

Динамика клинических показателей и оценка качества жизни при интенсивном лечении больных сахарным диабетом типа 2

О.М. Смирнова

ГУ Эндокринологический научный центр
(дир. – акад. РАН и РАМН И.И. Дедов) РАМН, Москва

Сахарный диабет типа 2 (СД 2) является наиболее распространенным эндокринным заболеванием, приобретающим все большее медико-социальное значение в большинстве стран мира. Это обусловлено угрожающим увеличением заболеваемости, тяжестью осложнений, высокой стоимостью лечения, существенным сокращением продолжительности жизни пациентов и возрастающей смертностью.

Результаты многолетнего Британского исследования показали, что ведущую роль в прогрессировании сосудистых осложнений СД играет состояние хронической гипергликемии, которое сопровождает пациента в течение всей жизни. Достижение целевых значений гликемии приводит к многократному снижению риска развития сосудистых осложнений (табл. 1).

В многоцентровом исследовании, впервые выполненном при участии 20 лечебных учреждений разных регионов России, оценивали клинические показатели при лечении больных СД 2 при интенсивной инсулинотерапии и использовании комбинированной инсулинотерапии и пероральных сахароснижающих препаратов (достижение уровня $HbA_{1c} \leq 6,5\%$) и изменения качества жизни (табл. 2).

Исследование продолжалось в течение 24 нед. и включало 4 визита. Обследовано 158 больных СД 2 типа (65% женщин и 35% мужчин) в возрасте от 40 до 70 лет ($56,7 \pm 8,9$ года) с длительностью заболевания $9,5 \pm 6,5$ года; ИМТ составлял $0,94 \pm 5,2$, соотношение талия/бедро $0,94 \pm 0,23$. Обязательным условием включения больных в протокол были способность и желание пациента вести дневник и самостоятельное проведение самоконтроля (наличие глюкометра), а также способность и желание самостоятельно заполнять Опросник по удовлетворенности лечением диабета (DTSQ).

В начале исследования пациенты разделены на группы в зависимости от сахароснижающей терапии.

Все пациенты должны были вести дневник, куда вносились значения глюкозы крови натощак и через 2 ч после еды, отмечать состояния, сходные с гипогликемией, а при визите к врачу заполнять Опросник по удовлетворенности лечением диабета (DTSQ).

На каждом визите врач проводил анализ результатов лечения и вносил необходимые коррективы в дозы назначенных препаратов. В 1-ю группу вошли 53 (34%) пациента, получавших пероральную сахароснижающую терапию + инсулин, во 2-ю – 105 (66%) больных, получавших интенсивную инсулинотерапию.

Отмечено достоверное снижение уровней HbA_{1c} как у больных 2-й группы (с $9,05 \pm 1,5$ до $7,12 \pm 1,18\%$), так и больных 1-й группы (с $8,93 \pm 1,29$ до $7,19 \pm 1,05\%$). Это снижение составило 1,93% в 1-й группе и 2,14% во 2-й группе. В целом снижение уровня HbA_{1c} было значительным и составило 19,9 и 18,5% соответственно по сравнению с исходным уровнем (табл. 3).

Среди пациентов, получавших комбинированную терапию показатели были несколько ниже (табл. 4).

Таблица 2

Распределение пациентов по исследовательским центрам

Название центра	Число больных
ММЛПУ	3
Городской эндокринологический диспансер, Тюмень	4
Свердловский областной эндокринологический диспансер	9
Военно-медицинская академия	10
Окружная поликлиника №1, Салехард	3
Областная больница №2, Ростов-на-Дону	10
Республиканский диабетологический центр, Республика Коми, Сыктывкар	9
Муниципальное учреждение здравоохранения городская больница №11, Воронеж	6
Муниципальное учреждение здравоохранения городская поликлиника №4, Воронеж	14
Окружное эндокринологическое отделение ЮАО г. Москвы	9
Новосибирская областная клиническая больница	10
Больница Святой Елены, Санкт-Петербург	10
Городской диабетологический центр, городская клиническая больница №7, Красноярск	10
Поликлиника №69, Москва	12
Областная клиническая б-ца им. Н.А.Семашко, Н.Новгород	10
МСЧ №9, Самара	9
ГУ Эндокринологический научный центр РАМН, Москва	10
Областная клиническая больница, Саратов	10

Таблица 1

Целевые значения для больных СД типа 2 (Рекомендации 1999 г.)

Показатель	Здоровые лица	Компенсация СД	Декомпенсация СД
HbA_{1c} , %	<6,5	6,5-7,5	>7,5
Уровень глюкозы, ммоль/л			
натощак	<5,5	5,5-6,0	>6,0
после еды	<7,5	7,5-9,0	>9,0

Таблица 3

Достижение целевых значений по HbA1c у больных СД типа 2 при интенсивной инсулинотерапии			
HbA1c, %	Начало лечения n=104	Через 12 нед. n=102	Через 24 нед. n=102
≤7.0	9 (9%)	31 (30%)*	60 (60%)**
7.0 < x ≤ 10	66 (64%)	63 (62%)	40 (39%)
10 < x ≤ 13	29 (28%)	8 (8%)	2 (2%)

x – число пациентов

* p=0.006 (точный критерий Фишера).

В обеих группах отмечено достоверное снижение уровня глюкозы натощак по сравнению с исходным: на интенсивной инсулинотерапии с $9,69 \pm 2,68$ до $6,81 \pm 1,48$ ммоль/л; на комбинированной терапии – с $9,65 \pm 2,88$ до $6,6 \pm 1,25$ ммоль/л, что составило 25,6 и 26,6% соответственно. Важно отметить, что целевых значений гликемии натощак ($<5,6$ ммоль/л) удалось достичь примерно равному количеству больных в обеих группах – 20% и 21% соответственно.

У пациентов на интенсивной инсулинотерапии отмечено достоверное увеличение суммарной дозы инсулина, что представляется закономерным (с $42,5 \pm 15,4$ до $48,2 \pm 16,3$ Ед). У большинства больных отмечено снижение массы тела в среднем на 0,9 кг, хотя у некоторых больных имелось и увеличение максимально до 6 кг.

Доза вводимого инсулина увеличилась у группы больных на комбинированной терапии также достоверно с $18,2 \pm 12,6$ до $23,5 \pm 15,1$ Ед/сут. Наиболее часто пациентам назначали следующую пероральную сахароснижающую терапию: диабетон 12/53 (22%), амарил 10/53 (19%), манинил 10 из 53 больных (19%), сиофор 8/53 (15%), новонорм 7/53 (13%), глюренорм 4 из 53 больных (8%), глибенкламид 3 из 53 больных (4%). У 15 пациентов доза увеличена в процессе лечения, в 2 случаях врач счел нужным снизить дозу. В основном доза сахароснижающей терапии не менялась. Отмечено статистически значимое снижение массы тела в среднем на 1,1 кг.

Оценка качества жизни имела целью определить восприятие пациентами их состояния здоровья и влияние заболевания на их образ жизни. Опросник состоял из 8 вопросов. Анализ ответов, данных пациентами, показал, что за время наблюдения достоверно увеличилась оценка удовлетворенности лечением

Таблица 4

Достижение целевых значений по HbA1c у пациентов, принимавших пероральную терапию совместно с инсулином			
HbA1c	Начало лечения N= 53	Через 12 нед. N=53	Через 24 нед. N=53
≤7.0 %	2 (4%)	14 (26%)*	24 (45%)**
> 7.0	49 (96%)	39 (74%)	29 (55%)

* p=0.0012 точный критерий Фишера

** p<0.00001 точный критерий Фишера

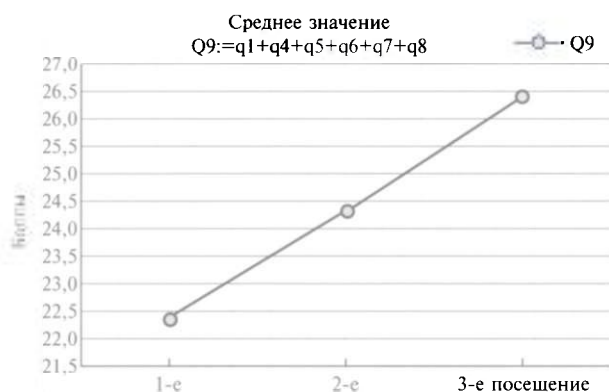
с 3,75 до 4,58 баллов. Больные стали правильнее оценивать состояние гипергликемии и гипогликемии, поскольку оценки частоты недопустимо высокого и недопустимо низкого уровня глюкозы в крови снизились с 3,25 до 2,25 и с 1,42 до 1,24 баллов соответственно. Статистически значимых различий между группами не было. Возросла оценка удобства лечения с 3,82 до 4,33 балла. Увеличилась оценка в баллах гибкости режима лечения (с 3,55 до 4,02) и знаний о диабете (с 3,59 до 4,46). Отмечена достоверно значимая динамика суммарной оценки качества лечения (с 22,3 до 26,4) за период наблюдения (см. рисунок).

Заключение

Достижение целевых значений гликемии необходимо и возможно у всех больных СД типа 2 независимо от возраста и длительности заболевания. Для этого нужна мотивация больного и «упорство» врача, наличие средств самоконтроля и обучение пациента. В нашем исследовании достоверно показано, что совместная работа пациента и врача позволяет значительно улучшить степень компенсации и показатели углеводного обмена.

Практически не меняя основную терапию, но правильно и своевременно корректируя дозы препаратов, удалось значительно увеличить количество пациентов, имеющих показатели, приближающиеся к целевым значениям.

Объективным отражением эффективности проведенной работы являются возрастающие оценки качества лечения диабета самими пациентами. Достижение целевых значений гликемии не сопровождалось учащением гипогликемий или значительным увеличением массы тела. Можно предположить, что короткий период наблюдения (24 нед.) не позволил достичь оптимальной компенсации углеводного обмена у большинства больных. Вместе с тем, можно считать доказанным, что проведение интенсивной стратегии терапии СД типа 2 не требует особых экономических затрат.



Динамика суммарной оценки качества жизни по визитам.

Необходимо отметить высокую эффективность инсулинотерапии при СД типа 2 как в виде монотерапии, так и при комбинации с ПСП. Полученные данные убеждают в том, что инсулинотерапия при СД типа 2 должна быть назначена как можно раньше и в адекватной дозе, способной обеспечить достижение целевых значений гликемии. Задача и обязанность врача заключается в том, чтобы вместе с пациентом попытаться достичь «идеальных» значений гликемии и начинать эту работу как можно раньше, с момента диагностики заболевания.

Автор выражает благодарность за участие в совместной работе И.А. Бондарь (Новосибирск), Н.И. Вербовой (Самара), С.В. Виноградовой (Красноярск), И.В. Волокитину (Москва), В.А. Горелышевой (Москва), А.В. Дзимян (Салехард), Е.А. Ждановой (Воронеж), О.В. Занозиной (Н. Новгород), И.А. Ипатко (Сыктывкар), Л.В. Капустиной (Москва), К.С. Коробовой (Воронежская область), А.А. Неласовой (Тюмень), Т.И. Родионовой (Саратов), Т.Б. Симонян (Ростов-на-Дону), К.В. Согомонян (Москва), А.В. Тарасову (Екатеринбург), Е.А. Филипповой (Санкт-Петербург), Ю.Ш. Халимову (Санкт-Петербург), Т.В. Хинталь (Сыктывкар).

Литература

1. Дедов И.И., Шестакова М.В. «Сахарный диабет» М., Универсум Паблишинг, 2003 г.
2. Дедов И.И., Шестакова М.В., Максимова М.А., Федеральная целевая программа «Сахарный диабет». Методические рекомендации. Москва 2002 г.
3. Guidelines for Diabetes Care. Diabetic Medicine 1999, vol. 16