

что свидетельствовало о преобладании активности Т-хелперов/индукторов (гипосупрессорный вариант иммунодефицита).

Примечательно, что указанные сдвиги более выражены при сахарном диабете с приобретенной потребностью в инсулине по сравнению с пациентами с впервые выявленным ИНЗСД.

При индивидуальном анализе установлено нарастание выраженности иммунных нарушений по мере увеличения продолжительности заболевания, в частности повышение степени Т-лимфопении, снижение уровня CD4⁺-клеток, повышение числа CD22⁺-лимфоцитов, увеличение коэффициента CD4/CD8.

Выводы

1. При ИНЗСД наблюдается дисбаланс иммунных показателей, нарастающий с увеличением продолжительности заболевания и с приобретением потребности в инсулине.

2. Иммунные нарушения при ИНЗСД характеризуются умеренной Т-лимфопенией, снижением числа как CD4⁺-, так и CD8⁺-лимфоцитов при

преобладающем дефиците последних (относительный гипосупрессорный вариант иммунодефицита).

ЛИТЕРАТУРА

1. Ефимов А. С., Яковенко А. М. // Пробл. эндокринологии.— 1991.— № 6.— С. 16—18.
2. Система иммунитета при заболеваниях внутренних органов / Ганджа И. М., Мягкая И. М., Сахарчук В. М. и др.— Киев, 1985.
3. Фролов В. М., Пересадин Н. А., Гайдаш И. С. // Иммунология.— 1990.— № 2.— С. 69—70.
4. Фролов В. М., Пинский Л. Л., Пересадин Н. А., Векслер Х. М. // Пробл. эндокринологии.— 1991.— № 5.— С. 22—24.
5. Хаитов Р. М., Дедов И. И., Брыкова С. В. и др. // Там же.— 1992.— № 2.— С. 8—12.

Поступила 26.10.93

V. M. Frolov, N. A. Peresadin, A. M. Petrunya, L. L. Pinsky — IMMUNE STATUS OF PATIENTS WITH NONINSULIN-DEPENDENT DIABETES MELLITUS

Summary. Immune status of 48 patients with noninsulin-dependent diabetes mellitus (NIDDM) was studied by the cytotoxic test with monoclonal antibodies. The majority of NIDDM patients were found to develop secondary immunodeficiency of the relative hyposuppressor type, the degree of immune shifts augmenting with the disease duration and as they acquire insulin dependence.

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 1994

УДК 616.379-008.64-085

М. Б. Анциферов, Е. В. Суркова, А. Ю. Майоров

ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ИНСУЛИННЕЗАВИСИМЫМ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ: АНАЛИЗ СУЩЕСТВУЮЩИХ ПОДХОДОВ, ОСНОВНЫЕ ПРОБЛЕМЫ И ПУТИ ИХ РЕШЕНИЯ

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

Инсулиннезависимый сахарный диабет (ИНЗСД) во многих странах является сейчас одной из важнейших медико-социальных проблем. Распространенность его в среднем составляет 3—5 %, а в ряде популяций достигает 20 % и даже более [3, 7]. При этом, по данным экспертов ВОЗ, реальная заболеваемость в 2—3 раза превышает официально зарегистрированную. Несмотря на такую высокую распространенность и на то, что ИНЗСД встречается в 8—10 раз чаще, чем инсулинзависимый сахарный диабет (ИЗСД), приходится отметить, что последнему уделяется больше внимания в плане научных исследований и разработки новых методов лечения.

До настоящего времени в отношении больных ИЗСД в нашей стране существует практика регулярных (раз в 1—2 года) курсов стационарного лечения, между которыми больной чаще всего имеет неудовлетворительную компенсацию и ждет очередной госпитализации, чтобы «подобрать дозу инсулина» [1]. Такое положение объясняется, на наш взгляд, недостатком средств самоконтроля и малой распространенностью систематизированного обучения больных диабетом в нашей стране. Что касается больных ИНЗСД, то они наблюдаются в поликлиниках по месту жительства, и, если не получают лечения инсулином, направляются на госпитализацию относительно редко, в основном по причине декомпенсации или ухудшения состояния в связи с разви-

тием осложнений. Кроме того, у большинства больных, помимо ИНЗСД, имеются еще гипертония, гиперлипидемия, различные проявления атеросклероза, которые и определяют, в основном, прогноз в отношении трудоспособности и продолжительности жизни больных, а потому являются главным предметом внимания врачей. Часто они лечатся не у эндокринолога, а у терапевта или кардиолога, и терапия диабета как бы отходит на второй план. Большинство врачей, работающих с больными ИНЗСД, наверняка не удовлетворены эффективностью лечения этого заболевания. Однако для планирования мероприятий, которые могли бы повысить качество лечебно-профилактической помощи больным ИНЗСД, требуется детальная научная оценка существующей ситуации.

Материалы и методы

Мы провели ретроспективный анализ эффективности лечения у 50 больных ИНЗСД из Центрального региона России, отобранных методом случайной выборки, которые дважды прошли курс лечения в ЭНЦ РАМН за период с 1982 г. по 1993 г. (группа А). Срок между двумя госпитализациями составил $2,5 \pm 0,3$ года. На момент первой госпитализации средний возраст больных составлял $56,6 \pm 1,4$ года, длительность сахарного диабета (со времени установления диагноза) — $10,5 \pm 1$ год. Женщины составили 54 %. Средний срок пребывания в стационаре 24 ± 3 дня. В период между госпитализациями лечебная помощь оказывалась только по месту жительства. Были оценены изменения в тактике лечения за период между двумя госпитализациями.

динамика массы тела, показатели углеводного обмена. Здесь необходимо отметить, что такие общепризнанные и широко применяющиеся за рубежом методы контроля гликемии за длительный период, как определение уровня гликированного гемоглобина (HbA_{1c}) или фруктозамина, все еще не распространены у нас в стране. Особенно это относится ко времени первой госпитализации больных. Поэтому мы могли проанализировать лишь значительно менее информативный показатель — среднесуточную гликемию.

Мы также обследовали больных, поступавших в ЭНЦ РАМН по направлениям районных поликлиник Москвы для прохождения обучения по специальной программе для больных ИНЗСД, не получающих инсулина. В группу вошло 64 больных ИНЗСД (группа Б), женщин было 55%. Средний возраст в этой группе составил 54±1 год, длительность диабета — 7,5±1 год. 72% больных получали пероральные сахароснижающие препараты (ПСП), 28% — диетотерапию. Кроме обычного клинического обследования, оценивалось состояние нижних конечностей с точки зрения наличия синдрома диабетической стопы. Определялся уровень HbA_{1c}. Больные осматривались окулистом. Проводилось также анкетирование больных, целью которого было выяснить степень участия районной поликлиники в контроле за течением заболевания. Все больные этой группы прошли обучение по программе, основными направлениями которой являлись подробное изложение принципов низкокалорийной диеты, мотивация на снижение массы, самоконтроль и профилактика осложнений.

Контрольную группу составили 20 больных ИНЗСД со сходными характеристиками (возраст, пол, длительность заболевания, индекс массы тела — ИМТ).

Результаты и их обсуждение

Возможно, для поисков оптимальной лечебной тактики при ИНЗСД требуется прежде всего пересмотр традиционно сложившегося в нашей стране отношения к использованию ПСП. Назначение их бывает зачастую преждевременным (например, при впервые выявленном диабете у больного с избыточной массой) или вовсе необоснованным (при инсулинодефиците). Первая ситуация является особенно распространенной. Так, несмотря на то, что большая часть больных группы А (82%) имели избыточную массу (ИМТ > 25 кг/м²), 71% больных этой группы ПСП были назначены уже в 1-й год от установления диагноза, 15% — на 2-й год, 8% — на 3—10-й и лишь 6% больных — после 10 лет от установления диагноза.

Больные с избыточной массой составляют 80—90% от общего числа больных ИНЗСД. Известно, что для большинства из них снижение массы тела могло бы быть надежным средством достижения компенсации углеводного обмена [4—5]. Доказательством же того, что ПСП назначаются часто необоснованно, является факт существенного снижения дозы или полной их отмены после того, как больные проходят обучение по специальной программе и успешно снижают массу тела [8]. Вред от «избыточного» назначения ПСП заключается не только в бессмысленных затратах, но также и в возможных нежелательных эффек-

тахот их применения. У больного, получающего ПСП, всегда имеется определенный риск развития гипогликемии. Особенно это относится к лицам со снижением памяти (повторный прием якобы забытых таблеток) и больным с близкой к нормальному уровню гликемией.

Кроме того, эффективность применения ПСП часто представляется сомнительной, о чем, в частности, говорит быстрая смена тактики лечения и впечатляющий рост числа больных ИНЗСД, находившихся на инсулинотерапии, через относительно небольшой промежуток времени после начала лечения. При таком изменении структуры методов лечения уровень компенсации углеводного обмена больных от одной госпитализации до другой практически не изменился и остался неудовлетворительным; достоверного снижения ИМТ между двумя госпитализациями также отмечено не было (данные по группе А приведены в табл. 1).

Все это свидетельствует о том, что возможности немедикаментозных методов (диеты и при отсутствии противопоказаний физической нагрузки), являющихся приоритетными по рекомендации Европейской группы по выработке тактики лечения ИНЗСД [6], используются в лечении больных в нашей стране не полностью. Конечно, врачи в условиях поликлиники, а подчас и стационара, не могут не только создать у больных устойчивую мотивацию на соблюдение низкокалорийной диеты, правил самоконтроля и т. д., но даже изложить в достаточной мере все эти принципы. На наш взгляд, возникает необходимость введения в практику обучающих программ для больных ИНЗСД, что могло бы сыграть значительную роль в повышении эффективности лечебного процесса. При сахарном диабете I типа большая значимость обучения как интегрирующей части терапии уже доказана [2, 9]. Предстоит определить его место и в лечении ИНЗСД. Такое исследование проводится сейчас в нашем центре; о его предварительных результатах мы сообщаем ниже.

Состояние больного с ИНЗСД — компенсация обмена веществ, наличие осложнений и их тяжесть — во многом определяется также качеством диабетологической помощи в районных поликлиниках, т. е. на уровне первичного звена. Больные группы Б были обследованы нами, в частности, и с этой позиции. 90% больных имели избыточную массу (средний ИМТ по группе 29,5±0,6 кг/м²). Средний уровень HbA_{1c} составил 10,0±0,3% (норма до 8%). У 25% больных при поступлении было обнаружено повышенное АД (систолическое > 160 мм рт. ст. и/или диастолическое > 95 мм рт. ст.). У 52% больных имелись различные проявления синдрома диабетической стопы, у 58% при осмотре глазного

Таблица 1

Распределение больных в зависимости от вида получаемого лечения и динамика среднесуточной гликемии и ИМТ при 1-й и 2-й госпитализации

Срок исследования	Вид терапии				Среднесуточная гликемия, ммоль/л	ИМТ, кг/м ²
	диета	ПСП	инсулин	ПСП+инсулин		
1-я госпитализация	6	42	8	44	12,6±0,5	28,7±0,8
2-я госпитализация	2	24	22	52	12,0±0,5	28,4±0,8

Таблица 2

ИМТ, уровень HbA_{1c} и количество больных, находившихся на диетотерапии, до и после обучения

Показатель	До обучения	Через 6 мес обучения
ИМТ, кг/м ²	29,1±0,7	27,0±0,6 <i>p</i> <0,05
HbA _{1c} , %	10,0±0,3	8,3±0,3 <i>p</i> <0,001
Количество больных, находившихся на диетотерапии, %	28	51

дна окулистом была выявлена диабетическая ретинопатия разных стадий.

Анкета, предлагаемая больным, содержала вопросы о частоте контроля ряда параметров районным эндокринологом. В результате опроса удалось выяснить, что почти 1/3 группы (31 %) практически не обращаются к районному эндокринологу по проблемам диабета. При посещении эндокринолога никогда не измерялось АД у 17 % больных, не обсуждалась проблема снижения массы с 48 % больными и не проводился осмотр ног у 50 % больных. Консультации окулиста (с осмотром глазного дна) за все время болезни не получали 30 % больных. Разумеется, такой уровень контроля за течением заболевания не может дать хорошего результата и усугубляет общую неблагоприятную ситуацию с ИНЗСД, так же, как это было показано и для ИЗСД [1].

После обучения больные группы Б были обследованы повторно через 6 мес. Отмечено достоверное снижение ИМТ и уровня HbA_{1c} (табл. 2). При этом на 23 % увеличилось количество больных, находившихся на диетотерапии, а снизили дозу ПСП 24 % больных. В контрольной группе (больные, не прошедшие обучения) изменений перечисленных параметров выявлено не было. Конечно, предварительные результаты не позволяют сделать окончательных выводов об эффективности применения обучения в комплексной терапии ИНЗСД, и требуется продолжение исследования. Однако полученные данные, безусловно, носят обнадеживающий характер.

Выводы

1. Специализированная диабетологическая помощь на уровне первичного звена (на примере

ряда районных поликлиник Москвы) в настоящее время является недостаточно эффективной.

2. К существенным недостаткам тактики лечения больных ИНЗСД можно отнести преждевременное, не всегда обоснованное, назначение ПСП; недооценку важности немедикаментозных методов лечения (диеты и при отсутствии противопоказаний физической нагрузки).

3. Качество лечебно-профилактической помощи больным ИНЗСД может быть повышено путем внедрения в практику специальных программ обучения для больных.

ЛИТЕРАТУРА

1. Анциферов М. Б., Старостина Е. Г., Галстян Г. Р., Дедов И. И. // Пробл. эндокринологии.— 1994.— № 3.— С. 19.
2. Галстян Г. Р. Оценка эффективности программы лечения и обучения для больных инсулинзависимым сахарным диабетом: Клинические, метаболические и медико-социальные аспекты: Автореф. дис. ... канд. мед. наук.— М., 1993.
3. Alberti K. G. M. M. // Diabetologia.— 1993.— Vol. 36, N 10.— P. 978—984.
4. Berger M. // Clinical Diabetes Mellitus: A Problem-Oriented Approach / Ed. J. K. Davidson.— New York, 1986.— P. 262—273.
5. Boden G. // Amer. J. Med.— 1985.— Vol. 979.— Suppl. 2B.— P. 23—26.
6. Desktop Guide for the Management of Non-Insulin-Dependent Diabetes Mellitus (NIDDM), European NIDDM Policy Group.— Mannheim, 1989.
7. Diabetes mellitus: Report of a WHO Study Group. (Wld Hlth Org. Techn. Rep. Ser. 727).— Geneva, 1985.
8. Kronsbein P., Muhlhauser I., Venhaus A. et al. // Lancet.— 1988.— Vol. 2.— P. 1407—1411.
9. Muhlhauser I., Brukner I., Berger M. et al. // Diabetologia.— 1987.— Vol. 30.— P. 681—690.

Поступила 03.02.94

M. B. Antsiferov, Ye. V. Surkova, A. Yu. Mayorov — TREATMENT STRATEGY IN PATIENTS WITH NONINSULIN-DEPENDENT DIABETES MELLITUS: ANALYSIS OF CURRENT APPROACHES, BASIC PROBLEMS, AND APPROACHES TO SOLUTION THEREOF

Summary. The shortcomings of current approaches to therapy of patients with noninsulin-dependent diabetes mellitus are discussed. A tendency to early prescription of oral sugar-reducing drugs which are prescribed to 71 % of patients during the first year of the disease was noted, as well as underevaluation of nondrug therapy. Poor efficacy of therapeutic and prophylactic care of patients with this condition is demonstrated as exemplified by quite a number of district health centers of Moscow, resulting in inadequate level of compensation, a high incidence of diabetes complications, and increase in the number of patients administered insulin therapy. The authors emphasize the importance of introducing practical training of patients as a means to improve the quality of specialized diabetological care.