



Любов Костянтинівна Соколова

доктор медичних наук, керівник відділу діабетології
ДУ «Інститут ендокринології та обміну речовин
ім. В.П. Комісаренка НАМН України» (м. Київ)

Американська діабетична асоціація (ADA) нещодавно опублікувала свої Стандарти медичної допомоги при цукровому діабеті 2022 року. Цей документ оновлюється щороку в січні Комітетом з професійної практики (PPC) ADA, який розглядає останні дослідження та консультується з експертами з даної теми. Мета — надати медичним працівникам, дослідникам, страховим компаніям, людям із цукровим діабетом та їхнім близьким рекомендації щодо діагностики та лікування цукрового діабету. Оновлення цього року зосереджені на скринінгу, запобіганні ускладнень, використанні технологій та індивідуалізації лікування цукрового діабету. ADA знизила вік для скринінгу на преддіабет і діабет 2 типу до 35 років, пропонує заохочувати медичних працівників індивідуалізувати догляд і рекомендувала вакцини проти COVID-19 для всіх дорослих з діабетом. Додані нові рекомендації щодо скринінгу для вагітних жінок і тих, хто планує вагітність. Жінки, які мають ризик розвитку цукрового діабету і планують завагітніти, повинні пройти обстеження перед зачаттям або, якщо вони не обстежені до зачаття, до 15 тижнів вагітності. Стандарти також закликають медичних працівників розглянути можливість скринінгу всіх жінок, хто зараз вагітні або планують завагітніти, незалежно від ризику діабету. ADA розширила рекомендації щодо безперервного моніторингу глюкози (CGM), використання часу в діапазоні у дорослих, а також щодо використання CGM та автоматичної доставки інсуліну (помпи) у дітей. Рекомендації також включають застосування технологій в менеджменті діабету в умовах лікарні. Рекомендації щодо лікування зайвої ваги або ожиріння тепер включають Wegovy (семаглутид 2,4 мг) як ефективну терапію для контролю ваги людям із цукровим діабетом 2 типу та підкреслюють важливість якості їжі над кількістю. Ці оновлення опубліковані в розділі 8 рекомендацій щодо лікування діабету ADA 2022 року. Пропонуємо вам прочитати ці оновлення і принаймні проглянути всі розділи, щоб побачити, що є найновішим і, сподіваюся, цікавим з точки зору лікування наших пацієнтів з цукровим діабетом. Впевнена, чим більше люди знають, тим краще вони роблять.

СТАНДАРТИ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ПРИ ДІАБЕТІ АМЕРИКАНСЬКОЇ ДІАБЕТИЧНОЇ АСОЦІАЦІЇ (2022): ЩО НОВОГО?

Переклала та проаналізувала
канд. мед. наук Ольга КОРОЛЮК

РОЗДІЛ 1. Покращення догляду та зміцнення здоров'я населення

(<https://doi.org/10.2337/dc22-S001>)

Додано інформацію щодо онлайн-платформ підтримки поведінкових змін і добробуту, обговорення вартості ліків і цілей лікування, поняття розрахунків, які стосуються здоров'я, та їхньої ролі в профілактиці й лікуванні цукрового діабету (ЦД), розширено перелік громадських медичних працівників.

РОЗДІЛ 2. Класифікація та діагностика ЦД

(<https://doi.org/10.2337/dc22-S002>)

Містить нові рекомендації 2.4 та 2.12 щодо адекватного споживання вуглеводів перед оральним глюкозотолерантним тестом (ОГТТ).

Нове

2.4,
2.12

Упродовж 3 днів до ОГТТ як скринінг на діабет треба забезпечити достатнє споживання вуглеводів принаймні 150 г/добу (**A**).

Оновлено обговорення методів визначення HbA_{1c} для діагностики ЦД. До переваг HbA_{1c} порівняно з глікемією натще й ОГТТ віднесено зручність (не потребує голодування), менший вплив щоденних коливань під час стресу, змін дієти або хвороби. Хоча 2009 року HbA_{1c} додано до діагностичних критеріїв діабету для посилення скринінгу, його рівень $\geq 6,5\%$ (48 ммоль/моль) діагностує лише 30% випадків діабету, виявлених за допомогою HbA_{1c} , глікемії натще та через 2 години після навантаження. Іншими недоліками визначення HbA_{1c} є вища вартість, обмежена доступність, недосконала кореляція із середнім рівнем глюкози в певних ситуаціях.

- 2.1** Щоб не пропустити діабет та уникнути помилкового діагнозу, тест HbA_{1c} виконують методом, сертифікованим NGSP (www.ngsp.org) і стандартизованим DCCT (Diabetes Control and Complications Trial) **(B)**.
- 2.2** Невідповідність між рівнями HbA_{1c} і глюкози в плазмі крові підвищує ймовірність впливу методу визначення. Треба розглянути можливість використання іншого методу визначення HbA_{1c} або глікемічних діагностичних критеріїв діабету **(B)**.
- 2.3** Стани, пов'язані зі зміною зв'язку між HbA_{1c} і глікемією, як-от гемоглобінопатії, дефіцит глюкозо-6-фосфатдегідрогенази, вагітність (II-III триместри), післяпологовий період, лікування ВІЛ інгібіторами протеази та нуклеозидними інгібіторами зворотної транскриптази, гемодіаліз, нещодавня втрата чи переливання крові, залізодефіцитна анемія, лікування еритропоетином, потребують застосування лише глікемічних критеріїв для діагностики діабету **(B)**.

Оновлено рекомендації підрозділу «Діабет 1 типу» згідно з даними Консенсусного звіту Американської діабетичної асоціації (ADA) / Європейської асоціації з вивчення діабету (EASD) (<https://doi.org/10.2337/dci21-0043>).

- 2.5** Скринінг безсимптомного діабету 1 типу шляхом визначення автоантитіл до інсуліну, декарбоксилази глутамінової кислоти, острівцевого антигену-2 чи транспортера цинку-8 поки що рекомендується застосовувати в дослідженнях і розглядати як варіант для першого члена сім'ї пробанда з ЦД 1 типу **(B)**.
- 2.6** Поява чи персистенція множинних острівцевих автоантитіл є чинником ризику клінічного діабету й може бути показанням для втручання в умовах клінічного дослідження або скринінгу II стадії ЦД 1 типу **(B)**.

Змінено вік початку скринінгу діабету й оновлено рекомендацію 2.24.

- 2.9** Скринінг предіабету та діабету треба починати у віці 35 років **(B)**.
- 2.24** Діти та молодь без типових ознак ЦД 1 або 2 типу, які часто мають сімейний анамнез діабету в кількох поколіннях, що вказує на автосомно-домінантну модель успадкування, повинні пройти генетичне тестування на ЦД, який виникає в молодих людей із початком зрілості **(A)**.

Запропоновано дві стратегії скринінгу гестаційного діабету (рис. 1) та оновлено відповідні рекомендації.



Рис. 1. Скринінг і діагностика гестаційного діабету

2.26a Серед жінок, які планують вагітність, перевірте осіб із чинниками ризику **(В)**, розгляньте можливість тестування всіх жінок із недіагностованим ЦД **(Е)**.

2.26b Якщо скринінг не проводився до зачаття, перевірте жінок із чинниками ризику до 15 тижнів вагітності **(В)**, розгляньте можливість тестування всіх жінок із недіагностованим ЦД впродовж першого пренатального візиту за стандартними діагностичними критеріями **(Е)**.

2.26c Жінки з ЦД повинні отримувати відповідне лікування **(А)**.

2.26d До 15 тижнів проведіть скринінг на аномальний метаболізм глюкози, щоб виявити жінок із високим ризиком несприятливого впливу на вагітність і неонатальні результати, потребою інсуліну та високим ризиком гестаційного діабету в пізніші терміни **(В)**. Лікування може принести певну користь **(Е)**.

2.26e Скринінг на ранні порушення метаболізму глюкози треба проводити за такими критеріями: глюкоза плазми натще — 110-125 мг/дл (6,1 ммоль/л) або HbA_{1c} — 5,9-6,4% (41-47 ммоль/моль) **(В)**.

2.27 Проводьте скринінг на гестаційний діабет на 24-28-му тижні у вагітних, якщо під час поточної вагітності раніше не виявлено діабету або високого ризику порушень метаболізму глюкози **(А)**.

2.28 Жінкам із гестаційним діабетом скринінг на предіабет або діабет треба проводити через 4-12 тижнів після пологів шляхом ОГТТ (75 г глюкози) та діагностичних критеріїв для невагітних осіб **(В)**.

2.29 Жінкам із гестаційним діабетом в анамнезі показано довічний скринінг на діабет або предіабет принаймні що 3 роки **(В)**.

2.30 Жінкам із гестаційним діабетом в анамнезі та встановленим предіабетом показано інтенсифікацію способу життя та/або метформін для запобігання діабету **(А)**.

Нова назва

РОЗДІЛ 3. Профілактика чи відтермінування ЦД 2 типу та супутніх захворювань

(<https://doi.org/10.2337/dc22-S003>)

Змінено рекомендації 3.1, 3.2 та 3.6.

3.1 Моніторинг розвитку ЦД 2 типу в осіб із предіабетом треба проводити принаймні щороку, індивідуально змінюючи підхід за оцінкою ризик/користь **(Е)**.

3.2 Дорослим із високим ризиком ЦД 2 типу та надмірною масою тіла / ожирінням рекомендовано інтенсивну програму зміни способу життя (наприклад, DPP — Програма профілактики діабету) для досягнення та підтримки втрати 7% від початкової маси тіла та помірну фізичну активність (швидка хода) принаймні 150 хвилин на тиждень **(А)**.

3.6 Терапію метформіном для профілактики ЦД 2 типу треба розглянути в дорослих із предіабетом, особливо віком 25-59 років з індексом маси тіла $\geq 35 \text{ кг/м}^2$, рівнями глюкози в плазмі натще $\geq 110 \text{ мг/дл}$ й $\text{HbA}_{1c} \geq 6,0\%$, а також у жінок із попереднім гестаційним діабетом **(А)**.

Додано новий підрозділ і рекомендацію щодо догляду, орієнтованого на пацієнта.

Нове

3.9 У дорослих із високим ризиком ЦД 2 типу й надмірною масою тіла / ожирінням цілі догляду мають включати втрату маси тіла чи запобігання її збільшенню, мінімізацію прогресування гіперглікемії й увагу до серцево-судинного ризику та супутніх захворювань **(В)**.

РОЗДІЛ 4. Комплексна медична оцінка й оцінка супутніх захворювань

(<https://doi.org/10.2337/dc22-S004>)

До підрозділу «Імунізація» додано більше інформації та доказів щодо вакцини проти грипу для людей із ЦД та серцево-судинними захворюваннями (ССЗ). Додано інформацію про вакцинацію від коронавірусної хвороби (COVID-19). На серпень 2021 р. у США дозволено три вакцини для запобігання симптоматичній COVID-19 у дорослих і певних груп дітей, включно з хворими на ЦД: дві мРНК-вакцини від Pfizer/BioNTech і Moderna, а також векторна вакцина від Janssen із рекомбінантним, некомпетентним до реплікації аденовірусом серотипу 26 (табл. 1).

Табл. 1. Доступні вакцини від COVID-19

Вакцина	Дозування	Показання	Докази
Pfizer/BioNTech	2 дози через 21 день	Вік ≥12 років	1 ст.
Moderna	2 дози через 21 день	Вік ≥18 років	1 ст.
Janssen	1 доза	Вік ≥18 років	2 ст.

З'являються докази щодо ефективності змішування вакцин. Нещодавно рекомендовано бустер Pfizer/BioNTech для осіб похилого віку та тих, хто має хронічні хвороби, зокрема й діабет. Вакцина проти COVID-19, імовірно, стане звичайною частиною щорічного плану профілактики для людей із діабетом.

Підрозділ «Неалкогольна жирова хвороба печінки» містить заклик до дій (<https://doi.org/10.2337/dci21-0020>), розроблений після конференції Американської гастроентерологічної асоціації, присвяченої цій проблемі (табл. 2).

Табл. 2. Ведення пацієнтів із неалкогольною жирковою хворобою печінки (НАЖХП) і неалкогольним стеатогепатитом (НАСГ)

	Модифікація способу життя	Печінкова фармакотерапія	Лікування діабету	Зниження серцево-судинного ризику
НАЖХП	+	-	Стандартне	+
НАСГ, фіброз 0-1 ст. (F0-F1)	+	-	Стандартне	+
НАСГ, фіброз 2-3 ст. (F2-F3)	+	+	Піоглітазон, семаглутид	+
НАСГ, цироз (F4)	+	+	Індивідуалізоване	+

4.10

Пацієнтів із ЦД 2 типу / предіабетом і підвищеним умістом печінкових ферментів (АЛТ) або жирковою дистрофією печінки під час ультразвукового дослідження треба обстежити на наявність НАСГ і фіброзу печінки **(С)**.

РОЗДІЛ 5. Сприяння зміні поведінки та добробуту для покращення результатів здоров'я

(<https://doi.org/10.2337/dc22-S005>)

До підрозділу «Освіта та підтримка самостійного лікування діабету» додано рекомендацію 5.5.

Нове**5.5**

Цифровий коучинг і заходи цифрового самоуправління можуть бути ефективними методами навчання та підтримки з питань самоконтролю ЦД **(В)**.

Підрозділ «Вуглеводи» наголошує на якості вуглеводів, доказах щодо змішаного харчування, дозуванні інсуліну та впливі на глікемію; рекомендацію 5.15 доповнено ціллю для харчових волокон.

5.15

У споживанні вуглеводів треба підкреслювати джерела вуглеводів, багаті на поживні речовини, з високим умістом клітковини (принаймні 14 г на 1000 ккал) і мінімальною обробкою. Плани харчування мають робити акцент на некрохмалистих овочах, фруктах і цільнозернових продуктах, а також на молочних продуктах із мінімальним додаванням цукру **(В)**.

Додано новий підрозділ «Когнітивна здатність / порушення» з обговоренням доказів і рекомендаціями 5.51 та 5.52.

Нове

5.51

У хворих на ЦД когнітивні здібності треба контролювати впродовж усього життя, насамперед в осіб із зафіксованими когнітивними порушеннями, тяжкою гіпоглікемією, дуже маленьких дітей і людей похилого віку (**B**).

5.52

Якщо когнітивні здібності змінюються або є неоптимальними для прийняття рішень між фахівцем і пацієнтом та/або поведінкового самоконтролю, треба розглянути питання про скерування на офіційну оцінку (**E**).

РОЗДІЛ 6. Цілі глікемії (<https://doi.org/10.2337/dc22-S006>)

Підрозділ «Оцінка глікемії» містить більше інформації про час у діапазоні; його порогові значення вилучено з рекомендації 6.4 та вказано на рисунку 2.

6.4

Час у діапазоні пов'язаний із ризиком мікросудинних ускладнень і може бути використаний для оцінки глікемічного контролю. Час нижче цілі та час вище цілі — корисні параметри для оцінки схеми лікування (рис. 2) (**C**).

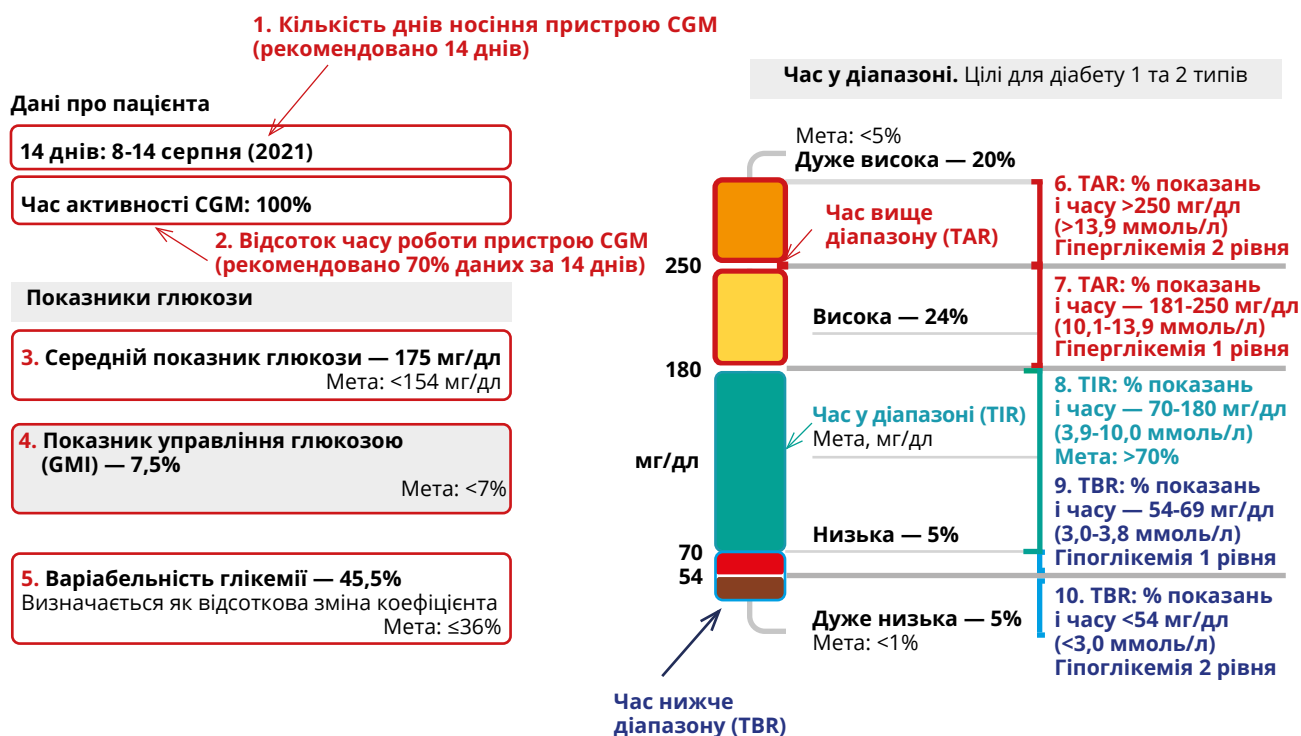


Рис. 2. Показники тривалого моніторингу глюкози

Включено рекомендації 7.1-7.5.

Нове

- 7.1** Вибір пристроїв треба індивідуалізувати за їх доступністю, потребами, бажаннями та рівнем кваліфікації пацієнта. За умови часткового або повного контролю діабету іншою особою (наприклад, маленька дитина, особа з когнітивними розладами) невід'ємною частиною процесу прийняття рішень є навички та бажання опікуна **(Е)**.
- 7.2** Призначаючи пристрій, переконайтеся, що люди з ЦД або опікуни отримують початкову та подальшу освіту / навчання очно або дистанційно, а також регулярно оцінюйте техніку, результати та вміння використання даних, включно із завантаженням/обміном даними для корекції терапії **(С)**.
- 7.3** Люди, які використовували тривалий моніторинг глюкози (ТМГ), безперервну підшкірну інфузію інсуліну та/або автоматичну доставку інсуліну для лікування діабету, повинні мати постійний доступ через сторонніх платників **(Е)**.
- 7.4** Студенти/школярі мають отримувати підтримку в навчальному закладі щодо використання технологій, включаючи безперервну підшкірну інфузію інсуліну, підключені інсулінові ручки й автоматизовані системи введення інсуліну відповідно до припису команди з лікування діабету **(Е)**.
- 7.5** Початок ТМГ, безперервної підшкірної інфузії інсуліну та/або автоматичного введення інсуліну на ранніх стадіях лікування діабету може бути корисним залежно від потреб і вподобань пацієнта/опікуна **(С)**.

Рекомендації щодо ТМГ для дорослих (7.11, 7.12) та молоді (7.13, 7.14) розділені. Вибір пристрою завжди визначається обставинами, бажаннями та потребами пацієнта, можливістю безпечного користування пристроями (самостійно або з опікуном).

- 7.11** ТМГ у режимі реального часу **(А)** чи періодичного сканування **(В)** треба запропонувати дорослим із ЦД, які для лікування діабету отримують багаторазові щоденні ін'єкції або безперервну підшкірну інфузію інсуліну.
- 7.12** ТМГ у режимі реального часу **(А)** чи періодичного сканування **(С)** можна використовувати в дорослих із ЦД, які для лікування діабету отримують базальний інсулін.
- 7.13** ТМГ у режимі реального часу **(В)** або періодичного сканування **(Е)** треба запропонувати молодим людям із ЦД 1 типу, які використовують для лікування багаторазові щоденні ін'єкції або безперервну підшкірну інфузію інсуліну.
- 7.14** ТМГ у режимі реального часу або періодичного сканування треба запропонувати молодим людям із ЦД 2 типу, які використовують для лікування багаторазові щоденні ін'єкції або безперервну підшкірну інфузію інсуліну **(Е)**.

Змінено рекомендації 7.17 та 7.29.

7.17

Періодичне використання ТМГ у режимі реального часу, періодичного сканування або професійного ТМГ може бути корисним для лікування діабету в умовах, коли безперервне використання ТМГ не є доцільним, бажаним або доступним **(С)**.

7.29

Пацієнтам, які можуть безпечно користуватися пристроями для діабету, треба дозволити продовжувати їх використання в умовах стаціонару чи під час амбулаторних процедур за наявності належного контролю **(Е)**.

Нова назва

РОЗДІЛ 8. Ожиріння та менеджмент маси тіла для профілактики й лікування ЦД 2 типу

(<https://doi.org/10.2337/dc22-S008>)

Додано докази важливості боротьби з ожирінням, яке в поєднанні з діабетом підвищує ризик гіршого перебігу COVID-19, а також поняття розподілу маси тіла, моделі та траєкторії збільшення маси тіла до підрозділу «Оцінка». Підрозділ «Дієта, фізична активність і поведінкова терапія» містить нову рекомендацію.

Нове

8.12

Немає чітких доказів ефективності дієтичних добавок для схуднення **(А)**.

До підрозділу «Медичні пристрої для схуднення» додано інформацію про нещодавно схвалений пероральний гідрогель. Змінено рекомендацію 8.21, додано рекомендацію 8.22.

8.21

Пацієнти після метаболічної хірургії мають підлягати тривалій медичній і поведінковій підтримці, а також регулярному моніторингу стану мікроелементів, харчування та метаболічного статусу **(В)**.

8.22

За підозри постбаріатричної гіпоглікемії клінічна оцінка передбачає виключення інших потенційних розладів, що спричиняють гіпоглікемію; терапія включає навчання, лікувальне харчування за участю дієтолога з досвідом лікування постбаріатричної гіпоглікемії, за потреби фармакотерапію **(А)**. Як важливе доповнення для підвищення безпеки треба розглянути ТМГ, який попереджує пацієнтів про гіпоглікемію, особливо за відсутності усвідомлення або в разі тяжких форм гіпоглікемії **(Е)**.

До ліків, схвалених FDA для лікування ожиріння, включено агоніст рецепторів глюкагоноподібного пептиду (арГПП-1) семаглутид. Стандартна підтримувальна доза для дорослих — 2,4 мг 1 раз на тиждень. Забезпечує 9,6% втрати маси тіла порівняно з початковим рівнем (3,4% у групі плацебо). Можливі прояви побічної дії включають нудоту, блювання, діарею, стравохідний рефлюкс, реакції в місці ін'єкції, підвищення частоти серцевих скорочень, гіпоглікемію. Клінічні дослідження повідомляли про панкреатит, але чіткий причинно-наслідковий зв'язок не встановлено. За підозри на панкреатит застосування препарату треба відмінити. Попередження про чорну скриньку включає ризик С-клітинних пухлин щитоподібної залози в гризунів, хоча актуальність для людини не визначена.

Продовження в наступному номері.