

Сахарный диабет и достойный образ жизни

БГМУ, Центральная поликлиника МВД Республики Беларусь

Распространенность сахарного диабета увеличивается в эпидемических масштабах во всем мире. Сахарный диабет (СД) 2-го типа признан неинфекционной эпидемией современности. По данным ВОЗ в 2000 году в мире насчитывалось около 160 млн. больных СД, эксперты прогнозируют, что к 2025 году число больных СД превысит 300 млн., из которых 80-90% составят больные СД 2-го типа [1].

Диабет 2-го типа развивается тогда, когда организм не отвечает должным образом на инсулин, или не производит его в достаточном количестве. С течением времени, прогрессирование СД 2-го типа приводит к тому, что поддерживать должные уровни глюкозы в крови становится затруднительно, и, таким образом, для достижения целевых значений возникает потребность в прием более чем одного лекарственного препарата. Поддержание контроля уровня глюкозы в крови является важной задачей, выполнение которой необходимо для того, чтобы предупредить развитие осложнений, связанных с диабетом, таких как: поражение глаз (слепота), поражения почек (почечная недостаточность (диализ), поражение нервной системы, ампутация нижних конечностей, болезни сердца, инсульт и поражение периферических сосудов [2].

Диабет, который не подвергается лечению, приводит к смерти. Каждые 10 секунд в мире от причины, связанной с сахарным диабетом погибает один человек [3].

Частота развития сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) у лиц с СД 2-го типа в 4 раза выше, чем у лиц без СД. По данным эпидемиологических исследований, в дебюте СД 2-го типа у почти 50% больных имеется макро- (инфаркт миокарда, инсульт, сердечная недостаточность) и микрососудистые осложнения [4]. Возможно это результат того, что метаболические нарушения возникают гораздо раньше первых клинических проявлений СД и к моменту постановки диагноза приводят к необратимым сосудистым изменениям. Существует твердое убеждение, что СД начинается как болезнь обмена веществ, а заканчивается как сосудистая патология.

Как улучшить прогноз на будущее?

Первоочередное значение имеет непосредственное достижение оптимального контроля гликемии за счет рациональной терапевтической тактики и самоконтроля. Адекватность терапии СД 2-го типа остается самым актуальным вопросом в диабетологии. Основной задачей лечения является достижение длительной компенсации СД с целью снижения частоты развития и прогрессирования хронических сосудистых осложнений. Несмотря на высокую эффективность применения имеющихся сахароснижающих средств, в реальной клинической практике не всегда удается достигать целевых значений компенсации СД. С учетом данного обстоятельства одним из приоритетных направлений лечения пациентов СД является обеспечения максимально близкого к норме контроля гликемии, предполагающего снижение уровней гликированного гемоглобина НвА менее 7-6,5%, гликемии натощак менее 6,5 - 5,5 ммоль/л для СД 1-го и 2-го типа соответственно. НвА1с - интегральный показатель углеводного обмена веществ за предшествующие определению 2,5-3 месяца. Планируется введение данной лабораторной диагностики в Центральной поликлинике МВД. В крупнейшем

проспективном исследовании диабета в Великобритании показано, что прирост уровня НвА на 1°/о увеличивает риск развития ИБС на 10°/о [5].

Большое значение для улучшения результатов терапии имеет контроль постпрандиальной (после приёма пищи) гипергликемии (ППГ). Отдавая должное попыткам обосновать исключительную роль ППГ в развитие осложнений СД и прогрессировании ССЗ с помощью многообразных исследований, не следует, однако, забывать о более простом объяснении этого факта: доказано, что суммарный постпрандиальный период гипергликемии после еды даже при трехразовом питании составляет около 12 часов. Если учесть постабсорбционные (после всасывания пищи) часы (6 часов после каждого постпрандиального периода), то состоянье натощак занимает всего 3 часа в сутки [6]. Это обуславливает значительно больший вклад ППГ в формирование уровня НвА, по сравнению с гликемией натощак, а связь этого показателя с развитием ИБС на данный момент очень хорошо доказана [7]. В рекомендациях уровень гликемии после еды 4,0 - 7,5 ммоль/л обозначен, как «недиабетический уровень» (идеальный контроль при СД); уровень 7,6 - 9,0 ммоль/л - как «адекватный уровень» гликемического контроля [8]. Для СД 2-го типа уровень гликемии после еды менее 7,5 ммоль/л характеризуется как сопряженный с «низким риском осложнений» [9]. Аналогичные уровни (терапевтические цели) отражены в отечественных рекомендациях по контролю и лечению СД. В общем руководстве по лечению СД 2-го типа, изданном в 2005 году, в качестве целевого уровня гликемии в плазме крови принят уровень менее 8 ммоль/л после приема пищи [10]. Несмотря на хорошо известное значение ППГ, на практике этот показатель зачастую «ускользает» из-под контроля как врача, так и пациента. Основными причинами, как представляется, могут быть отсутствие мотивации на достижение компенсации СД у пациента, отсутствие средств для проведения самоконтроля (глюкометров), отсутствие или недостатки обучения больных принципам правильного питания и адекватных режимов самоконтроля гликемии (обучение в школе СД).

Самоконтроль является неотъемлемым компонентом лечения пациентов с СД и в настоящее время рассматривается как важнейшая составляющая эффективного лечения СД. Частота самоконтроля определяется в соответствии с актуальными терапевтическими целями и индивидуальными потребностями пациентов. В наибольшей мере нуждаются в самоконтроле гликемии пациенты с недавно выявленным диабетом, больные, находящиеся на многократных инъекциях инсулина, ведущие неупорядоченный образ жизни или склонные к частым гипогликемиям, а также лица с повышенной мотивацией на достижение жесткого контроля уровня гликемии [11].

Самоконтроль позволяет пациенту оценивать изменения гликемии в реальном времени и обеспечивает обратную связь, необходимую для своевременной коррекции факторов образа жизни, а подчас и медикаментозной терапии (например: адаптации дозы инсулина короткого действия перед едой). Результаты самоконтроля используются врачом для оценки эффективности и безопасности терапии, ее оптимизации. Самоконтроль бывает эффективным только в тех случаях, когда пациент готов к его систематическому проведению, ведению записей в дневнике, способен понять значение измеряемых параметров и может соответствующим образом изменить свое поведение, модифицировать свое питание. Кроме диагностической функции определение гликемии выполняет и функцию обучения: пациент с СД наблюдает влияние разных блюд и физических нагрузок в разные дни, в

разное время суток. Сопротивление своевременному началу самоконтроля гликемии, отсутствие понимания прогрессирующего течения диабета и подбора правильной терапии в соответствии с фазой заболевания вызывает незаметное развитие и прогрессирование осложнений СД и соответственно снижение качества жизни страдающего СД человека. Раннее обучение данному процессу и пониманию того, что это прогрессирующая болезнь, и только пациент, а отнюдь не лекарственные средства, способен справиться с заболеванием - стратегия современной диабетологии.

Литература

1. Дедов, И. И., Шестакова, М. В., Максимова, М. А. Федеральная целевая программа «Сахарный диабет». Национальные стандарты оказания помощи больным сахарным диабетом. Методические рекомендации. М.: Медиа Сфера, 2002. С. 88.
2. Stratton, I.M. et al. Association and glycaemia with macrovascular and microvascular complications of type 2 diabetes (UKDDS 35): prospective observational study // *BMJ*. 2000. Vol. 321. P. 405-412.
3. Unite for Diabetes (International Diabetes Federation). A United Nations Resolution on diabetes. Available as: <http://www.uniterfordiabetes.org>.
4. Дедов, И. И., Шестакова, М. В. Сахарный диабет и артериальная гипертензия. М.: Медицинское Агентство, 2006. с. 344.
5. Аметов, А. С., Демидова, Т. Ю., Мельник, А. В. Подходы к управлению сахарным диабетом 2 типа. // *Рус. мед. журн.* Т. 13. № 8. С. 1933-37.
6. Ceriello, A. Postprandial hyperglycemia and diabetes complication. Is it time to treat? // *Diabetes*. 2005. Vol. 54. P. 1-7.
7. Monnier, L., Coletto, C., Lapinski, H. et al. Self-monitoring of blood glucose in diabetic patient: from the least common multiple. // *Diabetes Metabolism*. 2004. Vol. 30. № 2. P. 113-19.
8. A desktop guide to Type 2 diabetes mellitus. European diabetes policy group. 1998.
9. A desktop guide to Type 2 diabetes mellitus. European diabetes policy group. 1998-1999.
10. Дедов, И. И., Шестакова, М. В. Алгоритмы специализированной медицинской помощи больным сахарным диабетом. М.: Медицина, 2006.
11. International diabetes federation Clinical Guidelines task for a: Glucose Control Levels. In. *Global Guidelines for Type 2 diabetes* // Brussels., IDF. P. 26-28.