

**САХАРНЫЙ ДИАБЕТ 2 ТИПА: ОСОБЕННОСТИ
САХАРОСНИЖАЮЩЕЙ ТЕРАПИИ В ПОЖИЛОМ ВОЗРАСТЕ
TYPE 2 DIABETES MELLITUS: FEATURES
OF HYPOGLYCEMIC THERAPY IN THE ELDERLY**

Билодид Ирина Константиновна, Шалобыта Наталья Николаевна
Минск, Республика Беларусь

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

Резюме. Данная статья посвящена одной из актуальных проблем современной медицины — сахарному диабету 2 типа. В статье освещены основные особенности течения заболевания и схемы коррекции уровня гликемии в пожилом возрасте. Целью исследования является оценка эффективности различных схем терапии по уровню HbA_{1c}. В исследование были включены пациенты УЗ «Городской эндокринологический диспансер» г. Минска.

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

Summary. The scientific article is devoted to one of the most pressing medical problems — diabetes mellitus type 2. This article presents the main features of the disease and correction schemes of the level of glycemia in old age. The aim is to stud the effectiveness of different regimens on the level of HbA_{1c}. Study underwent patients of the Minsk City Endocrinology Dispensary.

Шокирующие темпы распространения сахарного диабета (СД) в мире становятся одной из основных проблем здравоохранения, обременяющей и развитые, и развивающиеся страны. СД 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]. Результаты международных исследований показали, что риск сердечно-сосудистых осложнений и преждевременной смерти значительно повышен при высоком уровне постпрандиальной глюкозы плазмы. Особенно высок этот риск у женщин. 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. Это обстоятельство объясняет преобладание инсультов и смертности от него среди женщин [2]. Сахарный диабет 2 типа — это хроническое заболевание, постоянно прогрессирующее на фоне снижения секреторного потенциала бета-клеток [3]. Именно поэтому организм пациентов с СД2 в какой-то момент начинает испытывать нехватку собственного инсулина. Это подтверждают данные исследования UKPDS, в котором показано, что уже через 6 лет после дебюта СД2 более 50 % пациентов не достигают целевых показателей гликемического контроля, несмотря на прием пероральных сахароснижающих препаратов (ПССП), и нуждаются в инсулинотерапии (ИТ) [4]. 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 [5]. Еще одной особенностью СД2 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 [6]. 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.

Однако благодаря подробному анализу результатов исследований UKPDS (с последующим 10-летним наблюдением), ACCORD, ADVANCE, VADT и ряда др. в последние годы стало складываться представление о необходимости индивидуализации терапии СД в зависимости от возраста и сопряженных с ним состояний. В настоящее время представляется, что чрезмерное стремление к нормогликемии у пожилых пациентов с СД может принести больше вреда, чем пользы. 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% [7].

Цель работы: изучить особенности течения СД 2 типа у лиц старше 65 лет; оценить эффективность различных схем терапии по уровню HbA_{1C} .

Задачи: выявить особенности клинической картины СД 2 в пожилом возрасте; определить эффективность различных схем сахароснижающей терапии по уровню HbA_{1C} .

Материалы и методы. Исследование проводилось на базе УЗ «Городской эндокринологический диспансер» и кафедре эндокринологии БГМУ. В ретроспективное исследование было включено 59 пациентов с СД 2. Возраст обследованных составил от 65 до 81 лет. В процессе проведения исследования проводилась выкопировка данных из текущей медицинской документации («Медицинская карта амбулаторного больного») пациентов УЗ «Городской эндокринологический диспансер». 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 обсуждение. В исследовании было задействовано 59 пациентов в возрасте старше 65 лет, из них мужчин 31 (52,5%), женщин 28 (47,5%). В процессе исследования пациенты были разделены по возрасту на

две группы: 65-75 лет (46 чел., 78%) и 75 лет и старше (13 чел., 22%). Было определено, что у пациентов пожилого и старческого возраста примерно с одинаковой частотой не соблюдаются рекомендуемые показатели HbA_{1c} (менее 7,5 %) — 60,9 % в возрастной группе 65-75 лет и 61,5% в группе лиц старше 75 лет.

Иная группировка была выполнена в соответствии с режимами терапии (моноинсулинотерапия и комбинированная терапия). Оказалось, что существует различие между группами лечения по эффективности. Так в группе моноинсулинотерапии больных, у которых целевой уровень HbA_{1c} превышал 7,5%, было 11 чел. (37,9%), а в группе комбинированной терапии таких пациентов был 21 чел. (70%). Таким образом, общее количество больных, превысивших рекомендуемый уровень, составило 32 чел. (54,2%).

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

Заключение.

1. Исследование HbA_{1c} необходимо проводить для оценки риска развития и профилактики осложнений у больных сахарным диабетом.
2. Превышение рекомендуемого уровня HbA_{1c} примерно одинаково часто встречается у пациентов 65-75 лет и более 75 лет.
3. Пациенты старше 75 лет компенсированы в 39,1% случаев; старше 75 лет — в 38,5%.
4. Подбор сахароснижающей терапии у пациентов старше 65 лет требует особого подхода в связи с особенностями метаболизма, необходимостью профилактики осложнений.

Список использованной литературы

1. IDF Diabetes Atlas 7th edition 2015 [Electronic resource] — Mode of access: <http://www.diabetesatlas.org> — Date of access: 11.04.2016.
2. Сравнительный анализ терапии артериальной гипертензии у мужчин и женщин по результатам исследования аккорд (Акридилол в комбинированной терапии у больных артериальной гипертензией и ожирением или сахарным диабетом 2 типа) / С. А. Шальнова [и др.] // РФК. — 2011. — №3 — С. 288-293.
3. Lebovitz H. Insulin secretagogues: old and new / H. Lebovitz // J. Diabetes Rev — 1999. — №7. — P. 139–53.
4. 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. — P. 837–35.
5. Nathan D. M., Buse J. B., Davidson M. B. 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 / D. M. Nathan [et al.] // *Diabetes Care* — 2009. — №32. — P. 193–203.

6. Чеботарев Д. Ф. Особенности лекарственной терапии в пожилом возрасте: : метод. рекомендации / Д. Ф. Чеботарев. — М.: 1982. — 34 с.

7. Brown A. F., Mangoine C. M., Saliba D. Guidelines for improving the care of the older person with diabetes mellitus / A. F. Brown [et al.] // *J. Am. Geriatr. Soc.* — 2003. — №51. — S. 265.