



Рекомендації Американської діабетическої асоціації: що нового в 2010 році?

Каждий год в январе Американская диабетическая ассоциация (American Diabetes Association, ADA) публикует обновленные рекомендации по оказанию медицинской помощи больным сахарным диабетом (СД) в виде приложения к журналу Diabetes Care. Новый пересмотр рекомендаций был представлен 29 декабря 2009 года и содержит существенные изменения, в первую очередь касающиеся диагностики СД и профилактики сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) у взрослых пациентов с СД.

Диагноз СД теперь можно установить с помощью определения HbA_{1c}

Несмотря на чрезвычайно высокие показатели распространенности СД во многих странах мира, лиц с недиагностированным заболеванием еще больше. В связи с этим ADA в новой редакции рекомендаций по оказанию медицинской помощи больным СД в перечень критериев диагностики этого заболевания включила показатель гликозилированного гемоглобина (HbA_{1c}). HbA_{1c} отражает средний уровень гликемии за последние три месяца и ранее использовался лишь для оценки компенсации диабета. Авторы руководства отмечают, что определение HbA_{1c} – простой и быстрый тест, с помощью которого можно уменьшить количество случаев недиагностированного диабета и предиабета. В отличие от таких методов диагностики, как определение гликемии натощак и оральная глюкозотолерантная проба, определение HbA_{1c} не требует проведения анализа натощак, что облегчает скрининг. Также важно отметить, что HbA_{1c} подвержен значительно меньшим колебаниям по сравнению с препрандиальным уровнем глюкозы крови, который может значительно меняться в течение нескольких дней, например при стрессе или каком-либо остром заболевании.

Еще летом 2009 года группа экспертов, в которую вошли представители ADA, Международной диабетической федерации (IDF), Американской ассоциации клинических эндокринологов (AAACE) и Европейской ассоциации по изучению СД (EASD), одобрила заключение о возможности использования показателя HbA_{1c} в качестве критерия диагностики СД (≥6,5%). ADA полностью поддержала это решение.

Согласно новым рекомендациям ADA значение HbA_{1c}, приблизительно равное 5%, свидетельствует об отсутствии диабета; 5,7-6,4% указывает на наличие предиабета; 6,5% и выше позволяет установить диагноз СД.

Авторы руководства подчеркивают, что рекомендация использовать показатель HbA_{1c} для диагностики СД не отменяет традиционных методов: определения гликемии натощак и проведения глюкозотолерантного теста. Определение HbA_{1c} предложено в качестве альтернативного способа.

Важно отметить, что показатель HbA_{1c} <6,5% не может быть использован для исключения диагноза СД, если таковой уже был установлен на основании результатов глюкозотолерантного теста или определения гликемии натощак. Также нужно подчеркнуть, что при отсутствии явной гипергликемии диагноз СД может быть установлен на основании показателя HbA_{1c}, если его повышение подтверждено при повторном анализе.

Вопрос о возможности использования уровня HbA_{1c} для диагностики СД рассматривался экспертами ADA более десяти лет назад, но в те годы подобная рекомендация была расценена как нецелесообразная прежде всего из-за ненадежной стандартизации метода. В настоящее время определение уровня HbA_{1c} стандартизировано и во многих странах является рутинным методом, что позволило рекомендовать его для диагностики СД. Однако в руководстве ADA подчеркивается, что использование этого показателя для установления диагноза СД рекомендуется только в том случае, если метод определения HbA_{1c} сертифицирован NGSP (National Glycohemoglobin Standardization Program).

Ограничениями для применения этого метода диагностики СД могут быть более высокая стоимость по сравнению со стандартными методами, а также неполная корреляция между HbA_{1c} и средним уровнем гликемии у ряда пациентов. Определение HbA_{1c} у лиц с некоторыми видами анемии или гемоглобинопатиями может привести к ошибке в диагностике СД. Этот метод можно использовать у пациентов с гемоглобинопатиями с нормальным количеством эритроцитов (например, при серповидно-клеточной анемии), в то время как у лиц с изменением количества эритроцитов (беременность, железодефицитная и гемолитическая анемия) диагноз СД следует устанавливать исключительно на основании показателей глюкозы крови.

Профилактика сердечно-сосудистых осложнений у больных СД: ограничение показаний к назначению антиагрегантов

В течение многих лет всем пациентам с СД старше 40 лет рекомендовали регулярный прием низких доз ацетилсалициловой кислоты (АСК). Однако результаты последних исследований показали, что роль АСК в первичной профилактике ССЗ у больных с умеренным и низким сердечно-сосудистым риском весьма сомнительна.

Поэтому ADA рекомендует использовать АСК с целью первичной профилактики только у пациентов высокого сердечно-сосудистого риска (более 10% в течение ближайших 10 лет).

К этой группе относятся мужчины старше 50 лет и женщины старше 60 лет с наличием хотя бы одного дополнительного фактора риска: отягощенный анамнез по ССЗ, курение, повышенный уровень холестерина, малоподвижный образ жизни, наличие артериальной гипертензии (АГ). Пациентам старше 40 лет прием АСК рекомендован при наличии множественных факторов риска ССЗ. Также применение этого препарата рекомендовано в качестве средства вторичной профилактики у лиц с ССЗ в анамнезе. Другие антиагреганты, например клопидогрел, назначают пациентам, которые по тем или иным причинам не могут принимать АСК. В ряде случаев может быть использована комбинация антитромбоцитарных средств, например, в течение года после перенесенного острого коронарного синдрома.

Другие изменения

В новой редакции рекомендаций добавлен раздел, посвященный диагностике и лечению СД у больных муковисцидозом. Результаты завершившихся недавно исследований подтвердили, что ранняя диагностика СД, развившегося на фоне муковисцидоза, и его агрессивное лечение

с помощью инсулина устраняют различия в причине смерти между группами больных муковисцидозом с диабетом и без нарушений углеводного обмена, а также ликвидирует различия в уровне смертности у больных муковисцидозом разного пола.

Раздел «Диагностика предиабета» переименован в «Группы повышенного риска развития диабета». К ним наряду с лицами с повышением гликемии натощак и нарушенной толерантностью к глюкозе отнесены пациенты с показателем HbA_{1c}=5,7-6,4%. Все они должны быть проинформированы о повышенном риске развития СД и ССЗ и о возможных стратегиях снижения этого риска.

В разделе «Определение и диагностика гестационного СД» обсуждаются возможные изменения критериев диагноза согласно международному консенсусу. Рекомендации по скринингу гестационного СД включают определение факторов риска и проведение при необходимости глюкозотолерантного теста. Женщины с диагнозом гестационного СД должны быть обязательно обследованы через 6-12 недель после родов для определения наличия СД 2 типа. В дальнейшем они должны регулярно наблюдаться для своевременного выявления диабета или предиабета, так как женщины с гестационным СД в анамнезе относятся к группе повышенного риска развития СД.

В разделе «Скрининг и лечение ретинопатии» особое внимание обращается на такой метод скрининга ретинопатии, как фотография глазного дна с помощью фундус-камеры. При этом авторы подчеркивают, несмотря на то что высококачественные фотографии глазного дна позволяют выявить большинство пациентов с клинически значимой ретинопатией, этот метод все-таки является скрининговым и не должен заменять всестороннее обследование органа зрения у больных СД, которое следует проводить через 5 лет после развития СД 1 типа и сразу после выявления СД 2 типа. В дальнейшем у пациентов с СД и низким риском развития ретинопатии, у которых при предыдущем осмотре не были выявлены изменения глазного дна, его исследование необходимо проводить ежегодно или хотя бы каждые 2-3 года.

В связи с появлением новых данных существенно пересмотрен раздел «Обучение самоконтролю диабета». Основными целями образовательных программ в новом руководстве названы: улучшение соблюдения врачебных рекомендаций, обучение пациентов достижению целевого уровня гликемии и увеличение числа больных, достигших целевых значений.

В разделе «Лечение диабета в стационаре» обсуждается целесообразность очень жесткого гликемического контроля у пациентов, находящихся в критическом состоянии.

Ключевые положения раздела «Принципы оптимизации лечения диабета» также основаны на новой доказательной базе. Для достижения целевого уровня HbA_{1c}, показателей липидного профиля, артериального давления (АД) необходимы: широкое внедрение программ повышения квалификации медицинских работников по вопросам диагностики и лечения СД, ведение электронных историй болезни и регистров пациентов, обучение больных самоконтролю диабета, а также доступность новых клинических рекомендаций для работников здравоохранения.

Основные положения рекомендаций ADA по оказанию медицинской помощи больным СД

Скрининг СД 2 типа необходимо проводить у лиц любого возраста без клинических проявлений гипергликемии, если у них отмечается избыток массы тела, ожирение или другие факторы риска (низкая физическая активность; наличие СД у родственников первой степени родства; гестационный СД у женщин или рождение ребенка с массой тела >4 кг; наличие АГ; гиперхолестеринемия или гипертриглицеридемия; синдром поликистозных яичников у женщин; HbA_{1c} ≥5,7%, повышенный уровень гликемии натощак или нарушение толерантности к глюкозе при предыдущем тестировании; наличие ССЗ в анамнезе и др.). Если факторов риска нет, скрининг СД 2 типа необходимо начинать с 45 лет и проводить каждые 3 года.

Диагноз СД 2 типа может быть подтвержден: при HbA_{1c} ≥6,5% или уровне глюкозы плазмы натощак ≥7,0 ммоль/л, глюкозы плазмы через 2 часа при проведении оролевого глюкозотолерантного теста ≥11,1 ммоль/л или случайным уровнем глюкозы плазмы ≥11,1 ммоль/л, при наличии симптомов гипергликемии.

Всем беременным с повышенным риском развития гестационного СД необходимо провести оральную глюкозотолерантную пробу на 24-28-й неделе гестации. К группе низкого риска относятся пациентки моложе 25 лет, с нормальной массой тела, относящиеся к этнической группе с невысокой распространенностью СД, с отсутствием факторов риска и СД у членов семьи. Пациенток с гестационным СД необходимо обследовать на наличие СД 2 типа через 6-12 недель после родов и в дальнейшем наблюдать для своевременной диагностики этого заболевания.

Целевой уровень HbA_{1c} для больных СД остается <7%, что позволяет значительно снизить риск развития таких тяжелых осложнений, как нефропатия, нейропатия и ретинопатия. Целевое значение HbA_{1c} может быть еще ниже для пациентов с впервые выявленным СД, без ССЗ и с большой ожидаемой продолжительностью жизни.

Все пациенты с СД должны придерживаться соответствующего рациона и режима питания, который в идеале должен подбирать диетолог.

Больным СД рекомендовано не менее 150 мин физических аэробных нагрузок в неделю с интенсивностью 50-70% от максимальной ЧСС. Также полезны силовые нагрузки до 3 раз в неделю при отсутствии противопоказаний.

Уровень целевого АД для пациентов с СД остался прежним: систолическое <130 мм рт. ст., диастолическое <80 мм рт. ст. Антигипертензивная терапия по возможности должна включать антагонисты ренин-ангиотензиновой системы.

По крайней мере 1 раз в год необходимо определять липидный профиль крови натощак; при приеме липидснижающих средств и достижении целевых значений (в частности, уровень липопротеидов низкой плотности <2,6 ммоль/л) – 1 раз в 2 года.

Прием АСК рекомендован только пациентам с высоким сердечно-сосудистым риском (более 10% в ближайшие 10 лет), в том числе мужчинам старше 50 лет и женщинам старше 60 лет при наличии СД в сочетании с одним и более факторами риска.

Осмотр глазного дна необходимо проводить при выявлении СД 2 типа и через 5 лет после развития СД 1 типа, а затем при отсутствии патологических изменений – ежегодно или минимум раз в 2-3 года.

Пациентам в критическом состоянии с уровнем глюкозы плазмы >10 ммоль/л должна быть назначена инсулинотерапия. Целевой уровень гликемии для данной категории больных составляет 7,8-10 ммоль/л.

Подготовила Наталья Мищенко

