

# Роль гликированного гемоглобина в диагностике и мониторинге сахарного диабета

Л.А. Луценко

Киевский городской клинический эндокринологический центр

Учитывая распространенность сахарного диабета (СД), возможность раннего и быстрого развития осложнений, большое количество недиагностированных случаев и неутешительные прогнозы ВОЗ относительно перспектив распространения СД в мире, важна своевременная и точная диагностика нарушений углеводного обмена. Гликированный гемоглобин – показатель, который при использовании стандартизированных методик дает интегрированное представление об уровне гликемии на протяжении длительного промежутка времени и позволяет своевременно выявить нарушения углеводного обмена. При использовании гликированного гемоглобина в качестве диагностического критерия нарушений углеводного обмена или степени компенсации СД важным является правильный подход к выбору метода определения данного показателя с учетом его аналитической надежности.

**Ключевые слова:** сахарный диабет, гликированный гемоглобин, гликирование, гликемический контроль.

Сахарный диабет (СД) в настоящее время является серьезной медицинской и социальной проблемой. Согласно прогнозам ВОЗ, к 2030 году количество больных СД превысит 592 млн [1]. Но проблема состоит не только в распространенности СД, но и в быстром развитии осложнений, которые приводят к снижению качества жизни больного, инвалидизации и смерти. Для больных СД характерны раннее развитие и высокая частота сосудистых осложнений: при 2-м типе – макроваскулярных (поражение церебральных, коронарных и периферических сосудов) и микроваскулярных (ретинопатия, нефропатия, нейропатия), при 1-м типе – микроваскулярных. Особенностью течения СД 2-го типа является наличие хронических осложнений на момент установления клинического диагноза, что усугубляет течение заболевания и затрудняет возможности компенсации.

В настоящее время в Украине зарегистрировано 1,3 млн больных СД. При этом данные эпидемиологических исследований свидетельствуют, что количество пациентов с недиагностированными случаями СД в 2–2,5 раза превышает количество выявленных пациентов. Таким образом, для эндокринологов, терапевтов, семейных врачей важна проблема скрининга латентного СД.

Одним из методов выявления нарушений углеводного обмена является определение уровня гликемии. При этом необходимо учитывать, что полученный результат отражает концентрацию глюкозы только на момент взятия крови, а показатели гликемии значительно колеблются в течение суток. Таким образом, корреляция между единично определенным уровнем глюкозы и реальным уровнем гликемии слабая, и поэтому сделать вывод о достоверном наличии или отсутствии нарушения углеводного обмена у пациента между измерениями не представляется возможным. В рекомендациях ВОЗ (2006 г.) указано, что в 30% случаев не представляется возможным диагностировать СД, используя определение гликемии натощак.

Показателем, который дает интегрированное представление об уровне гликемии на протяжении длительного промежутка времени, является гликированный гемоглобин (HbA<sub>1c</sub>).

Многие исследования подтверждают взаимосвязь HbA<sub>1c</sub> и уровня гликемии пациента [2, 3].

В научной литературе в последние годы сложилось представление о двух, казалось бы, сходных процессах – гликозилировании и гликировании. Гликозилирование, а точнее, трансгликозилирование, – это перенос остатка моносахарида на другой моносахарид с образованием гликозидной связи, который является ферментативным процессом [4]. Гликирование (неферментативное гликозилирование) – это неферментативное присоединение к аминокислоте белка (пептида или аминокислоты) моносахаридного остатка с образованием основания Шиффа, а затем кетамин. Для данного процесса необходимы следующие условия: 1) наличие свободных и неэкранированных NH<sub>2</sub>-групп у белка; 2) наличие альдегидов; 3) достаточное время контакта; 4) способность белка быстро менять конформацию и возвращаться в исходное состояние [4]. То есть термин «гликированный гемоглобин» более точно отражает процесс специфического соединения гемоглобина эритроцитов с глюкозой. Для обозначения неферментативного присоединения сахара к белку объединенная комиссия IUPAC (International Union of Pure and Applied Chemistry) по биохимической номенклатуре рекомендует использовать термин «гликирование», который предпочтительнее, чем термин «неферментативное гликозилирование» [4]. Существуют разные варианты гликированных гемоглобинов: HbA<sub>1a</sub>, HbA<sub>1b</sub>, HbA<sub>1c</sub>. Корреляцию со степенью выраженности СД дает только вариант HbA<sub>1c</sub>. Процесс гликирования необратим, его скорость (а также концентрация HbA<sub>1c</sub>) прямо пропорциональна уровню гликемии.

У здоровых людей концентрация HbA<sub>1c</sub> в крови колеблется от 4% до 5,9%, у больных СД его уровень зависит от степени гипергликемии. Образовавшийся HbA<sub>1c</sub> аккумулируется внутри эритроцитов и сохраняется в течение всего срока жизни эритроцита. Поскольку эритроциты, циркулирующие в крови, имеют разный возраст, рекомендуется ориентироваться на полупериод жизни эритроцитов – 60 сут. Таким образом, концентрация HbA<sub>1c</sub> отражает уровень гликемии пациента за 60 (до 90) дней до исследования [5]. Наибольшее влияние на уровень HbA<sub>1c</sub> оказывают последние 30 дней перед взятием анализа. Уровнем гликемии за это время обусловлено 50% величины HbA<sub>1c</sub>. Таким образом, ценность определения HbA<sub>1c</sub> в том, что он характеризует средний уровень глюкозы в крови на протяжении длительного промежутка времени, то есть состояние углеводного обмена на протяжении последних 2–3 мес.

С точки зрения клинической ценности определение HbA<sub>1c</sub> обладает рядом преимуществ в сравнении с определением гликемии:

- результат HbA<sub>1c</sub> не зависит от приема пищи (возможно определение не натощак), физических нагрузок, психоэмоционального состояния пациента;
- взятие крови можно проводить в любое время: HbA<sub>1c</sub> стабилен в широком диапазоне температур и временном интервале;
- возможность хранения образца крови для определения HbA<sub>1c</sub> при 2–8°C до 7 сут;
- обладает существенно более низкой биологической вариабельностью.

Соответствие целевых значений HbA<sub>1c</sub> пре- и постпрандиальному уровню глюкозы плазмы

HbA <sub>1c</sub> , %	Глюкоза плазмы натощак, ммоль/л	Глюкоза плазмы через 2 ч после еды, ммоль/л
<6,5	<6,5	<8,0
<7,0	<7,0	<9,0
<7,5	<7,5	<10,0
<8,0	<8,0	<11,0

Существует прямая зависимость между значениями HbA<sub>1c</sub> и уровнем гликемии (пре- и постпрандиальным), которая представлена в табл. 1.

Интерпретация результатов HbA<sub>1c</sub> может быть затруднена. Разброс значений HbA<sub>1c</sub> у двух людей с одинаковым средним показателем уровня глюкозы в крови может достигать 1%, что обусловлено наличием разницы в лабораторных технологиях и индивидуальными различиями пациентов. Это подтверждает важность стандартизации методов исследования HbA<sub>1c</sub>.

### Стандартизация методов исследования гликированного гемоглобина

При исследовании HbA<sub>1c</sub> необходимо учитывать метод его определения и аналитическую надежность используемого способа. Еще несколько десятилетий назад отсутствовала стандартизация методов измерения HbA<sub>1c</sub>, что снижало клиническую эффективность использования данного теста. В 1993 году Американской Ассоциацией клинической химии была разработана Национальная программа по стандартизации исследований HbA<sub>1c</sub> (NGSP – The National Glycohemoglobin Standardization Program). В настоящее время производители тест-систем для измерения HbA<sub>1c</sub> обязаны проходить проверку и получить «сертификат соответствия DCCT» (DCCT – Diabetes Control and Complications Trial). Американской диабетической ассоциацией (АДА) рекомендовано всем лабораториям использовать только тесты, сертифицированные NGSP [6, 7]. Основное требование, предъявляемое организацией NGSP к методам определения HbA<sub>1c</sub> – воспроизводимость с коэффициентом вариации (CV) менее 4%. К сожалению, методы, используемые в лабораториях, далеко не всегда отвечают этим требованиям. Низкий CV является критически важным, если уровень HbA<sub>1c</sub> в крови пациента близок к установленным границам компенсации СД. Значение CV выше 5% не дает возможности использовать определение HbA<sub>1c</sub> с диагностической целью, поскольку приведет к установлению ложноотрицательного диагноза.

На сегодняшний день известно более 20 методов определения HbA<sub>1c</sub> [1]. Условно их можно разделить на хроматографические (жидкостная хроматография, аффинная хроматография), электрофоретические, иммунохимические, колориметрические. У каждого метода есть свои преимущества и недостатки (табл. 2).

При всем многообразии методов, предлагаемых для определения HbA<sub>1c</sub>, наиболее полно соответствует современным требованиям метод высокоэффективной жидкостной хроматографии (ВЭЖХ), который принят NGSP как референсный метод [8] и используется в большинстве ведущих лабораторий мира. Суть метода состоит в сорбции всех вариантов гемоглобина на ионообменной смоле колонки с последующим их разделением по различным фракциям под действием градиента pH-буфера и детектированием.

Таким образом, при выборе лабораторией анализатора для исследования HbA<sub>1c</sub> преимущество должно быть отдано анализаторам на основе референсного метода DCCT, каким является ВЭЖХ. Использование стандартизированных методов исследования дает лаборатории возможность получать максимально достоверные результаты исследований. Результатом отсутствия стандартизации лабораторного метода является высокая ненадежность и разброс результатов HbA<sub>1c</sub>, что приводит к недооценке или переоценке диагностики СД. Поэтому в повседневной клинической практике при получении результата HbA<sub>1c</sub> врач должен задаться вопросом: «Исследование HbA<sub>1c</sub> проведено в стандартизированной лаборатории или нет?» То есть чрезвычайно важно, чтобы врач использовал в своей работе результаты исследований, полученных только в тех лабораториях, которые проводят исследование HbA<sub>1c</sub> методами, сертифицированными NGSP.

Результаты измерения HbA<sub>1c</sub> должны быть выражены в предложенных IFCC (International Federation of Clinical Chemistry) единицах (ммоль/моль) и соответствующих показателях NGSP (%).

Роль HbA<sub>1c</sub> в оценке гликемического контроля у больных СД подтверждена результатами United Kingdom Prospective Diabetes Study (UKPDS) и DCCT. HbA<sub>1c</sub> – достоверный предиктор микро- и макрососудистых осложнений СД, показатель рисков патологий беременности и плода. Согласно данным исследований, проводимых DCCT, риск развития и прогрессирования отдаленных осложнений СД 1-го типа коррелирует со степенью эффективности контроля уровня гликемии, выраженного в содержании HbA<sub>1c</sub> в крови [9]. Достижение целевых показателей HbA<sub>1c</sub> является ключевым моментом в предотвращении развития хронических осложнений [9–11].

Таблица 2

Основные лабораторные методы определения HbA<sub>1c</sub>

Лабораторный метод	Преимущества	Недостатки
Ионообменная хроматография	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Полностью автоматический</li> <li>• Высокая воспроизводимость</li> <li>• Результаты не требуют подтверждения</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Необходимость использования специализированного оборудования</li> </ul>
Аффинная хроматография	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Сертифицированный метод</li> <li>• Возможность выполнения единичных исследований в кабинете врача</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Высокая стоимость расходных материалов</li> <li>• Непрямое определение фракции HbA<sub>1c</sub></li> </ul>
Иммунотурбидиметрия	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Сертифицированный метод</li> <li>• Возможность выполнения анализа на биохимическом анализаторе, установленном в лаборатории</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Необходимость ручной пробоподготовки</li> <li>• Клинически значимая интерференция в присутствии гемоглобинов F (&gt;10%), С и S</li> </ul>
Ионообменная хроматография низкого давления	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Хорошая корреляция с методом ВЭЖХ</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Необходимость пробоподготовки</li> <li>• Низкая производительность, интерференция в присутствии HbF</li> </ul>
Аффинная хроматография с использованием микроколонок	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Относительно низкая стоимость</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Не отвечает требованиям NGSP</li> <li>• Высокие трудозатраты</li> </ul>

Цели терапии при лечении СД 2-го типа

Параметры	Цели терапии (результаты лабораторных исследований)
HbA <sub>1c</sub> , %	Общепринятый уровень для большинства пациентов составляет ≤7 при референсных значениях, но его можно устанавливать индивидуально, учитывая имеющиеся осложнения. Уровень ≤6,5 устанавливают у пациентов с высокой ожидаемой длительностью жизни, без сердечно-сосудистых заболеваний, без риска развития гипогликемического состояния, у тех, у кого это достижимо. Уровень ≤7,5 устанавливают у пациентов с низкой ожидаемой длительностью жизни, с сердечно-сосудистыми заболеваниями, с риском развития гипогликемического состояния, у тех, у кого это не представляется достижимым
Глюкоза плазмы капиллярной крови натощак, ммоль/л	<5,6
Глюкоза плазмы капиллярной крови после еды, ммоль/л	<10

**Терапевтические цели при лечении СД 2-го типа**

Приказом МОЗ Украины № 1118 от 21.12.2012 г. «Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги при цукровому діабеті 2 типу» определены цели терапии, которые необходимо достичь при лечении СД 2-го типа (табл. 3).

АДА указывает на необходимость персонализированного подхода к определению целевых уровней HbA<sub>1c</sub> и ведению пациентов с СД 2-го типа (табл. 4).

При выборе индивидуального целевого уровня HbA<sub>1c</sub> следует учитывать:

1. Возраст пациента. При этом необходимо понимать, что функциональное изнашивание органов и систем (биологический возраст) каждого человека строго индивидуально, в результате чего невозможно четко разграничить цели гликемического контроля.

2. Ожидаемую продолжительность жизни (ОПЖ). Данное понятие позволяет оценить общее состояние пациента и

вероятность развития у него сосудистых осложнений (даже в большей степени, чем возраст). Так, цели гликемического контроля могут быть менее строгими у пациентов с ОПЖ < 5 лет, поскольку прогноз жизни такого пациента, как правило, определяется тяжелым основным заболеванием (например онкологической патологией). У пациентов молодого и среднего возраста с высокой ОПЖ рекомендуется достижение более строгих целей контроля гликемии для предупреждения развития сосудистых осложнений СД.

3. Наличие тяжелых осложнений. В исследовании ACCORD подтверждено, что при наличии у пациента сердечно-сосудистых осложнений при достижении нормогликемии возрастает частота развития гипогликемических состояний, которые влекут за собой кардио- и цереброваскулярные катастрофы.

4. Риск развития тяжелых гипогликемий. Возможность строгого контроля гликемии ограничена, поскольку влечет за собой высокий риск сердечно-сосудистой смертности.

Таблица 4

Индивидуальные целевые значения HbA<sub>1c</sub> при СД 2-го типа (АДА, 2010)

Показатель	Возраст		
	Молодой	Средний	Пожилым и (или) ОПЖ < 5 лет
HbA <sub>1c</sub> , %	6-6,5	6,5-7,0	7-7,5

Таблица 5

Индивидуальные целевые значения HbA<sub>1c</sub> при СД 1-го типа у детей (АДА)

Возраст, лет	HbA <sub>1c</sub> , %	HbA <sub>1c</sub> при отсутствии серьезных эпизодов гипогликемий, %
0-6	<8,5	<8
6-12	<8	<7,5
13-19	<7,5	<7

Таблица 6

Интерпретация результатов HbA<sub>1c</sub> (АДА, 2010)

Уровень HbA <sub>1c</sub>	Интерпретация результата
<5,7%	Отсутствие СД
5,7-6,4%	Повышенный риск СД (предиабет)
6,5% и выше	СД

Таблица 7

Факторы, влияющие на уровень HbA<sub>1c</sub>

Факторы, повышающие уровень HbA <sub>1c</sub>	Факторы, понижающие уровень HbA <sub>1c</sub>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Дефицит витамина В<sub>12</sub> и железа</li> <li>Угнетение эритропоэза</li> <li>Алкоголизм</li> <li>Хроническая почечная недостаточность</li> <li>Увеличение сроков жизни эритроцитов (спленэктомия)</li> <li>Гипербилирубинемия</li> <li>Лекарственные препараты (гидрохлортиазид, индапамид, пропранолол, морфин)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ретикулоцитоз</li> <li>Хронические заболевания печени</li> <li>Снижение сроков жизни эритроцитов (гемоглобинопатии, спленомегалия, ревматоидный артрит)</li> <li>Гипертриглицеридемия</li> <li>Лекарственные препараты (препараты эритропоэтина, железа; витамины В<sub>12</sub>, С, Е; аспирин; противовирусные)</li> </ul>

**Терапевтические цели при лечении СД 1-го типа**

Согласно современным рекомендациям (ADA, 2013), значение HbA<sub>1c</sub> <7,0% является целевым для большинства пациентов с СД 1-го типа при условии отсутствия гипогликемических реакций. Таким образом, обеспечивается эффективная профилактика микрососудистых осложнений СД. При этом у некоторых пациентов (небольшой стаж СД, отсутствие осложнений СД и сопутствующих заболеваний) рекомендуется рассматривать более жесткие целевые значения HbA<sub>1c</sub> <6,5%, если они могут быть достигнуты при отсутствии гипогликемических состояний. У пациентов с тяжелыми гипогликемиями в анамнезе, тяжелыми диабетическими осложнениями или сопутствующими заболеваниями рекомендуется установить менее жесткие цели – HbA<sub>1c</sub> <8%.

У детей, подростков целевые значения HbA<sub>1c</sub> могут колебаться от 7% до 8,5% в зависимости от возраста, наличия гипогликемических эпизодов, физической активности, возможности контроля приема углеводов (табл. 5).

Учитывая возможности высокой стандартизации исследования HbA<sub>1c</sub>, в настоящее время АДА (2010 г.) предлагает использовать HbA<sub>1c</sub> не только как критерий компенсации СД, но и с целью ранней диагностики нарушений углеводного обмена (табл. 6). Пороговым предложено считать значение HbA<sub>1c</sub> равное 6,5%.

**Роль гликованого гемоглобина в диагностике та моніторингу цукрового діабету**  
**Л.А. Луценко**

Ураховуючи значну поширеність цукрового діабету (ЦД), можливість раннього та швидкого розвитку ускладнень, велику кількість не діагностованих випадків та невтішні прогнози ВООЗ щодо перспектив поширення ЦД у світі, важливою є своєчасна та точна діагностика порушень вуглеводного обміну. Глікований гемоглобін – показник, який при використанні стандартизованих методик дає інтегроване уявлення про рівень глікемії протягом значного проміжку часу та дозволяє своєчасно виявити порушення вуглеводного обміну. При використанні глікованого гемоглобіну в якості діагностичного критерію порушень вуглеводного обміну або ступеня компенсації ЦД важливим є правильний підхід до вибору методу визначення даного показника та урахування його аналітичної надійності.

**Ключові слова:** цукровий діабет, глікований гемоглобін, глікування, глікемічний контроль.

С 2012 г. использование HbA<sub>1c</sub> для диагностики СД одобрено и в Украине (приказ МОЗ Украины № 1118 от 21.12.2012 г. «Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги при цукровому діабеті 2 типу»).

Таким образом, если учесть последние рекомендации диабетологических организаций, то показаниями к определению HbA<sub>1c</sub> являются:

- Скрининг и диагностика СД;
- Мониторинг течения и контроля проводимого лечения больных СД, определение степени компенсации СД;
- Обследование беременных женщин с целью диагностики гестационного СД, оценки риска врожденных патологий плода;
- Оценка рисков общей смертности, инфарктов миокарда, ишемических инсультов, диабетической ретинопатии, нефропатии, нейропатии, колоректального рака.

При интерпретации результата HbA<sub>1c</sub> необходимо учитывать наличие факторов, влияющих на уровень данного показателя (табл. 7).

Таким образом, использование уровня гликированного гемоглобина рекомендовано в качестве критериев компенсации СД и диагностики нарушений углеводного обмена. При этом врач должен остановить свой выбор на стандартизованном методе исследования, а также учесть наличие различных факторов, влияющих на уровень HbA<sub>1c</sub>.

**The role of the glycated hemoglobin in the diagnosis and monitoring of diabetes mellitus**  
**L.A. Lutsenko**

Considering the prevalence of diabetes mellitus, the possibility of early and rapid progress of complications, a large number of undiagnosed cases and disappointing forecasts of the WHO on the prospects of diabetes mellitus spreading in the world, timely and accurate diagnosis of carbohydrate metabolism disorders is extremely important. The glycated hemoglobin is an indicator that, while using the standardized methods, provides an integrated view of the glycemia level during a long period of time and allows to detect timely the carbohydrate metabolism disorders. While using the glycated hemoglobin as a diagnostic criterion for detecting the carbohydrate metabolism disorders or degree mellitus compensation, the correct approach to the choice of the method of this index determination, considering its analytical reliability, is also extremely important.

**Key words:** diabetes mellitus, glycated hemoglobin, glycation, glycemic control.

**Сведения об авторе**

Луценко Лариса Андреевна – Киевский городской клинический эндокринологический центр, 01601, г. Киев, ул. Рейтарская, 22; тел.: (044) 235-29-65.

**СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ**

1. International Diabetes Federation, diabetes atlas, 6th edition. International Diabetes Federation. – 2013. – 159 p.
2. Gonen B.A. Hemoglobin A1c: An indicator of the metabolic control of diabetic patients / B.A. Gonen, A.H. Rubinstein, H. Rochman et al. // The Lancet. – 1977. – Vol. 310. – P. 734–737.
3. Koenig R.J. Correlation of glucose regulation and hemoglobin A1c in diabetes mellitus / R.J. Koenig, C.M. Peterson, R.L. Jones et al. // New England Journal of Medicine. – 1976. – Vol. 295, № 8. – P. 417–420.
4. Королев В.А. Метод изоэлектрофоркусовирования и фотоколориметрия для определения гемоглобина A1c / В.А. Королев, В.И. Молчанов // Биомедицинская химия. – 2006. – Т. 52, № 2. – С. 200–210.
5. Питерс-Хармел Э. Сахарный диабет: диагностика и лечение / Э. Питерс-Хармел, Р. Матур. Пер. с англ. – М.: Практика, 2008. – 496 с.
6. American Diabetes Association Standards of Medical Care in Diabetes // Diabetes Care. – 2010. – Vol. 33 (1). – P. 511–561.
7. International expert committee report on the role of the A1c assay in the diagnosis of diabetes // Diabetes Care. – 2009. – Vol. 32 (7). – P. 1327–1334.
8. Approved IFCC reference method for the measurement of HbA1c in human blood // Clin. Chem. Lab. Med. – 2002. – Vol. 40 (1). – P. –78 89.
9. DCCT. The relationship of glycemic exposure (HbA1c) to the risk of development and progression of retinopathy in the diabetes control and complications trial // Diabetes. – 1995. – Vol. 44 (8). – P. 968–983.
10. Stratton J.M. Association of glycaemia with macrovascular and microvascular complications of type 2 diabetes (UKPDS 35): prospective, observational study / J.M. Stratton, A.I. Adler, A.W. Neil et al. // BMJ. – 2000. – Vol. 321. – P. 405–412.
11. Гнуди Л. Результаты и влияние исследований ACCORD и ADVANCE / Л. Гнуди // Diabetes voice. – 2009. – Vol. 54, № 1. – С. 29–32.

Статья поступила в редакцию 06.11.2014

**Указанные в статье лабораторные исследования выполняются в Медицинской лаборатории Синэво**