после нагрузки, не отличались в группах 3 и 4 (табл. 2).

В группе пациентов, принимавших метформин, в конце наблюдения уровень глюкозы натощак снизился по сравнению с исходным на 23,9% ($p < 0,001$), уровень ПГ через 4 нед — на 13,4% ($p < 0,01$).

Через 4 нед в группе пациентов, получавших эндофарм в сочетании с метформином,

концентрация глюкозы натощак снизилась на 27,6%. Эти изменения статистически значимы как по сравнению с исходным уровнем ($p = 0,0001$), так и по сравнению с группой контроля ($p = 0,047$).

Терапия с применением диетической добавки эндофарм привела к снижению на 20% ($p = 0,0001$) концентрации глюкозы через 2 ч после нагрузки, разница между группами имеет высокую достоверность ($p = 0,0011$).

Таким образом, антигипергликемическая терапия с применением диетической добавки эндофарм в суточной дозе 3 капсулы (1200 мг) более эффективно снижает базальную гликемию и ПГ. Эти изменения носят статистически значимый характер по сравнению как с исходным уровнем, так и с группой контроля.

В группе больных, получавших комбинированное лечение метформином с диетической добавкой эндофарм, в ходе наблюдения у четырех из 30 пациентов отмечались непродолжительные побочные действия в виде метеоризма, диареи и болей в животе. Эти расстройства в основном были связаны с погрешностями в диете (употребление легкоусвояемых углеводов).

В целом 24 (80,0%) пациента оценили переносимость терапии с применением эндофарма как хорошую, 6 (20,0%) — как удовлетворительную.

Таким образом, эффективная борьба с СД 2-го типа и его осложнениями возможна только при участии врачей различных специальностей, поэтому семейные врачи и терапевты должны уделять

внимание начальным нарушениям углеводного обмена, которые обычно отмечаются у пациентов с метаболическим синдромом. ПГ является важным фактором риска сердечно-сосудистых заболеваний, а ее коррекция может принести не меньшую пользу, чем борьба с другими факторами риска.

Доказана целесообразность более широкого использования диетической добавки эндофарм у больных с предиабетом, а также у пациентов с СД 2-го типа как в качестве монотерапии при наличии ПГ, так и в качестве второго препарата в случае отсутствия стойкой нормогликемии. Эндофарм безопасен, в частности, не вызывает гипогликемию, а главным доводом в пользу его применения является доказанная польза в профилактике развития СД.

Результаты проведенного исследования позволяют сделать такие выводы:

1) диетическая добавка эндофарм производства ООО ПТФ «Фармаком» является эффективным средством для лечения больных с НТГ. Антигипергликемическая терапия с применением

эндофарма в суточной дозе 3 капсулы (1200 мг) приводит к снижению параметров углеводного обмена. Эти изменения носят статистически значимый характер по сравнению как с исходным уровнем, так и с группой контроля;

2) антигипергликемическая терапия с применением эндофарма способствует снижению уровня ОХ, ТГ и ХС ЛПНП и вызывает повышение содержания ХС ЛПВП;

3) препарат хорошо переносится больными, не вызывает значимых побочных эффектов, патологических изменений лабораторных показателей при клиническом обследовании;

4) комбинированная терапия метформином и эндофармом в течение месяца более эффективно снижает базальную гликемию и ПГ, чем монотерапия метформином;

5) в связи с потенцирующим влиянием диетической добавки эндофарм на уровень базальной гликемии и ПГ у больных СД 2-го типа рекомендуется терапию метформином комбинировать с назначением эндофарма.

Список литературы

1. Шестакова М. В. Сахарный диабет и ишемическая болезнь сердца: влияние инсулинорезистентности и ее коррекции на сердечно-сосудистый прогноз / М. В. Шестакова // *Болезни сердца и сосудов.*— 2006.— № 2.— С. 4–7.
2. Postprandial glucose and not triglyceride concentrations are associated with carotid intima media thickness in women with normal glucose metabolism: the Hoorn prandial study / M. Alsema, R. K. Schindhelm, J. M. Dekker [et al.] // *Atherosclerosis.*— 2008.— Vol. 196, № 2.— P. 712–719.
3. Ceriello A. International diabetes federation guideline for management of postmeal glucose: review of recommendations / A. Ceriello, S. Colagiuri // *Diabet. Med.*— 2008.— Vol. 25, № 10.— P. 1151–1156.
4. Метаболический синдром: прошлое, настоящее, будущее / Е. В. Шляхто, Е. И. Баранова, О. Д. Беляева, О. О. Большакова // *Эфферентная терапия.*— 2007.— Т. 13, № 1.— С. 74–78.
5. Postprandial blood glucose is a stronger predictor of cardiovascular events than fasting blood glucose in type 2 diabetes mellitus, particularly in women: lessons from the San Luigi Gonzaga Diabetes Study / F. Cavalot, A. Petrelli, M. Traversa [et al.] // *J. Clin. Endocrinol. Metab.*— 2006.— Vol. 91, № 3.— P. 813–819.
6. Мкртумян А. М. К вопросу о профилактике сахарного диабета типа 2 / А. М. Мкртумян // *Сахарный диабет.*— 2003.— Т. 16, № 3.— С. 48–50.
7. Мамедов М. Н. Нарушение толерантности к глюкозе: кто и как должен лечить? / М. Н. Мамедов // *Кардиоваскулярная терапия и профилактика.*— 2005.— Т. 4, № 6.— С. 89–96.
8. Management of hyperglycemia in type 2 diabetes, 2015: a patient-centered approach: update to a position statement of the American Diabetes Association and the European Association for the Study of Diabetes /
9. S. E. Inzucchi, R. M. Bergenstal, J. B. Buse [et al.] // *Diabetes Care.*— 2015.— Vol. 38.— P. 140–149.
9. Medical management of hyperglycemia in type 2 diabetes: a consensus algorithm for the initiation and adjustment of therapy / M. D. Nathan, J. B. Buse, M. B. Davidson [et al.] // *Clin. Diabet.*— 2009.— Vol. 27, № 1.— P. 4–14.
10. Митченко Е. И. Диагностика и лечение метаболического синдрома, сахарного диабета, предиабета и сердечно-сосудистых заболеваний. Методические рекомендации Рабочей группы по проблемам метаболического синдрома, сахарного диабета, предиабета и сердечно-сосудистых заболеваний Украинской ассоциации кардиологов и Украинской ассоциации эндокринологов / Е. И. Митченко.— К., 2009.
11. Impact of fasting and postprandial glycemia on overall glycemic control in Type 2 diabetes: importance of postprandial glycemia to achieve target HbA1c levels / H. J. Woerle, C. Neumann, S. Zschau [et al.] // *Diabetes Res. Clin. Pract.*— 2007.— Vol. 77, № 2.— P. 280–285.
12. OGTT versus Metabolic syndrome to detect cardiovascular risk in subjects with fasting plasma glucose (FPG) / E. Colli, E. Cornetti, C. Cerutti [et al.] // *J. of Diabetes.*— 2009.— Vol. 1, Suppl. 1.— A 139.
13. Ceriello A. Postprandial hyperglycemia and diabetes complications: is it time to treat? / A. Ceriello // *Diabetes.*— 2005.— Vol. 54, № 1.— P. 1–7.
14. Глинкина И. В. Возможности коррекции сердечно-сосудистого риска при сахарном диабете 2-го типа / И. В. Глинкина // *Лечащий врач.*— 2005.— № 5.
15. Daniel M. «Hypertriglyceridemic waist» and newly diagnosed diabetes in a large population sample of remote-dwelling indigenous Australians / M. Daniel, K. O'Dea // *J. of Diabetes.*— 2009.— Vol. 1, Suppl. 1.— A1 03.
16. Эффекты медикаментозного лечения разных типов

- дисліпопротеїдемії при метаболічному синдромі / Н. В. Перова, О. В. Косматова, М. Н. Мамедов [и др.] // Кардиоваскулярная терапия и профилактика.— 2004.— № 4.— С. 69–76.
17. Glucose control and vascular complications in veterans with type 2 diabetes / W. Duckworth, C. Abraira, T. Moritz [et al.] // N. Engl. J. Med.— 2009.— Vol. 360, № 2.— P. 129–139.
18. Моисеев В. С. Современные подходы к лечению нарушений углеводного обмена в общей практике / В. С. Моисеев // Фарматека.— 2005.— № 10.— С. 16–20.

НОВІ МОЖЛИВОСТІ ПРОФІЛАКТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ ПОРУШЕНЬ ВУГЛЕВОДНОГО ОБМІНУ: МІСЦЕ І РОЛЬ ФІТОТЕРАПІЇ

О. М. КОРЖ, Є. В. ЛАВРОВА, О. М. ЛОБОРТАС, О. А. ПАНКОВА

У корекції предіабету і в складі комплексної терапії цукрового діабету широкого розповсюдження набули препарати на основі рослинних компонентів. Показано доцільність широкого використання дієтичної добавки ендофарм у пацієнтів із предіабетом, а також у хворих на цукровий діабет 2-го типу як монотерапії при постпрандіальній гіперглікемії, так і другого препарату в разі відсутності стійкої нормоглікемії. У зв'язку з потенціюючим впливом ендофарму на рівень базальної та постпрандіальної глікемії у хворих на цукровий діабет 2-го типу рекомендовано терапію метформіном комбінувати з призначенням ендофарму.

Ключові слова: предіабет, цукровий діабет 2-го типу, фітотерапія, ендофарм.

NEW POSSIBILITIES OF PREVENTION AND TREATMENT OF CARBOHYDRATE METABOLISM DISORDERS: PLACE AND ROLE OF PHYTOTHERAPY

O. M. KORZH, Ye. V. LAVROVA, O. M. LOBORTAS, O. A. PANKOVA

In the correction of prediabetes states and in the complex therapy of diabetes mellitus, preparations based on plant components are widely used. The expediency of the wide use of the dietary supplement Endopharm in patients with prediabetes, as well as in patients with type 2 diabetes mellitus was shown both as monotherapy in the presence of postprandial hyperglycemia, and as a second drug in the absence of persistent normoglycemia. Due to potentiating influence of the dietary supplement Endopharm on the level of basal and postprandial glycemia in patients with type 2 diabetes mellitus, combination of metformin therapy with Endopharm administration is recommended.

Key words: prediabetes, type 2 diabetes mellitus, phytotherapy, Endopharm.

Поступила 28.05.2017