

Аналіз, пріоритети, шляхи виконання державної цільової програми «Цукровий діабет» на 2009-2013 роки

Таку назву мала програмна доповідь президента Асоціації ендокринологів України, директора ДУ «Інститут ендокринології та обміну речовин ім. В.П. Комісаренка НАМН України», академіка НАМН України, члена-кореспондента НАН України, доктора медичних наук, професора Миколи Дмитровича Тронька на I конгресі Асоціації ендокринологів України «Новітні технології в діабетології».

— Цукровий діабет (ЦД), без сумніву, є однією з найактуальніших медико-соціальних проблем сьогодення. Це пов'язано як зі стрімким ростом розповсюдженості цього захворювання, так і з високою частотою гострих і хронічних ускладнень патології, що призводять до передчасної втрати працездатності та смерті пацієнта. За даними Міжнародної діабетичної федерації (International Diabetes Federation, IDF), у 2007 р. поширеність ЦД серед осіб віком від 20 до 79 років становила 6,0% (246 млн осіб); згідно з прогнозами до 2025 р. цей показник може збільшитися до 7,3% (380 млн осіб). Ще принаймні у 7,5% дорослого населення відмічається порушена толерантність до глюкози (ПТГ), що є предіабетичним станом. Щороку кількість хворих на ЦД збільшується на 7 млн осіб. За цей же час реєструється близько 3 млн смертей, пов'язаних із ЦД, тобто кожні 10 с хвороба забирає життя однієї людини.

Цих даних було достатньо для того, щоб ООН охарактеризувала ситуацію, що склалася на початку ХХІ ст., як пандемію ЦД і 2006 року ухвалила резолюцію, у якій пропонує державам-членам ООН розробити державні програми з боротьби із цією недугою. До речі, в Україні така програма функціонує вже більше 10 років.

Необхідно зазначити, що, як і в більшості країн світу, розповсюдженість ЦД, перш за все ЦД 2 типу, в нашій країні невинно зростає. Якщо у 2000 р. щорічна захворюваність на ЦД в Україні становила 131,6 випадку на 100 тис. населення, то у 2008 р. — уже 248,4 (для ЦД 1 типу — 13,1 та 28,5 випадку відповідно; для ЦД 2 типу — 118,5 та 219,8 випадку). Сьогодні тільки за офіційними даними кількість хворих на ЦД перевищує 1 млн 230 тис. осіб. Хоча не можна ігнорувати той факт, що розповсюдженість ЦД в Україні (близько 2,6%) і сьогодні суттєво нижча, ніж у більшості країн Європи, що може свідчити про недостатнє виявлення захворювання.

Що стосується частоти виявлення ускладнень у хворих на ЦД, то цей показник залишається незмінним протягом останніх 10 років (38,1-40,3% у цілому й 2,2-2,8% серед хворих з уперше виявленим ЦД). Проведений нами аналіз показав, що причиною відсутності динаміки цього показника є, на жаль, не краща профілактика ускладнень, а їх недостатнє виявлення.

Таким чином, наведені дані звертають нашу увагу на пріоритетне завдання ендокринологічної служби України — поліпшення виявлення ЦД та його ускладнень.

У нашій країні вже кілька років функціонує реєстр хворих на ЦД СИНАДІАБ, що дозволяє не тільки отримувати дані щодо розповсюдженості ЦД та його ускладнень, а й аналізувати ефективність роботи ендокринологічної служби, звернути увагу на ключові проблеми та помилки, визначити шляхи їх розв'язання. Ця унікальна база даних містить сьогодні інформацію про більш ніж 0,5 млн хворих на ЦД.

Завдяки реєстру ми змогли розрахувати, що середня тривалість життя хворих на ЦД 1 типу в нашій країні становить сьогодні близько 40 років; це дещо нижче, ніж у розвинених країнах Європи та Східної Америки. Нагадаю, що на початку минулого століття середня тривалість життя після встановлення діагнозу ЦД 1 типу не перевищувала 2 років (за відсутності інсулінотерапії хворі досить швидко помирили внаслідок кетоацидотичної коми). У 1950-х рр., коли інсулінотерапія набула широкого розповсюдження, середня тривалість життя хворих на ЦД 1 типу становила вже 30 років, основними причинами смерті при цьому виступали серцево-судинні захворювання, діабетична нефропатія й інфекції.

Сьогодні гострі ускладнення ЦД 1 типу, за даними українського (СИНАДІАБ) та європейського (EURODIAB) реєстрів, є причиною смерті менш ніж 5% хворих, тоді як 25-35% пацієнтів помирають від серцево-судинної патології. До речі, аналіз СИНАДІАБ порівняно з даними європейського реєстру дозволив виявити одну з основних причин меншої тривалості життя пацієнтів із ЦД 1 типу в Україні. Слабким місцем виявилися профілактика, рання діагностика та лікування такого хронічного ускладнення ЦД, як діабетична нефропатія. Так, у країнах Європи від ниркової недостатності сьогодні помирають менше 3% пацієнтів із ЦД, а в Україні — майже 30%.

Попри те що за допомогою пероральної терапії компенсації ЦД 2 типу вдається досягти лише у певній кількості пацієнтів, а також незважаючи на доведений позитивний вплив раннього початку інсулінотерапії на прогноз цього захворювання, в Україні ще досить рідко призначають препарати інсуліну цій категорії пацієнтів. Так, за даними реєстру СИНАДІАБ, у нашій країні лише 18,6% хворих на ЦД 2 типу отримували у 2008 р. інсулін, що майже у 2 рази менше, ніж, наприклад, у Швеції у 2003 р. (35,1%).

Приємно відзначити, що результати аналізу даних українського національного реєстру хворих на ЦД цікаві й корисні вченим і клініцистам не тільки нашої держави, а й інших країн світу. Так, доповіді, присвячені аналізу даних реєстру СИНАДІАБ, представлені на конгресах Європейської асоціації з вивчення ЦД (European Association for the Study of Diabetes, EASD), зацікавили оглядачів Американської діабетологічної асоціації (American Diabetes Association, ADA). Ці дані неодноразово публікувалися у провідних міжнародних фахових виданнях, таких як Diabetes і Heart. Десятки іноземних медичних сайтів містять посилання на результати українського реєстру хворих на ЦД.

Для подальшого функціонування та розвитку такого корисного інструменту, як національний реєстр хворих на ЦД, необхідно виконати кілька умов:

— забезпечити адміністративну та фінансову підтримку діяльності ендокринологічної служби щодо функціонування реєстру за допомогою відповідного наказу МОЗ та НАМН України;

— у процесі оновлення програмного забезпечення реєстру не допустити втрати вже зібраної інформації;

— забезпечити спільну участь установ МОЗ та НАМН у керуванні реєстром і спільному використанні даних для аналізу особливостей перебігу та лікування ЦД в Україні.

Отже, завданням № 2 для ендокринологічної служби України є функціонування та розвиток діючого реєстру хворих на ЦД, за допомогою якого можна визначити потребу в забезпеченні пацієнтів інсулінами, пероральними цукрознижувальними препаратами та засобами самоконтролю, постійно проводити моніторинг профілактики, діагностики та лікування ЦД.

Сьогодні одним із найбільш серйозних викликів для світової діабетології є ранній розвиток і висока частота серцево-судинної патології серед хворих на ЦД. До речі, в нашій країні проблема росту кардіоваскулярної смертності в загальній популяції є чи не найгострішою у Європі. Так, у більшості європейських країн цей показник з 1980 р. поступово знижується, а в Україні і Болгарії досить стрімко зростає, наразі досягнувши 10 випадків на 1 тис. населення на рік. За даними ВОЗ, в Україні один з найвищих у Європі показників смертності від ішемічної хвороби серця (ІХС) — більше 1 тис. випадків на 100 тис. населення на рік серед чоловіків і 457 — серед жінок, що в 5-10 разів більше, ніж, наприклад, у Німеччині (280 та 94 випадки) чи у Франції (115 та 26 випадків).

Необхідно пам'ятати про те, що перебіг ІХС в разі ЦД має свої особливості. На тлі ЦД нівелюються гендерні розбіжності в частоті розвитку ІХС, значно частіше відмічається безболісова форма ІХС, наслідком чого є висока частота постінфарктних ускладнень і високий рівень смертності від ІХС.

У найвідомішому діабетологічному дослідженні UKPDS було встановлено, що основними факторами ризику кардіоваскулярної патології у хворих на ЦД є гіперліпемія, підвищення рівня холестерину ліпопротеїдів низької щільності (ЛПНЩ) і зниження рівня холестерину ліпопротеїдів високої щільності (ЛПВЩ), артеріальна гіпертензія, куріння. Контроль указаних факторів ризику має сприяти зменшенню серцево-судинної захворюваності та смертності хворих на ЦД.

Так, аналіз результатів дослідження UKPDS показав, що контроль глікемії дійсно супроводжується зниженням частоти судинних ускладнень ЦД та смертності. Було встановлено, що зниження рівня глікозильованого гемоглобіну (HbA_{1c}) на кожен 1% асоціюється зі зменшенням ризику розвитку мікроангіопатії на 37%, інфаркту міокарда — на 14%, ураження периферичних судин — на 43%, летальності, пов'язаної із ЦД, — на 21%.

Отже, чим ближчим буде рівень HbA_{1c} до фізіологічних показників, тим нижчим буде ризик розвитку зазначених ускладнень.



М.Д. Тронько

У таблиці наведено цільові рівні глікемії, рекомендовані сьогодні провідними міжнародними організаціями з вивчення ЦД для більшості пацієнтів із цією патологією.

На жаль, навіть у розвинених країнах світу адекватний глікемічний контроль спостерігається лише у третини хворих на ЦД (36% у США, 31% — у країнах Європи). Більше того, у 25-30% пацієнтів відмічається виражена декомпенсація захворювання з рівнем HbA_{1c} ≥9%. В Україні переважна більшість хворих (понад 90%) має HbA_{1c} >7,5%, тобто знаходиться у стані декомпенсованого ЦД.

Необхідність досягнення компенсації ЦД з огляду на очевидний зв'язок між рівнем глікемії та частотою ускладнень сьогодні не викликає сумнівів. Але чи є наведені в таблиці цільові рівні доцільними у всіх без винятку хворих? Повернутися до активного обговорення оптимальних цільових показників глікемії у хворих на ЦД світової діабетологічної спільноту спонукали результати кількох масштабних досліджень з вивчення інтенсивного контролю глікемії, що завершилися нещодавно (ACCORD, VADT, ADVANCE).

Нагадаю, що дослідження ACCORD було завчасно зупинено через достовірно вищий рівень смертності хворих на ЦД у групі інтенсивного контролю глікемії (середній рівень HbA_{1c} на момент завершення клінічного випробування — 6,4%) порівняно з групою традиційного підходу до цукрознижувальної терапії (HbA_{1c} — 7,5%). Учені висунули кілька гіпотез для пояснення збільшення смертності у групі інтенсивного лікування, серед яких були:

- більш висока частота призначення окремих пероральних цукрознижувальних препаратів, зокрема глітазонів;
- більш висока частота важких гіпоглікемії, викликана надмірною агресивністю у досягненні глікемічних цілей;
- більш агресивна інсулінотерапія.

Однак остаточний висновок поки що не зроблено.

Цікаво, що в іншому дослідженні з вивчення ефективності та безпеки інтенсивного контролю глікемії ADVANCE, у якому в групі інтенсивного лікування було досягнуто майже такого ж рівня HbA_{1c} (6,5%), як і в ACCORD, не тільки не відмічали ріст смертності, а навіть було зафіксовано зниження сукупного ризику мікро- та макросудинних ускладнень на 10%.

Аналіз і порівняння даних досліджень ADVANCE й ACCORD дозволив визначити деякі категорії хворих, у яких цільовий рівень HbA_{1c} може бути змінений.

Якщо для більшості пацієнтів із ЦД доцільним є досягнення рівня HbA_{1c}

<7,0%, то в осіб із невеликою очікуваною тривалістю життя (менше 5 років), тривалим анамнезом ЦД, серйозною серцево-судинною патологією, важкими супутніми захворюваннями, високим ризиком гіпоглікемії цей показник може бути вищим за 7% і визначитися в кожному окремому випадку індивідуально.

Лікування хворих на ЦД не обмежується лише контролем глікемії, адже артеріальна гіпертензія та дисліпідемія (підвищення рівня холестерину ЛПНЩ та зниження рівня холестерину ЛПВЩ) є навіть більш важливими факторами ризику кардіоваскулярних ускладнень у цієї категорії пацієнтів. Так, у дослідженні G.L. Bakris і співавт. (2000) було показано, що у хворих на ЦД 2 типу контроль артеріального тиску більшою мірою, ніж контроль глікемії, дозволяє знизити ризик розвитку нефропатії, мозкового інсульту та серцево-судинну смертність. За наявності дисліпідемії, а також усім хворим на ЦД та ІХС незалежно від початкового рівня ліпідів необхідно обов'язково призначати статини для досягнення цільового рівня холестерину ЛПНЩ <1,8-2,0 ммоль/л. Сьогодні в Україні, за даними національного реєстру, статини отримують лише 0,8% хворих на ЦД, що є серйозним упущенням з боку лікарів.

Таблиця. Цільові рівні глікемії для хворих на ЦД згідно з рекомендаціями ADA, EASD та IDF				
Показник	Норма	Цільові рівні для хворих на ЦД		
		ADA	ADA/ EASD	IDF
HbA _{1c} %*	<6,0	<7,0	<7,0	≤6,5
Глікемія натще, ммоль/л	<5,6	5,0-7,2	3,9-7,2	<6,0
Постпрандіальна глікемія, ммоль/л	<7,8	<10,0	<10	<8,0

* Згідно зі стандартами DCCT.

Щодо використання антитромботичних препаратів, то Американська асоціація серця (American Heart Association, АНА) й ADA рекомендують використання ацетилсаліцилової кислоти (АСК) для первинної профілактики серцево-судинних захворювань у хворих на ЦД 2 типу з високим серцево-судинним ризиком (жінки віком >60 років і чоловіки >50 років з принаймні одним додатковим фактором ризику) та для вторинної профілактики усім пацієнтам із кардіоваскулярними подіями в анамнезі.

Важливим аспектом ведення хворих на ЦД є їх навчання, що, за даними численних досліджень, дозволяє суттєво покращити контроль захворювання. Сьогодні, на жаль, навчання пацієнтів є однією з найбільш слабких ланок у вітчизняній системі надання допомоги хворим на ЦД. На сучасному етапі основними проблемами є: проведення навчання не в повному обсязі; дуже низький рівень відвідування шкіл самоконтролю; недостатня інформованість пацієнтів про своє захворювання та можливості його лікування; низька мотивація хворих до навчання.

Отже, існуюча система навчання хворих на ЦД потребує негайних змін, для чого перш за все слід створити організаційний центр, який би координував та оцінював роботу шкіл і кабінетів самоконтролю.

Серйозною проблемою в Україні залишається синдром діабетичної стопи та високий рівень нетравматичних ампутацій нижніх кінцівок у хворих на ЦД. Щороку в нашій країні реєструють близько 8 тис. випадків діабетичної гангрени. Кардинально змінити ситуацію допоможе лише створення єдиної загальнодержавної служби профілактики та лікування синдрому діабетичної стопи, що має складатися з трьох рівнів:

1) кабінетів профілактики та ранньої діагностики діабетичної стопи в лікувальних закладах первинної ланки системи охорони здоров'я;

2) кабінетів лікування діабетичної стопи в ендокринологічних диспансерах та

ендокринологічних відділеннях обласних лікарень;

3) 2-3 спеціалізованих центрів в Україні, що займатимуться наданням висококваліфікованої допомоги хворим із синдромом діабетичної стопи, а також науковою та навчально-методичною роботою.

Такий спеціалізований центр створюється на базі ДУ «Інститут ендокринології та обміну речовин ім. В.П. Комісаренка НАМН України».

Не менш актуальною є проблема діабетичної ретинопатії. Встановлено, що з усіх інвалідів по зору близько 35% припадає на хворих із ЦД. Щорічно у світі приблизно 15 млн осіб повністю або частково втрачають зір унаслідок діабетичної ретинопатії. В Україні 3,47% пацієнтів із ЦД 1 типу та 2,3% із ЦД 2 типу є сліпими (згідно з даними СИНАДІАБ).

Серед факторів, що перешкоджають своєчасному виявленню діабетичної ретинопатії та профілактиці сліпоти у хворих на ЦД, необхідно виділити такі: недостатня інформованість лікарів первинної ланки про переваги своєчасного виявлення цього ускладнення та ефективність лазерної коагуляції сітківки, брак лазерних установок та спеціалізованих центрів для лікування діабетичної ретинопатії (на сьогодні їх усього три – у м. Києві, Одесі та Харкові).

Приблизно у третини хворих на ЦД рано чи пізно діагностують діабетичну нефропатію. Відомо, що серед осіб, яким проводять хронічний діаліз чи трансплантацію нирки, близько 30% становлять хворі на ЦД.

Згідно з даними СИНАДІАБ, в Україні 2,45% пацієнтів із ЦД 1 типу та 0,26% із ЦД 2 типу мають термінальну стадію діабетичної хвороби нирок. Першочерговими завданнями у профілактиці та лікуванні діабетичної нефропатії є:

- компенсація вуглеводного обміну;
- раннє виявлення мікроальбумінурії та зниження швидкості клубочкової фільтрації;
- своєчасний початок лікування із застосуванням інгібіторів ангіотензинперетворюючого фактора та блокаторів рецепторів ангіотензину II.

Пріоритетним сьогодні слід вважати амбулаторно-поліклінічний напрям надання спеціалізованої допомоги хворим на ЦД. Для забезпечення повноцінної спеціалізованої допомоги необхідно внести зміни до відповідних наказів МОЗ України, у тому числі виділити посади медичного персоналу для кабінетів самоконтролю хворих на ЦД, кабінетів діабетичної стопи тощо.

Стосовно лікування ЦД слід зазначити, що на фармацевтичному ринку України представлено всі необхідні для ефективного контролю глікемії лікувальні засоби як вітчизняного, так і закордонного виробництва. Більше того, протягом декількох років держава забезпечує всіх інсулінозалежних хворих препаратами інсуліну за бюджетні кошти. На жаль, ще досі не впроваджена розроблена рецептурна система забезпечення інсуліном, яка є більш ефективною з багатьох точок зору, ніж та, що функціонує сьогодні. Рецептурна система використовується в більшості розвинених країн світу й дозволить вирішити в нашій країні такі завдання:

- своєчасне та безкоштовне забезпечення пацієнтів препаратами інсуліну за призначенням лікаря для ефективного

лікування згідно з «Протоколами надання медичної допомоги хворим на ЦД»;

– раціональне використання бюджетних коштів;

– розподіл центрів прийняття рішень для запобігання зловживань;

– забезпечення належних умов дистрибуції та зберігання препаратів інсуліну;

– підвищення ефективності роботи ендокринологів шляхом звільнення їх від відповідальності за облік і розповсюдження матеріальних цінностей.

Для реалізації цих цілей необхідно таке: МОЗ разом з МВС встановити порядок визначення на конкурсних засадах уповноважених аптечних закладів для відпуску хворим на ЦД препаратів інсуліну; МОЗ разом з Міністерством фінансів України встановити порядок відшкодування аптечним закладам витрат, пов'язаних з відпуском препаратів інсуліну.

Лікування ЦД 2 типу згідно із сучасним алгоритмом, запропонованим ADA та EASD, слід розпочинати з модифікації способу життя (дієти, фізичної активності) та прийому метформіну. Якщо не вдається досягти цільового рівня HbA_{1c} за допомогою цих заходів, додатково призначають пероральні цукрознижувальні засоби інших груп (перш за все похідні сульфонілсечовини, у деяких випадках – піоглітазон чи інкретиноміметики), згодом, у разі необхідності, й інсулінотерапію.

У лікуванні ЦД 1 типу основною складовою є інсулінотерапія. Підвищити її ефективність та безпеку дозволяють сучасні технології – інсулінові помпи та системи постійного моніторингу глікемії, необхідні в першу чергу пацієнтам з лабільним перебігом ЦД.

Особлива увага суспільства до ЦД зумовлена серед іншого й тим, що це захворювання є одним з основних пунктів

витрат систем охорони здоров'я більшості країн світу. Так, у США у 2000 р. близько чверті всіх витрат на охорону здоров'я припадало на пацієнтів із ЦД. Підраховано, що на лікування ЦД та його ускладнень тільки в США щорічно витрачається більше 200 млрд доларів, при цьому витрати на цукрознижувальні препарати становлять не більше 7-10% цієї суми, тоді як левова частка коштів йде на госпіталізацію хворих і лікування ускладнень.

Які напрями в лікуванні ЦД 1 та 2 типу можна вважати найбільш перспективними у XXI ст.? Серед методів і препаратів, які вже широко використовують у розвинених країнах, у першу чергу слід відмітити інсулінові аналоги, застосування інсулінових помп (особливо з вбудованими глюкосенсорами) й пероральні цукрознижувальні препарати нових генерацій. У той самий час майбутнє терапії ЦД пов'язують із такими методами, як пересадка β-клітин підшлункової залози, застосування стовбурових клітин, імунна і генна терапія. До речі, експериментальні дослідження, спрямовані на розробку та вдосконалення методів генної терапії ЦД, проводяться і в Україні – на базі ДУ «Інститут ендокринології та обміну речовин ім. В.П. Комісаренка НАМН України» й інших науково-дослідних установ НАМН України; сьогодні вже отримано перші обнадійливі результати. Безумовно, міне немало часу, поки результати цих експериментальних досліджень зможуть бути використані у клінічній практиці, але є надія, що рано чи пізно нам все ж таки вдасться здійснити бажання мільйонів хворих на ЦД, висловлене Н. Кеєн у 2004 р., – у новому тисячолітті бачити діабет без ускладнень, а можливо, й світ без діабету.

Підготувала **Наталія Міщенко**

3у

Сердечно поздравляем
президента Ассоциации эндокринологов
Украины, директора ГУ «Институт
эндокринологии и обмена веществ
им. В.П. Комиссаренко
НАМН Украины»,
академика НАМН Украины,
члена-корреспондента НАН
Украины, доктора
медицинских наук,
профессора
Николая
Дмитриевича
Третьякова

**Глубокоуважаемый
Николай Дмитриевич!**

*Искренне поздравляем Вас
с присвоением научного звания
академика НАМН Украины
по специальности
«радиационная эндокринология».*

*Ваша блестящая научная,
преподавательская и клиническая
деятельность по праву высоко оценена
медицинским научным сообществом,
Вашими коллегами и учениками.*

*От всей души желаем Вам крепкого здоровья,
душевной гармонии, благополучия, творческого
вдохновения и успешной реализации всех Ваших идей!*

Коллектив и многочисленная читательская аудитория
«Медицинской газеты «Здоров'я України»