

го (ИКД) и ультракороткого действия (ИУКД) во время плановых инъекций перед едой. Не рекомендуется делать инъекции чаще, чем 1 раз в 3–4 ч (для ИКД) или 2–3 ч (для ИУКД), следует сначала оценить действие предыдущей дозы.

Идеальным решением удержания гликемического контроля в целевых значениях могло бы быть применение инсулиновых помп с функциями обратной связи или с функцией остановки подачи инсулина при развитии гипогликемии, что позволило бы достигать оптимальных параметров гликемии без рисков гипогликемических состояний.

Пациенты с СД 2-го типа при нетяжелом течении заболевания (температура ниже 38,5°C, отсутствие одышки, достаточная сатурация крови кислородом – SpO<sub>2</sub>>93%) и ГПН<13 ммоль/л, отсутствии кетонурии продолжают текущую терапию любыми классами препаратов. Метформин остается базовым препаратом при его переносимости.

Пациентам с СД 2-го типа при среднетяжелом и тяжелом течении заболевания (лихорадка, одышка, пневмония, снижение сатурации крови кислородом – SpO<sub>2</sub><93%) и ГПН<13 ммоль/л, отсутствии кетонурии рекомендуется отмена метформина, препаратов сульфонилмочевины (с высоким риском гипогликемии), агонистов рецепторов глюкагоноподобного пептида-1 и глифлозинов. При среднетяжелом течении и достаточной окси-

генации (SpO<sub>2</sub>>93%) условно можно продолжить терапию ингибиторами дипептидилпептидазы-4, препаратами сульфонилмочевины с низким риском гипогликемии (гликлазид МВ). При отмене вышеуказанных препаратов к терапии добавляется инсулин в дозах, позволяющих удерживать целевые значения гликемии.

При любой стадии тяжести заболевания и ГПН>13–15 ммоль/л рекомендовано начало инсулинотерапии. Схемы перевода пациентов СД 2-го типа на инсулинотерапию подробно изложены в 9-м (дополненном) выпуске Алгоритмов специализированной медицинской помощи больных сахарным диабетом, 2019 г.

**– Меняются ли целевые уровни гликемии при СД в зависимости от тяжести течения COVID-19?**

– Да, целевые значения гликемии на фоне инфекции меняются и определяются тяжестью инфекционного процесса. Пациенты обязательно должны быть проинформированы о необходимости более тщательного контроля за показателями уровня гликемии по данным самоконтроля или систем суточного мониторинга гликемии (CGM, Flash-мониторинг).

При легком и бессимптомном течении COVID-19 требования к контролю гликемии остаются теми же, что и в доинфекционном

периоде. Максимальные значения гликемии в течение суток не должны превышать 8 ммоль/л, при суточном мониторинге гликемии системами CGM время в диапазоне от 4 до 8 ммоль/л должно быть не менее 70% для молодых людей и не менее 50% для пожилых и ослабленных.

О легком течении инфекции позволяют говорить следующие симптомы: температура тела ниже 38,5°C, достаточная сатурация крови кислородом и отсутствие критериев среднетяжелого и тяжелого течения.

При среднетяжелом и тяжелом течении ориентирами служат рекомендации для больных диабетом в период острых заболеваний. С целью профилактики развития как кетоацидоза, так и гипогликемических состояний важно поддерживать уровни гликемии перед едой 6–7 ммоль/л, в течение дня до 10 ммоль/л.

Диагностировать переход от легкого к среднетяжелому течению инфекционного заболевания можно по следующим симптомам: лихорадка выше 38,5°C, частота дыхания более 22 в минуту, одышка при физических нагрузках, насыщение крови кислородом по пульсоксиметру SpO<sub>2</sub><95%, С-реактивный белок сыворотки крови более 10 мг/л, пневмония (подтвержденная с помощью компьютерной томографии легких).

**– Марина Владимировна, благодарим Вас за интервью.**

## Синдром Черджа–Стресс

**Б**ронхообструктивный синдром (БОС), или синдром бронхиальной обструкции (табл. 1), – это симптомокомплекс, связанный с нарушением бронхиальной проницаемости функционального или органического происхождения. Термин БОС не может быть использован как самостоятельный диагноз, это симптомокомплекс конкретного заболевания, нозологическую форму которого

следует установить во всех случаях развития бронхиальной обструкции.

Одним из основных постулатов дифференциальной диагностики является тезис Роберта Хэгглина (рис. 1) – «частые болезни встречаются часто, а редкие – редко», поэтому чаще всего приходится проводить дифференциальный диагноз между бронхиальной астмой (БА) и хронической обструктивной болезнью легких. Реже БОС встречается при ряде других заболеваний, в том числе при системных

заболеваниях соединительной ткани: узелковым полиартериите; смешанном заболевании соединительной ткани (синдром Шарпа); синдроме Черджа–Стресс (Churg–Strauss).

Синдром Черджа–Стресс – эозинофильное гранулематозное воспаление с вовлечением дыхательных путей и некротизирующий васкулит, поражающий сосуды малого и среднего калибра, сочетающийся с БА и эозинофилией. Авторы выделили базисную триаду морфологических и гистопатологических признаков синдрома, которая включает некротизирующий васкулит (рис. 2), эозинофильную инфильтрацию тканей и внесосудистые гранулемы. Во втором десятилетии XXI в. международной группой экспертов предложено обозначать синдром Черджа–Стресс как эозинофильный гранулематоз с полиангиитом (eosinophilic granulomatosis with polyangiitis – EGPA).

В соответствии с международной классификацией болезней 10-го пересмотра EGPA относится к классу «Системные поражения соединительной ткани» (M30–M36), подклассу «Узелковый полиартериит и родственные состояния» (M30) и имеет код M30.1 – «Полиартериит с поражением легких (Черджа–Стресс)».

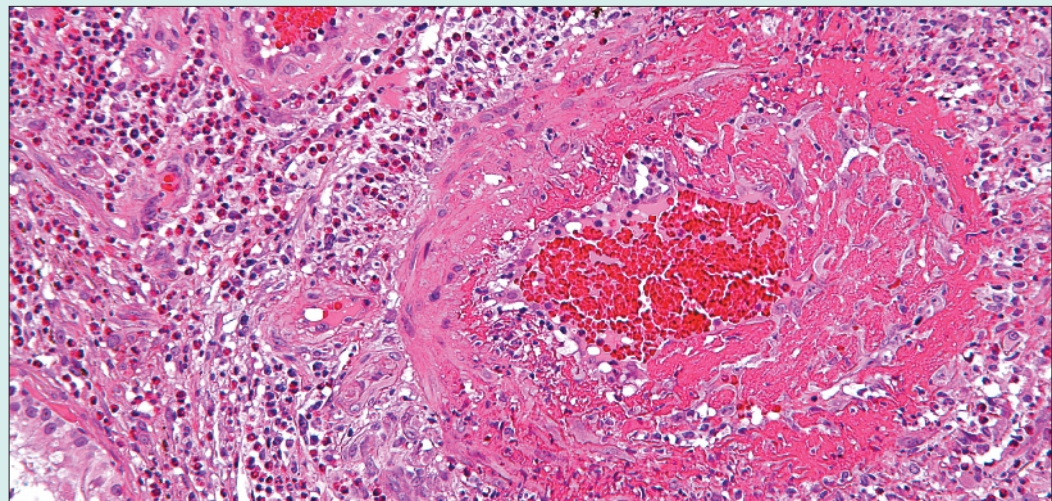


**Рис. 1.** Роберт Хэгглин (1907–1969) – швейцарский врач. Автор великоценной книги по дифференциальной диагностике внутренних болезней, русское издание которой под редакцией Е.М. Тареева вышло в СССР в 1965 г. Роберт Хэгглин известен также своими дневниками, которые он вел во время Второй мировой войны. Принимал участие в гуманитарной миссии швейцарского Красного Креста в Риге, Даугавпилсе и Пскове в июне – сентябре 1942 г. В дневниковых записях Роберт Хэгглин описал геноцид евреев, совершенный немцами айнзацгруппами и латышскими коллаборационистами в странах Балтии.

**Таблица 1.** Клинические проявления БОС

- Удлинение выдоха
- Экспираторный шум – свистящее, шумное дыхание
- Приступы удушья
- Участие вспомогательной мускулатуры в акте дыхания
- Малопродуктивный кашель

При выраженной обструкции могут появиться шумный выдох, увеличение частоты дыхания, развитие усталости дыхательных мышц и снижение парциального напряжения кислорода в артериальной крови (PaO<sub>2</sub>)



**Рис. 2.** Эозинофильный васкулит при синдроме Черджа–Стресс.