

Главное о ваших анализах

Мужчина, 31 год · Инсулинорезистентность · Этап ранний

Картина классической ранней инсулинорезистентности: поджелудочная ещё справляется и держит глюкозу в норме, но цена этого – повышенный инсулин и сдвиг липидов. Это самая обратимая стадия – реальные изменения возможны за 3–6 месяцев.

— ЧТО ОТМЕЧЕНО

● НОМА-IR	3.8
● Инсулин натощак	15.7 мкЕд/мл
● Глюкоза натощак	5.49 ммоль/л
● HDL-холестерин	0.82 ммоль/л
● Триглицериды	1.55 ммоль/л
● ТТГ	2.44 мкМЕ/мл
● Печень (АЛТ / АСТ)	16.9 / 15.1
● HbA1c-эквивалент по глюкозе	в норме
● Общий холестерин · ЛПНП	3.41 · 2.22
● CRP (воспаление)	1.31 мг/л

● янтарный — стоит внимания, но не критично · ● зелёный — в норме

— РАЗБОР

Что это значит на самом деле

Ключевая находка — HOMA-IR 3.8. Этот индекс считается из глюкозы и инсулина натощак и показывает, сколько усилий нужно поджелудочной, чтобы удерживать сахар в норме. Граница — 2.5. У вас 3.8 — то есть клетки уже плохо «слышат» инсулин, и тело компенсирует это повышенной его выработкой.

Хорошая новость: глюкоза при этом ещё в норме (5.49 ммоль/л, верх референса, но не преддиабет). Это значит, что система пока справляется — вы в самой обратимой фазе процесса. Если ничего не менять, следующие шаги — рост глюкозы, рост HbA1c, и только потом диагноз. До этого ещё есть пространство.

Липидный профиль подтверждает картину

HDL 0.82 ммоль/л — ниже нижней границы (норма от 0.9, оптимум от 1.55). Низкий «хороший» холестерин при повышенных триглицеридах (1.55, тоже у верхней границы) — это и есть атерогенная дислипидемия, классический спутник инсулинорезистентности. Общий холестерин и ЛПНП у вас при этом отличные — то есть проблема не в питании жирами, а в метаболизме углеводов и активности.

Связь с вашими симптомами

Тяга к сладкому — прямое следствие высокого инсулина: он загоняет глюкозу в клетки слишком быстро, мозг получает сигнал «мало топлива», запрашивает добавку.

Замкнутый круг.

Усталость при нормальном сне 7–8 часов — типично для ИР: клетки не получают энергию эффективно даже при достаточном питании.

Храп — отдельный сигнал. Храп сам по себе ухудшает чувствительность к инсулину (через прерывистую гипоксию ночью) и часто связан с обструктивным апноэ сна. При вашей картине это стоит исключить — см. вопросы врачу.

Отсутствие активности + стресс 6/10 — два самых сильных немедикаментозных рычага, которые сейчас работают против вас. Они же — самые быстрые рычаги в обратную сторону.

— ПЛАН

Приоритеты на ближайшие 3 месяца

Порядок не случаен — каждый следующий пункт даёт меньший эффект, чем предыдущий, но все четыре работают вместе.

1 Силовая нагрузка 2–3 раза в неделю

Самый быстрый рычаг для НОМА-IR. Мышцы — главный потребитель глюкозы, и они начинают «слышать» инсулин уже через 2–3 недели регулярной нагрузки. Не кардио — именно силовая: приседания, тяги, жимы. Достаточно 40–50 минут, тяжёлые подходы по 6–10 повторений. Дома с гантелями или в зале — без разницы.

2 Убрать сладкие напитки и быстрые углеводы вне еды

Не диета и не подсчёт калорий — конкретное правило. Соки, сладкие кофе, печенье «между делом», конфеты на работе. Эти эпизоды поднимают инсулин ещё до того, как организм успевает его потратить, и закрепляют тягу. Сладкое после полноценного приёма пищи — гораздо мягче по эффекту.

3 Исключить апноэ сна

Храп + ИР + усталость — три из четырёх частей классической картины. Если апноэ есть, никакая диета и спорт не дадут полного эффекта, пока ночью не хватает кислорода. Домашний скрининг (пульсоксиметрия) стоит копейки, направление даст терапевт или сомнолог.

4 10 000 шагов или 30 минут движения ежедневно

Не вместо силовой, а в дополнение. Простая ходьба после еды снижает посттрапезные пики инсулина на 20–30%. Это та активность, которая «вставляется» в день без отдельного слота.

— НА СЛЕДУЮЩИЙ ПРИЁМ

Пять вопросов врачу

Эти вопросы помогают за стандартные 15 минут приёма получить конкретику, а не общие рекомендации.

-
- 01 При НОМА-IR 3.8 и глюкозе на верхней границе — стоит ли уже сейчас обсуждать метформин в малых дозах, или сначала 3 месяца на образе жизни и пересдача?
-
- 02 Учитывая храп, усталость и инсулинорезистентность — какой минимальный набор обследований нужен, чтобы исключить апноэ сна? Достаточно ли домашней пульсоксиметрии для начала?
-
- 03 HDL 0.82 — это «лечить» или достаточно поднять активностью? Нужен ли при таком профиле приём омега-3 в терапевтической дозе, и в какой именно?
-
- 04 Какие дополнительные маркеры стоит сдать прицельно: HbA1c, глюкоза через 2 часа после нагрузки, мочевая кислота, АЛТ/АСТ-соотношение для оценки печени, витамин D, B12?
-
- 05 Через сколько недель имеет смысл пересдать инсулин и НОМА-IR, если я начну силовую и уберу сладкие напитки? Что считать достаточным улучшением — снижение НОМА до 2.5 или ниже?
-

— КОНТРОЛЬ

Что и когда пересдать

Через 3 месяца — отслеживаем динамику

Маркер	Сейчас	Цель
НОМА-IR	3.8	< 2.5
Инсулин натощак	15.7	< 10
Глюкоза натощак	5.49	< 5.3
HDL-холестерин	0.82	≥ 1.0
Триглицериды	1.55	< 1.2

Стоит добавить к стандартной панели

HbA1c — Средний сахар за 3 месяца — точнее покажет, идёт ли ползучий рост глюкозы, чем единичный замер.

Мочевая кислота — Часто повышена при ИР, подсказывает о метаболическом синдроме раньше других маркеров.

Витамин D 25(OH) — Дефицит D напрямую ухудшает чувствительность к инсулину. У всех, кто мало на солнце — стоит проверить.

Ферритин — Не было в текущей панели; полезен и для энергии, и для оценки воспаления низкого уровня.

Пульсоксиметрия ночная — Скрининг на апноэ. Не лабораторный, но самый важный пункт в вашем случае.

— ВАЖНО ПОНИМАТЬ

Что этот отчёт не делает

Это не диагноз и не назначение

Insulab не предоставляет медицинских диагнозов или лечения. Отчёт носит исключительно образовательный и информационный характер и не заменяет консультацию с лицензированным врачом. Все важные решения о здоровье — только с лечащим врачом, который видит вас целиком, включая то, что в анализы не попадает.

Цифры — это снимок одного дня

Анализы зависят от состояния накануне: сна, питания, стресса, физической нагрузки, времени взятия пробы. Один анализ — это гипотеза, а не диагноз. Поэтому контрольная пересдача через 3 месяца важнее любой однократной интерпретации.

Референсы — не цели

Лабораторные «границы нормы» построены на средних значениях популяции, а не на оптимальных. Часть маркеров (инсулин, HDL, ферритин) попадают в «норму» по лабораторному коридору, но в контексте конкретной картины рассказывают другое. Это то, где мы помогаем — но это не отменяет вашего врача.

Что делать с этим отчётом

Распечатать или открыть на телефоне и принести на следующий приём. Большинство врачей нормально воспринимают структурированную сводку с конкретными вопросами — это упрощает им работу за ограниченное время приёма. Мы не предлагаем спорить с лечащим врачом — мы помогаем задавать лучшие вопросы.

Медицинский дисклеймер. Insulab не предоставляет медицинские диагнозы или лечение. Отчёты носят исключительно образовательный и информационный характер и не заменяют консультацию с лицензированным врачом. Сервис не является заменой неотложной медицинской помощи. При острых симптомах (боль в груди, одышка в покое, потеря сознания, резкое ухудшение самочувствия) обращайтесь в скорую помощь или к врачу немедленно.

Конфиденциальность. Данные анализов и контактная информация шифруются при передаче и хранении. После доставки отчёта оригиналы удаляются из активного хранения через 90 дней, если вы не попросите сохранить их для сравнения с пересдачей.

Вопросы по отчёту. В течение 7 дней после получения вы можете задать 2–3 уточняющих вопроса по email. На вопросы, выходящие за рамки разбора (назначение препаратов, диагнозы, дозировки), мы не отвечаем — это компетенция вашего врача.

© 2026 Insulab · insulab.app