

Самигуллина А.Э., Тельпизова О.В.

2-ТИПТЕГИ КАНТ ДИАБЕТИ УЛГАЙГАН АДАМДАРДЫН: ӨЗГӨЧӨЛҮКТӨРҮ, КЛИНИКА, ДИАГНОСТИКА ЖАНА ДАРЫЛОО (адабиятка сереп)

Самигуллина А.Э., Тельпизова О.В.

САХАРНЫЙ ДИАБЕТ 2 ТИПА У ПОЖИЛЫХ ЛЮДЕЙ: ОСОБЕННОСТИ КЛИНИКИ, ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ (обзор литературы)

A.E. Samigullina, O.V. Telpizova

TYPE 2 DIABETES IN THE ELDERLY: CLINICAL FEATURES, DIAGNOSIS AND TREATMENT (literature review)

УДК: 616.379-008.64-036.86

Бул макалада көрсөтүлгөн аналитикалык сереп жарыялоо боюнча өзгөчөлүктөрүнө агымдар, мамилелерге карата диагноздоо жана дарылоо кант диабетинин адепки 2-типтеги улгайган курактагы адамдарда.

Негизги сөздөр: кант диабетти, улгайган курак, өзгөчөлүктөрү агымдар.

В данной статье представлен аналитический обзор публикаций по особенностям течения, подходам к диагностике и лечению сахарного диабета 2 типа у людей пожилого возраста.

Ключевые слова: сахарный диабет, пожилой возраст, особенности течения.

This paper presents an analytical review of publications on the flow characteristics, approaches to diagnosis and treatment of type 2 diabetes in older people.

Key words: diabetes, older age, characteristics of the course.

Распространенность сахарного диабета (СД) 2 типа прогрессирующе растет, опережая все существующие прогнозы. В условиях развития неинфекционной эпидемии все силы мирового медицинского сообщества брошены на борьбу с этим заболеванием. Проводятся научные исследования, совершенствуются клинические алгоритмы управления СД, внедряются в практику новые группы сахароснижающих препаратов [1].

Клинические исследования проводимые учеными в этой области обращают внимание сообщества, что основную массу больных сахарным диабетом 2 типа составляют люди пожилого возраста. СД у пожилых людей проявляется в совокупности с другими болезнями, связанными с возрастом (атеросклероз, рак, дегенеративно-дистрофические заболевания опорно-двигательного аппарата, сенильная деменция), что определяет необходимость развития комплексного медико-социального подхода к ведению больных данной категории [2].

Кроме этого СД у лиц пожилого возраста имеет свои клинические, лабораторные и психосоциальные особенности, определяющие специфику лечебного подхода к этой категории больных. Наибольшие сложности в своевременной диагностике СД у пожилых больных возникают вследствие бессимптомного ("немомого") течения этого заболевания

при этом отсутствуют жалобы на жажду, мочеиспускание, зуд, потерю массы тела. Особенностью СД в пожилом возрасте является также преобладание неспецифических жалоб на слабость, утомляемость, головокружение, нарушение памяти и другие когнитивные дисфункции, которые уведат врача от возможности сразу заподозрить наличие СД [3].

Нередко СД выявляется случайно при обследовании по поводу другого сопутствующего заболевания. Скрытое, клинически невыраженное течение СД у пожилых лиц приводит к тому, что диагноз выставляется одновременно с выявлением поздних сосудистых осложнений этого заболевания [4].

По данным эпидемиологических исследований, установлено, что в момент регистрации диагноза СД 2 типа уже более 50% больных имеют микро- или макрососудистые осложнения: ишемическая болезнь сердца выявляется у 30%; поражение сосудов нижних конечностей – у 30%; поражение сосудов глаз (ретинопатия) – у 15%; поражение нервной системы (нейропатия) – у 15%; микроальбуминурия – у 30%; протеинурия – у 5–10%; хроническая почечная недостаточность – у 1% [5].

По данным литературного обзора течение СД у пожилых лиц осложняется обилием сочетанной полиорганной патологии. У 50–80% пожилых больных СД имеются артериальная гипертония и дислипидемия, которые требуют обязательной медикаментозной коррекции. Назначаемые препараты сами по себе могут нарушать углеводный и липидный обмен, что затрудняет коррекцию метаболических нарушений у таких больных [6].

Также авторами отмечено, что важной клинической особенностью СД в пожилом возрасте является нарушенное распознавание гипогликемических состояний, что может приводить к тяжелым гипогликемическим комам. Более всего у этой категории больных нарушена интенсивность автономных симптомов гипогликемии (сердцебиение, дрожь, чувство голода), что обусловлено сниженной активацией контррегуляторных гормонов [7]. 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 [8].

Последние годы исследователи обращают особое внимание на то, что больные старческого возраста нередко обречены на одиночество, социальную изоляцию, беспомощность, нищету. Эти факторы часто приводят к развитию психоэмоциональных нарушений, глубоких депрессий, анорексии. Течение основного заболевания в этом возрасте, как правило, осложняется присоединением когнитивных дисфункций (нарушением памяти, внимания, обучаемости). Повышается риск развития болезни Альцгеймера. Для больных престарелого и старческого возраста нередко на первый план выходит задача не оптимальной компенсации СД, а обеспечение их необходимым уходом и общемедицинской помощью [9].

Обзор литературных источников подтверждает, что диагностические критерии СД в пожилом возрасте не отличаются от таковых для всей популяции в целом. Но при этом среди лиц в возрасте старше 60 лет следует активно проводить скрининг для выявления СД: измерение гликемии натощак и гликемии через 2 часа после еды или ПГТТ [10].

Также авторами отмечается, что диагностика СД 2 типа у пожилых лиц затруднена не только в силу стертой клинической картины данного заболевания, но и вследствие нетипичных особенностей лабораторной диагностики. К ним относятся: отсутствие гипергликемии натощак у 60% больных; преобладание изолированной постпрандиальной гипергликемии у 50–70% больных; повышение почечного порога экскреции глюкозы с возрастом [3].

Отсутствие гипергликемии натощак и преобладание гипергликемии после еды лишней раз указывает на то, что в пожилом возрасте при активном обследовании больных для выявления СД нельзя ограничиваться эпизодическими измерениями уровня глюкозы плазмы только натощак. Их обязательно необходимо дополнять определением гликемии через 2 ч после еды [11].

Проведенные исследования подчеркивают, что в пожилом возрасте при диагностике СД или оценке его компенсации также нельзя ориентироваться и на уровень глюкозурии. Если у молодых людей почечный порог для глюкозы составляет около 10 ммоль/л, то после 65–70 лет этот порог смещается к 12–13 ммоль/л. Следовательно, даже очень плохая компенсация СД не всегда будет сопровождаться появлением глюкозурии [12].

Проведенные клинические исследования последних лет подчеркивают важность соблюдения алгоритма лечения больных СД, это: диета + физическая активность; пероральные сахароснижающие

препараты; агонисты рецепторов ГПП-1; инсулинотерапия; комбинированная терапия [13].

Рекомендации в отношении диеты и физической активности остаются основой лечения диабета у пожилых людей, однако литературные источники указывают на особенности диетотерапии в этом возрасте. С возрастом суточная потребность в энергии постепенно снижается. Появляется необходимость оценивать индивидуальное соотношение: необходимости снижения массы тела и его возможную пользу для повседневной активности и риска сердечно-сосудистых осложнений в будущем; мотивации пациента на снижение массы тела; потенциально неблагоприятного влияния гипокалорийной диеты на костную ткань, поступление витаминов и другие аспекты питания [14].

Диетические ограничения, в том числе для снижения массы тела, следует использовать с осторожностью и лишь в том случае, если они приводят к клинически значимому улучшению углеводного или липидного обмена, уровня АД или других важных показателей состояния здоровья. Особую осторожность следует соблюдать пожилым лицам с сердечной недостаточностью. Нет необходимости рассчитывать суточную калорийность или рекомендовать строго определенное количество ХЕ пожилым больным с нормальной массой тела или небольшим ее избытком [15].

Рекомендации по физическим нагрузкам также должны быть строго индивидуализированы в соответствии с общим физическим состоянием больного, наличием и тяжестью осложнений и сопутствующих заболеваний. Рекомендуются прогулки по 30–60 мин ежедневно или через день [16].

При лечении СД 2 типа у лиц пожилого и старческого возраста следует соблюдать общие принципы геронтологии: строго учитывать наличие показаний к применению лекарственных средств; обеспечить необходимый клинический и лабораторно-инструментальный контроль эффективности и переносимости проводимой терапии со своевременным снижением дозы или отменой препарата; учитывать данные фармакотерапевтического анамнеза с целью использования наиболее эффективных и хорошо переносимых пациентом средств; выделять среди лиц, получающих полифармакотерапию, пациентов с факторами повышенного риска возникновения токсических, побочных и парадоксальных эффектов препаратов; стремиться к минимальной частоте приемов препаратов в день (одно-двукратному приему), индивидуально подбирать дозы; полипрагмазия и самолечение, недопустимы; тщательно анализировать комбинации планируемых к применению лекарственных средств на предмет целесообразности и безопасности, привлекая для оценки возможного лекарственного взаимодействия фармакотерапевта; назначать лекарственные препараты в оптимальной для больного лекарственной форме; применять лекарственные средства, корриги-

рующие нарушенные при старении показатели обмена веществ, устраняющие гипо- и дисфункцию органов и систем, усиливающие регуляторные и адаптационные процессы, уменьшающие риск развития побочных эффектов лекарственных препаратов (комплексы водо- и жирорастворимых витаминов, жизненно важные макро- и микроэлементы, аминокислоты, адаптогены); стремиться к соблюдению полноценного пищевого и водно-солевого рациона [10].

Авторы рекомендуют, 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 [17].

Основными требованиями к идеальному сахароснижающему препарату, применяемому у лиц пожилого и старческого возраста, являются: минимальный риск развития гипогликемических состояний; отсутствие нефро- и гепато- и кардиотоксичности; удобство в применении (1 - 2 раза в день) [13].

При этом ВОЗ рекомендует препараты сульфонилмочевины (СМ) пожилым больным назначать с осторожностью из-за увеличения риска гипогликемии по мере старения: прием СМ начинают с доз, в половину меньших, чем в более молодом возрасте; повышение доз СМ осуществляется медленнее; глбенкламид не рекомендован лицам старше 60 лет [15].

Однако, качество достигаемого метаболического контроля у пожилых часто остается неудовлетворительным. Поэтому в лечении больных необходимо применять пероральные сахароснижающие препараты, но при необходимости - инсулин. Инсулинотерапия в пожилом возрасте в целом не отличается от схем, предложенных для больных СД 2 типа. Начинать ИТ с базальных инсулинов (НПХ, гларгин, детемир, деглудек) или комбинированных препаратов (готовых смесей инсулинов). Но при этом важно помнить, что интенсифицированная инсулинотерапия возможна только при сохранении когнитивных функций пожилого пациента, после обучения основным правилам инсулинотерапии и самоконтроля уровня гликемии [18].

При этом авторы рекомендуют, что в амбулаторно-поликлинических учреждениях здравоохранения целесообразно планировать терапию больных СД пожилого и старческого возраста мультидисциплинарной командой специалистов с

использованием комплексного медико-социального подхода, а также передать полномочия по ведению документации, оформлению амбулаторной карты, обучению, контролю уровня гликемии патронажным медицинским сестрам, а оказание социально-бытовой помощи социальным работникам. Доказано, что эффективным является групповое обучение пациентов пожилого и старческого возраста в школе сахарного диабета, кратность его должна быть каждые 6 месяцев, поскольку через 6 месяцев - после курса обучения утрачиваются основные навыки и умения, полученные в процессе обучения [2].

Таким образом, особенностями СД у лиц пожилого возраста следует отметить:

1. Сложности в современной диагностике у данной категории больных заключаются в бессимптомном течении СД, преобладании неспецифических жалоб, наличии сосудистых осложнений (50%), сочетанной полиорганной патологии, сложной оценки гипогликемических состояний.

3. В современном мире для больных пожилого возраста на первое место все чаще выходит задача обеспечения необходимым уходом и общемедицинской помощью, ввиду социальной изоляции, одиночества, беспомощности и развития психоэмоциональных нарушений, а не оптимальная компенсация СД.

4. При диагностике СД у пожилых лиц важно помнить об отсутствии гипергликемии натощак и глюкозурии.

5. Инсулинотерапия для этой группы больных возможна лишь при сохранении когнитивных функций.

6. Курация на уровне первичной медицинской помощи для больных СД пожилого и старческого возраста должна проводиться мультидисциплинарной командой (врач, медицинская сестра, социальный работник).

Литература:

1. Am J. Guidelines for Improving the care of the older person with diabetes mellitus [Текст] / J. Am // Geriatr Soc. - California, 2003. - № 51. - С. 265-280.
2. Беликова Т.В. Комплексный медико-социальный подход к ведению больных сахарным диабетом 2 типа пожилого и старческого возраста [Текст] / Т. В. Беликова // Автореф. к.м.н. - С.Петербург, 2008. - 20с.
3. Шестакова М.В. Сахарный диабет в пожилом возрасте: особенности клиники, диагностики и лечения [Текст] / М. В. Шестакова // CONSILIUM-MEDICUM. - Москва, 2002. - Т. 04. - N 10. <http://medi.ru/doc/141506.htm>.
4. Wiley J. Diabetes in old age [Текст] / J. Wiley & Sons // Sinclair and P. Finucane, 2001. - С. 28.
5. Ruigomez A. Presence of diabetes related complication at the time of NIDDM diagnosis: an important prognostic factor [Текст] / A. Ruigomez, L. Rodrigues // Epidemiol, 1998. - №14(15). - С. 439 - 444.
6. Meneilly G. S. Diabetes in the Eldery [Текст] / G. Meneilly, D. Tessier // Endocrinology of aging. - Totowa, 2000. - С. 98.

7. Singh R. Clinical Geriatrics [Текст] / R. Singh, S. Wieggers, B. Goldstein // *Diabetes Care*, 2001. - № 9. - S. 63–72.
8. Henderson J.N. Hypoglycemia in insulin-treated Type 2 diabetes: frequency, symptoms and impaired awareness [Текст] / J.N. Henderson, K.V. Allen., I.J. Dearly et al. // *Diabet Med*, 2003. - № 20(12). - S. 6-10.
9. Worrall G.j. Congitive function end glycosylated hemoglobin in older with type 1 1 diabetes [Текст] / G. Worrall, P. Chaulk, N. Moulton // *Diabetes Complications*, 1996. - № 10(6). - S. 320.
10. Дворецкий Л.И. Справочник по диагностике и лечению заболеваний у пожилых [Текст] / Л.И. Дворецкий, Л.Б. Лазебник // Новая Волна, Оникс. – Москва, 2000. – С. 12-16.
11. Meneilly G.S. Alteretion ih glucose metabolism in elderly patients with diabetes [Текст] / G. Meneilly, K. Dawson, D. Tessier // *Diabetes Care*, 1993. - № 16(9). – S. 1241-12.
12. Abraria C. Desing of cooperative study on glycemic control and complication in diabetes mellitus type 2 Veterans Affairs Diabetes Trial [Текст] / C. Abraria, W. Duckworth, M. McCarren // *Diabetes Complications*, 2003. - № 17. - S. 314-322.
13. Дедов И.И. Алгоритмы специализированной медицинской помощи больным сахарным диабетом (6-й выпуск) [Текст] / И.И. Дедов, М.В. Шестакова, А.А. Александров с соавт. // Клинические протоколы. - Москва, 2013. – 121 с.
14. Castaneda C. A randomized controlled trial of resistance exercise training to improve glycemic control in older adults with type 2 diabetes [Текст] / C. Castaneda, J. Layne, L. Munoz-Orians et al. // *Diabetes Care*, 2002. - №25(12). - S. 2335-2341.
15. Дедов И.И. Алгоритмы специализированной медицинской помощи больным сахарным диабетом (7-й выпуск) [Текст] / И.И. Дедов, М.В. Шестакова // Клинические рекомендации. – Москва, 2015. – 123 с.
16. American Diabetes Association. Standards of medical care in diabetes. [Текст] / American Diabetes Association // *Diabetes Care*, 2015. - Suppl 1. – S. 1-93.
17. Shestakova M.V. Saharnii diabet v pojilom vozraste: osobennosti kliniki I lechenija [Текст] / M.V. Shestakova // <http://www.diabet.ru/Sdiabet/1999-04/1999-04-06.htm>.
18. Дедов И.И. Оптимизация и интенсификация инсулинотерапии при СД 2 типа [Текст] / И.И. Дедов, М.В. Шестакова // Клинические рекомендации. - Москва, 2010.- С. 9-16.
19. Самигуллина А.Э., Тельпизова О.В. Медико-социальная значимость сахарного диабета. Известия Вузов Кыргызстана №9, 2015.

Рецензент: д.м.н., профессор Бокчубаев Э.Т.