

Сахарный диабет в пожилом возрасте: особенности клиники и лечения

М.В. Шестакова

Эндокринологический научный центр
(дир. — акад. РАМН И.И.Дедов) РАМН, Москва

ООН провозгласила 1999 г. годом пожилых людей. Это было сделано с целью привлечь внимание правительств, работников социальной сферы, органов здравоохранения, общественности всех стран к проблемам жизни пожилых людей. Это, в частности, касается и больных сахарным диабетом (СД).

Эпидемиология СД 2 типа в пожилом возрасте

Одним из наиболее распространенных заболеваний у пожилых людей (старше 65 лет) является СД 2 типа. По данным D. Wingard и соавт. (1990), частота СД 2 типа составляет 4 - 8 % в возрасте 50-59 лет, 10 - 12% - в 60-69 лет, 14-20% - в возрасте 70-79 лет и достигает 25% после 80 лет жизни. По данным эпидемиологического исследования в Москве (Ю.И. Сунцов, 1998), фактическая частота СД 2 типа превышает регистрируемую по обращаемости в 2 - 4 раза. Это означает, что истинное число больных СД 2 типа в 2 - 4 раза больше зарегистрированного; более чем в 50% случаев СД поздно диагностируется.

Особенности клиники сахарного диабета 2 типа у пожилых

Причина поздней диагностики СД у лиц пожилого возраста связана с нечеткой клинической картиной заболевания. Такие типичные жалобы, характерные для диабета, как жажда, полиурия, зуд кожи и др., слабо выражены. Неспецифические жалобы - слабость, сонливость, головная боль, нарушение памяти, зрения - выходят на первый план. Это затрудняет диагностику СД и у 30 - 50% больных диабетом 2 типа (вследствие нераспознанного заболевания) развиваются тяжелые микро- и макрососудистые осложнения.

Осложнения СД 2 типа у пожилых

В таблице перечислена частота выявления осложнений со стороны сердечно-сосудистой системы, стоп, почек и глаз у лиц старше 65 лет до установления диагноза СД (Neil HAW, 1989).

Практически каждый второй пожилой больной СД 2 типа имеет артериальную гипертонию (нередки кризы), ослабленное зрение (катаракты), инфекцию мочевыводящих путей и другие осложнения.

Качество оказания медицинской помощи пожилым больным СД 2 типа

Частота микро- и макрососудистых осложнений у лиц пожилого возраста с впервые выявленным СД 2 типа

Сердечно-сосудистая система	<ul style="list-style-type: none"> ● Артериальная гипертония - 50% ● Инфаркт миокарда - 10% ● Инсульт - 5%
Стопы	<ul style="list-style-type: none"> ● Нейропатическая стопа - 30% ● Язвы стоп - 8% ● Ампутации стоп - 5%
Глаза	<ul style="list-style-type: none"> ● Катаракта - 50% ● Пролиферативная ретинопатия - 5% ● Слепота - 3%
Почки	<ul style="list-style-type: none"> ● Протеинурия - 10% ● Почечная недостаточность - 3% ● Мочевая инфекция - 45%

При анализе качества оказания медицинской помощи пожилым лицам с СД 2 типа (Oxford Community Diabetes Study, 1989 г.) выяснилось, что больные старше 60 лет не получают адекватной медицинской помощи; около 15% получали нерегулярное лечение, 8% не получали никакого лечения. Спустя 7 лет (1996 г.) в исследовании A. Fletcher и соавт. в Германии получены аналогичные результаты: без медицинской помощи оставались до 16% пожилых больных СД 2 типа.

Таким образом, пожилые пациенты с СД 2 типа имеют большее количество микро- и макрососудистых осложнений не только по причине возрастных особенностей, но и вследствие поздней диагностики диабета и соответственно несвоевременного оказания медицинской помощи.

Цели лечения пожилых больных СД 2 типа должны быть определены врачом с учетом ожидаемой продолжительности жизни пациента и сохранности функции головного мозга. При ожидаемой продолжительности жизни более 10-15 лет и сохранном интеллекте пациента критерии компенсации заболевания (коррекции углеводного и липидного обмена) не должны отличаться от рекомендуемых европейской рабочей группой по изучению СД 2 типа: гликемия натощак не более 6,7 ммоль/л, HbA_{1c} < 8,5%. В старческом возрасте, когда ожидаемая продолжительность жизни пациента невелика,

больной неадекватно воспринимает рекомендации врача; в этих случаях нет необходимости стремиться к достижению нормогликемии. Основной задачей для таких пациентов является: устранение явных клинических симптомов гипер- или гипогликемии; профилактика развития диабетических ком (гипо- и гипергликемических); обеспечение ухода за пациентом.

Критерии оптимальной компенсации больных СД 2 типа старческого возраста (с низкой ожидаемой продолжительностью жизни) отсутствие симптомов гипер- и гипогликемии; гликемия натощак (капиллярная кровь) - 9-10 ммоль/л; HVA1c 8,5-9,5%

Поддержание указанных критериев компенсации СД позволит избежать острых осложнений (коматозных состояний).

Лечение больных СД 2 типа в пожилом возрасте

Рекомендации в отношении диеты и физической активности остаются основой лечения диабета у пожилых, однако качество достигаемого метаболического контроля часто остается неудовлетворительным. Поэтому в лечении больных необходимо применять пероральные сахароснижающие препараты, при необходимости - инсулина. Назначая пожилому больному СД таблетированный препарат, необходимо помнить о возможности токсических эффектов лекарства. Такая опасность связана с состоянием пожилого пациента:

- наличием системного атеросклероза и его осложнений, приводящих к гипоперфузии (ишемии) органов;
- снижением функции органов элиминации - почек и печени;
- наличием артериальной гипертензии у 50 - 80% пожилых пациентов;
- приемом мочегонных препаратов более чем у 50% пациентов, что сопровождается сгущением крови и увеличением концентрации применяемых лекарств.

Наибольшую опасность для лиц пожилого возраста с СД представляют *гипогликемические состояния*, которые могут возникнуть либо вследствие передозировки препарата, либо в результате сниженной скорости его выведения из организма. В старческом возрасте гипогликемические состояния могут спровоцировать развитие гипертонического криза, спазма коронарных сосудов с развитием острого инфаркта миокарда, внезапную потерю зрения.

Основными требованиями к идеальному сахароснижающему препарату, применяемому у лиц пожилого и старческого возраста, являются:

- минимальный риск развития гипогликемических состояний;
- отсутствие нефро- и гепатотоксичности;
- удобство в применении (1 - 2 раза в день);
- высокая эффективность.

Одним из таких препаратов, является гликлазид ("Диабетон"), производимый компанией Servier (Франция).

Диабетон стимулирует секрецию инсулина, способен восстанавливать физиологический двуфазный профиль секреции инсулина у больных диабетом 2 типа: 1-я фаза - "быстрая" и высокая секреция инсулина, наступающая через 15-20 мин после введения препарата; 2-я фаза - "медленная" и менее выраженная, длящаяся в течение 3 ч и более. 1-я фаза секреции инсулина, как известно, обеспечивает утилизацию углеводов сразу после еды, 2-я фаза контролирует гликемию между приемами пищи. Выраженность 1-й фазы секреции инсулина при воздействии Диабетона зависит от исходной гликемии: чем выше гликемия натощак, тем выше секреция инсулина.

Опасность развития гипогликемии у больных, использующих Диабетон даже при исходно невысокой гликемии, минимальна. Анализ применения Диабетона у пожилых лиц с СД 2 типа, проведенный на основе Канадского многоцентрового исследования в 1993 г., а также наш собственный опыт применения этого препарата показал, что частота развития гипогликемических состояний на фоне приема Диабетона не превышает 5% случаев в год в отличие от 15-20% на фоне применения других препаратов сульфонилмочевины. Даже при назначении средней дозы препарата (80 мг дважды в день) достигалась удовлетворительная компенсация метаболических нарушений.

Особая осторожность в назначении лекарственной терапии у пожилых больных требуется при нарушении функции органов элиминации - почек и печени, поскольку возникает опасность кумуляции препарата и повышения его токсичности. Установлено, что 60-70% Диабетона выводится через почки и 10-20% - через желудочно-кишечный тракт. При изучении фармакокинетики препарата оказалось, что Диабетон выводится в виде 8 неактивных метаболитов. Ни один из этих метаболитов не обладает гипогликемической активностью. Основным метаболит - производное карбоксиланой кислоты - оказывает выраженный дезагрегационный эффект. Поэтому даже при нарушенной функции почек применение Диабетона не вызывает опасений, поскольку не способствует кумуляции гипогликемического эффекта препарата, а усиливает его дезагрегационный эффект.

Развитие диабетической нефропатии у больных СД 2 типа (в том числе у лиц пожилого возраста), имеющих удовлетворительную компенсацию углеводного обмена на фоне применения Диабетона, не является показанием к отмене препарата и переводу больных на терапию инсулином.

Многоцентровые исследования и наш опыт доказывают эффективность и безопасность применения гликлазида (Диабетона) при лечении СД 2 типа в различных возрастных категориях, что позволяет считать его средством первого ряда выбора для лечения диабета у лиц пожилого возраста.