

Консилиум. На приеме пациент с сахарным диабетом 2 типа: от теории к практическим решениям

Сахарный диабет (СД) 2 типа – это сложное многофакторное заболевание, при лечении которого необходимо учитывать не только факт наличия и степень выраженности гипергликемии, но и целый ряд других клинических факторов. Об этом практикующим врачам напомнил член-корреспондент НАМН Украины, заслуженный деятель науки и техники Украины, заведующий кафедрой диабетологии Национальной медицинской академии последипломного образования им. П.Л. Шупика, доктор медицинских наук, профессор Борис Никитич Маньковский. Основные принципы ведения пациентов с СД 2 типа он рассмотрел на примере типичного клинического случая.



Б.Н. Маньковский

Клинический случай

На консультацию обратился мужчина 37 лет с жалобой на высокий уровень сахара в крови. При этом, со слов пациента, высокий уровень сахара в крови не вызывает никакого дискомфорта и не является для него проблемой. Пациент отметил, что «диабет не мешает мне жить». На консультации настояла жена больного. При более детальном расспросе оказалось, что у пациента отмечается жажда, изредка наблюдаются кожный зуд и судороги в нижних конечностях.

Из анамнеза болезни и анамнеза жизни: СД был выявлен случайно 4 года назад. Пациент принимает метформин 850 мг один, иногда два раза в день. Диету не соблюдает, физические нагрузки отсутствуют. В связи с наличием артериальной гипертензии (АГ) принимает Нолипрел Форте. Со слов больного, болен гастритом. Перенес нейропатию лицевого нерва справа (18.03.2015). Глюкозу измеряет редко. Больной работает охранником, в ночные смены на работе находится один.

Из семейного анамнеза: отец болен СД 2 типа и АГ.

Объективно: состояние относительно удовлетворительное, пациент имеет ожирение 1 степени, индекс массы тела (ИМТ) – 35 кг/м², артериальное давление (АД) 140/90 мм рт. ст.

Результаты лабораторных анализов:

HbA1c – 10,9%

Глюкоза натощак – 13,14 ммоль/л

C-пептид – 5,42 нг/мл

АЛТ – 114 Ед/л, АСТ – 64 Ед/л, ГГТ – 57 Ед/л

Билирубин общий – 10,6 мкмоль/л, билирубин непрямо – 6,1 мкмоль/л, билирубин прямо – 4,5 мкмоль/л

Белок общий – 76,3 г/л, альбумин – 47,8 г/л, креатинин – 91 мкмоль/л

Холестерин (ХС) – 4,32 ммоль/л, триглицериды – 5,47 ммоль/л, ХС ЛПВП – 0,69 ммоль/л, ХС ЛПНП – 2, ХС ЛПОНП – 1,21 ммоль/л, коэффициент атерогенности – 5,26, СКФ – 91 мл/мин/1,71 м² (по формуле CKD-EPI), Альбумин в моче – 50 мг/л.

Разбор этого клинического случая профессор Б.Н. Маньковский начал с того, что напомнил врачам о возможности длительного бессимптомного течения СД 2 типа. Как подчеркивает данный пациент, ему заболевание не создает каких-либо проблем, а повышенный уровень глюкозы, по его мнению, является скорее проблемой лечащего врача, нежели самого больного. Поэтому такая особенность СД 2 типа требует от врачей, во-первых, осторожности в отношении данного заболевания и, во-вторых, тщательного обследования пациентов при обнаружении повышенного уровня глюкозы крови с целью своевременного выявления хронических диабетических осложнений.

Важно помнить, что обследование пациента с СД 2 типа или подозрением на него не должно ограничиваться только измерением уровня глюкозы крови натощак и гликозилированного гемоглобина (HbA1c). Профессор Б.Н. Маньковский подчеркнул, что среди лабораторных исследований необходимы также являются липидный профиль (общий ХС, липопротеины низкой плотности (ЛПНП), липопротеины высокой плотности (ЛПВП), триглицериды), уровень креатинина в крови (с расчетом скорости клубочковой фильтрации (СКФ)), количество белка в суточной моче. Желательно также для оценки общего состояния здоровья пациента провести такие исследования, как общий анализ крови и мочи, биохимический анализ крови. В то же время необоснованными будут такие анализы, как определение уровня фруктозамина, C-пептида, гормонов щитовидной железы, поскольку эти показатели не влияют на тактику ведения пациентов с СД 2 типа.

В последние годы врачи стали больше внимания уделять состоянию сердечно-сосудистой системы у больных СД 2 типа, но почки, к сожалению, по-прежнему часто остаются вне поля зрения. В то же время установлено, что микроваскулярные изменения в почках появляются еще задолго до диагностики СД 2 типа – в среднем за 5-6 лет. Поэтому определение белка в моче и расчет СКФ необходимо проводить сразу после постановки диагноза СД 2 типа, а затем ежегодно (при отсутствии белка в моче) или каждые 3-6 месяцев (при наличии альбуминурии).

В качестве скрининга протеинурии можно использовать специальные тест-полоски, а для качественной оценки необходимо оценить

концентрацию альбумина, креатинина в моче и их соотношение. При уровне альбумина в моче <30 мг/сут делают заключение о нормоальбуминурии, 30-299 мг/сут – микроальбуминурии (согласно современному определению – умеренная протеинурия), ≥300 мг/сут – макроальбуминурии (выраженная протеинурия).

Для расчета СКФ наиболее удобно использовать специальные калькуляторы. Показатель более 60 мл/мин/1,71 м² указывает на нормальную функцию почек, менее 60 мл/мин/1,71 м² – на ее нарушение (например, наличие диабетической болезни почек), менее 15 мл/мин/1,71 м² – на почечную недостаточность.

В рассматриваемом клиническом случае у пациента были обнаружены такие отклонения в лабораторных анализах:

- значительное повышение уровня глюкозы крови натощак (13,14 ммоль/л) и HbA1c (10,9%);
- повышение уровня трансаминаз – аланинаминотрансферазы (114 Ед/л) и аспартатаминотрансферазы (64 Ед/л), что, вероятно, указывает на неалкогольную жировую болезнь печени;
- некоторые отклонения в липидном профиле: повышение уровня триглицеридов (5,47 ммоль/л), ХС ЛПОНП (1,21 ммоль/л) и снижение ХС ЛПВП (0,69 ммоль/л) с индексом атерогенности 5,26, но при нормальных показателях уровня общего холестерина и ХС ЛПНП;
- микроальбуминурия (маркер генерализованной эндотелиальной дисфункции) при нормальной СКФ.

Что касается консультаций смежных специалистов, то необходимость в них определяется наличием жалоб, результатами физического обследования и лабораторных анализов. Провести скрининг на большинство осложнений СД 2 типа может самостоятельно эндокринолог или врач общей практики, но исключением является скрининг на диабетическую ретинопатию, для проведения которого необходимо направление всех пациентов с недавно выявленным СД 2 типа (и затем ежегодно) к офтальмологу.

Пациенту была рекомендована консультация офтальмолога и кардиолога, а также проведение ЭКГ, которая обнаружила некоторые изменения (синусовая тахикардия, изменения миокарда с признаками нарушения реполяризации в задней стенке и верхушечно-боковой областях).

Цели лечения

Следующим этапом после всестороннего обследования пациента является определение целей лечения, которые, согласно современным рекомендациям, должны быть индивидуализированы. Речь идет о целевых уровнях HbA1c, АД и показателей липидного профиля крови. Важно подчеркнуть, что контроль АД и липидов является не менее важным у пациентов с СД 2 типа, чем контроль гликемии, поскольку большинство больных умирает именно от сердечно-сосудистых осложнений.

Что касается гликемической цели, то для большинства пациентов с СД 2 типа рекомендуется достигать уровня HbA1c ≤7%. Более жесткий целевой показатель (≤6,5%) может быть целесообразен для пациентов с высокой ожидаемой продолжительностью жизни, без серьезных диабетических осложнений, сопутствующих заболеваний и риска гипогликемии. В свою очередь менее интенсивный контроль гликемии (<7,5%) оправдан для лиц с небольшой ожидаемой продолжительностью жизни, высоким риском гипогликемии, серьезной патологией сердечно-сосудистой и других систем.

Целевой уровень АД у лиц с СД 2 типа, согласно современным рекомендациям, составляет менее 140/90 мм рт. ст., а ХС ЛПНП – <1,8 ммоль/л для пациентов очень высокого сердечно-сосудистого риска (или, если это невозможно, снижение не менее чем на 50% от исходного значения) и <2,5 ммоль/л для больных высокого риска.

Что касается данного пациента, то с учетом молодого возраста, отсутствия серьезных осложнений и сопутствующих заболеваний оптимальным будет целевой уровень HbA1c ≤6,5%.

Уровень АД вписывается в целевой диапазон (140/90 мм рт. ст.), поэтому можно сделать вывод, что получаемая пациентом антигипертензивная терапия адекватна.

Поскольку уровень общего ХС и ХС ЛПНП находятся в пределах нормы, а возраст пациента составляет 37 лет, то веских оснований для назначения статинов на данный момент нет.

Рекомендации по модификации образа жизни и медикаментозная терапия

Диетотерапия и физические нагрузки являются важным компонентом лечения СД 2 типа и не могут быть заменены медикаментозным лечением, но и, в свою очередь, не могут заменить фармакотерапию. При наличии избыточной массы тела или ожирения пациентам необходимо рекомендовать некоторое снижение калорийности рациона (контроль размера порций).

Всем пациентам с СД 2 типа следует отдавать предпочтение углеводосодержащим продуктам с высоким содержанием клетчатки и минимизировать употребление рафинированных углеводов; также важно свести к минимуму употребление трансжиров и контролировать потребление соли (до 2300 мг/сут). Прием каких-либо витаминов или других биологически активных добавок не имеет доказательной базы и поэтому не может быть рекомендован пациентам с СД.

Минимальная продолжительность физической активности должна составлять 30 мин в день (оптимально – ходьба, плавание). При этом, по мнению профессора Б.Н. Маньковского, необязательно проводить полноценное 30-минутное занятие, а можно «накапливать» активность в течение дня – прогулка пешком, подъем по лестнице и т.д.

Согласно современным рекомендациям, медикаментозную сахароснижающую терапию следует начинать сразу после установления диагноза СД 2 типа. Препаратом первой линии является метформин, если у пациента нет противопоказаний к его назначению и/или непереносимости (при их наличии в качестве стартовой терапии используют препараты второго ряда).

Если через 3 месяца монотерапии целевой уровень гликемии не был достигнут, необходима интенсификация терапии с добавлением второго сахароснижающего препарата.

Что касается выбора сахароснижающих средств второй линии, то врач должен руководствоваться несколькими критериями: сахароснижающая эффективность препарата, влияние на сердечно-сосудистый риск и другие жесткие конечные точки, риск гипогликемии и ее неблагоприятных последствий, влияние на вес, наличие противопоказаний, финансовые возможности пациента.

С точки зрения риска гипогликемии следует учитывать то, кем работает пациент, проживает он один или с семьей, водит ли автомобиль и т.д.

Итак, основным критерием выбора противодиабетического средства является сахароснижающая активность, которая у разных групп препаратов существенно отличается. Так, установлено, что метформин, производные сульфонилмочевины (ПСМ) и агонисты глюкагоноподобного пептида 1 (аГПП-1) могут снижать уровень HbA1c в среднем на 1-2%, ингибиторы дипептидилпептидазы 4 (иДПП-4) и ингибиторы натрий-зависимого котранспортера глюкозы 2 (иНЗКТГ-2) – только на 0,5-1%.

Если фактический уровень HbA1c у пациента с СД 2 типа превышает целевой показатель более чем на 1%, достичь контроля с помощью иДПП-4 и иНЗКТГ-2, скорее всего, не удастся. Эти препараты стоит рассмотреть

