

Президент РДА врач психоэндокринолог, диетолог М. Богомолов дал интервью газете «Мир Новостей» к Международным Дням Диабета. Сахарный диабет одно из главных заболеваний современности, количество людей с таким диагнозом только растет. Вокруг болезни есть масса мифов, пациенты совершают серьезные ошибки в лечении, питании и образе жизни. Как их избежать? Что делать, чтобы глюкоза крови держалась в норме, а осложнения не грозили?

На эти темы «МН» подготовил два материала с известным специалистом по сахарному диабету врачом-психоэндокринологом и президентом Российской диабетической ассоциации Михаилом Богомоловым. Сейчас публикуем первый текст, посвященный сахарному диабету 1 типа (СД 1). Многие из обсуждаемых проблем затронуты в двух новых и еще не вышедших книгах М. Богомолова. Первая - «Если твой родитель болен диабетом» посвящена младшему сыну пятикласснику Ярославу, вторая - «Основы волновой эндокринологии» - старшему сыну хирургу Мигелю.

Практика сильно отстала от науки

По мнению Михаила Владимировича, основная проблема СД 1 типа заключается в том, что существует огромный разрыв в научных исследованиях болезни и в ее лечении на практике. Которое, как известно, заключается в назначении инсулина. Этот гормон спасает миллионы жизней. Но с другой стороны, многим его назначают избыточно. И к сожалению, практическая диабетология устроена так, что научные новшества на нее влияют мало.

«Даже имеющаяся терминология не соответствует реальной картине сахарного диабета, как его понимает современная наука, - говорит Богомолов. - Классификация с его делением на два типа диабета была введена в прошлом веке.

Инсулинозависимый СД 1-го типа – это аутоиммунное заболевание при котором есть антитела против бета-клеток поджелудочной железы. Причин этого – много и они разные. И по сути, это не один, а несколько диабетов, которые нужно лечить по-разному. Например, сейчас уже известно около 400 подтипов так называемого MODY-диабета.

Отсутствие антител – это СД 2-го типа, его традиционно называют инсулиннезависимым (о нем будет речь в следующем номере «МН»).

Есть виды СД 1 типа, при которых уровень антител много лет сохраняется невысоким. И такие пациенты долго не нуждаются в инсулине. К сожалению, постановка диагноза в это время затруднена, особенно у детей. Но в соответствии с существующими мировыми рекомендациями по диабету, принятыми и у нас, и в мире, при выявлении такого диагноза требуется незамедлительно назначить инсулин. Хотя, в нем может быть еще нет необходимости.

С практической точки зрения это оправдано тем, что в лабораториях у нас недостаточно методов исследования множества разновидностей СД (в том числе, это и генетические тесты). Они реально помогали бы ставить диагноз на ранней стадии и предпринимать попытки лечения без инсулина. Здесь еще раз напомню, что учеными выделены около 400 подтипов MODY-диабета. Однако, для практической медицины существуют наборы для определения 15 вариантов этой болезни, а в России используют только наборы для диагностики 3 и 4 подтипов».

Наука уже готова к прорыву в лечении СД 1 типа

То есть, надо активно продвигаться в этом направлении не только в науке, но и на практике. Появление новых тест-систем для диагностики разных подтипов MODY-диабета приведет к прорыву в лечении СД 1 типа. Конечно, это может сократить потребление инсулина за счет тех вариантов течения болезни, при которых он необязателен. Но ведь жизни людей, диабет у которых можно остановить в самом начале, не допуская развития инсулиновой зависимости, имеют значение.

С другой стороны, это имеет огромное значение не только для СД 1 типа, но и для остальных аутоиммунных заболеваний. Их множество - ревматоидный артрит (РА), неспецифический язвенный колит (НЯК), бронхиальная астма (БА) и т.д. Они очень отличаются друг от друга по симптомам, но основа у них общая – собственная иммунная система атакует различные клетки организма. Как остановить такое бешенство иммунитета? Оказывается, это возможно. Есть тесты, которые позволяют предположить с высокой точностью развитие таких заболеваний, когда никаких симптомов еще нет.

Во-первых, это генетические тесты, позволяющие определить людей с генотипами, предрасполагающими к таким болезням. Во-вторых, исследование на специфические антитела (АТ) – именно они атакуют собственные клетки. Например, при СД 1 типа это АТ против бета-клеток поджелудочной железы. Они вырабатывают инсулин. А когда большое количество этих клеток поражено, у человека выявляют СД 1 типа. Но дистанция от начала атак АТ против этих клеток до того периода, когда они практически перестают вырабатывать инсулин, долгая. И на этом этапе можно влиять на развитие болезни.

Антитела против «гадов»

«Когда аутоиммунный процесс развился, появляются АТ против десятков тысяч разных белков организма, - объясняет Михаил Богомолов. - Но специфическое значение для СД 1 типа имеют АТ к глютаминодекарбоксилазе с весом 65 дальтон. Сокращённо – ГАД-65. Поэтому родители детей больных таким диабетом, их называют антителами против «гадов».

Старт аутоиммунного процесса может быть вызван многими факторами. Например, вирусами Коксаки, Echo, гриппа, ковида. Кстати, ковид приводит к массовому росту заболеваемости аутоиммунными формами СД 1. Бывает, что в семье, где никогда не было диабета ранее, СД 1 типа развивается сразу у двух переболевших детей. Болезнь может быть спровоцирована и пищевыми факторами – глютеном (белок пшеницы и иных злаковых), казеином и другими белками коровьего молока, арахисом. В таких случаях СД 1 типа обычно начинается после отрыва от груди - в возрасте трех лет и немного старше. А отсутствие грудного вскармливания резко повышает риск.

Михаил Богомолов уверен, что такая ранняя диагностика будет спасать детей от СД 1, и еще от многих других тяжелых и инвалидизирующих аутоиммунных заболеваний: «Если мы определяем АТ, то это значит, что процесс запущен. И в зависимости от их вида можно понять, какой орган будет поражаться болезнью – легкие при БА, суставы при РА, при дисбактериозе в кишечнике – НЯК и т.д. Если конкретно будут выявлены АТ, свидетельствующие о предрасположенности СД 1 типа, нужно использовать рекомендации по его профилактике. Подчеркнем, особенно это важно в тот период, когда ребенка отнимают от груди, а также у детей на искусственном вскармливании».

Конкретные ответы на конкретные вопросы

Как широко надо проводить такие исследования? Необходимо ли их делать всем детям в раннем возрасте, или только тем, кто входит в группы риска? Наконец, что из исследований можно сделать уже сегодня? У Михаила Владимировича есть ответы на эти вопросы:

«Если в семье у родителей, бабушек или дедушек были СД 1 типа, РА, БА или какие другие аутоиммунные заболевания, то детям на искусственном вскармливании, или до отнятия его от груди, надо проверить АТ как минимум, к глютену и казеину. Также важно провести генетические тесты на MODY-диабет. Скажу сразу, это стоит дорого, несколько десятков тысяч рублей. Но сделать такие анализы нужно, затраты окупятся здоровьем. К тому же, их достаточно провести только один раз в жизни, нет необходимости делать их повторно».

А что нужно делать, когда СД 1 типа уже выявили, и что пока еще не делают всем пациентам – что не входит в протоколы диагностики и лечения? И соответственно, это не оплачивают по ОМС.

«При выявлении у ребенка СД 1-го типа так же важны исследования на АТ к глютену и казеину. Это необходимо потому, что диета с исключением продуктов с этими белками при наличии противопоказаний позволит вести ребенка на очень низких дозах инсулина до самого полового созревания. В этом возрасте потребность в инсулине резко возрастает и поэтому, ведение, например, 18-летней девушки для подготовки к зачатию и беременности на инсулине, это уже отдельная тема в лечении».

Отдельная тема, это и питание при СД 1 типа. Как его сочетать с инсулинотерапией?

«По этому поводу идут жаркие дискуссии между эндокринологами не только в России, но и в мире, - говорит Богомолов. - Сторонники использования больших доз инсулина утверждают, что для людей с СД 1 типа никакой диеты не нужно. Они говорят: «просто кушай и коли». Есть другой подход, речь о физиологическом питании, которое должно быть и у любого человека: углеводы – 60% в питании, жиры – 10%, остальное – белки. Это более правильный подход.

Есть еще некоторые важные хроноэндокринологические детали. Например, если человек на инсулине, то в первой половине дня – от восхода до зенита ему нужно потреблять меньше углеводов, больше белка и овощей. А углеводы лучше переносить на вторую половину дня.

Имеет значение и лунный цикл. В дни близкие к полнолунию вечерами и в первой половине ночи бывает склонность к гипогликемии – снижению глюкозы в крови. Поэтому, в такое время можно потреблять больше углеводов.

Есть множество иных тонкостей и подробностей относительно ведения и повседневной жизни людей с диабетом, включая приёмы сверхточной виртуозной инсулинотерапии с ежедневным пересчётом инсулиновых коэффициентов, приёмов с выполнением физических нагрузок, о чём невозможно рассказать в рамках одной статьи. Последние двадцать пять лет все большее распространение получает практика приобретения пациентами 1 – 3 месячных курсов индивидуального ведения диабета по телефону, когда пациент и врач ежедневно или через день общаются по часу по телефону, производя совместно расчет доз инсулина для ребенка или подростка на следующий день. Процедура не дешевая, но чрезвычайно эффективная, особенно в первые 3 – 5

лет от выявления заболевания.

Корреспондент «МН» Евгений Рожников

Полный текст читайте в «Мире Новостей», Москва.