

Модуль III-7

Хронические осложнения

Общая информация

Несмотря на то, что патфизиология и ведение двух основных типов диабета различаются, общим для обоих является развитие таких поздних микро- и макрососудистых осложнений, как ретинопатия, нефропатия, макрососудистое заболевание, периферическая и автономная нейропатия. Эти осложнения связаны с повышенной заболеваемостью и смертностью.

Развитию микрососудистых осложнений способствуют длительность диабета и плохой метаболический контроль. Однако начало интенсивного лечения, на как можно более ранней стадии, может помешать развитию этих осложнений. Поэтому необходимы стратегии их раннего выявления.

Поскольку диабет 2 типа может протекать скрытно на протяжении многих лет прежде чем будет диагностирован, и около 30% людей уже имеют осложнения на момент постановки диагноза, оценка осложнений должна проводиться уже при постановке диагноза и затем повторяться ежегодно. Взрослые с диабетом I типа должны пройти проверку в течение первых 5 лет после постановки диагноза, а затем - ежегодно.

Задачи

- Обеспечить глубокое понимание патофизиологии микро- и макрососудистых осложнений;
- Дать участникам понять, какова их роль в рекомендации и пропагандировании раннего скрининга и своевременного лечения, а в некоторых случаях в проведении скрининга с целью выявления осложнений;
- Рассказать о значении мониторинга и лечения долгосрочных осложнений;
- Понимать психологическое влияние поздних осложнений на самого человека и членов его семьи;
- Рассказать о том, что необходимо быть искренним и позитивно подходить к профилактике и контролю осложнений и что не следует использовать тактику запугивания.

Модуль III-7b

Диабетическая нефропатия

Цели

После завершения этого модуля участник сможет:

- Информировать родителей детей, подростков и взрослых о риске развития нефропатии в случае плохого гликемического контроля;
- Описать эпидемиологию диабетической нефропатии, включая уровень заболеваемости и распространенность;
- Описать факторы, способствующие развитию нефропатии, и клиническое течение болезни;
- Рассказать о различных уровнях поражения почек, включая гиперфильтрацию, микро- и макроальбуминурию, хроническую почечную недостаточность;
- Рассказать о транзиторном характере микроальбуминурии и о причинах транзиторного повышения уровней секркции белка с мочой;
- Рассказать о диагностических тестах, применяемых для выявления почечной недостаточности;
- Рассказать о роли микроальбуминурии при диабете 1 и 2 типа;
- Знать, что микроальбуминурия служит маркером о сосудистой дисфункции и, возможно, патологии сосудистой системы;
- Рассказать об оценке скорости клубочковой фильтрации и целях ее использования;
- Рассказать о различных интервенционных исследованиях, доказавших положительный эффект улучшения гликемического контроля, включая Diabetes Control and Complications Trial (DCCT) и UKPDS;
- Рассказать о связи между гипертонией и развитием почечной недостаточности при диабете;
- Рассказать о значении контроля артериального давления для профилактики и управления диабетической почечной недостаточностью;
- Рассказать о различных интервенционных исследованиях, доказывающих пользу от лечения гипертонии, включая исследования Lewis, PRIME, CALM и HOPE;

- Знать, что если в наличии имеются ингибиторы АПФ и блокаторы рецепторов ангиотензина II, то они являются препаратами первого выбора при лечении почечной недостаточности у людей с диабетом;
- Рассказать о клинических характеристиках хронической почечной недостаточности;
- Рассказать о влиянии на артериальное давление таких факторов, связанных с образом жизни, как чрезмерное употребление соли или алкоголя;
- Рассказать о том, как можно изменить диету на фоне прогрессирующей почечной недостаточности;
- Знать о необходимости снижения доз инсулина при хронической почечной недостаточности;
- Знать, что для некоторых людей пересадка почки является одним из вариантов лечения;
- Рассказать о психосоциальном влиянии хронической почечной недостаточности на людей с диабетом и их родственников (см. Модуль I-4 «Психосоциальные и поведенческие подходы»);
- Изучить имеющиеся ресурсы;
- Рассказать о разнице между перитонеальным и гемодиализом*.

Стратегии преподавания

Лекция;
Практическое обучение.

Предполагаемая Продолжительность

Формальное занятие с рассмотрением клинических случаев:
1-2 часа.

Кто преподает данный модуль

Эндокринолог, обучающий по диабету, средний медицинский персонал с нефрологической специализацией, нефролог.

Оценка обучения

Ролевая игра, в ходе которой обсуждаются возможные последствия свежедиagnosticированной почечной недостаточности для человека с диабетом и необходимые лечебные мероприятия.

Литература

Andersen S, Brochner-Mortensen J, Parving H. Kidney function during and after withdrawal of long-term irbesartan treatment in patients with type 2 diabetes and microalbuminuria. *Diabetes Care* 2003; 26: 3296-302.

Berl T, Hunsicker LG, Lewis JB, et al; Irbesartan Diabetic Nephropathy Trial Collaborative Study Group. Cardiovascular outcomes in the Irbesartan Diabetic Nephropathy Trial of patients with type 2 diabetes and overt nephropathy. *Ann Intern Med* 2003; 138: 542-9.

Canadian Diabetes Association Clinical Practice Guidelines Expert Committee. Canadian Diabetes Association 2003 Clinical Practice Guidelines for the prevention and management of diabetes in Canada. *Can J Diab* 2003; 27 (Suppl 2): S66-S71.

Clark CM Jr, Lee DA. Prevention and treatment of the complications of diabetes mellitus. *N Engl J Med* 1995; 332: 1210-7.

Diabetes Control and Complications Trial Research Group. The effect of intensive treatment of diabetes on the development and progression of long-term complications in insulin-dependent diabetes mellitus. *N Engl J Med* 1993; 329: 977-86.

Finne P, Reunanen A, Stenman S, et al. Incidence of end-stage renal disease in patients with type 1 diabetes. *JAMA* 2005; 294: 1782-7.

International Diabetes Federation Clinical Guidelines Task Force. *Global guideline for type 2 diabetes*. IDF. Brussels, 2005.

International Diabetes Federation. *Diabetes Voice* special issue. The Kidney Issue. 2003; 48.

Krolewski AS, Warram JH, Cupples A, et al. Hypertension, orthostatic hypotension and the microvascular complications of diabetes. *J Chronic Dis* 1985; 38: 319-26.

Lewis EJ, Hunsicker LG, Bain RP, et al. The effect of angiotensin-converting enzyme inhibition on diabetic nephropathy. The Collaborative Study Group. *N Engl J Med* 1993; 329: 1456-62. Erratum in *N Engl J Med* 1993; 330: 152.

Mehler PS, Jeffers BW, Estacio R, Schrier RW. Associations of hypertension and complications in non-insulin dependent diabetes mellitus. *Am J Hypertens* 1997; 10: 152-61.

Mogensen CE. Microalbuminuria as a predictor of clinical diabetic nephropathy. *Kidney Int* 1987; 31: 673-89.

Pirart J. Diabetes mellitus and its degenerative complications: A prospective study of 4400 patients observed between 1947 and 1973. *Diabetes Care* 1978; 1: 168-88.

Sacks FM, Svetkey LP, Vollmer WM, et al. DASH-Sodium Collaborative Research Group. Effects on blood pressure of reduced dietary sodium and the Dietary Approaches to Stop Hypertension (DASH) diet. DASH-Sodium Collaborative Research Group. *N Engl J Med* 2001; 344: 3-10.

The HOPE Study Investigators. The HOPE (Heart Outcomes Prevention Evaluation) Study: the design of a large, simple randomized trial of an angiotensin-converting enzyme inhibitor (ramipril) and vitamin E in patients at high risk of cardiovascular events. *Can J Cardiol* 1996; 12: 127-37.

UK Prospective Diabetes Study Group. Intensive blood-glucose control with sulphonylureas or insulin compared with conventional treatment and risk of complications in patients with type 2 diabetes (UKPDS 33). *Lancet* 1998; 352: 837-53.

UK Prospective Diabetes Study Group. Tight blood pressure control and risk of macrovascular and microvascular complications in type 2 diabetes (UKPDS 38). *BMJ* 1998; 317: 703-13.

* Указывает на цель на более высоком уровне.

Подробное содержание этого модуля имеется в виде слайд-презентации на сайте www.idf.org