



2013 год в диабетологии:

ИТОГИ ГОДА

Проблема сахарного диабета (СД) не теряет своей актуальности – распространенность этого заболевания, и без того чрезвычайно высокая, продолжает неуклонно расти. По оценкам экспертов Международной диабетической федерации, количество больных диабетом в мире уже превысило 380 млн, а к 2035 г., по прогнозам, может приблизиться к 600 млн. В Украине, по официальным данным, более 1,3 млн больных СД, но реальная цифра скорее всего в 2-3 раза выше. Проблема усугубляется тем, что, несмотря на наличие в арсенале врачей эффективных методов диагностики и лечения диабета, его своевременное выявление, достижение контроля и предупреждение хронических осложнений все еще остаются недостижимыми целями для большинства больных. Вместе с тем для решения этих задач прилагаются поистине колоссальные усилия. Каждый год приносит новые открытия, достижения, знания, которые позволяют сделать следующий шаг на пути к повышению эффективности лечения диабета.

Ключевые события 2013 года

Прошедший год был достаточно насыщенным для мировой диабетологии: проведено несколько крупных международных научных форумов, опубликованы результаты ряда масштабных долгосрочных исследований, представлены новые практические рекомендации. Из наиболее авторитетных диабетологических мероприятий 2013 года следует отметить 73-ю ежегодную встречу Американской диабетической ассоциации (American Diabetes Association, ADA), которая проходила 21-25 июня в г. Чикаго (США) и собрала около 13 тыс. участников, и 49-й конгресс Европейской ассоциации по изучению диабета (European Association for the Study of Diabetes, EASD), состоявшийся 23-27 сентября в г. Барселоне (Испания), с участием более 18 тыс. ученых и клиницистов. На этих научных форумах традиционно были представлены и обсуждены наиболее интересные исследования прошлого года. Напомним их результаты читателям «Медицної газети «Здоров'я України».

Сахарный диабет 1 и 2 типа: меняем стереотипы

Интересные данные были получены в исследовании TODAY, в котором изучали риск возникновения осложнений СД 2 типа, развившегося в детском и подростковом возрасте. К сожалению, из-за эпидемии ожирения это заболевание все чаще диагностируют у детей и молодых людей. В исследовании TODAY приняли участие 699 пациентов в возрасте 10-17 лет, у которых на момент включения в клиническое испытание анамнез диабета не превышал 2 лет. Их наблюдали в течение нескольких лет. Было показано, что риск хронических осложнений при раннем развитии СД 2 типа значительно выше, чем при СД 1 типа за такой же период времени. Продолжительность жизни пациентов, у которых СД 2 типа развился в детском или подростковом возрасте, оказалась существенно меньше по сравнению с таковой их сверстников, страдающих СД 1 типа. Эти данные идут вразрез со сложившимся стереотипом, что СД 2 типа протекает легче, чем СД 1 типа.

Общепринятым является мнение, что пациенты с СД 1 типа умирают преимущественно от почечной недостаточности как результата диабетической нефропатии, в то время как больные СД 2 типа – в результате сердечно-сосудистых катастроф. Однако в последние десятилетия ситуация изменилась в связи со значительным увеличением продолжительности жизни больных СД 1 типа. В шотландском эпидемиологическом исследовании (H. Colhoun et al., 2013) с участием около 25 тыс. больных СД 1 типа в возрасте старше 20 лет было показано, что разница между молодыми пациентами с СД 1 типа и их сверстниками без диабета по ожидаемой продолжительности жизни составляет примерно 11 лет у мужчин и 14 лет у женщин. Еще 40 лет назад эта разница достигала 27 лет (Goodkin et al., 1975). Но чем дольше живут пациенты с СД 1 типа, тем выше в этой популяции сердечно-сосудистая заболеваемость и смертность. Так, согласно данным упомянутого исследования H. Colhoun и соавт., сердечно-сосудистая патология уже занимает одну из лидирующих позиций в структуре смертности у больных СД 1 – на нее приходится примерно 25% летальных исходов. Таким образом, не только при СД 2 типа, но и при СД 1 типа сердечно-сосудистая патология выходит сегодня на передний план как причина заболеваемости и смерти и требует проведения ряда профилактических мероприятий.

Результаты исследования PRIDE (M.K. Svensson et al., 2013) заставили пересмотреть некоторые представления о диабетической нефропатии. Принято считать, что ее маркером является наличие белка в моче, а усиление выраженности альбуминурии от микро- до макроальбуминурии свидетельствует о развитии и прогрессировании почечной недостаточности. Однако в исследовании PRIDE было установлено, что далеко не у всех пациентов с диабетической нефропатией выявляют белок в моче, а у лиц с почечной недостаточностью – макроальбуминурию. Так, определение соотношения альбумина и креатинина в моче 588 больных СД 2 типа (в возрасте старше 40 лет и с длительностью заболевания не менее года) позволило выявить альбуминурию у 155 пациентов (примерно 26%), при этом только у 5% имела место макроальбуминурия. Однако хроническая болезнь почек была диагностирована у значительно большего количества больных – у 220 (37%), причем у 116 (20% от общей когорты) – в 3-5 стадии (скорость клубочковой фильтрации <60 мл/мин/1,73 м²). Таким образом, это исследование указывает на то, что отсутствие белка в моче не исключает наличия диабетической нефропатии, а отсутствие макроальбуминурии – почечной недостаточности. Поэтому функциональное состояние почек у больных СД рекомендуется сегодня оценивать в том числе по скорости клубочковой фильтрации, а не ориентироваться только на наличие или отсутствие протеинурии.

Эффективность раннего интенсивного гликемического контроля при СД 1 типа: новые результаты исследования DCCT-EDIC

Одно из наиболее известных диабетологических исследований DCCT показало, что ранний интенсивный гликемический контроль у больных СД 1 типа позволяет существенно снизить частоту хронических осложнений. К концу испытания у пациентов группы интенсивной сахароснижающей терапии был достигнут средний уровень HbA_{1c} примерно 7%, а в группе стандартного лечения – примерно 9%. После завершения DCCT в 1993 г. его участников продолжили наблюдать в рамках программы EDIC. При этом пациенты обеих групп в течение последующих 18 лет получали схожее, достаточно интенсивное лечение, в результате чего показатели гликемического контроля в группах быстро сравнялись (средний уровень HbA_{1c} стал примерно 8%). Исследование EDIC должно было ответить на вопрос: влияет ли интенсивность лечения на старте на клинические исходы в отдаленной перспективе?

В прошлом году были представлены новые результаты исследования EDIC, показавшие, что даже спустя 18 лет сохраняется значительное снижение риска диабетических осложнений в группе исходно интенсивного гликемического контроля по сравнению с контрольной группой. Так, частота ретинопатии через 4 года была ниже на 70%, через 10 лет – на 53%, через 18 лет – на 46% (p<0,0001). Диабетической нейропатией через 14 лет страдало на 30% меньше пациентов в группе интенсивной терапии. Количество новых случаев микро- и макроальбуминурии через 8 лет было меньше на 57 и 84% соответственно, а через 18 лет – на 39 и 61% (p<0,0001). Крайне важно, что снизился риск не только микро-, но и макрососудистых осложнений. Через 9 лет наблюдения было зафиксировано снижение частоты сердечно-сосудистых событий на 42%, а комбинированной конечной точки, включавшей нефатальный инфаркт миокарда (ИМ), инсульт и сердечно-сосудистую смерть, – на 57%. Через 18 лет это снижение составляло 33 и 35% соответственно и было по-прежнему статистически значимым. Результаты превзошли самые смелые ожидания, ведь исследователи прогнозировали, что обнаруженный ими эффект «метаболической памяти» может сохраняться примерно 10-12 лет.

Таким образом, это исследование еще раз подтвердило наличие феномена «метаболической памяти» и акцентировало внимание клиницистов на необходимости максимально раннего начала интенсивной сахароснижающей терапии при СД 1 типа.

Эффективность интенсивного гликемического контроля при СД 2 типа: исследование ADVANCE продолжает радовать новыми результатами

В прошлом году были опубликованы новые данные исследования ADVANCE, в котором изучалась эффективность интенсивного режима сахароснижающей терапии СД 2 типа, основанного на применении препарата Диабетон MR с добавлением при необходимости сахароснижающих средств других групп. Было показано, что интенсивная сахароснижающая терапия с применением Диабетона MR по сравнению со стандартным лечением сокращала риск развития терминальных стадий почечной недостаточности на 65% (7 и 20 случаев соответственно), микроальбуминурии – на 9% (1298 и 1410 случаев соответственно), макроальбуминурии – на 30% (162 и 231 случай соответственно). Кроме того, в группе интенсивной терапии риск прогрессирования микро- в макроальбуминурию снизился на 10%, а частота регрессии из стадии макро- в микроальбуминурию увеличилась на 15%. Было подсчитано, что количество пациентов, которых необходимо лечить в течение 5 лет в интенсивном режиме, основанном на препарате Диабетон MR, для предотвращения одного случая почечной недостаточности, составило в общей популяции больных СД 2 типа 410, а в когорте лиц с исходным наличием микроальбуминурии – 41. Это очень хороший показатель, свидетельствующий о достаточно высокой эффективности применяемого лечения с точки зрения профилактики почечной недостаточности. Особенно актуальны полученные результаты для нашей страны, поскольку у нас гемодиализ малодоступен широкому кругу пациентов с СД, не говоря уже о практически полной недоступности такого метода лечения, как трансплантация почки. Поэтому для большинства наших соотечественников развитие почечной недостаточности, к сожалению, является приговором. В то же время интенсивная сахароснижающая терапия, основанная на препарате Диабетон MR, предоставляет реальную возможность предотвратить развитие такого грозного осложнения диабета, как почечная недостаточность.

Ключевые события, значимые исследования и новые клинические рекомендации

Насколько плодотворным стал 2013-й для мировой диабетологии? Об этом мы попросили рассказать ведущего диабетолога нашей страны, заведующего кафедрой диабетологии Национальной медицинской академии им. П.Л. Шупика (г. Киев), члена-корреспондента НАМН Украины, доктора медицинских наук, профессора Бориса Никитича Маньковского.



Ингибиторы ДПП-4 по-прежнему в фокусе внимания диабетологов

Целью исследований SAVOR-TIMI и EXAMINE была оценка влияния ингибиторов дипептидилпептидазы-4 (ДПП-4) саксаглиптина и алоглиптина на риск развития сердечно-сосудистых осложнений у пациентов с СД 2 типа. Эти исследования были проведены в ответ на ужесточение требований Управления по контролю качества продуктов питания и лекарственных средств США (FDA) к кардиоваскулярной безопасности сахароснижающих препаратов. Напомним, что в 2008 г. FDA выдвинуло более жесткие требования к регистрации новых противодиабетических средств после того, как было обнаружено повышение частоты ИМ на 43% на фоне терапии розиглитазоном.

В исследовании SAVOR-TIMI, в котором приняли участие более 16 тыс. пациентов с СД 2 типа, оценивалась кардиоваскулярная безопасность саксаглиптина. Следует отметить, что в этом клиническом испытании принимали участие преимущественно пациенты высокого или очень высокого кардиоваскулярного риска, у большинства из них в анамнезе имелись сердечно-сосудистые заболевания: у 80% – артериальная гипертензия, у 70% – дислипидемия, 38% ранее перенесли ИМ. У этой категории больных значительно легче обнаружить кардиоваскулярные побочные эффекты препарата, если таковые имеются. Пациенты обеих групп получали сопоставимую стандартную сахароснижающую терапию (70% – метформин, 40% – инсулин, 40% – препараты сульфонилмочевины, 6% – тиазолидиндионы), к которой добавляли саксаглиптин или плацебо. Кроме того, проводилось адекватное лечение сердечно-сосудистой патологии: статины – 80%, аспирин – 75%, ингибиторы АПФ либо блокаторы рецепторов ангиотензина II – 80%. Длительность наблюдения составила 2,1 года. В результате между группами не было выявлено различий по первичной комбинированной конечной точке (частота ИМ, инсульта и сердечно-сосудистой смерти), то есть саксаглиптин не повышал риск развития серьезных кардиоваскулярных событий и, соответственно, отвечает требованиям FDA по безопасности. Однако необходимо отметить, что на фоне приема саксаглиптина несколько выросла частота госпитализаций по поводу сердечной недостаточности (3,5% по сравнению с 2,8% в группе плацебо). Возможно, данное явление имело случайный характер. Было показано, что сердечная недостаточность развивалась чаще у пациентов с исходно повышенным уровнем натрийуретического пептида, то есть предрасположенных к развитию данного заболевания. Связь терапии саксаглиптином с повышением риска сердечной недостаточности требует дальнейшего изучения. В то же время смертность от сердечной недостаточности была сопоставима в обеих группах. Оптимистичные данные получены в отношении других аспектов безопасности. Так, на фоне длительного приема саксаглиптина не было отмечено повышения риска рака поджелудочной железы и острого панкреатита. Таким образом, саксаглиптин в исследовании SAVOR-TIMI продемонстрировал безопасность в отношении сердечно-сосудистой заболеваемости и смертности, а также в отношении риска развития заболеваний поджелудочной железы.

Похожее по дизайну, хотя и несколько меньшее по масштабу (5380 больных СД 2 типа) и продолжительности (1,5 года) исследование EXAMINE было посвящено оценке кардиоваскулярной безопасности алоглиптина. Все пациенты, принимавшие в нем участие, относились к группе очень высокого кардиоваскулярного риска (перенесшие в течение последних 3 мес ИМ, острый коронарный синдром либо нестабильную стенокардию). В EXAMINE не было отмечено влияния алоглиптина на кардиоваскулярные исходы: частота первичной комбинированной конечной точки (сердечно-сосудистая заболеваемость и смерть) составила 11,3% по сравнению с 11,8% в группе плацебо. На фоне терапии этим ингибитором ДПП-4 также не отмечено увеличения риска развития панкреатита и рака поджелудочной железы.

Таким образом, на сегодняшний день два препарата из группы ингибиторов ДПП-4 (саксаглиптин и алоглиптин) подтвердили кардиоваскулярную безопасность и отсутствие повышения риска развития острого панкреатита и рака поджелудочной железы. Полученные данные нельзя экстраполировать на всех представителей ингибиторов ДПП-4. Для этого следует дождаться завершения подобных исследований, планируемых или проводимых в настоящее время.

Ингибиторы натрий-глюкозного транспортера в почках: чего ожидать от нового класса сахароснижающих средств?

Продолжается активное изучение самого нового из представленных сегодня на фармацевтическом рынке класса сахароснижающих препаратов – ингибиторов натрий-глюкозного котранспортера 2 типа (SGLT2). Один из них – дапаглифлозин – уже зарегистрирован и в Украине.

Механизм действия ингибиторов SGLT2 заключается в подавлении реабсорбции глюкозы в почечных канальцах, что приводит к снижению ее уровня в крови. Накопленная к настоящему времени доказательная база показывает, что препараты данного класса снижают уровень HbA_{1c} в среднем на 1% и ассоциируются с повышенным риском инфекций мочевыводящих путей, что, впрочем, вполне закономерно.

Из новых данных следует отметить возможное снижение массы тела и артериального давления, что было показано в недавних исследованиях для дапаглифлозина. Кроме того, по мнению некоторых экспертов, эти препараты могут стать вспомогательным методом лечения СД 1 типа в тех случаях, когда контроль заболевания не достигнут с помощью инсулинотерапии. В прошлом году были представлены результаты 2-недельного

рандомизированного плацебо контролируемого пилотного исследования, в котором с помощью дапаглифлозина в качестве вспомогательной терапии удалось улучшить гликемический контроль у пациентов с СД 1 типа и снизить потребность в инсулине. Исходный уровень HbA_{1c} у участников исследования, получающих инсулинотерапию, составил 8,5%, то есть имел место неудовлетворительный контроль гликемии. Добавление дапаглифлозина позволило снизить уровень глюкозы натощак на 19,6-35,7% (в зависимости от дозы) в сравнении с 8,1% в группе плацебо, а потребность в инсулине снизилась на 11,1-19,3% по сравнению с 1,7% при приеме плацебо. Общая частота нежелательных явлений, а также частота гипогликемии были сопоставимыми, хотя в группе дапаглифлозина чаще встречались нежелательные явления со стороны мочеполовой системы – уже хорошо известный и прогнозируемый побочный эффект этого класса препаратов.

Агонисты ГПП-1: новые возможности инъекционной сахароснижающей терапии

Перспективным направлением в лечении СД 2 типа у пациентов с длительным анамнезом заболевания и/или невозможностью достижения контроля с помощью пероральных средств является комбинированная инъекционная терапия инсулином и агонистами глюкагоноподобного пептида 1 (ГПП-1). Увеличение количества инъекций неблагоприятно сказывается на приверженности пациентов к лечению, поэтому была разработана фиксированная комбинация (в одном шприце) аналога инсулина ультрадлительного действия деглюдека и агониста ГПП-1 лираглутида. В 26-недельном исследовании DUAL-1 с участием 1600 пациентов с СД 2 типа было показано, что применение такой комбинации ассоциируется с более выраженным снижением HbA_{1c} – на 1,9% по сравнению с монотерапией (1,4% в группе деглюдека и 1,3% в группе лираглутида). Кроме того, комбинированная терапия характеризовалась меньшим риском гипогликемии и отсутствием прибавки в весе по сравнению с применением только инсулина, а также меньшей частотой тошноты по сравнению с применением только агониста ГПП-1. То, что агонист ГПП-1 нивелирует эффект увеличения массы тела на фоне инсулинотерапии, очень важно для больных СД 2 типа, поскольку большинство из них имеют избыточный вес или ожирение.

Хорошие результаты продемонстрировали и новые агонисты ГПП-1 дулаглутид и албиглутид. Эффективность и безопасность дулаглутида оценивали в рамках программы AWARD. В исследовании AWARD-1 дулаглутид 1 р/нед в дозах 0,75 и 1,5 мг превзошел по эффективности экзенатид, применявшийся в дозе 10 мкг 2 р/день. В AWARD-3 дулаглутид обеспечил лучший гликемический контроль по сравнению с метформином 1000 мг 2 р/сут, а в AWARD-5 в дозе 1,5 мг оказался лучше ингибитора ДПП-4 ситаглиптина.

Албиглутид, который также применяется 1 раз в неделю, был изучен в рамках программы Harmony, включившей 5 исследований. Он показал высокую эффективность по сравнению с таковой плацебо у больных СД 2 типа, уже принимающих пиоглитазон ± метформин (Harmony 1), а также в качестве стартовой терапии (Harmony 2). В Harmony 3 он превзошел ситаглиптин, глимепирид и плацебо при добавлении к метформину, а в Harmony 4 не уступал инсулину гларгин у пациентов, уже получающих метформин ± препараты сульфонилмочевины. Однако в исследовании Harmony 5 албиглутид оказался менее эффективным, чем пиоглитазон, при их добавлении к метформину и глимепириду. Наиболее частыми ожидаемыми побочными эффектами обоих агонистов ГПП-1 были тошнота и локальные реакции в месте инъекции.

Новые технологии в лечении СД 1 типа: на шаг ближе к созданию искусственной поджелудочной железы

В исследовании ESPIRE изучалась эффективность новой инсулиновой помпы с встроенной системой постоянного мониторинга гликемии, способной автоматически отключать подачу инсулина при достижении заданного нижнего порога уровня глюкозы крови, что должно снизить риск развития гипогликемических состояний. И действительно, в группе пациентов, у которых применяли такую помпу, риск развития ночных гипогликемий уменьшился на 32%, тяжелых гипогликемий – на 37,5% при сопоставимом уровне HbA_{1c}. Разработка такой помпы является существенным шагом вперед в создании искусственной поджелудочной железы.

Модификация образа жизни при СД 2 типа: недооцененные возможности или ненужные усилия?

В прошлом году были представлены результаты очень длительного и крупного исследования Look AHEAD, которое было посвящено изучению долгосрочного влияния интенсивной программы по модификации образа жизни, направленной на снижение массы тела у больных СД 2 типа, на клинически значимые исходы и прежде всего на риск развития сердечно-сосудистых событий. В исследовании приняли участие 5145 пациентов с СД 2 типа и исходным индексом массы тела (ИМТ) >35 кг/м² (ожирение 2-3 степени), которые были рандомизированы на 2 группы:

- интенсивной модификации образа жизни, включавшей низкокалорийную диету (1200-1800 ккал/сут) и физические упражнения ≥175 мин в неделю, направленные на снижение веса;
- традиционной терапии.

Продолжение на стр. 26.

2013 год в диабетологии: ключевые события, значимые исследования и новые клинические рекомендации

Продолжение. Начало на стр. 24.

В группе интенсивной модификации образа жизни было достигнуто уменьшение массы тела на 8,6% за первый год по сравнению с 0,7% в контрольной группе. К концу исследования данный показатель составил 6 и 3,5% соответственно, при этом разница между группами все еще была статистически достоверной. В ходе исследования у части пациентов основной группы отмечался некоторый прирост массы тела после значительного уменьшения в первый год, однако снижение веса на $\geq 5\%$ от исходного поддерживалось у всех участников исследования в течение 11 лет наблюдения.

В этом исследовании было показано, что снижение массы тела обеспечивает ряд положительных эффектов: уменьшение частоты недержания мочи, сонного апноэ, депрессии, снижение HbA_{1c} и артериального давления, сокращение потребности в некоторых лекарственных средствах, повышение качества жизни, физической активности, улучшение общего состояния здоровья. Однако данное исследование было закончено досрочно, поскольку за 11 лет так и не было отмечено никаких различий между группами по первичной конечной точке — частоте развития сердечно-сосудистых событий (смерть от сердечно-сосудистой причины, нефатальный ИМ, инсульт, госпитализация по поводу стенокардии). Возможно, причина отсутствия различий кроется в более интенсивной медикаментозной коррекции факторов сердечно-сосудистого риска в контрольной группе. Так, частота применения антигипертензивных препаратов, статинов и инсулина была достоверно выше в группе контроля. Поэтому рано делать окончательные выводы и списывать со счетов модификацию образа жизни.

Еще одно интересное исследование было посвящено оценке эффективности средиземноморской диеты по сравнению с диетой с низким содержанием жиров у пациентов высокого сердечно-сосудистого риска, половина из которых имели СД 2 типа. Эта диета основана на употреблении фруктов, овощей, рыбы, оливкового масла и вина. Через 5 лет наблюдения исследование было досрочно прекращено, поскольку было доказано, что средиземноморская диета снижает риск развития сердечно-сосудистых заболеваний на 30% по сравнению с диетой с низким содержанием жиров. У лиц, не имевших исходно СД 2 типа и придерживавшихся средиземноморской диеты, риск развития данного заболевания снизился на 52% даже без снижения веса и увеличения физической активности. Таким образом, можно сделать вывод, что риск развития СД 2 типа во многом зависит от особенностей питания.

Бариатрическая хирургия — шанс на излечение СД 2 типа?

Бариатрические операции, являющиеся эффективным методом лечения морbidно-ожирения, применяются в развитых странах мира достаточно давно, поэтому уже есть возможность оценить их долгосрочные эффекты. Одним из таких эффектов оказалось улучшение гликемического контроля у пациентов с СД 2 типа и даже достижение ремиссии этого заболевания. Однако, как показали результаты опубликованного в прошлом году 15-летнего исследования, вероятность достижения ремиссии СД 2 типа зависит от длительности диабета на момент проведения операции. Так, среди пациентов, прооперированных в первые 3 года после выявления СД 2 типа, ремиссии достигли 47%. Если же операция проводилась при более продолжительном анамнезе диабета, частота ремиссии составляла всего 9%. Таким образом, выраженное снижение веса, которое всегда благотворно влияет на течение СД 2 типа, может привести к стойкой ремиссии только при небольшой длительности заболевания. Это логично, поскольку на начальных стадиях СД 2 типа наибольший вклад в повышение уровня глюкозы вносит инсулинорезистентность, обусловленная избыточным весом / ожирением, а в дальнейшем происходит прогрессивное уменьшение количества функционирующих β -клеток (вследствие глюкозо-, липотоксичности и других факторов), которое, увы, нельзя компенсировать снижением массы тела.

Социально-экономические и психологические аспекты проблемы СД

Большое внимание в прошлом году было уделено социальным, экономическим и психологическим аспектам СД. Социально-психологические аспекты СД 2 типа были изучены в масштабном международном исследовании DAWN2. В нем принимали участие более 8 тыс. больных СД (1368 — с СД 1 типа и 7228 — с СД 2 типа) из 17 стран мира. Как показали результаты DAWN2, 19,2% лиц с диабетом сталкиваются с проблемой дискриминации на почве заболевания. Этот показатель в разных странах варьировал от 11,1 до 30,1%. Больные, которые считают себя ущемленными в правах, имели в среднем более низкую оценку по шкале психологического благополучия WHO-5 (-5 баллов; $p < 0,0001$) и более выраженный показатель стресса по шкале PAID-5 (+12,4 балла; $p < 0,0001$). У них на 67% выше вероятность плохого или очень плохого качества жизни (относительный риск (ОР) 1,67; 95% доверительный интервал (ДИ) от 1,43 до 1,92). Дискриминация на почве диабета оказывает выраженное негативное влияние на финансовое состояние (ОР 1,44; 95% ДИ от 1,28 до 1,62), отношения с членами семьи и друзьями (ОР 1,99; 95% ДИ от 1,75 до 2,26), работу и учебу (ОР 1,76; 95% ДИ от 1,55 до 2). Учитывая масштабы, эта проблема требует пристального внимания и разработки комплекса решений. Исследование DAWN2 также показало, что обучение пациентов с СД не только улучшает контроль заболевания, но и существенно повышает показатель психологического благополучия.

В британском ретроспективном исследовании с участием более чем 1 тыс. больных СД 1 типа была показана четкая корреляция между социальными факторами и смертностью пациентов с СД 1 типа (S. Thomas et al.). Среди умерших больных было значительно больше социально обделенных (отсутствие работы, семьи и др.), чем среди живущих ($p = 0,001$), то есть наряду с таким классическим фактором риска, как гипергликемия (высокий уровень HbA_{1c}), социальная депривация также является фактором повышенного риска смерти пациентов с СД 1 типа.

К повышению смертности больных СД приводят и психологические стрессы, что было показано в нидерландском исследовании Hoorn (F. Rutters et al.). В нем приняли участие 2385 пациентов, из которых за 20-летний период наблюдения умерли 834 человека (35%), в том числе 239 (28,6%) вследствие сердечно-сосудистой патологии и 235 (28,2%) от рака. Относительный риск смерти в подгруппах больных с разным количеством серьезных стрессовых ситуаций в жизни составил: 1 событие — 0,92 (95% ДИ от 0,75 до 1,11), 2 события — 1,29 (от 0,83 до 1,25), 3 события — 1,29 (1,01-1,65), ≥ 4 события — 1,51 (1,15-1,99). Похожие результаты были получены в отношении смертности от сердечно-сосудистых заболеваний и онкопатологии.

В шведском исследовании были проанализированы социально-экономические аспекты проблемы СД 1 типа. В частности, было показано, что у людей с СД 1 типа меньше шансов получить университетское образование (на 19% у мужчин и на 21% у женщин) по сравнению с общей популяцией. В 30-летнем возрасте мужчины с СД 1 типа зарабатывают на 8% меньше, чем сверстники без диабета, женщины — на 13%.

Новые клинические рекомендации

Традиционно в начале года свои обновленные рекомендации по лечению СД представила ADA. Ключевые исправления коснулись контроля артериального давления и мониторинга уровня глюкозы крови у пациентов, получающих инсулинотерапию. В новой редакции руководства ADA предлагает стремиться при ведении пациентов с СД к целевому уровню систолического артериального давления < 140 мм рт. ст., а не < 130 мм рт. ст., как было ранее. Второе существенное изменение коснулось самоконтроля уровня глюкозы в крови пациентами с СД 1 и 2 типа, получающими многократные инъекции инсулина в день или находящимися на помповой инсулинотерапии. Вместо рекомендации об измерении гликемии «3 раза или более» теперь ADA советует указанной категории пациентов осуществлять самоконтроль уровня глюкозы в определенных ситуациях, причем частота устанавливается индивидуально. В результате может понадобиться измерять глюкозу значительно чаще, чем 3 раза в день (6-8 раз и даже больше). Так, ADA рекомендует контролировать гликемию в следующих ситуациях: перед приемами пищи и перекусами; периодически после приема пищи; перед сном; перед тренировкой; в моменты, когда пациенты подозревают гипогликемию; после лечения гипогликемии, пока не будет достигнута нормогликемия; перед выполнением ответственной деятельности, например перед вождением автомобиля. Изменение этой рекомендации было обусловлено стремлением индивидуализировать самоконтроль диабета, ведь пациенты могут вести совершенно разный образ жизни, требующий различной частоты контроля уровня глюкозы. Кому-то будет достаточно и 3-4 раз в день, а кому-то понадобится больше. И даже один человек в разные дни может нуждаться в различном количестве измерений глюкозы крови.

В 2013 г. были представлены новые рекомендации по лечению артериальной гипертензии, разработанные экспертами Европейского общества кардиологов (European Society of Cardiology, ESC) и Европейского общества по артериальной гипертензии (European Society of Hypertension, ESH), а также созданное при помощи экспертов EASD обновленное руководство ESC по диабету, предиабету и сердечно-сосудистым заболеваниям. Этими согласительными документами также, как и рекомендациями ADA, были определены менее жесткие цели в лечении артериальной гипертензии у больных СД — 140/80-85 мм рт. ст по сравнению с рекомендованными ранее 130/80 мм рт. ст.

Прошедший год ознаменовался появлением новых совместных рекомендаций Американской ассоциации сердца (American Heart Association, АНА) и Американской коллегии кардиологов (American College of Cardiology, ACC) по гипохолестеринемической терапии. В данном руководстве указывается, что пациенты с СД 2 типа в возрасте от 40 до 75 лет обязательно должны получать статины независимо от исходного уровня холестерина. У пациентов высокого сердечно-сосудистого риска рекомендовано снижение уровня липопротеинов низкой плотности на 50% от исходного, умеренного и низкого риска — на 30-40% от исходного.

И наконец, в феврале прошлого года Американская академия педиатрии (American Academy of Pediatrics, ААР) презентовала первое в мире отдельное клиническое руководство по лечению СД 2 типа у детей. Рекомендации разработаны для детей в возрасте 10-18 лет. Новое руководство рекомендует проводить лабораторный скрининг СД 2 типа у всех детей с ожирением. В тех случаях, когда у врача нет уверенности в том, какой именно тип диабета у ребенка, начинать лечение рекомендуется с инсулина. Если же диагноз СД 2 типа не вызывает сомнений, в качестве терапии первой линии рекомендован метформин, который должен применяться наряду с изменением образа жизни, включая рациональное питание и адекватную физическую активность.

Подготовила Наталья Мищенко