

Международная федерация диабета: консенсус по профилактике сахарного диабета 2 типа
International Diabetes Federation: consensus on Type 2 diabetes prevention

K. G. M. M. Alberti, P. Zimmet and J. Shaw
 Diabetes Medicine 24, 2007, 451–463

Рост заболеваемости сахарным диабетом 2 типа (СД 2) отмечается повсеместно, и совершенно очевидно, что без эффективных программ контроля и профилактики эта тенденция будет нарастать.

Для пациентов с СД 2 характерен высокий риск сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ), цереброваскулярных нарушений. По данным статистики до 75–80% больных диабетом умирают от сердечно-сосудистых причин. Преждевременная смертность, связанная с СД 2, уменьшает продолжительность жизни пациентов на 12–14 лет. В связи с растущей заболеваемостью и необходимостью разработки мер профилактики СД 2. Международная федерация диабета (IDF) провела заседание рабочей группы в Лиссабоне (Португалия) в 2006 г. В рабочую группу входили 19 участников – экспертов в области диабета, здравоохранения, эпидемиологии, физкультуры, питания и др. Присутствовали представители ВОЗ, Американской ассоциации диабета и Национальной образовательной программы по холестерину.

Основной задачей этого заседания являлась разработка мер по профилактике СД 2 в развитых и развивающихся странах, уменьшению риска сердечно-сосудистых заболеваний у людей, уже страдающих сахарным диабетом 2 типа.

Большая часть согласованной резолюции посвящена необходимости ранней профилактики и борьбы с СД 2 на стадии преддиабета, обоснованной данными многоцентровых исследований, проведенных в Европе, Америке, Азии. Принимая во внимание результаты этих проспективных многоцентровых исследований, принята стратегия IDF по профилактике СД 2. Подробную информацию можно найти на сайте: www.idf.org

Стратегия IDF по профилактике сахарного диабета

Совершенно очевидно, что раннее выявление пациентов с уже имеющимися нарушениями углеводного обмена и предупреждение их прогрессирования при СД 2 имеет очень важное значение. План профилактики IDF основан на контроле модифицируемых факторов риска и подразумевает выделение двух целевых групп: с высоким и с потенциальным риском развития СД 2.

Для групп высокого риска IDF разработала пошаговую стратегию профилактики: 1-й шаг – выявление групп риска; 2-й шаг – определение степени риска; 3-й шаг – проведение мероприятий, направленных на предотвращение развития СД 2.

Шаг 1 – выявление групп риска

Выявление групп риска должно проводиться скрининговым методом врачами общей практики и средним медицинским персоналом. Стратегия выделения групп риска разработана на основании данных крупных проспективных исследований, однако следует заметить, что все эти исследования проводились среди представителей европейской популяции. Поэтому, при применении предлагаемой стратегии рекомендуется учитывать специфику региона.

Анкетирование

Для выделения групп риска необходимы простые, неинвазивные и недорогие методы – специально разработанные опросники.

Так, по одной из предложенных анкет, наличие любого из шести факторов риска позволяет выделить группу с повышенным риском.

1. Ожирение

Абдоминальное ожирение: окружность талии у европеоидов >94 см у мужчин и >80 см – у женщин.

2. Семейный анамнез: наличие у кого-либо из членов семьи диабета.

3. Возраст: >45 лет у европеоидов; >35 лет у остального населения планеты.

4. Сердечно-сосудистые заболевания: артериальная гипертензия или другие сердечно-сосудистые заболевания.

5. Гестационный сахарный диабет.

6. Использование препаратов, способствующих развитию СД 2: никотиновая кислота, глюкокортикоиды, тиреоидные гормоны, антагонисты β-рецепторов, психотропные препараты, α-интерферон и др.

Шаг 2 – оценка степени риска

Ключевое исследование на данном этапе – измерение уровня глюкозы. При уровне глюкозы натощак в плазме от 6,1 до 6,9 ммоль/л (110–125 мг/дл) проводится оральный глюкозотолерантный тест. Наличие нарушенной гликемии натощак и толерантности к глюкозе значительно увеличивает риск развития СД 2.

Оцениваются такие факторы риска, как повышение уровня артериального давления, абдоминальное ожирение, отягощенный семейный анамнез по СД 2, повышенный уровень триглицеридов, наличие сердечно-сосудистых заболеваний. Кроме того, определяются показатели общего ХС, ХС ЛПВП, ХС ЛПНП, курение.

Шаг 3 – уменьшение риска

Многими исследованиями доказано, что изменение образа жизни значительно уменьшает риск развития сахарного диабета 2 типа. Прежде всего, пациентам необходимо снизить массу тела до рекомендуемого показателя и удерживать достигнутый результат.

Стандартные диеты на этапе снижения массы тела предусматривают уменьшение калорийности пищи на 500–1000 ккал от эукалорийной нормы. Очень низкокалорийные диеты дают кратковременные результаты и мало применимы для длительного управления массой тела. Основной детерминантой в диетических рекомендациях для снижения массы тела является ограничение потребления жиров и углеводов (особенно легкоусвояемых, с высоким гликемическим индексом).

Увеличение физической активности помогает поддерживать достигнутое снижение массы тела. Регулярные физические упражнения усиливают метаболическую активность в мышцах, что способствует улучшению чувствительности к инсулину, нормализации показателей инсулинемии, понижению атерогенности сыворотки крови и улучшению показателей артериального давления. Эти позитивные эффекты могут в совокупности привести к снижению риска развития СД 2.

Рекомендуется физическая активность средней интенсивности, по крайней мере по 30 минут занятий в день ежедневно (ходьба, плавание, езда на велосипеде, танцы). Так, к примеру, ежедневная регулярная ходьба в течение 30 минут уменьшает риск диабета на 35–40%.

Перед началом тренировок рекомендуется определение переносимости физических нагрузок, а увеличение физической нагрузки проводится постепенно.

Медикаментозная терапия показана в случае, если не удастся достичь желаемого снижения массы тела и/или нормализации показателей углеводного обмена одним изменением образа жизни. Этой категории больных рекомендовано назначение метформина в дозе 250–850 мг в сутки (в зависимости от переносимости), особенно пациентам старше 60 лет с ИМТ > 30 кг/м² (в некоторых популяциях уже при ИМТ = 27) и уровнем глюкозы > 6,1 ммоль/л, при отсутствии противопоказаний.

Акарбоза может быть рекомендована пациентам в случае ее хорошей переносимости. Применение агонистов PPAR α в рутинной практике, таких как

розиглитазон, не рекомендован IDF из-за побочных эффектов в виде прибавки массы тела и зафиксированных случаев нарушений ритма сердца на фоне приема препарата. Для пациентов с ожирением одним из препаратов выбора может быть орлистат.

По данным немногочисленных исследований новый препарат центрального действия римонабант демонстрирует многообещающие результаты, однако отсутствуют долгосрочные результаты его применения.

Популяционный подход

Популяционный подход предусматривает изменение образа жизни большого процента населения. Это включает в себя государственную пропаганду здорового образа жизни, что важно не только для профилактики СД 2, но и других хронических заболеваний, таких как ССЗ и сопряженных с ними осложнений. Тот факт, что ожирение оказывает негативное влияние на развитие и прогрессирование нарушений углеводного обмена, подтверждает необходимость прежде всего изменений образа жизни для профилактики СД 2 в масштабах популяции. В свою очередь, превентивные мероприятия в отношении ожирения основаны на здоровом питании и увеличении физической активности, т. е. соблюдении баланса между поступлением и расходом энергии.

В профилактике СД 2 только комплексный подход и его методичное соблюдение принесет ощутимые результаты. Недостаточно повышать уровень образованности и заинтересованности людей, необходимо изменять условия окружающей среды, менять пищевые предпочтения людей в сторону здорового питания, для этого необходима поддержка производителей пищевой индустрии.

В отличие от изучения групп с высоким риском популяционный подход не подкреплен большим числом научных исследований. Одно из таких недавних популяционных исследований – EPIC-Norfolk, охватившее 24 155 жителей Великобритании. Перед участниками ставилась цель – придерживаться здорового стереотипа поведения, состоящего из 5 конкретных задач: поддержание нормальной массы тела, содержание жира в пище < 30%, насыщенный жир < 10%, пищевые волокна > 15 г/1000 ккал, физическая активность > 4 часов в неделю. Заболеваемость диабетом была обратно пропорциональна числу достигнутых конкретных целей. Ни у одного из

испытуемых, достигших всех 5 задач, не отмечено развитие СД 2, тогда как уровень заболеваемости СД 2 был высоким среди тех, кто не соблюдал ни одной рекомендации. Принимая во внимание эти данные, можно предположить, что внедрение стереотипов здорового питания значительно уменьшит заболеваемость и смертность, связанные с диабетом.

Стратегия IDF предполагает создание правительствами всех стран национального плана профилактики диабета. Этот план охватил бы многие группы населения, школы, предприятия и различные трудовые коллективы.

Финляндия – одной из первых приняла подобную национальную программу – ДЕНКО. Она включает три подхода: популяционный, направленный на широкое внедрение здорового образа жизни; индивидуальный, направленный на группы высокого риска; стратегия диагностики и лечения впервые выявленного СД 2. В настоящее время проходит пилотное исследование, оценивающее выполнимость и рентабельность данной программы. Предполагается, что к 2010 г. все направления будут изучены и будет описана их эффективность.

В 1987 г. правительство Маврикии начало проект, направленный на модификацию факторов риска, связанных с образом жизни, включающих нарушенную толерантность к глюкозе, гипертензию, гиперлипидемию, ожирение, курение, потребление алкоголя и снижение физической активности. В ходе выполнения проекта широко использовались средства массовой информации, финансовые и законодательные меры, пропаганда в школах и санитарное просвещение на рабочих местах. За 5 лет существенно сократилась распространенность гипертонии, курение сигарет и потребление алкоголя, увеличилась физическая активность. Существенно снизился средний уровень холестерина с 5,5 до 4,7 ммоль/л, что связано с регулируемым изменением содержания насыщенного жира в широко используемом кулинарном масле.

Ясно, что внедрение подобных программ по предупреждению СД 2 потребует скоординированной политики и определенных законодательных изменений со стороны многих сфер жизни населения. К настоящему моменту назрели конструктивные изменения системы школьного образования в

плане обучения рациональному питанию и расширения физической активности детей. В пищевой промышленности необходимо менять систему маркировки продуктов, так как существующая непонятна большинству населения. В то же время нельзя забывать о некоторых национальных особенностях в отношении питания, пищевого поведения и восприятия полноты в целом в различных этнических группах населения.

ВЫНОСЫ

Популяционный подход IDF к профилактике диабета:

- физическая нагрузка минимум 30 минут ежедневно;
- поддержание идеальной (нормальной) массы тела; для взрослых с ИМТ > 25 кг/м² в Европе и ИМТ > 23 кг/м² в Азии необходимо снижение и поддержание массы тела;
- соответствие веса детей их росту и возрасту;
- учет культурных особенностей и культурных верований страны (в том числе и относительно полноты).

Правительственные меры:

- поддержка национальных и неправительственных организаций в борьбе с сахарным диабетом;
- экономическая поддержка профилактики СД 2.

Общественная поддержка:

- обучение принципам рационального питания в школах;
- расширение физической активности применительно к условиям проживания, например передвижение на велосипедах и пешком;
- предоставление возможностей для занятий спортом.

Финансовые и законодательные меры:

- экспертиза пищевой промышленности (маркировка, реклама и т. д.);
- планирование и разработка инфраструктур, поощряющих физическую активность.

Средства массовой информации:

- повышение уровня образованности и мотивации населения.

Перевод А. А. Красильникова