



**Проф. О.М. Корж, проф. Л.В. Черкашина,
доц. Л.М. Цогоєва**

Харківський національний медичний університет
Кафедра загальної практики-сімейної медицини

Роль сімейного лікаря у ранньому виявленні та управлінні предіабетом

1. Роль сімейного лікаря у ранньому виявленні предіабету

Сімейні лікарі займають центральну та найвідповідальнішу позицію в системі охорони здоров'я у виявленні та управлінні предіабетом, оскільки вони часто є першим та єдиним контактом пацієнтів із системою охорони здоров'я протягом тривалого часу. Первинна медична допомога забезпечує унікальні можливості для систематичного скринінгу груп ризику та раннього втручання, які можуть запобігти розвитку діабету 2-го типу з ефективністю, що досягає 58–71% у залежності від інтенсивності втручання [1]. Роль сімейного лікаря в цьому процесі включає не лише виявлення чинників ризику та проведення скринінгу, але й розроблення комплексного, індивідуалізованого плану управління, який враховує соціальні, економічні, поведінкові та психологічні аспекти життя пацієнта [2]. Це вимагає глибокого розуміння не лише клінічних критеріїв діагностики, але й контексту життя кожного пацієнта, його мотивації та можливостей для змін.

Предіабет є станом, що часто залишається невиявленим у популяції, оскільки більшість людей не відчують симптомів на цьому етапі порушення вуглеводного обміну. Дослідження показують, що близько половини осіб з предіабетом не усвідомлюють наявності цього стану, що ускладнює раннє втручання [3]. Сімейні лікарі мають унікальну можливість змінити цю ситуацію завдяки регулярним контактам з пацієнтами та їх сім'ями, які дозволяють виявити групи ризику на ранніх етапах.

Комплексна оцінка ризику розвитку діабету повинна стати стандартною практикою у кабінеті сімейного лікаря. Це включає аналіз множинних чинників ризику, які інтегруються у загальну оцінку індивідуального профілю ризику [4]. Дослідження продемонстрували, що сімейні лікарі мають значний потенціал для підвищення рівня виявлення предіабету в популяції, однак реалізація цього потенціалу залежить від знань лікарів про критерії діагностики,

розуміння переваг раннього втручання та наявності ресурсів для проведення систематичного скринінгу [5]. Систематичне впровадження протоколів скринінгу в первинній медичній допомозі може суттєво покращити виявлення станів підвищеного ризику розвитку діабету та забезпечити своєчасне лікування до розвитку типу 2 діабету.

Важливо розрізняти осіб з низьким та високим ризиком розвитку діабету, оскільки це впливає на інтенсивність та тип рекомендованого втручання. Дослідження показали, що існують розрізнені фенотипи предіабету з різними траєкторіями прогресування та ризиками розвитку ускладнень. Деякі особи з предіабетом мають повільний прогрес до діабету, але все ж мають підвищений ризик кардіоваскулярних та ниркових ускладнень. Тому індивідуалізована оцінка ризику, що включає не лише глікемічні параметри, але й маркери інсулінорезистентності, склад тіла та генетичні фактори, є необхідною для оптимального управління.

Кілька дослідників наголошують на важливості підготовки сімейних лікарів для розпізнавання предіабету та розуміння його клінічного значення у контексті розвитку більш серйозних хронічних захворювань [5]. Командний підхід, що включає взаємодію лікаря з медичною сестрою, дієтологом, фізіотерапевтом та психологом, виявився найбільш ефективним для впровадження комплексних програм скринінгу та управління [2]. Таким чином, сімейний лікар грає ключову роль як координатор цих зусиль, забезпечуючи індивідуалізований підхід до кожного пацієнта та гарантуючи послідовність у лікуванні.

Сімейний лікар повинен розвивати навички лідерства та організації для ефективного управління командою та забезпечення належного спілкування між її членами. Це включає регулярні зустрічі з командою для обговорення складних випадків, розроблення загальної стратегії лікування та моніторингу прогресу пацієнтів. Такий командний підхід

показав статистично значиме поліпшення результатів пацієнтів порівняно з окремою практикою лікарів. Крім того, залучення громади та розроблення партнерства з місцевими організаціями можуть розширити доступ до послуг та підвищити охоплення населення програмами профілактики.

2. Скринінг та діагностичні критерії предіабету

Скринінг на предіабет у первинній медичній допомозі вимагає розуміння чинників ризику та методів діагностики. Предіабет визначається як стан, при якому рівень глюкози натщесерце становить від 100 до 125 мг/дл або двогодинна глюкоза після орального тесту толерантності до глюкози знаходиться в межах 140–199 мг/дл, або рівень гемоглобіну A1c коливається від 5,7% до 6,4% [6]. Правильна діагностика є критичною для виявлення осіб з підвищеним ризиком та початку своєчасного втручання.

Різні інструменти скринінгу можуть бути використані сімейними лікарями для ідентифікації осіб з ризиком розвитку предіабету. Простий скринінг у первинній медичній допомозі, включаючи антропометричні вимірювання та оцінку факторів ризику, може виявити осіб, яким потрібно проведення лабораторного тестування [7]. Такі інструменти мають хорошу чутливість та специфічність для виявлення осіб з підвищеним ризиком діабету.

Крім того, вимірювання основних параметрів, таких як індекс маси тіла, артеріальний тиск та об'єм талії, повинні бути частиною регулярного огляду всіх пацієнтів. Рекомендації основних організацій охорони здоров'я свідчать про необхідність скринінгу на предіабет у осіб з факторами ризику, такими як надмірна вага, малорухливий спосіб життя, сімейна історія діабету та наявність метаболічного синдрому [4]. Ці рекомендації служать основою для розроблення локальних протоколів скринінгу в практиці сімейного лікаря.

Ефективна інтеграція скринінгу на предіабет у рутинну практику вимагає розроблення систематичного підходу з використанням електронних медичних записів для виявлення кандидатів на скринінг та автоматичного розрахунку ризику на основі демографічних та клінічних параметрів. Багато систем охорони здоров'я впровадили такі інформаційні системи, які значно підвищують охоплення скринінгом і зменшують навантаження на лікарів. Крім того, делегування деяких аспектів скринінгу навченим медичним сестрам та іншим членам команди первинної медичної допомоги може підвищити ефективність процесу без зменшення якості.

3. Управління образом життя та першочергові втручання

Управління образом життя є першочерговою стратегією у лікуванні предіабету та показало найбільшу ефективність у запобіганні розвитку діабету 2-го типу. Дослідження Diabetes Prevention Program продемонстрували, що інтенсивна програма змін образу життя, що включала модифікацію дієти та збільшення фізичної активності, знижувала

ризик розвитку діабету на 58% у загальній популяції [8]. Ці результати підкреслюють критичну важливість поведінкових втручань у первинній медичній допомозі.

Механізми ефективності втручань щодо змін образу життя включають покращення чутливості до інсуліну, відновлення функції бета-клітин піджелудкової залози та зменшення вісцерального та інтрагепатичного жиру [9]. Було показано, що люди, які досягають ремісії предіабету (повернення до нормального гліцемічного контролю) мають покращену інсулінову чутливість та зменшену вісцеральну жирову масу порівняно з тими, хто не досягає ремісії, навіть якщо вони мають подібне зменшення загальної маси тіла. Це підкреслює важливість не лише зменшення ваги, але й типу вуглеводів, що вживаються, та розподілу жирової маси у тілі.

Дієтичні втручання повинні бути спрямовані на зменшення калорійності, зменшення споживання простих вуглеводів та насичених жирів, а також збільшення вживання клітковини та цільнозернових продуктів. Структурована програма зміни образу життя, включаючи індивідуалізовані рекомендації щодо харчування, показала значне покращення гліцемічного контролю та ремісію предіабету [9].

Програми дієтичного втручання показали стійке зменшення маси тіла (в середньому 3–10% залежно від інтенсивності втручання) та покращення гліцемічного контролю при умові тривалого дотримання рекомендацій. Більш конкретно, кілька типів дієт демонстрували ефективність у управлінні предіабетом, включаючи середземноморську дієту, дієту DASH (для боротьби з гіпертензією), низькоглікемічну дієту та дієти зі зменшеним вмістом калорій. Проте найважливішим фактором є дотримання дієти пацієнтом на тривалий період, а не вибір конкретного типу дієти [4].

Крім того, роль вмісту клітковини та цільнозернових продуктів заслуговує особливої уваги. Дослідження показали, що збільшення споживання клітковини на 10–15 грам на день пов'язано зі значним поліпшенням гліцемічного контролю та чутливості до інсуліну. Сімейні лікарі повинні рекомендувати мінімум 25–30 грам клітковини на день для жінок та 30–38 грам для чоловіків, обговорюючи практичні способи досягнення цих цілей через натуральні харчові джерела.

Фізична активність є невід'ємною частиною управління предіабетом, при цьому рекомендована мінімальна тривалість аеробної активності помірної інтенсивності становить 150 хвилин на тиждень або 75 хвилин високої інтенсивності, розподілені протягом тижня [1]. Силові тренування два рази на тиждень також рекомендуються для покращення чутливості до інсуліну, композиції тіла та загального метаболічного здоров'я. Комбінація аеробної та силової підготовки показала найбільшу ефективність порівняно з кожним видом окремо, при цьому комбінована програма вправ давала найбільшу редукцію HbA1c та найбільше поліпшення інсуліно-резистентності [10].

Сімейні лікарі повинні не лише рекомендувати фізичну активність, але й надавати практичні поради щодо її впровадження, враховуючи індивідуальні бар'єри та ресурси кожного пацієнта. Це включає обговорення звичних видів активності, у які може бути включена фізична активність, розроблення реалістичного плану поступового збільшення активності та обговорення способів подолання бар'єрів, таких як час, погода чи травми. Групові програми фізичної активності та структуровані програми реабілітації показали вищу ефективність та краще дотримання порівняно з індивідуальними рекомендаціями, тому залучення пацієнтів до групових програм є важливим компонентом лікування.

Крім дієтичних та фізичних втручань, успішне управління предіабетом вимагає комплексного підходу до поведінкових змін, який включає мотиваційне консультування, когнітивно-поведінкову терапію та підтримку психічного здоров'я. Дослідження показують, що психосоціальні фактори, такі як депресія та стрес, негативно впливають на ефективність втручань і мають бути активно виявлені та керовані [11]. Сімейні лікарі повинні мати знання та навички для розпізнавання симптомів депресії та тривоги у пацієнтів з предіабетом та розглядати можливість спрямування на психологічну допомогу при необхідності.

Структуровані програми управління образом життя, які об'єднують моніторинг прогресу, регулярне консультування та позитивне підкріплення, показали значно вищі рівні дотримання та краще довгострокові результати. Ці програми часто включають групові заняття на початку втручання для навчання та мотивації пацієнтів, за якими слідує індивідуальна підтримка для адаптації стратегій до конкретних потреб кожного пацієнта. Телемедицина та цифрові розв'язання можуть бути інтегровані у ці програми для забезпечення постійної підтримки та моніторингу.

4. Фармакологічні підходи до управління предіабетом

Хоча поведінкові втручання залишаються найважливішими у лікуванні предіабету, фармакологічна терапія може розглядатися як додаток до змін образу життя для певних груп пацієнтів. Метформін є найбільш вивченим та рекомендованим препаратом для первинної профілактики діабету у осіб з предіабетом [12]. Дослідження показали, що додавання метформіну до програми змін образу життя значимо знижувало рівні гемоглобіну A1c та ризик розвитку діабету 2-го типу порівняно з самою програмою змін образу життя [8].

Метформін особливо рекомендується для осіб з наявністю множинних факторів ризику, таких як вік молодше 60 років, індекс маси тіла більше 35 кг/м² та високим рівнем A1c. Препарат добре переносяться більшістю пацієнтів, хоча деякі можуть відчувати шлункові розлади, які зазвичай минають протягом декількох тижнів прийому. Крім того, метформін має позитивні позаекстрапанкреатичні

ефекти, включаючи помірне зменшення маси тіла та покращення ліпідного профілю.

Інші класи препаратів вивчаються у контексті первинної профілактики предіабету, однак порівняння з метформіном показали варіабельні результати. Вибір фармакологічної терапії повинен розглядатися індивідуально, з урахуванням профілю ризику пацієнта, наявності супутніх захворювань (таких як захворювання нирок, серцево-судинні захворювання або ожиріння), вартості препарату та прихильності пацієнта до лікування. У нових рекомендаціях з точнісної медицини у діабеті згадується, що окремі пацієнти з визначеними фенотипами можуть отримувати користь від аналогів GLP-1 замість метформіну, особливо якщо у них є супутнє ожиріння або серцево-судинне захворювання [12]. Однак для більшості пацієнтів у первинній медичній допомозі метформін залишається препаратом першої лінії через його безпеку, ефективність та доступність [13].

5. Бар'єри та виклики у впровадженні програм управління предіабетом

Незважаючи на наявність ефективних стратегій, впровадження програм скринінгу та управління предіабетом в первинній медичній допомозі зустрічається з рядом бар'єрів. Часто сімейні лікарі мають недостатні знання про предіабет та його управління, що призводить до недостатнього скринінгу та невідповідного лікування [14]. Дослідження показали, що значна частка лікарів не має повної інформації про діагностичні критерії та ефективні стратегії управління предіабетом.

Подолання цих дефіцитів знань вимагає систематичного навчання та постійного професійного розвитку для сімейних лікарів. Впровадження навчальних програм, спрямованих на поточних лікарів та студентів медицини, з вакцинацією щодо чинників ризику, критеріїв діагностики та варіантів управління, може значно покращити якість управління. Крім того, розроблення локальних клінічних протоколів та керівництв для скринінгу та управління, розроблених експертами та адаптованих до місцевих умов, може надати практичну підтримку лікарям у їх повсякденній роботі.

Організаційні та структурні бар'єри також впливають на впровадження програм. Брак скоординованої системи електронних медичних записів, недостатня підтримка системи охорони здоров'я та обмежені ресурси для направлення пацієнтів до спеціалістів створюють перешкоди для ефективного управління [15]. Крім того, дороговизна програм дієтичного та фізичного тренування та обмежена доступність цих послуг у сільських та малозабезпечених районах ускладнюють впровадження комплексних втручань.

Низька прихильність пацієнтів до рекомендацій щодо змін образу життя залишається значним викликом, оскільки багато людей мають труднощі з дотриманням дієтичних обмежень та регулярної фізичної активності на тривалий період [16]. Психологічні

соціальні фактори, такі як депресія, стрес та брак мотивації, негативно впливають на ефективність втручань. Розроблення індивідуалізованих програм, які враховують мотивацію пацієнта, його соціальне оточення та економічні можливості, важливе для покращення прихильності та результатів. Застосування технік мотиваційного консультування та когнітивно-поведінкової терапії може значно покращити результати управління. Крім того, залучення членів сім'ї та розроблення сімейних програм управління може надати додаткову підтримку пацієнтам у змінах образу життя, оскільки сім'я часто грає ключову роль у формуванні харчових звичок та фізичної активності.

6. Результати та рекомендації для клінічної практики

Впровадження систематичних програм управління предіабетом у первинній медичній допомозі показує позитивні результати у запобіганні розвитку діабету 2-го типу та зменшенні пов'язаних ускладнень. Довгострокові дослідження продемонстрували, що пацієнти, які пройшли структуровані програми втручання, мали значно менший ризик розвитку діабету та покращені показники метаболічного контролю [17]. Економічний аналіз показує, що витрати на профілактику передіабету набагато менші за витрати на лікування діабету та його ускладнень.

Для оптимізації ролі сімейного лікаря у управлінні предіабетом рекомендується впровадження систематичного навчання лікарів та інших працівників охорони здоров'я принципам діагностики та управління предіабетом. Розроблення та впровадження локальних протоколів скринінгу та управління, що відповідають глобальним рекомендаціям, сприятиме підвищенню ефективності втручань [18]. Крім того, забезпечення доступу до мультидисциплінарної команди, включаючи дієтологів, фізіотерапевтів та психологів, є критичним для успіху програм.

Залучення пацієнтів та розвиток їх активної ролі у управлінні своїм здоров'ям є критичним для успіху довгострокових втручань. Програми навчання пацієнтів, які покривають знання про предіабет, його ускладнення та стратегії управління, значно поліпшують розуміння та прихильність [19]. Телемедицина та цифрові розв'язання, такі як мобільні додатки для моніторингу та онлайн-консультування, розширюють доступ до послуг та підвищують можливість пацієнтів брати участь у програмах управління. Регулярний моніторинг прогресу пацієнтів та корегування плану лікування на основі результатів дозволяють оптимізувати результати та забезпечити стійкі зміни у поведінці та метаболічних показниках [20].

Список використаної літератури

- Aljahdali ROS. Integrated Laboratory Diagnostics, Oral Health–Dentistry Screening, And Primary Care Approaches For Early Detection And Comprehensive Management Of Diabetes. *The Review of Diabetic Studies*. 2024;20:246–259.
- Alnissayan AIA, Almasaari FH, Alothman NH et al. A Literature Review on the Role of Family Medicine in the Early Detection and Management of Type 2 Diabetes. *JoPH*. 2024; 4(3):1831–1840.
- Alyahya AK, Rabbani U. Assessment of the Knowledge, Attitudes, and Practices of Primary Care Physicians Toward Prediabetes in Qassim, Saudi Arabia. *Cureus*. 2025;17(7):e87454.
- Bell K, Shaw JE, Maple-Brown L, et al. A position statement on screening and management of prediabetes in adults in primary care in Australia. *Diabetes Res Clin Pract*. 2020;164:108188.
- Gupta A, Ogundele OJ, Rabet R, et al. Understanding the role and organization of health workers delivering non-communicable disease management in primary care in low- and middle-income countries: a scoping review. *BMC Prim Care*. 2025;26(1):365.
- Jain S. 'Prediabetes' as a practical distinctive window for workable fruitful wonders: Prevention and progression alert as advanced professionalism. *World J Clin Pediatr*. 2024;13(1):89201.
- Ibrahim N, Ming Moy F, Awalludin IA, Mohd Ali Z, Ismail IS. Effects of a Community-Based Healthy Lifestyle Intervention Program (Co-HELP) among Adults with Prediabetes in a Developing Country: A Quasi-Experimental Study. *PLoS One*. 2016;11(12):e0167123.
- Evans PC, Vilahur G, Kleinbongard P, et al. Novel cardiovascular metabolic risk factor mechanisms and therapeutic opportunities. *Eur Heart J*. Published online March 6, 2026.
- Mathews E, Nair Anand TN, Joseph A, et al. Effectiveness of lifestyle modification in prediabetes remission among women with isolated impaired fasting glucose: A community-based, randomised controlled trial in India. *Diabetes Res Clin Pract*. 2026;232:113106.
- Zhang L, Cheng X, Yang Y, Li X, Yuan Y. Optimal dosage and modality of exercise on glycemic control in people with prediabetes: a systematic review and network meta-analysis. *Front Endocrinol (Lausanne)*. 2025;16:1560676.
- Saboo N, Kacker S. A Study on Yoga-Based Lifestyle Intervention versus Dietary Intervention Alone on Cardiometabolic Risk Factors among People with Prediabetes. *Ann Afr Med*. 2024;23(2):202-212.
- Amer BE, Abdelgalil MS, Hamad AA, et al. Metformin plus lifestyle interventions versus lifestyle interventions alone for the delay or prevention of type 2 diabetes in individuals with prediabetes: a meta-analysis of randomized controlled trials. *Diabetol Metab Syndr*. 2024;16(1):273.
- Bee YM, Awasthi N, Gandhi M, et al. Effectiveness of an Incentives-Enhanced Stepped Care Intervention Program in Diabetes Prevention in a Multiethnic Asian Prediabetes Cohort: Results From the Pre-DICTED Randomized Controlled Trial. *Diabetes Care*. 2025;48(11):1951-1959.
- Aljehani F, Alsulaiman A, Alqarni A, Almutairi F, Samkari M. Survey of Primary Care Physicians' Screening and

- Treatment Practices for Prediabetes in Saudi Arabia. *Cureus*. 2022;14(1):e21475.
15. Silva LPD, Batalha APDB, Ghisi GLM, et al. Effects of an Exercise and Lifestyle Education Program in Brazilians living with prediabetes or diabetes: study protocol for a multicenter randomized controlled trial. *Trials*. 2024;25(1):701.
 16. Ahmed A, Ahmed S, Shah WH, et al. Impact of lifestyle changes on prediabetes remission: Results from the Pakistan diabetes prevention trial. *Diabetes Res Clin Pract*. 2026;231:113019.
 17. Viswanathan V, Murugan P, Kumpatla S, Parveen R, Devarajan A. Prevention of diabetes from prediabetes in real world setting in South India. *Diabetes Metab Syndr*. 2024;18(5):103041.
 18. Jiang Q, Li JT, Sun P, Wang LL, Sun LZ, Pang SG. Effects of lifestyle interventions on glucose regulation and diabetes risk in adults with impaired glucose tolerance or prediabetes: a meta-analysis. *Arch Endocrinol Metab*. 2022;66(2):157-167.
 19. Babu MS, Gowdappa HB, Kalpana T, Vidyaxmi K, Nikhil B, Chakravarthy T. Knowledge, Attitude and Practices of Diabetic Patients — A Cross Sectional Study in a Tertiary Care Hospital in Mysore. *J Assoc Physicians India*. 2015;63(8):96.
 20. Park Y, Choi HR, Lee JE, et al. Impact of real-time continuous glucose monitoring and personalized digital health coaching on glycemic control and lifestyle in patients with type 2 diabetes and prediabetes. *Prim Care Diabetes*. 2026;20(1):61-67.

Роль сімейного лікаря у ранньому виявленні та управлінні предіабетом

Проф. О.М. Корж, проф. Л.В. Черкашина, доц. Л.М. Цогоєва

Харківський національний медичний університет

Кафедра загальної практики-сімейної медицини

У статті розглянуто роль сімейного лікаря у ранньому виявленні та управлінні предіабетом у системі первинної медичної допомоги. Проаналізовано сучасні підходи до скринінгу, діагностичні критерії та основні фактори ризику розвитку предіабету, що дозволяють своєчасно ідентифікувати пацієнтів із підвищеною ймовірністю розвитку цукрового діабету 2 типу. Особливу увагу приділено модифікації способу життя, включаючи корекцію харчування, підвищення фізичної активності та поведінкові втручання, а також можливостям фармакологічної профілактики. Підкреслено значення мультидисциплінарного підходу, освітніх програм для лікарів і пацієнтів та подолання організаційних бар'єрів для підвищення ефективності профілактики діабету на рівні первинної медичної допомоги.

Ключові слова: предіабет, сімейний лікар, первинна медична допомога, скринінг, профілактика цукрового діабету 2 типу.

The role of the family doctor in the early detection and management of prediabetes

Prof. O.M. Korzh, prof. L.V. Cherkashyna, assoc. prof. L.M. Tsogoeva

Kharkiv National Medical University

Department of general practice-family medic

Prediabetes is a common metabolic condition that often remains undiagnosed and significantly increases the risk of developing type 2 diabetes and cardiovascular complications. This article examines the role of the family physician in the early detection and management of prediabetes within primary healthcare. Particular attention is given to screening strategies, diagnostic criteria, and the identification of individuals at increased risk. Lifestyle modification, including dietary changes, increased physical activity, and behavioral interventions, is highlighted as the cornerstone of prevention, while pharmacological approaches such as metformin may be considered for selected high-risk patients. The paper also emphasizes the importance of a multidisciplinary approach, patient education, and addressing organizational barriers to improve the effectiveness of prediabetes prevention in primary care.

Key words: prediabetes, family physician, primary care, screening, type 2 diabetes prevention.

Контактна інформація: Корж Олексій Миколайович—
доктор медичних наук, професор, завідувач кафедри загальної практики – сімейної медицини
Харківського національного медичного університета,
пр. Науки, 4, м. Харків, 61022, Україна
e-mail: okorzh2006@ukr .net

Стаття надійшла до редакції 08.03.2026 р .