



А.Л. ВЁРТКИН

САХАРНЫЙ ДИАБЕТ

РУКОВОДСТВО ДЛЯ ПРАКТИЧЕСКИХ ВРАЧЕЙ

Аркадий Львович Вёрткин

Сахарный диабет

Серия «Амбулаторный прием»

ABBYY PDF Transformer+

http://www.litres.ru/pages/biblio_book/?art=7532920

Сахарный диабет / А.Л. Вёрткин.: Эксмо; Москва; 2015

ISBN 978-5-699-81454-1

Аннотация

Сахарный диабет – одна из самых распространенных во всем мире болезней. Из-за ее осложнений ежегодно погибают или становятся инвалидами сотни тысяч человек. Обилие пациентов и высокая частота ассоциированных с сахарным диабетом состояний делают заболевание предметом ежедневной практической деятельности врачей разных специальностей. В основу этого практического пособия легли актуальные клинические рекомендации, включая алгоритмы диагностики, ведения и лечения пациентов с сахарным диабетом. Клинико-морфологический разбор конкретных историй болезни делает книгу особенно полезной с практической точки зрения. Пособие будет незаменимым в повседневной работе терапевтов, эндокринологов, кардиологов, врачей общей практики и скорой медицинской помощи.

Содержание

Ключевые слова и список сокращений	8
Сокращения	9
Введение	11
Вместо предисловия: больной с сахарным диабетом на амбулаторном приеме у терапевта	13
Сахарный диабет: что мы знаем и что нам кажется, что знаем?	18
Конец ознакомительного фрагмента.	21

Аркадий Вёрткин

Сахарный диабет

Аркадий Львович Вёрткин – руководитель Национального научно-практического общества скорой медицинской помощи (ННПОСМП) и Междисциплинарной организации специалистов по изучению возрастной инволюции (МОСИ-ВИ), заслуженный деятель науки РФ, профессор, зав. кафедрой терапии, клинической фармакологии и скорой медицинской помощи Московского государственного медико-стоматологического университета (МГМСУ) им. А.И. Евдокимова

Магомедова Альбина Юрьевна – ассистент кафедры терапии, клинической фармакологии и скорой медицинской помощи МГМСУ им. А.И. Евдокимова, заведующая эндокринологическим отделением ГБУЗ «Городская поликлиника № 6 Департамента здравоохранения Москвы» Издание предназначено для специалистов. Авторы, редакторы, издатели и дистрибьюторы не несут ответственности за любые последствия от использования информации, приведенной в данном издании, и не дают никаких гарантий, явных или скрытых, в отношении содержания публикации.

Это книга уже пятая в новой серии под названием: «Амбулаторный прием». Предыдущие: «Фибрилляция предсер-

дий», «Остеопороз», «Постинфарктный кардиосклероз» и «Анемия» уже заняли свои места на полках домашней библиотеки врача поликлиники. И это не случайно, так как после долгого перерыва со времен выпуска книг из серии «Библиотека практического врача» еще в прошлом веке (!) для врача первичного звена не было регулярного выпуска монографий с изложением основных вопросов их практической деятельности. При том, что особая нужда в подобных материалах возникла именно сегодня в период коренной реконструкции работы амбулаторного звена.

Мы отчетливо осознаем в этот период роль участкового терапевта. Именно на него ложится основная нагрузка и ответственность за жизнь многочисленных пациентов поликлиники. Когда-то Сенека произнес фразу: *«Для человека, который не знает, к какой гавани он направляется, ни один ветер не будет попутным»*. В полной мере это относится к врачу-терапевту, который первым у большинства пациентов должен уметь определить именно ту гавань, где наши больные улучшат качество жизни, быстрее справятся с осложнениями, научатся себя правильно вести и долго жить.

Однако сегодня, к великому сожалению, терапия перестала быть основным «брендом» в медицинском образовании. Если раньше кафедры терапии были ведущими в любом медицинском вузе, являлись основополагающими, представляли собой широкую врачебную платформу, то сейчас образовательные и профессиональные ценности немного смести-

лись. Много узких специальностей, профилированных кафедр, обучение акцентируется на результатах инструментальных данных и других вспомогательных методах. При этом клиническое мышление врача, традиционный осмотр, навыки пропедевтики внутренних болезней, дифференциальная диагностика и, наконец, современная персонифицированная медицина отступили на второй план.

Мало кто знает, что наши выдающиеся учителя-интернисты свой профессиональный путь начинали в прозектуре патологоанатомами. Сегодня, наоборот, нивелируется роль аутопсии, основной компонент роста педагогического и профессионального мастерства, развития клинического мышления, способа борьбы с ошибками и субъективизмом.

Что понимали под диагностикой и лечением наши учителя? Прежде всего, фундаментальные знания нормы и патологии, навыки физикального исследования больного, умение оценить данные инструментальной диагностики, адекватная клиническая оценка симптомов и оценка прогноза заболевания, знание современных рекомендаций по лечению, умение применить индивидуализированный алгоритм лечения и знание структуры органов здравоохранения и правовых основ врачебной работы.

Однако в какой-то момент в образовании был упущен ключевой компонент – подготовка профессионального участкового врача-терапевта. В поликлинику обращаются огромное количество людей и, прежде всего, к терапевту,

который в дефиците времени должен правильно выделить приоритеты, поставить диагноз и понять, как нужно лечить, с кем консультировать пациента, как следить за его состоянием.

Для этой цели и создана новая серия книг «Амбулаторный прием», призванная для помощи участковому терапевту разобраться с наиболее частыми ситуациями на приеме больных в поликлинике. Во всяком случае, мы на это надеемся.

Президент Российского научного общества терапевтов,
академик РАН

Мартынов А.И.

Ключевые слова и список сокращений

Сахарный диабет 2 типа, терапия, коморбидность, алгоритм ведения, гипергликемия, гликированный гемоглобин, инкретиномиметики

Сокращения

аГПП-1 – агонисты глюкагонподобного пептида-1

ГБ – гипертоническая болезнь

ГГН – гипергликемия натошак

ДГПЖ – доброкачественная гиперплазия предстательной железы

иДПП-4 – ингибиторы дипептидилпептидазы-4

ИБС – ишемическая болезнь сердца

иНГЛТ-2 – ингибиторы натрий-глюкозного-транспортера 2 типа (глифлозины)

КРО – кардиореанимационное отделение

ЛС – лекарственные средства

Мет-метформин

HbA1c – гликированный гемоглобин

НТГ – нарушенная толерантность к глюкозе

ПГТТ – пероральный глюкозотолерантный тест

ППГГ – постпрандиальная гипергликемия

ПСМ – производные сульфонилмочевины

ПСПП – пероральный сахароснижающий препарат

СД – сахарный диабет

СКФ – скорость клубочковой фильтрации

ССЗ – сердечно-сосудистые заболевания

ТЗД – тиазолидиндионы

ФА – физическая активность

ФК – функциональный класс

ХОБЛ – хроническая обструктивная болезнь легких

ХСН – хроническая сердечная недостаточность

ЩФ – щелочная фосфатаза

Введение

Эта книга посвящена СД, заболеванию, по причине которого ежегодно инвалидизируются и погибают сотни тысяч больных. И это несмотря на то, что при данной патологии (в отличие от многих других) в настоящее время имеется согласованный консенсус по выявлению, лечению и образованию пациентов. Однако в практической работе, особенно в первичном звене здравоохранения, эти положения повсеместно не используются. Во многом это обусловлено, что традиционно СД является прерогативой эндокринологов, которые сегодня в силу их ограниченного количества не могут обеспечить выявление, контроль за лечением и образованием колоссального числа больных. Поэтому в регламентирующих приказах Минздрава и прописано, что подобным больным первичная медицинская помощь оказывается участковым врачом терапевтом. Именно для них написана данная книга, в которой информационный раздел представлен клиническим, клинико-морфологическим разбором конкретных пациентов с сахарным диабетом, предложены правила формулировки диагнозов и алгоритм диагностики и лечения.

Авторы приносят благодарность профессору кафедры терапии, клинической фармакологии и скорой медицинской помощи Моргунову Л.Ю., заведующей отделением патоло-

гической анатомии городской клинической больницы № 50
Департамента здравоохранения города Москвы Астаховой
О.И., а также сотрудникам Дирекции по координации дея-
тельности медицинских организаций Департамента здраво-
охранения города Москвы заведующей филиалом № 6 ГП
№ 6 к.м.н. Владимировой Н.Н., врачу-методисту Виноградо-
вой Г.П.

Вместо предисловия: больной с сахарным диабетом на амбулаторном приеме у терапевта

Пациентка (59 лет) наблюдается в одной из поликлиник с 1996 года с момента постановки диагноза СД 2 типа. По данным амбулаторной карты за 17 лет обращалась к участковому терапевту несколько раз в год с разнообразными жалобами, в том числе на кашель, насморк, лихорадку, общую слабость, головокружение; головную боль, боль в горле, метеоризм, боль в ногах, повышение АД, сердцебиение, сухость во рту. В хронологическом порядке в амбулаторной карте вынесены следующие заболевания: СД 2 типа (1996 г.), гипертоническая болезнь (2000 г.), острый геморрой (2003 г.), постменопауза ранняя (2006 г.), язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки (2007 г.), гломерулонефрит (2007 г.), желчнокаменная болезнь (2009 г.), хронический ларингит (2009 г.), диабетическая ангиопатия (2009 г.), острый остеомиелит 1-го пальца стопы (2011 г.), энцефалопатия сложного генеза (2012 г.), диабетическая полинейропатия (2012 г.), постинфарктный кардиосклероз (2012 г.), ХСН 2 ФК (2012 г.).

21.01.2008 года в амбулаторной карте появилась запись врача-терапевта: поводом для обращения послужили жало-

бы на общую слабость, полиурию, потерю в весе. Ухудшение состояния отмечала в течение месяца. Глюкоза крови на момент обращения 17,8 ммоль/л. Диагноз тот же. Манинил 3,5 мг – 2 таблетки (2 р/д), глюкофаж 850 мг (2 р/д). Выдан лист нетрудоспособности. На следующий день при повторном визите жалобы на общую слабость. Глюкоза крови 21 ммоль/л. Назначено: инсуран Н 6 ЕД п/к, продолжить манинил 3,5 мг 2 таблетки (2 р/д), глюкофаж 850 мг (2 р/д). Поставлена 5.02.2008 года (почти через 2 недели!) на очередь для стационарного наблюдения. Повторная явка в поликлинику через 2 дня – 24.01.2008 года.

24.01.2008 года – жалоб нет. Глюкоза крови 18,2 ммоль/л. Состояние без динамики. К лечению добавлена еще одна инъекция инсурана Н 4ЕД в 22.00. Явка через 5 дней.

29.01.2008 года – жалоб нет. Глюкоза крови измеренная дома 12,2 ммоль/л (натощак) и 20,0 ммоль/л (после еды). Состояние несколько лучше, но остается слабость. Диагноз тот же. Лечение: инсуран Н 16ЕД в 22.00, продолжать глюкофаж 850 мг (2 р/д) и манинил 3,5 мг (2 р/д).

Следующая запись в амбулаторной карте 4.02.2008 года: состояние больной лучше. Глюкоза крови 9,3-7-16,6 ммоль/л. Инсуран Н 16ЕД + 10 ЕД в 22.00, Глюкофаж 850 мг (2 р/д), манинил 3,5 мг – 2 таблетки (2 р/д).

В течение последующих 4 лет записей в амбулаторной карте нет. В 2012 году обратилась в поликлинику с жалобами на дискомфорт в области сердца. Пациентка направлена

к кардиологу. Снята ЭКГ и с диагнозом: ИБС: острый инфаркт миокарда (неизвестной давности) пациентка госпитализирована по «скорой помощи» в кардиореанимационное отделение многопрофильного стационара (рис. 1).





Рисунок 1. ЭКГ больного (59 лет)

Таким образом, неадекватный контроль гликемии, применение в течение длительного времени неэффективной схемы сахароснижающей терапии, отсутствие консультации с эндокринологом и зав. отделением (многократные визиты в поликлинику и без результатов), потеря контакта с больной почти на 4 года привели к тому, что развилось одно из грозных осложнений СД – острый инфаркт миокарда.

Однако многоуважаемый читатель может возразить: возникновение инфаркта миокарда могло произойти и вне всякой связи с СД?

Дальнейшее изложение поможет ответить и на этот вопрос.

Сахарный диабет: что мы знаем и что нам кажется, что знаем?

По оценкам Международной Федерации сахарного диабета, среди взрослого населения сахарным диабетом в настоящее время страдает 380 млн человек (2014 г.), а к 2050 году, когда население мира составит 8,4 млрд человек, число пациентов с сахарным диабетом может возрасти до 800 млн человек. Таким образом, сахарным диабетом будет страдать каждый 10-й житель Земли. В последние годы отмечается резкий рост его распространенности и заболеваемости, особенно в развитых странах, где на долю данного заболевания приходится до 6 % населения. Эта цифра имеет устойчивую тенденцию к увеличению, что в первую очередь проявляется в возрастных группах старше 40 лет. Каждые 10–15 лет количество пациентов с сахарным диабетом удваивается. Ключевыми звеньями эффективного лечения сахарного диабета остаются рациональное питание, физическая активность и контроль массы тела. К сожалению, у большинства пациентов с сахарным диабетом 2 типа добиться компенсации заболевания лишь этими мерами не удается.

Согласно существующей классификации, основными типами сахарного диабета являются 1 и 2. Помимо них, существуют другие специфические типы сахарного диабета, а

также в отдельную группу выделен гестационный СД (или диабет беременных).

В качестве диагностического критерия СД выбран уровень $\text{HbA}_{1c} \geq 6,5\%$ (48 ммоль/ моль). Исследование должно быть выполнено с использованием метода определения HbA_{1c} , сертифицированного в соответствии с National Glycohemoglobin Standardization Program (NGSP) или International Federation of Clinical Chemists (IFCC) и стандартизованного в соответствии с референсными значениями, принятыми в Diabetes Control and Complications Trial (DCCT). Нормальным считается уровень HbA_{1c} до 6,0% (42 ммоль/моль). Перевод HbA_{1c} из % в ммоль/ моль: $(\% \times 10,93) - 23,5 = \text{ммоль/моль}$.

В случае отсутствия симптомов острой метаболической декомпенсации диагноз должен быть поставлен на основании двух цифр, находящихся в диабетическом диапазоне, например, дважды определенный HbA_{1c} или однократное определение HbA_{1c} + однократное определение уровня глюкозы.

Причиной сахарного диабета 1 типа является гибель бета-клеток, в результате развивается выраженный дефицит инсулина или, как еще говорят, абсолютная инсулиновая недостаточность, которая приводит к углеводному голоданию клеток с одной стороны, и к их интоксикации продуктами распада жиров с другой стороны. В то же время в крови циркулирует не только недостаточное, но и избыточное коли-

чество глюкозы. Таким образом, складывается парадоксальная ситуация, когда рядом с клеткой масса углеводов, или необходимой клетке энергии, но отсутствует инсулин, который позволил бы им поступить в клетку.

1 тип сахарного диабета развивается в молодом возрасте, приводит к ранней инвалидизации и преждевременной гибели пациентов. В его основе лежит деструкция β -клеток островков Лангерганса. Происходит постепенное уменьшение массы продуцирующих инсулин клеток, развиваются скрытые нарушения секреции инсулина, причем на этих этапах заболевание протекает без клинических признаков дефицита инсулина. К сожалению, до 80 % этих пациентов попадают в дебюте заболевания в реанимационные отделения, так как клиническая картина заболевания развивается стремительно.

Конец ознакомительного фрагмента.

Текст предоставлен ООО «ЛитРес».

Прочитайте эту книгу целиком, [купив полную легальную версию](#) на ЛитРес.

Безопасно оплатить книгу можно банковской картой Visa, MasterCard, Maestro, со счета мобильного телефона, с платежного терминала, в салоне МТС или Связной, через PayPal, WebMoney, Яндекс.Деньги, QIWI Кошелек, бонусными картами или другим удобным Вам способом.