

Заключение эксперта



Ваш эксперт

Гурова Олеся Юрьевна

Специальность: врач-эндокринолог

Место работы и должность: врач-эндокринолог, к.м.н., доцент кафедры Первого МГМУ им И.М. Сеченова.

Образование:

В 2002 году окончила ММА им. И.М. Сеченова.

С 2002 по 2004 годы прошла клиническую ординатуру на базе кафедры эндокринологии, в 2010 году защитила кандидатскую диссертацию.

Опыт работы: С 2004 года работает в эндокринологическом подразделении Первого МГМУ им И.М. Сеченова. В течение 12 лет проводит школы для пациентов с ожирением и сахарным диабетом. С 2016 года – доцент кафедры эндокринологии Первого МГМУ им. И.М. Сеченова.

Область научных интересов: сахарный диабет и ожирение. Имеет более 20 профильных публикаций в профессиональных изданиях, является автором методических и учебных пособий. Регулярно посещает и участвует в конференциях (в т.ч. зарубежных), проходит квалификационные курсы, проводит обучающие семинары для врачей.

Пациентка: XXXXX. 1955 г.р.

Возраст: 62 года

Здравствуйте! Спасибо за то, что воспользовались услугами портала «Дословно»!

Описание клинического случая: Сахарный диабет 2-го типа. Артериальная гипертензия 1-й стадии, 2-й степени, очень высокого риска. Экзогенно-конституциональное ожирение II степени. Возможен субклинический гипотиреоз.

Ответы на вопросы пациента и рекомендации:

- 1. Относительно медикаментозной терапии: мне выписывали бесплатно Диабетон, он мне не подошел (тошнота, слабость). Я стала принимать Амарил, он мне понравился, но он дороже. Есть ли похожие по составу российские аналоги? Считаете ли Вы сахароснижающую терапию, которую я принимаю, достаточной?***

Отечественными аналогами Амарила являются: Глимепирид, Глимеперид Канон, Диамерид (дозы такие же, как у Амарила).

Эффективность сахароснижающей терапии оценивается по уровню сахара крови и HbA1c. Поскольку эти показатели у Вас соответствуют Вашей индивидуальной норме (о которой я далее расскажу подробнее), то можно считать эту терапию (Амарил+Метформин) достаточной.

Однако в настоящее время существуют препараты, которые могут так же эффективно приводить уровень сахара в норму, как и подобранное Вам лечение, но при этом обладают дополнительными позитивными свойствами (например, не увеличивают или даже снижают вес, не вызывают гипогликемий). Поэтому можно было бы обсуждать комбинацию Метформина с каким-либо более современным, чем Амарил, препаратом, чтобы сделать терапию не только эффективной в отношении уровня сахара, но также более безопасной, и получить дополнительный эффект снижения веса. Стоимость таких препаратов от 2500 до 7000 руб. в месяц. Кроме того, некоторые из них выпускаются в форме инъекций, а не таблеток.

- 2. У меня отмечаются эпизоды повышения АД на данной гипотензивной терапии, стоит ли ее корректировать? Необходимы ли дополнительные исследования сердечной деятельности (ЭХО, холтер, суточное мониторирование) для данной корректировки?***

Ваши целевые цифры АД (т.е. Ваша норма) менее 140 и 90 мм рт ст. В соответствии с показателями давления по дневнику, они выше обозначенной цели, поэтому необходимость коррекции есть. Целесообразным является следующее:

- оставить Лозарел Плюс утром
- оставить Бисопролол в дозе 2,5 мг
- добавить Амлодипин (Амловас) в дозе 5 мг утром (при этом следует наблюдать за своим состоянием: иногда вследствие приема этого препарата могут появиться отеки, в этом случае нужно будет подобрать другую схему)

Если Вы раньше принимали Амловас и Вам показалось, что он не дает нужного эффекта, хочу заранее предупредить, что в составе комбинированной терапии, как сейчас, эффективность любого препарата повышается.

Возможно проведение суточного мониторинга АД после коррекции терапии, но это не является обязательным: можно просто почаще измерять давление, чтобы убедиться в эффективности подобранной схемы.

Что касается Кардиомагнила или Тромбо-Асс, это не препараты, снижающие давление, а препараты, которые раньше назначались для улучшения реологии (текучести) крови, как профилактика сосудистых осложнений. В настоящее время у Вас нет показаний для приема этих препаратов, и я рекомендую отменить их. Дело в том, что при приеме таких препаратов риск развития желудочно-кишечных кровотечений гораздо выше вероятности, что препараты помогут Вашим сосудам. Если у пациента нет ишемической болезни сердца (подтвержденной специальными методами), перенесенных инфарктов и инсультов, показания для приема этих препаратов отсутствуют.

Чем же помочь сосудам? Я увидела, что Вы получали разного рода препараты (Актовегин, Берлитион и прочие). Эта терапия Вам не вредит, но и не помогает. Эффективность этих препаратов не доказана в крупных исследованиях, однако их назначают всем подряд якобы «для сосудов».

Единственным средством, действительно эффективным в отношении атеросклероза, используемым для снижения риска развития инфарктов и инсультов, являются так называемые статины. Для каждого человека с диабетом именно возможность проблем с сосудами представляет основную угрозу жизни. Предотвратить подобные проблемы – глобальная цель нашего лечения. Статины являются неотъемлемой частью схемы лечения любого пациента с диабетом. Принимать их нужно пожизненно. Уровень холестерина (который у Вас в норме) не играет особой роли. Вам больше 60 лет, у Вас есть диабет, ожирение и артериальная гипертензия, следовательно, Вы в группе очень высокого риска. Вам нужно принимать Аторвастатин в дозе 20 мг или Розувастатин в дозе 10 мг (1 таб.) на ночь ежедневно.

3. Можете ли Вы порекомендовать препараты для поддержания функции печени, мультивитамины, крем для

стоп (сухая кожа стоп, периодические глубокие трещины кожи пяток)?

Существуют специальные кремы для людей с диабетом, например, серия DiaDerm, в том числе для ног. При использовании крема для стоп помните, что наносить его необходимо только на стопу. Ни в коем случае не наносите его на область промежутков между пальцами: эта область должна оставаться сухой.

Необходимость приема препаратов для поддержания функции печени и мультивитаминов – это типичный миф, циркулирующий среди пациентов. Во-первых, диабет как таковой никоим образом не приводит к поражению печени. Перенесенная холецистэктомия тоже не говорит о том, что печени нужна лекарственная помощь. И единственная ожидаемая проблема – это жировой гепатоз, связанный с избыточным весом (обнаружить его можно при УЗИ, а также иногда бывают повышены ферменты печени в крови, однако у Вас они в норме). Действительно полезны для Вашей печени прием Метформина (Вы это уже делаете) и снижение веса (об этом чуть позже). Никакое другое лечение ей не требуется. Никакие мультивитамины не обладают способностью «поддерживать функцию печени» в принципе.

4. В процессе лечения заболевания врачами-эндокринологами назывались разные уровни глюкозы в качестве показателя нормы. Какова норма глюкозы натощак и после еды конкретно для меня, учитывая возраст, телосложение, сопутствующие заболевания и т.д.? Можно ли считать мои показатели в дневнике нормальными?

Как я уже написала выше, Ваши показатели по сахару находятся в пределах нормы. Как Вы правильно заметили, норма сахара у каждого пациента своя. Зависит эта норма от Вашего возраста, наличия сопутствующих заболеваний и осложнений самого диабета.

Для Вас норма такова:

- натощак – 4-7,0 ммоль/л;
- через 2 часа после еды – не выше 9,0 ммоль/л.

Несколько важных моментов: во-первых, та терапия, на которой Вы находитесь, предполагает проведение измерения сахара не ежедневно, а несколько раз в неделю, и не только натощак. Например, измерять сахар можно 3 раза в неделю, один из которых натощак, один перед обедом или ужином, один через 2 часа после любой еды. Один раз в 2-4 недели желательно проводить измерения целый день (профиль), измеряя уровень сахара до и после еды.

Во-вторых, не только уровень сахара (особенно если мы не измеряем его часто) указывает на то, насколько хорошо или плохо лечится Ваш диабет. Более объективным показателем является анализ на гликированный

гемоглобин, который обязательно сдавать каждые 3 месяца. Нормой для Вас является 6,5-7,0%.

Как Вы убедились, Ваш уровень сахара находится в пределах нормы. Именно поэтому описываемый Вами зуд кожи не связан с диабетом. С учетом того, что Вы перенесли холецистэктомию, рекомендую провести УЗИ брюшной полости (возможен холедохолеитаз). Кроме того, причиной зуда может являться индивидуальная непереносимость какого-либо препарата из тех, что Вы получаете.

5. В октябре уровень ТТГ – 5,4. Нужно ли пройти дополнительное обследование и обратить внимание на эту проблему?

Нужно пересдать этот показатель в ближайшее время, чтобы убедиться, что он действительно завышен (в норме от 0,4 до 4). Более того, если он будет выше нормы, сразу сдать АТ к ТПО. Вероятнее всего, речь идет о субклиническом гипотиреозе, который в настоящее время не потребует лечения, но в будущем может перейти в явный гипотиреоз, и этот момент нельзя пропустить, чтобы своевременно назначить терапию.

6. Я стараюсь строго соблюдать диету, веду пищевой дневник, считаю хлебные единицы и калории. Снижение веса идет медленно. Можно (и нужно) ли мне принимать какие-либо препараты для снижения веса?

К сожалению, я не видела Ваш пищевой дневник, однако то, что снижение массы тела хоть и медленно, но идет, говорит о том, что Вы на правильном пути. Кроме того, необходимо учитывать, что с возрастом замедляется обмен веществ, поэтому похудеть после 60 лет сложнее, чем в 20. Существуют как препараты для снижения сахара, в т.ч. снижающие вес (об этом я писала выше), так и препараты, используемые в чистом виде для похудения. Речь идет об Орлистате (Ксеникал, Орсотен, Листата и т.д.) или Сибутраmine (Редуксине), назначение которого серьезно ограничено ввиду побочных эффектов. Очень важно понимать, что сами по себе эти препараты дают очень небольшой эффект: главным образом успех зависит от правильности Вашего питания. Тем не менее я порекомендовала бы Вам принимать Листату 120 мг 3 раза в день во время пищи (препарат выводит 30% жира из съедаемой пищи).

Хочу уточнить, что основная задача – это отказ от жирной и сладкой пищи. Нужно ли Вам что-то еще, сказать сложно: я не знаю, какова Ваша диета, и мне сложно оценить ее адекватность. Но могу указать на одну ошибку: подсчет ХЕ требуется только людям, получающим инсулин перед едой, Вам этого не требуется.

7. У меня не очень хороший анализ крови. Гемоглобин всегда низкий. Рекомендуете ли Вы обратиться за консультацией к гематологу?

У Вас действительно низкий гемоглобин – так называемая гипохромная анемия. Необходимо оценить уровень железа в сыворотке, ОЖСС, трансферрин: вероятно, у вас железодефицитная анемия. Причин для нее может быть много: отсутствие мяса в пище, скрытые кровопотери (в т.ч. геморрой), кровоточивость десен и т.д. Лечение обязательно! Лечение в данном случае может назначить не только гематолог, но и любой врач, в т.ч. терапевт.

Менее вероятно, что у Вас В12-дефицитная анемия (что может сочетаться с субклиническим гипотиреозом).

8. Уже в течение нескольких лет плохо видит левый глаз. Это вызвано высоким давлением или последствиями диабета? Что делать, чтобы сохранить зрение хотя бы на правом глазу?

Ответить на этот вопрос сложно. Судя по заключению, которое Вам дал окулист, признаков диабетического поражения глазного дна (ретинопатии) у Вас нет. Изменения, связанные с давлением, обычно четко выражаются в классификации Salus, но они не указаны.

Причиной снижения зрения может быть катаракта (хотя у Вас она на начальной стадии и, по-видимому, на обоих глазах?)

Кроме того, зрение может снижаться по причине, не связанной ни с диабетом, ни с давлением.

Смотрели ли Вам глазное дно, предварительно расширив зрачок специальными каплями? Был ли это хороший специалист? Я все же склоняюсь к катаракте, но однозначно ответить на вопрос на основании предоставленных данных не представляется возможным.

Чтобы зрение не страдало при сахарном диабете, нужно соблюдать два простых правила: нормальное давление и нормальный сахар.

С наилучшими пожеланиями,

Гурова Олеся Юрьевна

Все рекомендации основаны на современных подходах к лечению диабета и базируются на европейских и американских алгоритмах 2016-2017 годов.

Обсудите, пожалуйста, их с лечащим врачом.

