

ОГЛЯДИ

СТАНДАРТЫ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ ДИАБЕТЕ (по материалам «Standards of Medical Care in Diabetes», Diabetes Care 2013;36 Suppl 1:11-66)

Кравчун Н. А.

ГУ «Институт проблем эндокринной патологии им. В. Я. Данилевского НАМН Украины», г. Харьков
admin@iper.com.ua

В январе 2013 г. в журнале «Diabetes Care» были опубликованы практические клинические рекомендации Американской Диабетической Ассоциации (ADA) по оказанию медицинской помощи больным сахарным диабетом. В рекомендациях подчеркивается, что сахарный диабет (СД), является хроническим заболеванием, требующим постоянного медицинского наблюдения за пациентом, обучения его самоконтролю с целью предотвращения возникновения острых и снижения риска развития долгосрочных хронических диабетических осложнений. Лечение диабета является сложным процессом и требует многофакторного подхода, включающего не только контроль гликемии.

Представленные стандарты необходимы клиницистам, пациентам, исследователям, другим лицам, задействованным в процессе лечения больных СД, могут быть использованы для оценки качества оказания помощи этой категории больных. Следует помнить об индивидуализированном подходе к каждому пациенту с учетом его предпочтений в терапии, сопутствующих заболеваний, возрастного фактора, а также о том, что в процессе лечения могут быть изменены его цели и задачи.

Принципиально новым составляющим данных рекомендаций является раздел, касающийся лиц с предиабетом.

В I разделе рекомендаций представлена

классификация и диагностика СД, которая предусматривает выделение четырех групп СД:

— СД 1 типа (деструкция β -клеток с развитием абсолютной инсулиновой недостаточности);

— СД 2 типа (прогрессирующий дефект секреции инсулина с инсулинорезистентностью);

— другие специфические типы диабета (выделяют формы диабета с генетическими дефектами функции β -клеток, генетические дефекты инсулина, при заболеваниях эндокринной части поджелудочной железы, при воздействии различных химических агентов или медикаментов);

— гестационный диабет (развивающийся во время беременности).

Следует подчеркнуть, что в некоторых случаях нельзя сразу однозначно классифицировать СД 1 типа или 2 типа, несмотря на то, что клиническая картина и прогрессирование заболевания отличаются при обоих типах СД. Иногда у пациентов с СД 2 типа в дебюте заболевания может быть кетоацидоз, а у больных с СД 1 типа возможно позднее начало, «стертая» клиническая картина, медленное прогрессирование болезни. Трудности в установлении типа СД могут возникнуть не только у взрослых, но и у детей и подростков. В таких случаях истинный диагноз может стать очевидным с течением длительного времени.

Диагностика сахарного диабета

В течении многих десятилетий диагноз СД основывался на определении уровня глюкозы в плазме крови натощак или после 2 часов в процессе проведения глюкозо-толерантного теста (прием 75 г глюкозы).

С 2009 г. Международным комитетом экспертов, в который вошли представители Американской Диабетической Ассоциации (ADA), Международной Диабетической Федерации (IDF) и Европейской Ассоциации по изучению сахарного диабета (EASD), рекомендуется использовать определение уровня гликированного гемоглобина (HbA_{1c}), начиная с показателя выше или равного 6,5%. Подчеркивается, что диагностические тесты должны проводиться стандартизированным методом, сертифицированным NGSP.

Критериями диагностики СД являются: уровень HbA_{1c} выше 6,5% или уровень глюкозы плазмы крови натощак (FPG) 7 ммоль/л и выше, или уровень глюкозы плазмы через 2 часа после приема 75 г глюкозы выше или равный 11,1 ммоль/л, а также случайное определение уровня глюкозы плазмы, составляющее 11,1 ммоль/л или выше этого значения у лиц с классическим симптомами гипергликемии.

Как и большинство других диагностических тестов, результаты теста толерантности к глюкозе следует повторить, чтобы исключить ошибку лаборатории, особенно в случаях отсутствия клинических проявлений.

Категории повышенного риска развития сахарного диабета (предиабета)

Комитетом экспертов по диагностике СД выделена «промежуточная» группа лиц, у которых уровни глюкозы в сыворотке крови не отвечают критериям СД, но превышают значения нормы. Эти лица имеют нарушенную гликемию натощак (от 5,6 до 6,9 ммоль/л). Выделяются также лица с нарушенной толерантностью к глюкозе, у которых уровень глюкозы в крови через 2 часа после нагрузки глюкозой составляет от 7,8 до 11,0 ммоль/л. Указанные лица представляют собой категорию, имеющую предиабет, что свидетельствует о высоком риске развития у них в будущем СД. У лиц

с предиабетом важно также своевременно диагностировать такие факторы риска диабета, как сердечно-сосудистые заболевания, наличие висцерального ожирения, дислипидемии, артериальную гипертензию.

Результаты ряда многоцентровых исследований свидетельствуют о том, что лиц с уровнем HbA_{1c} 5,7– 6,4% можно классифицировать как пациентов с предиабетом. Поэтому они должны быть проинформированы о повышенном риске развития у них СД и сердечно-сосудистых заболеваний.

Обследование на наличие сахарного диабета у асимптоматических пациентов

Тестирование для выявления СД 2 типа и предиабета у асимптоматических пациентов следует проводить у взрослых пациентов любого возраста, имеющих избыточную массу тела или страдающих ожирением (ИМТ ≥ 25 кг/м²) и имеющих один или более дополнительных факторов риска СД. К этим факторам относятся:

- отсутствие физической активности;
- родственник первой степени пациента с СД;
- расы высокого риска / этнической принадлежности (афроамериканцы, выходцы из Латинской Америки, индейцы, азиаты Американских, Тихоокеанских островов);
- женщины, родившие ребенка более 4 кг или с наличием гестационного диабета в анамнезе;
- лица с артериальной гипертензией $\geq 140/90$ мм рт. ст. или получающие гипотензивную терапию;
- уровень ХС ЛПВП $< 0,90$ ммоль/л и/или уровень триглицеридов $> 2,82$ ммоль/л;
- женщины с синдромом поликистозных яичников;
- HbA_{1c} $\geq 5,7\%$ при предыдущем тестировании;
- другие клинические состояния, ассоциированные с инсулинорезистентностью (выраженное ожирение, наличие *acanthosis nigricans*);
- сердечно-сосудистые заболевания в анамнезе.

При отсутствии приведенных выше факторов риска тестирование следует начинать с 45 лет. Если результаты окажутся в пре-

делах нормы, повторное тестирование проводят через три года с учетом результатов предыдущего тестирования и факторов риска. Пациенты с предиабетом должны обследоваться ежегодно.

Профилактика сахарного диабета 2 типа

Для пациентов с IGT (А), IFG (Е), или HbA_{1c} от 5,7–6,4% (Е) необходимо рассматривать возможность проведения профилактических мероприятий с целью предупреждения развития СД. К таким действиям относятся: целевое снижение массы тела (минус 7% от исходной в год), минимум 150 мин. в неделю физической нагрузки. Для успешного выполнения необходимо постоянное наблюдение доктора (В).

Рекомендуется рассматривать метформин в качестве препарата профилактики развития СД если IGT (А), IFG (Е), или HbA_{1c} от 5,7–6,4% (Е), особенно, если ИМТ > 35 кг/м², возраст < 60 лет, у женщин с гестационным диабетом в анамнезе (А). Предлагается ежегодный мониторинг за пациентами с предиабетом, необходимо также выявление и лечение модифицируемых факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний (В). Для всех указанных пациентов важным является изменение образа жизни.

Лечение сахарного диабета

Для классификации СД следует проводить полное медицинское обследование пациента (табл. 1). Это важно для выявления наличия осложнений этого заболевания, пе-

Т а б л и ц а 1

Компоненты комплексной оценки состояния больного

Физикальное обследование
Рост, вес, ИМТ
Определение АД, включая ортостатические пробы, при необходимости
Обследование глазного дна
Пальпация щитовидной железы
Обследование кожи на предмет выявления акантоза (<i>acanthosis nigricans</i>)
Комплексное обследование ног:
– Тщательный осмотр
– Пальпация пульса на <i>a. dorsalis pedis</i> и <i>a. posterior tibial</i>
– Наличие/отсутствие коленного и ахиллового рефлексов
– Определение проприоцептивной чувствительности, вибрационной чувствительности и обследование с помощью монофиламента
Лабораторное обследование
HbA _{1c} , если результаты недоступны за последние 2–3 месяца
Если в течении предыдущего года не проводились:
– Липидный профиль натощак, включая общий ХС, ХС ЛПНП, ХС ЛПВП и триглицериды
– Печеночные пробы
– Определение экскреции альбумина с мочой и соотношения альбумин / креатинин
– Сывороточный креатинин и уровень гломерулярной фильтрации
Консультации смежных специалистов
Ежегодный расширенный осмотр офтальмологом
Планирование семьи для женщин репродуктивного возраста
Диетолог для планирования MNT
Программа самообразования
Осмотр стоматолога для своевременного выявления проблем периодонта
Консультация психиатра, если необходимо

решения предыдущего лечения, контроля факторов риска у пациентов с уже установленным диагнозом СД, оказания помощи в управлении заболеванием, обеспечения основы для дальнейшего эффективного лечения.

Пациенты с СД должны получать медицинскую помощь от команды специалистов, которая может включать в себя врачей, практикующих медсестер, помощников врачей, диетологов, фармацевтов, психиатров. Важную роль играет поддержка новых пациентов теми людьми, которые уже научились жить с диабетом.

В основе плана по лечению пациента с СД должна лежать программа самообразования.

Для определения эффективности контроля диабета доступны два варианта — это самоконтроль уровня глюкозы крови и определение HbA_{1c} (табл. 2). Контроль HbA_{1c} необходимо проводить два раза в год (как минимум) у пациентов, достигших гликемических целей (Е) и ежеквартально — у па-

циентов на этапе подбора адекватных доз препаратов либо у пациентов, не достигших контроля гликемии (Е).

Гликемические цели у взрослых

Снижение уровня HbA_{1c} до 7% и ниже показало снижение количества микро-сосудистых осложнений. Если снижение достигнуто вскоре после постановки диагноза СД, оно ассоциировано с долгосрочным снижением макрососудистых осложнений (В). Таким образом, целевым считается уровень $HbA_{1c} < 7\%$ (В) (табл. 3). Для определенных групп пациентов целевой уровень HbA_{1c} может быть более низким ($< 6,5\%$), если это может быть достигнуто без значимых гипогликемий или других серьезных осложнений лечения (С). Эти группы могут включать в себя пациентов с небольшой длительностью диабета, ожидаемой большой продолжительностью жизни и без значимых сердечно-сосудистых заболеваний (С). Менее строгие цели HbA_{1c} ($< 8\%$) могут быть приемлемы для пациентов со значи-

Т а б л и ц а 2

Корреляция между HbA_{1c} и средним уровнем гликемии

HbA_{1c} , %	Средний уровень глюкозы в плазме	
	мг/дл	ммоль/л
6	126	7,0
7	154	8,6
8	183	10,2
9	212	11,8
10	240	13,4
11	269	14,9
12	298	16,5

Т а б л и ц а 3

Гликемические цели у взрослых пациентов

HbA_{1c}	$< 7,0\%$ *
Преппрандиальная гликемия	70–130 мг/дл* (3,9–7,2 ммоль/л)
Пиковая постпрандиальная гликемия†	< 180 мг/дл* ($< 10,0$ ммоль/л)

П р и м е ч а н и е. * — индивидуализировать цели, основанные на этих ценностях; † — измерения постпрандиальной глюкозы должны быть сделаны через 1–2 ч после начала еды; как правило, это пиковые уровни у пациентов с сахарным диабетом.

мыми гипогликемиями в анамнезе, ограниченной продолжительностью жизни, наличием выраженных микро- и макрососудистых осложнений, выраженной сопутствующей патологией, а также для пациентов с большим стажем диабета, у которых общие цели труднодостижимы несмотря на получение всего необходимого медицинского обеспечения, постоянный контроль гликемии и использование препаратов в адекватных дозах, включая инсулинотерапию (В).

Гликемические цели должны быть индивидуальны и основываться на: длительности диабета; возрасте / продолжительности жизни; сопутствующей патологии; наличии сердечно-сосудистых заболеваний или выраженных микрососудистых осложнениях; скрытых гипогликемиях; индивидуальных особенностях.

Более или менее строгие цели гликемического контроля могут не подходить для отдельных пациентов. Постпрандиальная гликемия может быть целью, если целевой уровень HbA_{1c} не достигнут несмотря на достижение целевого уровня тощаковой гликемии

Медикаментозная терапия сахарного диабета 2 типа

Препарату Метформин, если нет противопоказаний и он хорошо переносится, нуж-

но отдавать предпочтение в качестве инициального препарата для лечения СД 2 типа (А). У новых пациентов с СД 2 типа и с выраженными симптомами гипергликемии, высоким уровнем гликемии или HbA_{1c} необходимо рассмотреть начальную терапию инсулином с назначением дополнительных препаратов (Е). Если монотерапия в максимально переносимых дозах без инсулина не позволяет достичь целевого уровня HbA_{1c} через 3–6 месяцев лечения, нужно добавить второй сахароснижающий препарат или инсулин (А). Пациент-ориентированный подход следует использовать для руководства в выборе фармакологических агентов исходя из соображений эффективности, стоимости, возможных побочных эффектов, влияния на массу тела, наличия сопутствующей патологии, риска гипогликемий и предпочтений пациента (Е). С учетом прогрессирующей природы СД 2 типа инсулинотерапия, в конечном итоге, показана для большинства пациентов с СД 2 типа (В).

Последующие разделы рассматриваемых «Стандартов медицинской помощи при диабете» посвящены профилактике осложнений СД. Они будут обсуждены в следующем номере.