

Н. Н. Шалобыта

САХАРНЫЙ ДИАБЕТ 2 ТИПА: ОСОБЕННОСТИ САХАРОСНИЖАЮЩЕЙ ТЕРАПИИ В ПОЖИЛОМ ВОЗРАСТЕ

Научный руководитель канд. мед. наук, доц. И. К. Билодид

Кафедра эндокринологии,

Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск

Резюме. *Статья посвящена чрезвычайно актуальной проблеме современной медицины – сахарному диабету 2 типа. В статье освещены схемы коррекции и результаты компенсации уровня гликемии в пожилом возрасте при лечении. Целью исследования является оценка эффективности различных схем терапии по уровню HbA_{1c}. В исследование были включены пациенты УЗ «Городской эндокринологический диспансер» г. Минска и УЗ «31-я городская поликлиника» г. Минска.*

Ключевые слова: *сахарный диабет 2 типа, инсулинотерапия, целевые значения гликемии, пожилые.*

Resume. *The article is devoted to the extremely topical medical problem – diabetes mellitus type 2. This article presents correction schemes and results of compensation of the level of glycemia in old age. The aim is to study the effectiveness of different regimens of therapy on the level of HbA_{1c}. Study underwent patients of the Minsk City Endocrinology Dispensary and City Polyclinic №31.*

Keywords: *diabetes mellitus type 2, insulin therapy, glycemic target, elderly.*

Актуальность. Сахарный диабет (СД) представляет собой глобальную медицинскую проблему. Это заболевание в одинаковой мере обременяет и развитые, и развивающиеся страны и несет угрозу для здоровья человечества. СД 2 типа приобретает характер «неинфекционной эпидемии»: так, по прогнозам ВОЗ, в 2030 г. будет зарегистрировано около 552 млн. больных, в 2012 г. число заболевших приблизилось к 371 млн. и с каждым годом эта цифра только увеличивается [1]. В РБ на 1 января 2015 г. на диспансерном учете находилось 269 976 пациентов с сахарным диабетом, в том числе с СД 2 типа – 251 476 человек. В общей структуре распространенности диабета в Беларуси СД 2 типа занимает 93% [2].

Среди пациентов с СД 2 типа чрезвычайно высок риск развития сердечно-

сосудистых осложнений, ранней инвалидизации больных и преждевременной смертности. Показатель хронических осложнений сахарного диабета в 2012 году составил 46,7%, в 2015 году – 46,0% [2]. Смертность больных СД 2 типа в 2,3 раза выше, чем в популяции, риск развития инфаркта миокарда выше в 6 – 10 раз, мозговых инсультов – в 4-7 раз. У этой категории больных продолжительность жизни снижена на 1/3 [3]. Результаты международных исследований показали, что риск сердечно-сосудистых осложнений и преждевременной смерти значительно повышен при высоком уровне постпрандиальной глюкозы плазмы. По данным мониторинга сочетание таких серьезных нарушений здоровья, как артериальная гипертензия (АГ) и диабет встречаются у 31% женщин и 11,9% мужчин, АГ и ожирение – 5,4% и 1,2% соответственно [4].

Сахарный диабет 2 типа – это хроническое заболевание, постоянно прогрессирующее на фоне снижения секреторного потенциала бета-клеток [5]. Организм пациентов с СД 2 типа в какой-то момент начинает испытывать нехватку собственного инсулина. Это подтверждают данные исследования UKPDS, в котором показано, что уже через 6 лет после дебюта СД 2 типа более 50 % пациентов не достигают целевых показателей гликемического контроля, несмотря на прием пероральных сахароснижающих препаратов (ПССП), и нуждаются в инсулинотерапии (ИТ) [6]. В консенсусе Американской диабетической ассоциации (ADA) и Европейской ассоциации по изучению диабета (EASD) рекомендуется назначать инсулин сразу же при высоком уровне HbA_{1c} или через 3 месяца при неэффективности пероральной сахароснижающей терапии [7].

Важной особенностью СД 2 типа является возрастная избирательность – основная часть больных представлена пациентами пожилого и преклонного возраста. Ведение пациентов пожилого возраста с СД 2 типа, получающих инсулинотерапию, является сложной клинической задачей. Необходимо иметь представление об органических и функциональных особенностях организма пожилого и старого человека, в том числе и изменениях реактивности стареющего организма, возрастной фармакокинетики и фармакодинамики [8]. Использование инсулина несет повышенный риск развития гипогликемических состояний, а сложность курации усугубляется проблемами полиморбидности с хроническим течением и частыми обострениями. Несмотря на обширность группы, больные старше 65 лет редко включаются в клинические исследования, особенности этой категории пациентов недостаточно освещены в медицинской литературе и схемы фармакотерапии разрабатываются без учета особенностей возраста.

Благодаря подробному анализу результатов исследований UKPDS (с последующим 10-летним наблюдением), ACCORD, ADVANCE, VADT и ряда других в последние годы стало складываться представление о необходимости индивидуализации терапии СД 2 типа в зависимости от возраста и сопряженных с ним состояний. В настоящее время представляется, что чрезмерное стремление к нормогликемии у пожилых пациентов с СД 2 типа может принести больше вреда, чем пользы.

ACCORD и VADT показали, что при наличии сердечно-сосудистых осложнений достижение нормогликемии опасно развитием гипогликемических состояний, влекущих за собой кардио - и цереброваскулярные исходы. Даже при наличии тяжелых осложнений и/или высоком риске тяжелых гипогликемий Американское гериатрическое общество (American Geriatric Society) рекомендует целевой уровень HbA_{1c} не выше 8% [9].

Цель: изучить особенности течения СД 2 типа у лиц старше 65 лет, состоящих на диспансерном учете в УЗ «Городской эндокринологический диспансер» и УЗ «31-я городская поликлиника» г. Минска; оценить эффективность различных схем терапии по уровню HbA_{1c}.

Задачи:

1. Изучить особенности клинической картины СД 2 типа в пожилом возрасте;
2. Определить эффективность различных схем сахароснижающей терапии у пациентов пожилого возраста по уровню HbA_{1c}.

Материал и методы. Исследование проводилось на базе УЗ «Городской эндокринологический диспансер», УЗ «31-я городская поликлиника» г. Минска и на кафедре эндокринологии БГМУ. В ретроспективное исследование было включено 100 пациентов с СД 2 типа. Возраст обследованных составил от 65 до 82 лет. В процессе проведения исследования проводилась выкопировка данных из текущей медицинской документации («Медицинская карта амбулаторного больного») пациентов УЗ «Городской эндокринологический диспансер» и УЗ «31-я городская поликлиника» г. Минска. Эффективность назначенного лечения оценивалась по уровню HbA_{1c} за 2015 г. Критерием компенсации СД 2 типа было выбрано достижение уровня HbA_{1c} < 7,5% (для пациентов в возрасте < 75 лет) и HbA_{1c} < 8,0% (для пациентов старше 75 лет).

Результаты и их обсуждение. В исследовании было задействовано 100 пациентов в возрасте старше 65 лет, из них мужчин 40 (40%), женщин 60 (60%). В процессе исследования пациенты были разделены по возрасту на две группы: 65-75 лет (80 чел., 80%) и 75 лет и старше (20 чел., 20%). Было определено, что у пациентов пожилого и старческого возраста с разной частотой не соблюдаются рекомендуемые показатели HbA_{1c}: превысили рекомендуемый уровень (7,5 %) – 75 % пациентов в возрастной группе 65-75 лет и 40% пациентов в группе лиц старше 75 лет (порог значений HbA_{1c} = 8,0%). Таким образом, пациенты в возрасте от 75 лет и старше более чем в 50% случаев придерживаются рекомендуемого уровня гликированного гемоглобина. Возможно, это связано с врачебным контролем (сопутствующая патология вынуждает пациентов чаще обращаться за медицинской помощью, это позволяет производить динамический контроль уровня гликемии и своевременную коррекцию назначений), с социальными факторами (дробное питание, уменьшение объёмов порций, соблюдение режима приемов пищи, депрессии и т.п.).

Группировка пациентов в соответствии с режимами терапии (моноинсулинотерапия и комбинированная терапия) показала, что существует различие между груп-

пами лечения по эффективности. Так в группе моноинсулинотерапии больных, у которых целевой уровень HbA_{1C} превышал 7,5% (65-75 лет) было 22 чел. (37,9%) и HbA_{1C} превышал 8% (старше 75 лет) было 4 чел. (80%), а в группе комбинированной терапии таких пациентов был 36 чел. (62%) и 4 чел. (50%) соответственно. Таким образом, общее количество больных, превысивших рекомендуемый уровень, составило 66 чел. (66%).

Как показал анализ, при комбинированной терапии инсулин назначают в дозах, не обеспечивающих адекватный контроль гликемии. Более половины пациентов имеют высокие уровни HbA_{1C} , а, следовательно, повышенный риск развития и прогрессии поздних осложнений заболевания. В нашем исследовании все 100% пациентов имели хронические осложнения СД 2 типа.

Выводы:

1 Исследование HbA_{1C} необходимо проводить для оценки риска развития и профилактики хронических осложнений у больных сахарным диабетом.

2 Превышение рекомендуемого уровня HbA_{1C} чаще встречается у пациентов 65-75 лет.

3 Пациенты старше 75 лет компенсированы в 60% случаев; 65 - 75 лет – всего лишь в 25%.

4 Подбор сахароснижающей терапии у пациентов старше 65 лет требует особого подхода в связи с особенностями метаболизма, наличием сопутствующих заболеваний и необходимостью профилактики прогрессии поздних осложнений.

N. N. Shalobyta

TYPE 2 DIABETES MELLITUS: FEATURES OF HYPOGLYCEMIC THERAPY IN THE ELDERLY

*Tutor Associate professor I. K. Bilodid,
Department of Endocrinology,
Belarusian State Medical University, Minsk*

Литература

1. IDF Diabetes Atlas 5th edition. 2012. Available from: <http://www.diabetesatlas.org/>
2. Шепелькевич А. П. 14 ноября – Всемирный день борьбы с диабетом // Министерство здравоохранения Республики Беларусь. – Режим доступа: <http://minzdrav.gov.by/ru/news?id=1159>. – Дата доступа: 20.04.2016
3. Haffner S, Lehto S, Ronnema T, Pyorala K, Laakso M. // N Engl J Med. 1998; 339:229-234
4. Оганов Р.Г., Шальнова С.А., Деев А.Д., и др. Артериальная гипертония, смертность от сердечно-сосудистых заболеваний и вклад в продолжительность жизни населения. Профилактика заболеваний и укрепление здоровья 2001; 4: 11-15
5. Lebovitz H. Insulin secretagogues: old and new. Diabetes Rev 1999; 7:139–53.
6. U.K. Prospective Study Group: Intensive blood glucose control with sulfonylurea's or insulin compared with conventional treatment and risk of complications in patients with type 2 diabetes (UKPDS). Lancet 1998; 352:837–35.

70-я Международная научно-практическая конференция студентов и молодых учёных
"Актуальные проблемы современной медицины и фармации - 2016"

7. Nathan DM, Buse JB, Davidson MB, et al. Medical management of hyperglycemia in type 2 diabetes: a consensus algorithm for the initiation and adjustment of therapy: a consensus statement of the American Diabetes Association and the European Association for the Study of Diabetes. *Diabetes Care* 2009; 32:193–203.

8. Чеботарев Д. Ф. Особенности лекарственной терапии в пожилом возрасте: Методические рекомендации. М., 1982. – 34 с.

9. Brown AF, Mangoine CM, Saliba D, et al. Guidelines for improving the care of the older person with diabetes mellitus. *J Am Geriatr Soc* 2003;51:S265