

Лечение сахарного диабета 1-го типа

Основные направления лечения

Прежде всего, следует помнить, что впервые выявленный диабет подразумевает обязательное стационарное лечение (первичную госпитализацию). При этом больного знакомят со всеми последними новостями в области диагностики и лечения диабета и его осложнений и учат жить с диабетом (учат правильно питаться, контролировать течение заболевания, дозировать физическую нагрузку). Пациенту подбирают адекватное лечение (в случае необходимости учат самостоятельно вводить инсулин), а также выявляют уже имеющиеся осложнения заболевания.

Действующее законодательство Российской Федерации предусматривает льготы для определенных категорий больных сахарным диабетом. Первым шагом к их получению служит стационарное обследование, по окончании которого пациент получает документ (выписную справку), свидетельствующий о наличии у него данного заболевания.

Первичная госпитализация имеет большое значение и для врачей, с которыми пациенту предстоит встречаться. Результаты стационарного обследо-

ния существенно помогут специалисту-эндокринологу, осматривающему больного, — будет с чем сравнивать.

Выделяют 3 основные подгруппы сахарного диабета 1-го типа: диабет может быть *аутоиммунным*, *вирусиндуцируемым* и *медленно прогрессирующим*. Несмотря на различия начальных механизмов разрушения бета-клеток поджелудочной железы, на последующих стадиях процесса происходит одно и то же: уменьшение их количества вплоть почти до полного исчезновения бета-клеток с развитием абсолютной инсулиновой недостаточности.

При *аутоиммунном* диабете выявляются антитела к островкам поджелудочной железы. Аутоиммунный диабет возникает в любом возрасте и часто сочетается с другими эндокринными заболеваниями.

Для *вирусиндуцированного* типа характерно исчезновение антител спустя год после начала заболевания. Этот тип диабета проявляется сразу в острой форме (нередко сопровождается комой); преимущественно он встречается у молодых людей.

Медленно прогрессирующий тип сахарного диабета встречается преимущественно у лиц зрелого возраста. При этом типе повышенный уровень сахара в крови долгое время удается снижать диетой, потом — с помощью таблеток, и только на поздних стадиях требуется прием инсулина.

Все направления терапии при сахарном диабете 1-го типа (включающие диетотерапию, регулярные дозированные физические нагрузки, инсули-

нотерапию и мероприятия по профилактике и лечению хронических осложнений) преследуют определенные цели.

Основной и важнейшей (но не единственной) задачей в отношении углеводного обмена является компенсация углеводного метаболизма.

Искомая величина гликозилированного гемоглобина на фоне адекватного лечения должна составлять 6,1–7,5 %, а уровень сахара в крови натощак — 5,1–6,5 ммоль/л.

Кроме того, необходимо устранить *факторы риска*, к которым относятся:

- артериальная гипертензия, наличие которой определяют по повышению уровня артериального давления;
- гиперлипидемия (нарушение липидного обмена), которая фиксируется по повышенному уровню холестерина, триглицеридов и липопротеидов;
- избыточная масса тела, определяемая по индексу массы тела, либо по накоплению жировых отложений в области талии;
- малоподвижный образ жизни (умеренная физическая нагрузка менее 30 минут в день);
- курение;
- хронические и/или острые стрессы.

Все эти факторы повышают риск возникновения сердечно-сосудистых осложнений, прежде всего инфарктов миокарда, инсультов, гипертонических кризов.

Что происходит, если в наличии более одного фактора риска? Доказано, что при расчете общего риска сердечно-сосудистых заболеваний, складывающегося из нескольких предрасполагающих факторов, последние следует учитывать не как сумму, а как умножение факторов риска. Иначе говоря, больной, имеющий три фактора риска, например, сахарный диабет, избыточную массу тела и артериальную гипертензию, будет иметь не трехкратный, а шестикратный риск.

Наличие артериальной гипертензии, ожирения и гиперлипидемии у больного диабетом требуют назначения адекватного лечения. Что касается вредных привычек (сидячего образа жизни, курение), то от них при желании можно избавиться. Можно также избежать хотя бы части стрессовых нагрузок.

Лечение сахарного диабета только путем коррекции углеводного обмена, без учета других возможных факторов риска, подобно проверке лишь наличия топлива в бензобаке автомобиля перед длительным путешествием.

Да, без бензина машина не поедет. Однако опытный водитель знает, что перед дальней дорогой необходимо также проверить уровень масла, давление в шинах, исправность тормозов.

Далеко не последнее место по важности занимают *устранение гипертензии и гиперлипидемии.*

Что касается *артериальной гипертензии*, то лечебные и профилактические меры должны быть направлены на то, чтобы при отсутствии диабетического поражения почек (когда нет белка в моче)

величина артериального давления (АД) была не выше 135/85. Если же у больного диабетом имеется хроническая почечная недостаточность, а в моче определяется белок в количествах более 1 г/сут, то необходимо стремиться к еще более существенному снижению АД (125/75).

Следующий фактор риска сердечно-сосудистых осложнений, который должен устраняться, — *гиперлипидемия*. Европейские эндокринологи рекомендуют указывают уровни липидов, характерные для высокой степени риска (табл. 3). Снижения уровней триглицеридов и холестерина можно добиться с помощью диет (см. ниже). В случае неэффективности диеты врачом назначается одно из гиполипидемических средств, например, никотиновая кислота, колестипол, мевакор, симвастатин, клофибрат.

Таблица 3. Показатели липидного обмена

Показатель, ммоль/л	Низкий риск сердечно- сосудистых осложнений	Умеренный риск сердечно- сосудистых осложнений	Высокий риск сердечно- сосудистых осложнений
Общий холестерин	менее 4,8	4,8–6,0	более 6,0
Триглицериды	менее 1,7	1,7–2,2	более 2,2

Ожирение само по себе является фактором риска сердечно-сосудистых заболеваний. Следовательно, снижение массы тела может увеличить продолжительность жизни независимо от того, есть ли у больного сахарный диабет, гипертония и нарушения липидного обмена, но особенно важно

при лечении этих заболеваний. Кроме того, избыточный вес тела также вызывает деформацию суставов, в первую очередь — голеностопных, коленных и тазобедренных, в результате чего возникают боли и ограничивается подвижность. Со временем могут возникнуть проблемы с позвоночником.

Увеличение массы тела и объема живота приводит к затруднению дыхания, что способствует инфекциям верхних дыхательных путей, возникновению острого или хронического бронхита. Кроме того, ожирение является дополнительной причиной, мешающей выполнению полноценных физических упражнений. Наконец, наличие хорошей физической формы всегда было и будет источником положительных эмоций.

Как же снизить массу тела?

Прежде всего, следует правильно питаться. Соотношение принимаемой пищи должно быть следующим: хороший плотный завтрак («завтрак короля»), полноценный дневной прием пищи («обед богача») и легкий ужин («ужин бедняка»). Основными продуктами должны стать овощи и фрукты. Нужно значительно сократить употребление продуктов со скрытыми жирами (мясо, мясные продукты и сыры). Прием в пищу жиров (растительных жиров, масла, сливок и маргарина) в качестве приправ и при приготовлении пищи желательно также сократить до умеренного.

Следует ограничить употребление алкоголя и газированных безалкогольных напитков. Для снятия голода в дневное и вечернее время целесообразно

перекусывать (есть фрукты, зерновые батончики, пить йогурты).

Важными факторами, способствующими похуданию, являются неспешный прием пищи и привычка что-нибудь оставлять на тарелке.

Как добиться закрепления достигнутых результатов? Регулярно занимайтесь физическими упражнениями. Не надо мучить себя диетами. Главное — это сохраняющаяся мотивация.

Относительно курения следует заметить, что сам по себе никотин не влияет непосредственно на уровень глюкозы в крови. Однако курение повышает риск развития хронических респираторных заболеваний, сердечно-сосудистых осложнений и даже может привести к раку легких.

Больному диабетом следует воздержаться от курения не только и не столько из-за хорошо известных вредных факторов, а прежде всего в связи с высоким риском сердечно-сосудистых болезней, обусловленным сахарным диабетом и артериальной гипертензией.

Наконец, воздействие стрессорных ситуаций необходимо хотя бы свести к минимуму, поскольку полностью устранить элементы стресса человеку, проживающему в современном мире, весьма сложно.

Теперь, когда мы уяснили основные цели лечения диабета 1-го типа, самое время перейти к организации лечения. Запомним главное — при лечении сахарного диабета 1-го типа существуют следующие основные направления:

- диетотерапия;
- обязательные регулярные дозированные физические нагрузки;
- инсулинотерапия;
- лечение хронических осложнений диабета;
- самообразование;
- самоконтроль.

Диетотерапия

Организация правильного питания больного диабетом — сложная, порой трудноразрешимая задача.

Каковы же *основные цели*, преследуемые при назначении диеты? Запоминаем, их всего пять.

1. Снижение избыточной массы тела.
2. Предотвращение постпрандиальной гипергликемии (избыточного повышения сахара в крови после еды).
3. Устранение сопутствующих нарушений липидного обмена (дислипидемии).
4. Снижение риска развития поздних осложнений диабета.
5. Обеспечение организма необходимым количеством питательных веществ, микроэлементов и витаминов.

Важно не только усвоить, какие продукты есть можно, а какие — нельзя. Главное для больного диабетом — понять принципы питания.

Важно взять на вооружение следующие *принципы диетотерапии*.

1. Число приемов пищи — не менее 4–5 раз в сутки (3 основных приема пищи и перекусы).
2. В суточном рационе сохраняется физиологическое соотношение белков, жиров и углеводов (то есть 16 % белков, 24 % жиров, 60 % углеводов).
3. Целесообразно **полное исключение из рациона легкоусвояемых углеводов** (к источникам таких углеводов относятся сахар и сахаросодержащие продукты, мед, майонез на муке, продукты из пшеничной муки, картофель, крупы, бананы, виноград, хурма, фруктовые соки и сладкие вина, сухофрукты: изюм, чернослив, инжир, финики). При этом можно использовать различные сахарозаменители (для пациентов с избытком массы тела — только некалорийные: сукразит, ацесульфам, цукли, свитли, сладекс, сурель).
4. В состав рациона обязательно должно входить не менее 40 г клетчатки (яблоки, тыква, капуста, отруби), необходимой для замедления всасывания глюкозы в кишечнике. Кроме того, пищевые волокна уменьшают абсорбцию жирных кислот и холестерина. В целом, в рационе должно быть достаточное количество овощей и фруктов как источников не только клетчатки, но витаминов и микроэлементов.
5. Потребление соли ограничивается.
6. Ввиду высокого риска развития атеросклероза, диета должна иметь гиполипидемическую направленность. Нельзя есть жирное мясо. В составе рациона доля ненасыщенных жиров должна

быть не менее 60–70 % от общей калорийности жиров для коррекции перекисного окисления липидов и нормализации липидного спектра в целом. При этом желательно ограничение употребления животных жиров (сала, сметаны, сливочного масла) — не более 30 % от общей калорийности жиров. Отдавайте абсолютное предпочтение растительным маслам — подсолнечному, оливковому, репейному.

Замечу, что растительные масла в 7 раз превышают по калорийности 10-процентную сметану и в 1,2 раза — сливочное масло, поэтому при подборе продуктов для пациентов со значительным ожирением количество жиров будет определяться с учетом суммарной калорийности пищи, минимального содержания масел (в пределах нормы) и увеличения количества жиров за счет менее калорийной сметаны в обмен на уменьшение объема растительных масел.

По мнению специалистов Американской диабетологической ассоциации и Европейской группы по изучению диабета, суточное потребление холестерина не должно превышать 300 мг (табл. 4).

1. Ежедневное включение в рацион морской рыбы, причем весьма желательно не реже 2 раз в неделю использовать жирные сорта, которые богаты веществом омега 3, препятствующим прогрессированию атеросклероза.
2. Необходимо ежедневное употребление кисломолочных продуктов как источника кальция (оптимально использовать твердые сыры).