Выявление и лечение сахарного диабета 2-го типа — проблема междисциплинарная

К.м.н. Е.Н. ОСТРОУХОВА

Detection and treatment of type 2 diabetes mellitus – an interdisciplinary problem

E.N. OSTROUKHOVA

Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова

Заболеваемость сахарным диабетом (СД) превзошла все прогнозы. По данным Российского регистра, СД 2-го типа (СД2) диагностирован более чем у 3 млн пациентов, фактически в России больных в несколько раз больше. Среди основных причин роста числа больных СД2 называют старение населения и распространение ожирения. Количество пациентов, страдающих СД2, таково, что специалисты-эндокринологи не могут оказать помощь всем больным; поэтому этих пациентов должны вести терапевты и врачи общей практики. Для повышения качества лечебно-профилактической помощи больным СД в ФГБУ «Эндокринологический научный центр» Минздрава России при поддержке компании «Ново Нордиск» был разработан проект «Медицинские амбиции», в рамках которого подготовлена и внедрена обучающая программа по повышению информированности терапевтов и врачей общей практики в области современных подходов к лечению СД2. В данной работе проанализированы результаты обучающих семинаров, проведенных в рамках вышеупомянутого проекта сотрудниками СПбГМУ им. акад. И.П. Павлова. Проводились лекции, интерактивные семинары, разборы клинических случаев и дискуссии. Особое внимание было уделено новым группам препаратов для лечения СД2. Эффективность проводимых семинаров оценивалась путем анкетирования до и после занятий. Отмечен большой интерес терапевтов к проводимым семинарам, повысился уровень знаний в области терапевтических подходов при СД2.

Ключевые слова: сахарный диабет 2-го типа, терапия сахароснижающими препаратами, терапевты, врачи общей практики.

Diabetes morbidity exceeds the predicted level. The Russian diabetes registry contains the data on more than 3 million patients suffering from type 2 diabetes mellitus (DM2), but their actual number in the country is supposed to be several times greater. The main causes behind this increase are ageing of the general population and widespread obesity. The number of patients with DM2 is now so large that endocrinologists are unable to render medical assistance to all of them; therefore therapists and general practitioners have to take care of such patients. In order to improve the quality of therapeutic and prophylactic aids for the diabetic patients, the Endocrinological Research Centre of the Russian Ministry of Health supported by Novo Nordisk has developed the "Medical Ambitions" project . In the framework of this project, the education program was elaborated and implemented designed to enhance the awareness among therapists and general practitioners about modern approaches to the management of type 2 diabetes mellitus. The present paper reports the results of analysis of the work of educational seminars carried out by the specialists of I.P. Pavlov Sank-Peterburg State Medical University. The work included lectures, interactive seminars, clinical case studies, and discussions. Special attention was given to the new groups of medications for the treatment of DM2. The effectiveness of these activities was estimated from questionnaires distributed among the participants before and after the seminars. The therapists showed great interest in the program, the level of their knowledge about up-to-date strategies of DM2 treatment appreciably increased.

Key words: type 2 diabetes mellitus, therapy with oral hypoglycemic agents, therapists, general practitioners.

Заболеваемость сахарным диабетом (СД) — хроническим и на данном этапе неизлечимым заболеванием — превзошла все прогнозы. Так, распространенность СД в некоторых регионах мира достигает 20% и более, причем СД 2-го типа (СД2) составляет более 90% от этой величины [1]. В последние годы официальные источники непроизвольно «занижают» сведения о количестве больных. Это происходит по многим причинам, среди которых основная — скорость увеличения числа заболевших СД. Последний факт и послужил основанием для определения СД как неинфекционной эпидемии. По данным Российского регистра, СД диагностирован более чем у 3,5 млн пациентов [2], однако эксперты Международной диабетической федерации свидетельствуют о 12,6 млн больных на территории Российской Федерации [1]. Такое расхождение сведений официальных источников и медицинской практики характерно и для других стран. Прогрессивное увеличение распространенности СД (преимущественно 2-го типа) связано с повышением как заболеваемости, так и ранней выявляемости благодаря современным скрининговым методам. Среди основных причин роста больных СД2 называют старение населения и распространение ожирения. Так, при увеличении продолжительности жизни растет число так называемых «нормальных болезней старения» [3]. Автор относит к этим болез-

© Е.Н. Остроухова, 2013

e-mail: elenikos9@gmail.com

ням ожирение, артериальную гипертензию, атеросклероз, климакс, депрессию, рак, СД. Кроме того, в последние десятилетия увеличилось число людей с ожирением не только среди лиц среднего и пожилого возраста, но и среди молодежи и подростков. Метаболический синдром (синдром инсулинорезистентности) определяется даже у детей, у которых все чаще диагностируется СД2. В основе метаболического синдрома находится так называемая адипозопатия или висцеро-абдоминальное («яблочное») ожирение. Если пациент, страдающий адипозопатией, не изменил своих пристрастий к обильной и калорийной пище на фоне ограниченной физической нагрузки, синдром инсулинорезистентности очень скоро приведет к несостоятельности β-клеток и развитию СД2 [4].

Таким образом, из-за роста числа пациентов, страдающих СД2, специалисты-эндокринологи должны были бы составлять до половины врачей амбулаторного звена. Вместе с тем следует заметить, что у лиц старше 40—50 лет, как правило, заболеваемость не ограничивается одной—двумя патологиями. В идеале, врачи общей практики (ВОП) должны лечить «не болезнь, а больного», а значит, терапевт одновременно является и гастроэнтерологом, и пульмонологом, и кардиологом, с уверенностью назначая соответствующее лечение. Однако в отношении столь распространенной патологии как СД2 врачи-терапевты и ВОП испытывают неуверенность в назначениях, а любые жалобы пациентов приписывают этому заболеванию.

Поэтому невозможно переоценить инициативу ФГБУ ЭНЦ МЗ РФ (при поддержке компании «Ново Нордиск» с последующим участием СПбГМУ им. И.П. Павлова), разработавшего проект «Медицинские амбиции», направленный на повышение информированности врачей-терапевтов и ВОП в области лечения СД2 [5]. Знания патогенеза, течения, контроля, профилактики и лечения этой патологии особенно актуальны в настоящее время, поскольку интенсивно развивается именно патогенетическая терапия СД2. Кроме того, разработаны четкие алгоритмы лечения пероральными сахароснижающими препаратами (ПССП) и инсулинотерапии, которые дают возможность проводить адекватную терапию. Пациентам, страдающим СД2, свойственно наличие множества осложнений и сопутствующих заболеваний, поэтому адекватность терапии оценивается не только в отношении контроля гликемии, но и нормализации артериального давления, липидограммы и снижения массы тела. Назначение соответствующих препаратов должно проводиться с учетом особенностей больных СД2. Учитывая изложенное, в обучающие семинары для врачей-терапевтов и ВОП были включены вопросы этиопатогенеза, классификации, диагностики, осложнений и терапии СД. В рамках семинаров в обязательном порядке применялись интерактивные формы работы в виде практических занятий по методам самоконтроля гликемии, техническим вопросам инсулинотерапии. Проводились лекции, интерактивные семинары, разборы клинических случаев и дискуссии.

Феномен клинической инертности (запаздывания инициации и интенсификации лечения) при СД в настоящее время хорошо известен во всем мире [6, 7]. Интенсификация медикаментозной гипогликемизирующей терапии своевременно осуществляется менее чем у половины пациентов с неудовлетворительным гликемическим контролем, причем независимо от того, наблюдается ли пациент врачом-терапевтом, ВОП или специалистом-эндокринологом. Клиническая инертность определяется экспертами прежде всего как врачебная проблема. Разумеется, для врача существует немало вполне рациональных опасений, связанных с назначением и лечением инсулином. Прежде всего это гипогликемии, прибавка массы тела.

В свете вышеизложенного особое внимание было уделено новым группам препаратов для лечения СД2. Обсуждались преимущества инсулиновых аналогов как препаратов с предсказуемым действием, низким риском гипогликемий, низкой интраиндивидуальной вариабельностью, что облегчает больным самостоятельную титрацию дозы.

Более того, врачам-терапевтам и ВОП были подробно представлены данные международных исследований по применению новой группы сахароснижающих препаратов — инкретинов, имеющих минимальный риск развития гипогликемий, поскольку препараты данного ряда обладают глюкозозависимым гипогликемическим действием.

В настоящее время известно, что эндогенный инкретин — глюкагоноподобный пептид-1 (ГПП-1) обеспечивает до 70% глюкозозависимой секреции инсулина β-клетками и подавляет продукцию глюкагона α-клетками, являясь регулятором гомеостаза глюкозы в организме. ГПП-1 способствует уменьшению жировой массы тела за счет снижения аппетита и обладает рядом дополнительных эффектов (гипотензивные, гиполипидемические). Кроме того, ГПП-1 стимулирует пролиферацию β-клеток и подавляет их апоптоз. Установлено, что у больных СД2 снижена концентрация и активность инкретинов. Принимая во внимание глюкозозависимое действие инкретинов, связанный с этим чрезвычайно низкий риск развития гипогликемий, а также положительное влияние этого класса препаратов на липидный обмен и артериальное давление у больных СД, именно врачи-терапевты, врачи первичного звена могли бы максимально широко использовать данный класс препаратов на самых ранних стадиях лечения СД2.

В рамках проводимых семинаров сотрудниками СПбГМУ им. И.П. Павлова представлен собственный опыт применения препарата Виктоза (первого аналога человеческого ГПП-1 для введения 1 раз в сутки), зарегистрированного в России в мае 2010 г. Опыт применения этого препарата в рутинной клинической практике показал, что он обладает не только выраженным сахароснижающим действием, но и снижает массу тела и артериальное давление, не вызывая побочных эффектов. Особенно важно подчеркнуть, что препарат Виктоза не приводит к гипогликемическим состояниям и применяется независимо от приема пищи. В свете этих фактов представляется перспективным применение препарата Виктоза для лечения СД2 именно врачами-терапевтами, ВОП, а не только специалистами-эндокринологами.

Перед началом и в конце семинара участники заполняли однотипные анкеты с вопросами о таком показателе компенсации углеводного обмена, как HbA_{1c}, его целевом уровне, о нормальных значениях липидограммы, показаниях к назначению ПССП и инсулина. Ответы в анкетах до и сразу после семинара существенно различались, что позволило судить об эффективности каждого из проведенных семинаров.

В данной работе обобщены первые результаты обучающих семинаров в 9 различных регионах России, в которых приняли участие 426 врачей-терапевтов и ВОП. До начала семинара и после его окончания раздавались анонимные анкеты с идентичными, одинаковыми для старта и окончания семинара вопросами, а затем проводилось сравнение количества верных ответов. Так, на вопрос о сущности показателя HbA_{1c} врачи давали весьма разнообразные ответы, вплоть до определения HbA_{1c} как показателя липидного обмена. В целом около 30% врачей не знали правильного ответа на этот вопрос. После окончания семинара около 90% слушателей давали верный ответ **(рис. 1)**.

Большие затруднения у врачей-терапевтов и ВОП вызвал вопрос о показателях углеводного обмена, требующих старта инсулинотерапии для больных СД2, получающих максимальные дозы ПССП и так и не достигших компенсации СД. После проведения семинара 90% слушателей правильно называли уровень HbA_{1c}, при котором необходимо назначение инсулина у данной когорты пациентов **(рис. 2)**.

Однако наибольшее затруднение у слушателей семинаров вызвал вопрос об уровне гликемии натощак, при котором требуется назначение инсулинотерапии у некомпенсированных пациентов, находящихся на терапии максимальными дозами ПССП. Около 30% врачей называли уровень гликемии выше 14 ммоль/л и лишь 10% давали правильные ответы. После семинара более 90% слушателей с уверенностью называли верные значения гликемии (8,0—10,0 ммоль/л) **(рис. 3)**.

При сравнении полученных ответов отмечается значительное повышение уровня информированности слушателей о критериях контроля углеводного обмена и коррекции сахароснижающей терапии.

В целом семинары вызвали живой интерес. У участников проекта было большое количество вопросов; в рамках интерактивных дискуссий они приводили свои клинические примеры и обсуждали схемы лечения больных. В дальнейшем предусмотрено проведение «второй волны» семинаров, при подготовке к которым врачам предлагается предварительно присылать описание собственных «трудных», с точки зрения врача-терапевта и ВОП, случаев СД и назначения сахароснижающей терапии. Первый опыт таких совместных клинических разбо-

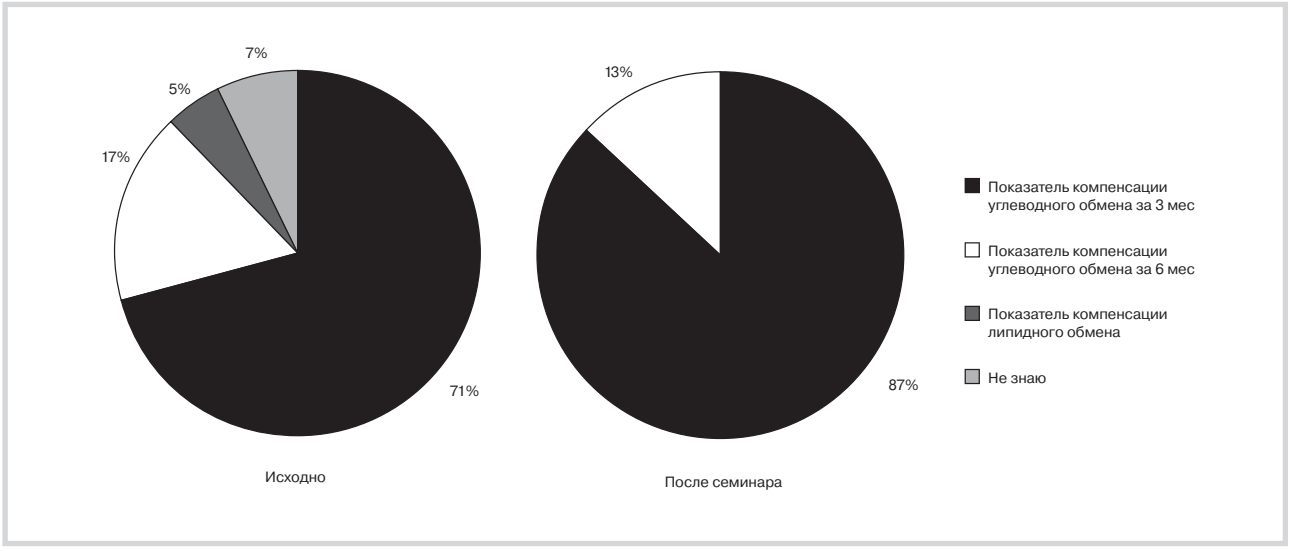

Рис. 1. **Вопрос анкеты для врачей-терапевтов и ВОП (анонимное анкетирование): «Что отражает показатель уровня гликированного гемоглобина (HbA_{1c})?».**

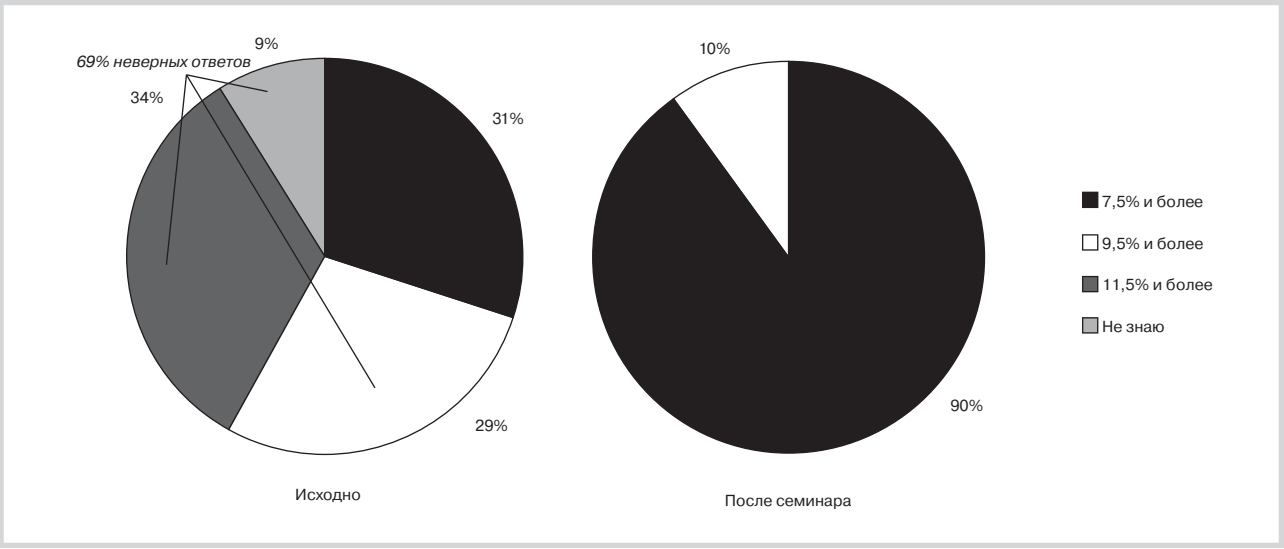

Рис. 2. **Вопрос анкеты для врачей-терапевтов и ВОП (анонимное анкетирование): «При каких показателях HbA_{1c} необходимо начинать инсулинотерапию пациентам, не достигшим компенсации СД2 при терапии максимальными дозами пероральных и инъекционных сахароснижающих препаратов?».**

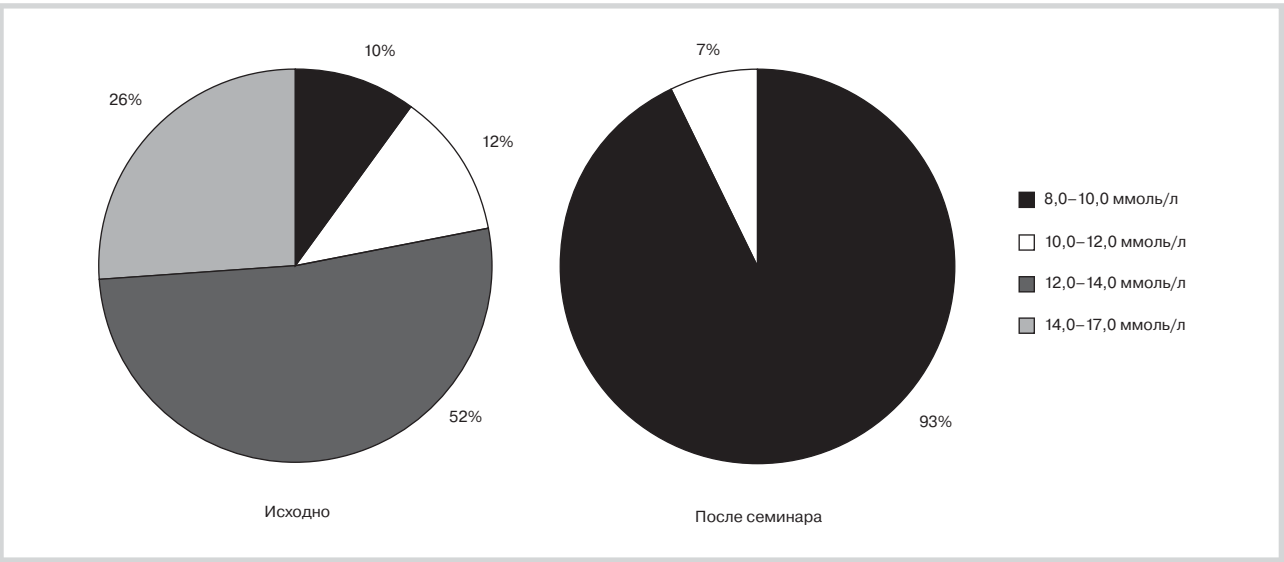

Рис. 3. **Вопрос анкеты для врачей-терапевтов и ВОП (анонимное анкетирование): «При каких показателях уровня гликемии натощак необходимо начинать инсулинотерапию пациентам, не достигшим компенсации СД2 при терапии максимальными дозами пероральных и инъекционных сахароснижающих препаратов?».**

ров уже имеется, отмечена большая активность и явно лучшая подготовленность врачей-терапевтов.

В ходе семинаров подробно обсуждался новый «Алгоритм специализированной медицинской помощи больным сахарным диабетом, выпуск 5» [8]. Следует отметить, что как препараты первого выбора, так и препараты альтернативного ряда достаточно хорошо известны терапевтам. Большой интерес вызвали вопросы о назначении рациональных сочетаний препаратов и современный алгоритм индивидуализированного выбора целей терапии по уровню HbA_{1c} в зависимости от возраста пациента, ожидаемой продолжительности жизни и наличия/отсутствия тяжелых осложнений СД и/или риска тяжелой гипогликемии.

Большой интерес терапевтов и ВОП к проводимым семинарам, результаты опросов, активность в обсуждении клинических примеров создают впечат-

ление об определенной уверенности врачей-терапевтов и ВОП при назначении ПССП. Причем участниками делался выбор в пользу более современных препаратов, исключающих возникновение гипогликемических состояний, способствующих снижению массы тела и обладающих дополнительными положительными свойствами. Кроме того, адекватная оценка необходимости назначения инсулинотерапии больным СД2 позволяет врачам-терапевтам и ВОП вовремя направлять пациентов к эндокринологу, а в перспективе — самостоятельно назначать инсулинотерапию.

Заключение

С учетом быстрого увеличения количества больных СД2 оправдана передача ведения пациентов с СД2 врачам первичного звена, с возможностью, при необходимости, консультирования у специалиста-эндокринолога. Обучение врачей-терапевтов и ВОП современным аспектам терапии СД2 должно быть расширено и продолжено. Оправдано более широкое и раннее назначение гипогликемических средств с минимальным риском развития гипогликемий на стадии обращения пациента с СД2 к врачу первичного звена.

ЛИТЕРАТУРА

1. International Diabetes Federation. Diabet Atlas. 5th edition 2011.
2. Результаты реализации подпрограммы «Сахарный диабет» Федеральной целевой программы «Предупреждение и борьба с социально значимыми заболеваниями 2007—2012 гг.». Под редакцией И.И. Дедова, М.В. Шестаковой. М 2012.
3. *Дильман В.М.* Большие биологические часы. Введение в интегральную медицину. М: Знание 1986; 256.
4. *Шестакова М.В., Брескина О.Ю.* Инсулинорезистентность: патофизиология, клинические проявления, подходы к лечению. Consilium Medicum 2002; 4: 10—15.
5. *Майоров А.Ю., Суркова Е.В., Дедов И.И.* Оценка эффективности обучения участковых терапевтов по программе управления сахарным диабетом 2-го типа. Фарматека 2010; 16: 87—92.
6. *Shah D.R., Hux J.E., Laupacis A.* Clinical Inertia in Response to Inadequate Glycemic Control. Do specialists differ from primary care physicians? Diabet Care 2005; 28: 3: 600—606.
7. *O'Connor P.* Commentary — improving diabetes care by combating clinical inertia. Health Serv Res 2005; 40: 6: 1854—1860.
8. Алгоритмы специализированной медицинской помощи больным сахарным диабетом. 5-й вып. Под ред. И.И. Дедова, М.В. Шестаковой. М 2011.