

# Рекомендации Американской диабетической ассоциации: что нового в 2014 году?



Ежегодно Американская диабетическая ассоциация (ADA) пересматривает свои клинические рекомендации по ведению пациентов с сахарным диабетом (СД), внося коррективы на основании обновленной доказательной базы. Новая редакция руководства традиционно публикуется в декабре-январе в журнале *Diabetes Care*. Она доступна не только в печатной версии журнала, но и на сайте [care.diabetesjournals.org](http://care.diabetesjournals.org). Ключевые исправления в редакции руководства 2014 г. касаются скрининга гестационного диабета, лечения болевой формы диабетической нейропатии (ДН) и питания больных СД. Также важно отметить, что в этом клиническом руководстве с каждым годом делается все больший акцент на индивидуализацию лечения больных СД.

## Лечение болевой формы диабетической нейропатии: методом проб и ошибок

ДН часто протекает с выраженным болевым синдромом. При этом лечение болевой формы нейропатии может быть очень фрустрирующим фактором как для больных, так и для врачей, поскольку ни одно из имеющихся сегодня лекарственных средств не обеспечивает существенного уменьшения боли у большинства пациентов.

Для лечения болевой формы ДН в настоящее время предлагается использовать достаточно широкий перечень препаратов: прегабалин, габапентин, дулоксетин, венлафаксин, амитриптилин, вальпроат, опиоиды. Но многие врачи на своем опыте уже убедились в том, что каждое из этих лекарственных средств, оказываясь эффективным у одних больных, у других обеспечивает лишь незначительное уменьшение боли. Более того, не всегда удается получить хороший клинический эффект даже при применении комбинации двух-трех препаратов из указанного списка. Проблема выбора схемы лечения болевой формы ДН усугубляется еще и тем фактом, что к настоящему времени проведено очень мало прямых сравнительных исследований по изучению эффективности препаратов для купирования нейропатической боли.

Поэтому в новой редакции клинического руководства ADA 2014 г. врачам предлагается лечить болевую форму ДН методом проб и ошибок. Если первый препарат не обеспечил ожидаемого эффекта или плохо переносится больным, следует назначить ему другое лекарственное средство, затем еще одно или их сочетание. Следует проводить тщательный мониторинг ответа на терапию, побочных эффектов, удовлетворенности пациента лечением, его приверженности к терапии. Таким образом, можно подобрать оптимальный для каждого больного препарат или комбинацию.

При этом эксперты ADA, комментируя изменения в руководстве, подчеркивают, что необходимо как можно интенсивнее вовлекать пациентов в процесс выбора наилучших для них вариантов лечения.

## Скрининг гестационного диабета: выбор подхода за врачом

В настоящее время существует два основных подхода к проведению скрининга гестационного СД.

Первый из них рекомендован Международной ассоциацией групп изучения проблемы диабета у беременных (International Association of Diabetes and Pregnancy Study Groups, IADPSG) и ВОЗ и называется одноэтапным скринингом. Этот подход наиболее широко применяется в странах Европы. Он заключается в проведении всем беременным женщинам 2-часового перорального теста на толерантность к глюкозе (ПТТГ) с 75 г глюкозы натощак.

Второй подход является двухэтапным и широко применяется в США. В прошлом году именно этот подход рекомендовали Американская коллегия акушеров и гинекологов (American College of Obstetricians and Gynecologists, ACOG) и Национальный институт здоровья (National Institutes of Health, NIH) США. Этот подход подразумевает проведение сначала 1-часового ПТТГ с 50 г глюкозы натощак, а затем – 3-часового ПТТГ с 100 г глюкозы натощак, но только тем женщинам, у которых были выявлены нарушения на первом этапе.

Второй подход хоть и более трудоемкий, но удобнее для пациенток, так как большинству из них не приходится находиться в состоянии натощак в течение нескольких часов. В то же время при применении первого подхода удается выявить больше случаев гестационного диабета. По мнению экспертов IADPSG, это очень важно, поскольку в исследовании HAPO (Hyperglycemia and Adverse Pregnancy Outcomes study) было показано, что даже при незначительном повышении уровня гликемии отмечается увеличение частоты неблагоприятных акушерских и неонатальных исходов.

В свою очередь эксперты ADA отмечают, что HAPO – observational исследование, тогда как убедительных данных в пользу одного из этих скрининговых подходов, полученных из рандомизированных контролируемых исследований, нет. Интересно, что и IADPSG, и NIH свои рекомендации дают на основании анализа одних и тех же данных. Поэтому позиция ADA заключается в том, что на сегодняшний день оба подхода имеют одинаковое право на существование и могут применяться в рутинной клинической практике, пока не будут убедительно показаны преимущества какого-либо из них. Напомним, что ранее ADA рекомендовала только одноэтапный подход к скринингу гестационного СД.

## Питание больных СД: индивидуальный подход

В новой редакции руководства ADA появился новый большой раздел, посвященный питанию пациентов с СД. В выборе диетических рекомендаций для больных ADA советует врачам придерживаться индивидуального подхода, поскольку нет надежных данных о преимуществах какой-либо из существующих сегодня диет при диабете (с ограничением углеводов, жиров, низким гликемическим индексом и т.д.). В то же время есть убедительные доказательства того, что при активном участии диетологов в ведении пациентов с СД удается достичь лучшего контроля заболевания.

Сегодня не вызывает сомнений рекомендация относительно сокращения калорийности рациона питания для больных СД с избыточным весом или ожирением (уровень доказательств А), в то время как процентное соотношение углеводов, белков и жиров в общем калораже должно подбираться индивидуально. Следует учитывать религиозные, культурные, экономические и другие факторы при составлении диеты для каждого конкретного пациента.

Тем не менее в целом контроль потребления углеводов (как их количества, так и качественного состава) остается важным аспектом при ведении больных СД. Следует отдавать предпочтение углеводам из овощей, фруктов, цельных злаков, включать в рацион питания достаточное количество клетчатки и сводить к минимуму употребление рафинированных продуктов и сахара.

ADA не поддерживает рутинное применение у пациентов с СД каких-либо биологически активных добавок (витаминов, микроэлементов, антиоксидантов, лекарственных трав и др.) без особых на то показаний.

Рекомендация по потреблению соли соответствует таковой в общей популяции: <2300 мг/сут для общей когорты больных СД и еще меньше для лиц с СД и артериальной гипертензией (АГ).

## Некоторые другие изменения

ADA настоятельно рекомендует избегать использования в стационаре метода дозирования инсулина по скользящей шкале (sliding scale insulin), то есть определения дозы инсулина на основании степени гипергликемии перед инъекцией. При применении этого способа корректируется уже существующая гипергликемия вместо предотвращения ее развития. При таком подходе выше риск как гипер-, так и гипогликемии, а также диабетического кетоацидоза. Рекомендуется использовать более физиологичный базально-болюсный режим инсулинотерапии с коррекционными дозами при необходимости.

Ранее ADA рекомендовала интенсифицировать лечение СД 2 типа, если неинсулиновая монотерапия не обеспечивает достижение целевого уровня гликемии в течение 3-6 мес. В этом году этот срок ограничен только 3 мес, после чего следует рассмотреть добавление другого препарата или назначение инсулинотерапии.

В новой редакции руководства исключены термины «микроальбуминурия» и «макроальбуминурия», вместо которых используются определения «альбуминурия 30-299 мг/сут» и «альбуминурия ≥300 мг/сут» соответственно.

У пациентов без поражения органа зрения рекомендуется проводить офтальмологическое обследование для своевременного выявления диабетической ретинопатии каждые 2 года, а не 2-3 года, как указывалось ранее.

## Основные положения рекомендаций ADA по оказанию медицинской помощи больным СД

- ✓ Диагноз СД может быть подтвержден одним из следующих лабораторных показателей:
  - HbA<sub>1c</sub> ≥6,5%;
  - глюкоза плазмы крови натощак ≥7,0 ммоль/л;
  - глюкоза плазмы крови через 2 ч при проведении ПТТГ ≥11,1 ммоль/л;
  - случайно обнаруженный уровень глюкозы плазмы крови ≥11,1 ммоль/л при наличии симптомов гипергликемии.
- При отсутствии очевидной гипергликемии необходимо повторить тот же лабораторный тест.
- ✓ Скрининг СД 2 типа следует проводить у лиц любого возраста без клинических проявлений гипергликемии, если у них отмечается избыток массы тела, ожирение или

как минимум один другой фактор риска (низкая физическая активность; наличие СД у родственников первой степени родства; гестационный СД у женщин или рождение ребенка с массой тела >4 кг; присутствие АГ; гиперхолестеринемия или гипертриглицеридемия; синдром поликистозных яичников у женщин; HbA<sub>1c</sub> ≥5,7%, повышенный уровень гликемии натощак или нарушение толерантности к глюкозе при предыдущем тестировании; наличие сердечно-сосудистых заболеваний в анамнезе и др.). Если факторов риска нет, скрининг СД 2 типа необходимо начинать с 45 лет и проводить каждые 3 года.

✓ Экономически эффективными являются программы профилактики СД 2 типа, сфокусированные на снижении массы тела и повышении физической активности, у лиц с высоким риском развития этого заболевания.

✓ Всем больным СД рекомендован регулярный мониторинг уровня гликозилированного гемоглобина – как минимум два раза в год у лиц, достигших целевых показателей и стабильного гликемического контроля, и ежеквартально у пациентов, не достигших целей лечения, или в случае изменения схемы терапии.

✓ Целевой уровень HbA<sub>1c</sub> для большинства больных СД составляет <7%. Он может быть еще ниже (<6,5%) у пациентов с впервые выявленным СД, без серьезных сердечно-сосудистых заболеваний и диабетических осложнений, с большой ожидаемой продолжительностью жизни. И напротив, целевой уровень HbA<sub>1c</sub> должен быть выше (<8%) при наличии выраженных диабетических осложнений, сердечно-сосудистых заболеваний, небольшой ожидаемой продолжительности жизни, тяжелой гипогликемии в анамнезе.

✓ Большинство больных СД 1 типа должны получать инсулинотерапию в режиме многократных инъекций (3-4 раза в день) или постоянной подкожной инфузии инсулина.

✓ У большинства пациентов с СД 1 типа следует использовать аналоги инсулина с целью снижения риска гипогликемии.

✓ Метформин остается препаратом первого выбора для стартовой терапии СД 2 типа, если отсутствуют противопоказания для его применения и хорошо его переносит.

✓ Если в течение 3 мес после назначения монотерапии не достигнут целевой уровень гликозилированного гемоглобина, необходимо добавить любой из препаратов второй линии терапии СД 2 типа. При этом выбор лекарственного средства осуществляется индивидуально для каждого пациента с учетом потенциальной эффективности, стоимости, профиля безопасности, влияния на массу тела, наличия сопутствующей патологии, риска гипогликемии, предпочтений больного.

✓ Всем пациентам с СД необходимо придерживаться соответствующего рациона и режима питания, который в идеале должен подбирать диетолог.

✓ Больным СД рекомендовано не менее 150 мин физических нагрузок в неделю с интенсивностью 50-70% от максимальной частоты сердечных сокращений. Частота занятий должна составлять как минимум 3 раза в неделю, а перерыв между ними не превышать 2 дней. Не менее 2 раз в неделю следует выполнять силовые упражнения, которые не уступают по эффективности аэробным нагрузкам.

✓ У пациентов с СД и индексом массы тела более 35 кг/м<sup>2</sup> следует рассмотреть возможность применения бариатрической хирургии.

✓ Уровень артериального давления (АД) следует измерять при каждом визите к врачу. Целевой уровень АД для большинства больных СД составляет <140/80 мм рт. ст. Более жесткий целевой уровень может быть рекомендован для более молодых и здоровых пациентов. Антигипертензивная терапия должна включать антагонисты ренин-ангиотензиновой системы (ингибиторы АПФ или блокаторы рецепторов ангиотензина II). У большинства больных СД и АГ для достижения целевого уровня АД требуется комбинированная антигипертензивная терапия.

✓ Липидный профиль крови необходимо оценивать, по крайней мере, один раз в год, а после начала приема липидоснижающих средств и при достижении целевых значений – один раз в 2 года. Предпочтительной является стратегия коррекции дислипидемии, направленная на снижение уровня холестерина липопротеинов низкой плотности (целевой уровень <2,6 ммоль/л) с помощью статинов. Комбинированная терапия с добавлением других липидоснижающих средств не показала эффективности в улучшении клинических исходов.

✓ Статины следует назначать независимо от уровня липидов всем пациентам с СД и клинически значимой сердечно-сосудистой патологией, а также при наличии хотя бы одного фактора сердечно-сосудистого риска у лиц с СД старше 45 лет.

✓ Антиагреганты (аспирин или при его непереносимости – клопидогрель) рекомендованы в качестве вторичной профилактики лицам с СД и сердечно-сосудистой патологией в анамнезе, а в качестве первичной профилактики – только пациентам с высоким сердечно-сосудистым риском, то есть мужчинам старше 50 лет и женщинам старше 60 лет при наличии СД в сочетании с одним и более факторами кардиоваскулярного риска.

Подготовила **Наталья Мищенко**

