

Новые клинические рекомендации по ведению пациентов с сахарным диабетом 2013 года

В начале текущего года сразу две авторитетные научные организации представили медицинской общественности обновленные рекомендации по ведению пациентов с сахарным диабетом (СД) – Американская диабетическая ассоциация (American Diabetes Association, ADA) и Американская академия педиатрии (American Academy of Pediatrics, AAP).



Рекомендации ADA: что нового в 2013 году?

Ежегодно ADA пересматривает свои клинические рекомендации по ведению пациентов с СД. Новая редакция руководства традиционно публикуется в январском выпуске журнала Diabetes Care. Она доступна не только в печатной версии журнала, но и на сайте care.diabetesjournals.org.

В этом году в рекомендации было внесено несколько существенных изменений, на которых мы и остановимся. Ключевые исправления касаются контроля артериального давления (АД) у пациентов с СД и мониторинга уровня глюкозы крови при СД 1 типа.

Целевой уровень АД. В новой редакции руководства ADA при ведении пациентов с СД предлагается стремиться к целевому уровню систолического АД <140 мм рт. ст. (уровень доказательств В), а не <130 мм рт. ст., как было ранее. Основанием для такой рекомендации стали результаты гипотензивной ветви исследования ACCORD, показавшего, что у пациентов с СД 2 типа интенсивная антигипертензивная терапия по сравнению со стандартной очень незначительно снижает риск инсульта, не влияет на смертность, но при этом повышает риск гипотензии и других нежелательных явлений. Эксперты ADA подчеркивают, что предыдущая рекомендация (<130 мм рт. ст.) была сделана на основании не рандомизированных контролируемых, а обсервационных исследований.

Помимо того, что новая рекомендация имеет научную доказательную базу, подтверждающую, что установленное ранее снижение АД <130 мм рт. ст. не дает особых преимуществ, она еще и в значительной степени облегчает работу врачу. Практикующим врачам хорошо известно, что добиться значений АД <140 мм рт. ст. удается у многих больных, тогда как достижение уровня <130 мм рт. ст. является настоящей сложной задачей.

Комментируя новую рекомендацию, эксперты ADA подчеркнули, что более высокий целевой уровень АД ни в коей мере не означает, что теперь контроль АД у больных СД признается менее важным, чем ранее. Неконтролируемая артериальная гипертензия крайне опасна для диабетиков, и у каждого больного СД следует снизить АД как минимум до 140 мм рт. ст. Более того, новый целевой уровень вовсе не означает, что нельзя снижать АД еще ниже. Более низкий целевой уровень АД может быть рекомендован пациентам молодого возраста и тем, кто легко и безопасно может достигнуть более низких показателей (без назначения большого количества лекарств и побочных эффектов терапии).

Целевой уровень диастолического АД остается прежним – ниже 80 мм рт. ст.

АД следует измерять на каждом визите к врачу.

Мониторинг гликемии при интенсивной инсулинотерапии. Второе существенное изменение касается самоконтроля уровня глюкозы в крови пациентами с СД 1 и 2 типа, получающими многократные инъекции инсулина в день или находящимися на помповой инсулинотерапии. В этом году ADA вместо рекомендации об измерении гликемии «три раза или более» советует указанной категории пациентов осуществлять самоконтроль уровня глюкозы в определенных ситуациях, причем его частота определяется индивидуально. В результате может понадобиться измерять глюкозу значительно чаще, чем 3 раза в день (6-8 раз и даже более).

Так, ADA рекомендует контролировать гликемию в таких ситуациях:

- перед основными приемами пищи (завтрак, обед, ужин) и промежуточными;
 - 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 (уровень доказательств В).
- Изменение этой рекомендации было обусловлено стремлением индивидуализировать самоконтроль диабета, ведь пациенты могут вести совершенно разный образ жизни, требующий разной 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 разном количестве измерений глюкозы крови.

Кроме того, рекомендация в том виде, в котором она существовала ранее (3 и более раз в день), почему-то некоторыми врачами воспринималась только как «3 раза в день» и не более. А ведь для многих пациентов этого явно недостаточно.

У пациентов с СД 2 типа, которые принимают базальный инсулин или неинсулиновые препараты, самоконтроль глюкозы крови по-прежнему рекомендуется только как потенциально полезный инструмент для принятия решений о лечении и только тогда, когда пациенты осведомлены о том, как использовать результаты этих измерений.

Вакцинация против гепатита В. Консультативный комитет по проблемам вакцинации (Advisory Committee on Immunization Practices, ACIP) показал, что у больных СД в 2 раза повышен риск гепатита В по сравнению с лицами без диабета в возрасте 23 лет и старше, а также есть некоторые данные относительно более высокой смертности диабетиков с HBV-инфекцией. Поэтому в 2013 году были добавлены новые рекомендации относительно вакцинации больных СД против гепатита В:

– Рекомендовано назначение вакцинации против гепатита В непривитым взрослым лицам с диабетом в возрасте от 19 до 59 лет (уровень доказательств С).

– Следует также рассмотреть необходимость вакцинации против гепатита В для непривитых взрослых с диабетом в возрасте 60 лет и старше (уровень доказательств С).

Дислипидемия. Пациенты с СД 2 типа часто имеют повышенный уровень липидов, что увеличивает риск сердечно-сосудистых осложнений. Терапия статинами по-прежнему остается предпочтительной стратегией лечения больных СД с дислипидемией (уровень доказательств А), однако рекомендации относительно комбинированной терапии изменились. Комбинированная терапия статинами и фибратами или ниацином ассоциируется с риском значительного повышения уровней трансаминаз, развития миозита, рабдомиолиза и при этом не показала способности снижать частоту сердечно-сосудистых осложнений по сравнению с монотерапией. Поэтому в новой редакции руководства ADA комбинированная терапия не рекомендуется для рутинного применения (уровень доказательств А).

Гипогликемия. Исследование ACCORD показало, что у пациентов с когнитивными нарушениями в начале исследования был выше риск тяжелой гипогликемии в ходе исследования. Кроме того, продолжительные когортные исследования с участием пожилых пациентов с СД 2 типа продемонстрировали, что у пациентов с тяжелой гипогликемией в анамнезе повышен риск развития деменции.

Поэтому сегодня ADA рекомендует пересмотреть сахароснижающую терапию у пациентов, которые испытали хотя бы один эпизод тяжелой гипогликемии и не в состоянии распознать ее вовремя (уровень доказательств Е); проводить регулярную оценку когнитивных функций у пациентов с уже выявленными когнитивными нарушениями; врачам, пациентам и лицам, занимающимся обучением диабетиков, уделять больше внимания проблемам гипогликемии (уровень доказательств В).

Кроме того, пациенты, которые получают инсулин и плохо распознающие гипогликемические эпизоды или уже перенесшие эпизод тяжелой гипогликемии, должны быть обязательно проинформированы о том, как повысить уровень сахара в крови (уровень доказательств А).

Предупреждение/отсрочка развития СД 2 типа. Лица с предиабетом часто имеют другие факторы сердечно-сосудистого риска, включая ожирение, АГ и дислипидемию. Исследование Diabetes Prevention Program Outcomes показало, что надлежащее управление этими факторами риска снижает частоту сердечно-сосудистых событий. Поэтому рекомендуется проводить скрининг и коррекцию модифицируемых факторов сердечно-сосудистого риска у лиц с предиабетом (уровень доказательств В).

Скрининг и лечение ретинопатии. В исследованиях RISE и RIDE было обнаружено, что анти-VEGF терапия (VEGF – фактор роста эндотелия сосудов) ранибизумабом улучшает зрение и снижает потребность в проведении лазерной коагуляции у пациентов с макулярным отеком. На основании этих двух исследований применено анти-VEGF препаратов рекомендовано для пациентов с диабетическим макулярным отеком (уровень доказательств А).



Первое клиническое руководство по лечению СД 2 типа у детей от Американской академии педиатрии

AAP в феврале текущего года презентовала первое в мире отдельное клиническое руководство по лечению СД 2 типа у детей. Рекомендации разработаны для пациентов в возрасте 10-18 лет. При создании руководства эксперты AAP консультировались с целым рядом других научных организаций – Академией питания и диетологии (Academy of Nutrition and Dietetics), ADA, Американской академией семейных врачей (American Academy of Family Physicians), Обществом детских эндокринологов (Pediatric Endocrine Society).

Нерациональное питание, гиподинамия, рост распространенности ожирения у детей и подростков способствуют стремительному росту заболеваемости СД 2 типа в этой возрастной группе.

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. Такие сомнения вполне обоснованы при наличии ожирения и кетоза/кетацидоза или выраженной гипергликемии (HbA_{1c} >9% или глюкоза крови более 13,8 ммоль/л). С одной стороны, ребенок с СД 1 типа может быть тучным, а с другой – у ребенка с СД 2 типа также может развиться кетацидоз при декомпенсации. После того как подтвердится диагноз СД 2 типа, применение инсулина может быть прекращено и лечение продолжено с помощью метформина. В настоящее время из всех сахароснижающих средств только инсулин и метформин разрешены для применения у детей до 18 лет.

Метформин рекомендован в качестве терапии первой линии наряду с изменением образа жизни, включая рациональное питание и адекватную физическую активность. Что касается питания, то рекомендуется пересмотреть рацион ребенка в сторону употребления более здоровых продуктов и в меньших порциях. Физическая активность должна занимать не менее 60 мин в день. Также рекомендуется ограничить время, проводимое дома за компьютером или у телевизора, менее чем до 2 ч в день.

Эксперты AAP подчеркивают, что медикаментозная терапия не будет работать эффективно, если не изменить образ жизни. Особенно сложным это является при работе с подростками, поэтому может возникнуть необходимость в помощи психолога/социального работника.

Что касается контроля течения заболевания и эффективности терапии, то детям с СД 2 типа рекомендуется каждые три месяца проверять уровень гликозилированного гемоглобина. Целевой уровень HbA_{1c} для детей – менее 7%, однако он может быть немного скорректирован в зависимости от клинической ситуации. Если цель не достигнута, необходимо интенсифицировать лечение.

Контроль глюкозы крови с помощью глюкометра рекомендован пациентам, получающим инсулин или другие препараты, которые могут вызвать гипогликемию, а также лицам, только начинающим получать медикаментозное лечение, не достигшим целевых значений гликемии, после схемы коррекции терапии, при интеркуррентных заболеваниях.

Подготовила Наталья Мищенко

