

ПАЦІЕНТ С САХАРНИМ ДІАБЕТОМ 2 ТИПА НА ПРИЕМЕ У ТЕРАПЕВТА

Скрининг и своевременная диагностика сахарного диабета — залог успешной профилактики диабетических осложнений



Распространенность сахарного диабета (СД) очень высока и с каждым годом продолжает увеличиваться. Соответственно растет и частота диабетических осложнений, которые снижают качество жизни больных, приводят к потере трудоспособности и преждевременной смерти пациентов. Нередки случаи, когда диагноз диабета устанавливается уже после обращения или госпитализации пациента по поводу хронических осложнений (диабетической полинейропатии, ретинопатии, инфаркта миокарда, инсульта, атеросклероза сосудов нижних конечностей и др.). Помочь пациенту в таких случаях достаточно сложно, поскольку на сегодня практически невозможно добиться обратного развития диабетических осложнений, нередко не удается даже остановить их прогрессирование. Активное выявление СД 2 типа на ранних стадиях и своевременная адекватная терапия могли бы существенно повлиять на сложившуюся ситуацию. В чьих силах ее изменить?

В предыдущем выпуске «Медичної газети Здоров'я України» член-корреспондент НАМН України, заведуючий кафедрой діабетології Національної медичної академії післядипломного образования ім. П.Л. Шупика, доктор медичних наук, професор Борис Никитич Маньковский напомнил читателям об основных аспектах этиологии и патогенеза СД. Сегодня мы попросили его рассказать о том, кто и как должен проводить скрининг диабета, а также об основных методах диагностики этого заболевания.

— Кто должен выявлять больных СД?

— В настоящее время распространенность диабета столь велика, что в нашей стране эндокринолог уже не в состоянии обеспечить всех больных СД эффективной медицинской помощью. Так, по официальным данным, в Украине зарегистрировано более 1,3 млн больных СД, а эндокринологов — менее 2 тыс. Очевидно, что такого количества врачей недостаточно для адекватного ведения всех больных диабетом, тем более для активного выявления таких пациентов. Ведь к группе риска развития СД 2 типа сегодня относятся миллионы украинцев, которые должны быть вовлечены в программу активного скрининга. К сожалению, у многих из них уже имеет место СД 2 типа, пока еще недиагностированный, у других — предиабет. Первые нуждаются в адекватном лечении, чтобы предотвратить или замедлить развитие диабетических осложнений, вторые — в активной профилактике (прежде всего модификации образа жизни), которая может существенно снизить риск развития диабета. По оценкам экспертов, реальное количество больных диабетом в нашей стране как минимум в два раза выше показателей официальной статистики.

Как я уже отметил, выявлением больных диабетом не могут заниматься эндокринологи. Во-первых, этих специалистов очень мало для выполнения данной задачи, а во-вторых, СД 2 типа долгие годы может протекать бессимптомно и сами пациенты крайне редко обращаются к эндокринологам с подозрительными симптомами. Нужен активный скрининг СД 2 типа, а проводить его в необходимом масштабе, то есть с вовлечением всех групп риска, могут только врачи первичного звена. Более того, ведением большинства пациентов с СД 2 типа также должны заниматься врачи общей практики и терапевты, обращаясь при необходимости за консультативной помощью к эндокринологам.

— У каких пациентов должен проводиться скрининг СД 2 типа?

— СД 2 типа — заболевание с хорошо известными факторами риска, поэтому в соответствии с современными рекомендациями скрининг проводится не в общей популяции, а в группах риска. Согласно рекомендациям Американской диабетической ассоциации (ADA), скрининг СД 2 типа необходимо проводить у всех без исключения лиц старше 45 лет, а также у более молодых пациентов при наличии избыточной

массы тела или ожирения (индекс массы тела — более 25 кг/м²) и хотя бы одного дополнительного фактора риска, такого как низкая физическая активность, отягощенный семейный анамнез (родственники первой линии родства с диабетом), артериальная гипертензия, сердечно-сосудистые заболевания в анамнезе, дислипидемия (повышение уровня триглицеридов и снижение уровня холестерина липопротеинов высокой плотности), синдром поликистозных яичников у женщин, рождение ребенка с массой тела более 4 кг или гестационный СД в анамнезе, патологические состояния, ассоциированные с инсулинорезистентностью (выраженное ожирение, acanthosis nigricans), предиабет по результатам предыдущего тестирования.

У лиц с негативными результатами скрининга последующее тестирование необходимо проводить не реже одного раза в 2-3 года.

— Как обследуется отобранная группа риска?

— Существует три метода диагностики СД 2 типа:

- определение уровня глюкозы в плазме венозной крови натощак (диагностический критерий — 7,0 ммоль/л и выше);
- определение уровня глюкозы в плазме венозной крови через 2 ч после нагрузки 75 г безводной глюкозы (тест на толерантность к глюкозе) либо глюкозы в плазме крови в любой случайной временной точке (диагностический критерий — 11,1 ммоль/л и выше);
- оценка уровня гликозилированного гемоглобина (HbA_{1c}; диагностический критерий — 6,5% и выше).

Определение уровня глюкозы в плазме венозной крови рекомендуется проводить в лаборатории, а не с помощью глюкометра. Последний — средство контроля уровня гликемии при лечении диабета, но не инструмент для диагностики этого заболевания, что связано с достаточно большой погрешностью этих аппаратов (около 15-20%).

Оценка уровня HbA_{1c} — наиболее удобный способ для пациента, поскольку данный показатель можно измерять в любое время суток независимо от приема пищи. Но для проведения массового скрининга это все-таки достаточно дорогостоящий тест. С экономической точки зрения, более предпочтительным является определение уровня гликемии натощак.

При выявлении одного из перечисленных критериев у пациента с классическими симптомами гипергликемии диагноз СД 2 типа не вызывает сомнений. Если же имеет место повышение уровня глюкозы крови, но симптомы диабета отсутствуют, рекомендуется еще раз провести лабораторное исследование через некоторое время. Диагноз сахарного диабета устанавливается, если и во второй раз какой-либо из вышеперечисленных показателей окажется повышенным.

Следует помнить, что оценку показателей гликемии с целью диагностики СД не следует проводить во время инфекционных заболеваний, каких-либо

острых состояний, сильных эмоциональных стрессов, поскольку в таких случаях может развиваться так называемая стрессорная гипергликемия, которая имеет транзиторный характер и может стать причиной диагностической ошибки.

— Как должен поступить врач, если у пациента по данным лабораторного тестирования показатели гликемии превышают норму, но не достигают пороговых значений, необходимых для установления диагноза СД?

— Уровень гликемии натощак выше нормы (более 5,5 ммоль/л), но ниже диагностического критерия СД (7,0 ммоль/л) указывает на наличие такого патологического состояния, как повышенная гликемия натощак. Уровень гликемии более 7,8 ммоль/л, но менее 11,1 ммоль/л через 2 ч после глюкозной нагрузки при проведении теста на толерантность говорит о нарушении толерантности к глюкозе. Оба патологических состояния объединены сегодня общим термином — предиабет. Критерием предиабета также является уровень HbA_{1c} более 5,7 и менее 6,5%.

Сложно сказать, какой метод более предпочтителен для выявления лиц с предиабетом — определение гликемии натощак, как принято в США, или тест на толерантность к глюкозе, как рекомендует Всемирная организация здравоохранения. Дело в том, что у пациентов с повышением гликемии натощак результаты глюкозотолерантного теста часто бывают нормальными, и наоборот, у лиц с нарушенной толерантностью к глюкозе нередко определяется нормальный показатель гликемии натощак. Но и те, и другие относятся к группе риска развития СД и нуждаются в проведении активных профилактических мероприятий.

Установлено, что приблизительно у 50% лиц с предиабетом в течение 10 лет развивается явный СД, 25% останутся на стадии предиабета и у 25% восстановятся нормальные показатели гликемии. При этом такие, казалось бы, простые подходы, как нормализация массы тела и увеличение физической активности, позволяют предотвратить развитие СД у значительного количества лиц с предиабетом. Так, в исследовании DPP (Diabetes Prevention Program) с участием более 3 тыс. человек с нарушением толерантности к глюкозе было продемонстрировано, что модификация образа жизни привело к снижению риска развития СД 2 типа на 58%.

Важно подчеркнуть, что при наличии предиабета скрининг СД 2 типа рекомендуется проводить ежегодно.

— Необходимо ли проводить скрининг СД 1 типа?

— Необходимо ли проводить скрининг СД 1 типа? Не обязательно в проведении скрининга СД 1 типа нет, поскольку это заболевание в отличие от СД 2 типа имеет симптомное течение, которое заставляет самих пациентов (а чаще их родителей) обращаться за медицинской помощью. Но это не означает, что не нужна настороженность врачей, прежде всего педиатров, в отношении указанного заболевания. К сожалению, бывают случаи, когда

СД 1 типа выявляют при уже достаточно тяжелом состоянии ребенка вплоть до кетоацидотической комы. При подозрительных симптомах (жалообы на сухость во рту, тошноту, рвоту, потерю веса) необходимо провести определение уровня глюкозы крови, поскольку эти клинические признаки могут свидетельствовать о манифестации СД 1 типа.

Следует также отметить, что сегодня есть возможность выявлять лиц с повышенным риском развития СД 1 типа. На наличие такового указывают повышенные титры антител к антигенам островков поджелудочной железы (к цитоплазме островковых клеток, инсулину, декарбоксилазе глутаминовой кислоты и др.). У лиц с повышенным титром этих аутоантител риск развития СД 1 типа в течение последующих 7-8 лет составляет более 50%. Однако, определив повышенный риск развития СД 1 типа, мы не имеем возможности предотвратить развитие заболевания, поэтому в настоящее время такой скрининг считается нецелесообразным. Профилактика СД 2 типа в отличие от таковой СД 1 типа является доказанной терапевтической возможностью.

— Насколько эффективен скрининг СД 2 типа?

— К сожалению, в нашей стране отсутствует система плановых медицинских осмотров населения, вследствие чего не только диабет, но и многие другие хронические заболевания выявляются несвоевременно. Что касается СД 2 типа, хочется обратить внимание на тот факт, что активный скрининг этого заболевания является высокоэффективным мероприятием, в том числе с экономической точки зрения, при этом не требует дорогостоящего оборудования или реактивов. Как я уже отмечал, для диагностики СД 2 типа достаточно такого простого лабораторного теста, как определение глюкозы в плазме крови натощак. Это значит, что массовый скрининг СД 2 типа имеет все основания для реализации в нынешних украинских экономических реалиях.

Степень серьезности проблемы гиподиагностики СД 2 типа в нашей стране и эффективность активного скрининга этого заболевания, были наглядно продемонстрированы в отечественном исследовании. Из 4640 пациентов группы риска повышение гликемии натощак более 7 ммоль/л, являющееся критерием СД 2 типа, было выявлено приблизительно у 14% обследованных, нарушение толерантности к глюкозе — у 22% лиц. Практически у каждого третьего обследованного пациента имело место нарушение углеводного обмена.

Таким образом, в основе диагностики СД 2 типа должен лежать активный скрининг. Именно такой подход позволит выявить заболевание на ранних стадиях, своевременно назначить соответствующую сахароснижающую терапию и предотвратить или замедлить развитие серьезных осложнений диабета.

Подготовила **Наталья Мищенко**



ДІАБЕТОН® MR 60 мг

Гліказид MR 60 мг — Подільна таблетка

В основі терапії ЦД 2 типу

- Зниження та контроль глюкози в крові!
- Зниження ризику мікро- та макросудинних ускладнень²

Діабет MR 60 мг. Діюча речовина: гліказид. 1 таблетка містить гліказиду 60 мг. Лікарська форма. Таблетки з модифікованим вивільненням. Фармакологічна група. Протидіабетичні засоби. Пероральні цукрознижувальні засоби, за виключенням інсуліну. Сульфонаміди, лопідні сесоніми. Гліказид. Код АТС А10В В09. Діаабетоз. Цукровий діабет II типу; зниження та контроль глюкози в крові при наслідках інсулінової недостатності рівня глюкози в крові, фізичних вправках чи зменшенні маси тіла; запобігання ускладненню цукрового діабету II типу; зниження ризику макро- та мікросудинних ускладнень, зокрема нових випадків або поглиблення нефропатії у пацієнта з цукровим діабетом II типу. Діаабетоз. Падіння чутливості до гліказиду або до інших препаратів сульфонісесоніми, сульфонамідів або до будь-якого компонента препарату; інсулінозалежний цукровий діабет (I тип); діабетична прекома та кома, діабетичний кетоацидоз; тяжка печінкова або ниркова недостатність; лікування мікроангіопатії період годування грудьми. Спосіб застосування та дози. Для перорального застосування. Призначення тільки дорослим. Ділова доза може зменшуватися від 0,5 до 2 таблеток (від 30 до 120 мг на добу). Ділову дозу слід приймати одразу після їси сніданку. Побічні реакції. Висловлюються на досвід застосування гліказиду та інших препаратів сульфонісесоніми, можуть спостерігатися ніжчезазначені небажані ефекти. Гіпоглікемія. Як і при застосуванні інших препаратів сульфонісесоніми, прийом гліказиду може спричинити виникнення гіпоглікемії при interruptedну харчуванні і особливо якщо прийом їси був пропущений. Крім того, можуть спостерігатися розлади з боку автономної системи: з боку шлуночко-кишкового тракту, з боку шкіри та жіночої клітковини; з боку системи крові та лімфатичної системи; з боку гепатобілярної системи; з боку органів зору; порушення, що можуть спостерігатися при застосуванні будь-якого препарату сульфонісесоніми: випадки еритроцитопенії, агранулоцитозу, гемолітичної анемії, панцитопенії та алергічних реакцій. При застосуванні препаратів сульфонісесоніми бувають такі ж небезпечні випадки підвищення рівня печінкових ферментів та навіть порушення функції печінки (наприклад, з холестазом та жовтяницею) та гепатит, прояви яких зменшувалися після відміни цих препаратів або у подальших випадках призводили до печінкової недостатності, що загрожувала життям. Варіантами діабету. Гліказид — пероральний цукрознижувальний препарат, подібний сульфонісесоніму, але відрізняється від інших препаратів наявністю гетеродисперсійної клітки, що містить азот та має ендодисперсійні зв'язки. Гліказид знижує рівень глюкози у плазмі крові, стимулює секрецію інсуліну з клітинами островки Лангерганса підшлункової залози. Підвищення рівня постстраціонального інсуліну та секреції С-пептиду зберігаються навіть після 2 років застосування препарату. Гліказид має також гемовазодилатувальні властивості. Вплив на інсуліносекрецію. У людей на діабет II типу гліказид відновлює ранній пік інсуліносекреції у відповідь на надходження глюкози та підвищує другу фазу секреції інсуліну. Значне збільшення виділення інсуліну відбувається відповідно до прийнятої їси чи навантаження глюкозою. Категорія вагітності. За ризиком.

Інформація приведена в скороченій, більш детальної інформації викладена в інструкції для медичного застосування препарату. Реєстраційне посвідчення МОЗ України № UA/2158/02/02 від 14.08.2011.