

ТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ ТАКТИКИ, ИСПОЛЬЗУЕМЫЕ В ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ В ВОЛГОГРАДСКОЙ ОБЛАСТИ

И. В. Горбаткова

**Главный внештатный специалист-диабетолог Комитета по здравоохранению
Администрации Волгоградской области. Руководитель областного
диабетологического Центра. Врач-эндокринолог высшей категории**

В настоящее время заболеваемость сахарным диабетом приняла характер эпидемии. При этом каждые 10 лет число больных СД удваивается. Что связано в первую очередь с глобальной урбанизацией населения, предполагающей малоподвижный образ жизни, потребление много калорийной, рафинированной пищи и, как следствие, избыточную массу тела. А лишний вес, как известно, один из главных факторов развития наиболее распространенной формы сахарного диабета типа 2.

Что же мы знаем о диабете сегодня?

- В России более 9 млн. пациентов с СД.
- 62,5 % из них (5 млн.) не знают , что больны.

- Риск развития ИБС при СД в 4 раза выше, чем у лиц без диабета.

- Синдром диабетической стопы в той или иной форме развивается у 30–60 % больных СД.

- Ретинопатия на момент диагностики СД выявляется в 20–40 % случаев, а спустя 15 лет – в 85 % случаев.

- Диабетическая нефропатия составляет 4–30 % случаев.

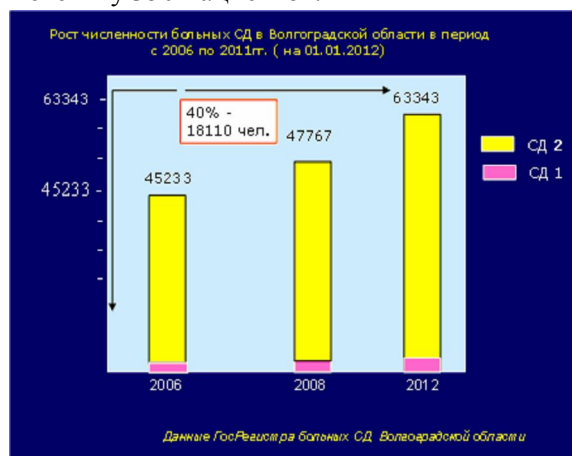
- 90 % из всего бюджета на диабет приходится на лечение осложнений.

Учитывая столь драматическую ситуацию, 01.03.2010 г. принят приказ №116н Минздравсоцразвития РФ «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи больным с эндокринными заболеваниями».

В декабре 2011 г. выпущено 5-е обновленное и дополненное издание «Алгоритмов специализированной медицинской помощи больным сахарным диабетом». Руководство основано на международном и отечественном опыте лечения сахарного диабета и содержит изменения, касающиеся диагностики сахарного диабета, формулировки диагноза, индивидуализации целевых значений уровня гликемии, стратегии сахароснижающей терапии при сахарном диабете типа 2.

Волгоградская область является одним из крупнейших субъектов Российской Федерации Южного федерального округа.

По данным Регистра СД , на 01.01.2012 г. в области зарегистрировано 63 343 пациента с сахарным диабетом, из них 3 441 – пациенты с сахарным диабетом типа 1, диагноз сахарного диабета типа 2 имеют 59 552 пациента. Инсулинотерапию при сахарном диабете типа 2 получают 9 821 пациент, что составляет 16,5 % от общего числа больных сахарным диабетом типа 2. Другие формы сахарного диабета отмечены у 350 пациентов.



С февраля 2000 г на базе ГБУЗ «Волгоградская областная клиническая больница №3.» функционирует областной диабетологический центр, структурными подразделениями которого являются:

- 20 эндокринологических коек в структуре кардиологического отделения для больных сахарным диабетом с выраженными микро- и макрососудистыми осложнениями (артериальная гипертензия, ИБС, диабетическая нефропатия) и другой эндокринной патологией.

- Кабинет « Диабетическая стопа».
- Кабинет врача-офтальмолога.
- Кабинет лазерной фотокоагуляции.
- Кабинет «Школы обучения больных сахарным диабетом» для проведения стационарной и амбулаторной моделей обучения.

• Кабинет врача-эндокринолога консультативного приема.

• Кабинет специалиста по работе с регистром больных сахарным диабетом.

В регионе реализуются Федеральная и областная целевые программы «Предупреждение и борьба с социально-значимыми заболеваниями, подпрограмма «Сахарный диабет», направленные на выполнение социальных гарантий для пациентов с сахарным диабетом.

Анализируя назначения врачей-эндокринологов Волгоградской области, по данным Регистра, сахароснижающие препараты, используемые в лечении пациентов с сахарным диабетом типа 2, распределены следующим образом:

2011 г.

1. Производные сульфаниламидов – 55,6 % (50,74 %);

2. Метформин – 37,2 % (35,8 %);

3. Глиниды – 0,25 % (0,8 %);

4. Ингибиторы альфаглюкозидазы – 0,13 % (0,3 %);

5. Комбинированные препараты – сульф. + метформин – 5,2 % (12,1 %);

6. Комбинированные препараты – ингибиторы ДПП4 + метформин – 0,38 % (0,08 %);

7. Ингибиторы ДПП – 0,8 % (0,08 %);

8. Агонисты рецепторов ГПП 1 – 0,17 % (0,1 %);

9. Тиазолидиндионы 0,27 %.

Препараты метформина и сульфаниламиды занимают 37,2 и 55,6 % соответственно в структуре назначаемых препаратов.

Достаточно высокая доля метформина вполне соответствует современным представлениям о патогенетически обоснованной терапии сахарного диабета типа 2, как стартовой – в дебюте заболевания, так и в комбинации с другими сахароснижающими препаратами и инсулином на различных этапах лечения заболевания – от метаболического синдрома через стадию манифестного сахарного диабета типа 2 до инсулинопотребного. Метформин, призванный решить проблему инсулинорезистентности, не только снижает гликемию без риска развития гипогликемических состояний, но снижает и риск летальности, связанной с диабетом, (данные Британского проспективного исследования UKPDS), за счет нормализации показателей липидного профиля и реологии крови.

Традиционная приверженность в лечении больных сахарным диабетом препаратам производным сульфаниламидов, заявленным в соответствии с 5-м изданием «Алгоритмов специализированной медицинской помощи больным сахарным диабетом», как альтернативные препараты первого ряда для старта терапии, и в процессе стратификации лечения, в большей степени обусловлена полувековым клиническим опытом применения и доступной стоимостью. Назначение их патогенетически обосновано в случае сохранной функции β -клеток поджелудочной железы. Но наряду с положительным эффектом, производные сульфаниламидов имеют целый ряд нежелательных свойств, увеличивая риск развития гипогликемических состояний и прибавку массы тела.

Поэтому у пациентов некомпенсированных на субмаксимальных дозах монотерапии, предпочтительна комбинированная терапия двумя и более препаратами. Возможность комбинирования препаратов с взаимодополняющим механизмом действия в низких дозах, снижает риск развития побочных эффектов лечения, обеспечивая лучшую и более быструю компенсацию заболевания. И в этом случае наиболее интересны комбинированные препараты, доля которых составляет лишь 5,6 %, тогда как в 2011 г. это число составляло 12 %.

Препаратами первого ряда для старта терапии и дальнейшей стратификации, помимо метформина, признаны ингибиторы ДПП-4 и агонисты рецепторов ГПП-1. Появление этих инновационных препаратов существенно облегчило задачу безопасного и эффективного контроля гликемии, поскольку они не вызывают гипогликемии, не обладают кардио-, гепато- и нефротоксичным действием, имеют хорошую переносимость и удобны в применении.

В регионе данные препараты используются с 2010 г., но учитывая высокую стоимость, имеют ограниченное применение и закупаются преимущественно за счет средств, предусмотренных на реализацию областной целевой программы «Предупреждение и борьба с социально значимыми заболеваниями», подпрограмма «Сахарный диабет».

Прогрессирующее снижение инсулиновой секреции при сахарном диабете типа 2 предполагает дальнейшую интенсификацию лечения с использованием различных модификаций инсулинотерапии.

Инсулины, используемые в лечении пациентов с сахарным диабетом типа 2 (данные Регистра Волгоградской области):

1. Инсулиновые аналоги ультракороткого действия – 6,4 %;
2. Инсулиновые аналоги длительного действия – 13,6 %;
3. Предварительно смешанные инсулины и инсулиновые аналоги – 15,4 %;
4. Генно-инженерные инсулины средней продолжительности действия – 39,6 %;
5. Генно-инженерные инсулины короткого действия – 25 %.

Из них с помощью шприц-ручек вводится 64 % используемых инсулинов.

Общая доля инсулиновых аналогов составляет 20 %.

В выборе схем инсулинотерапии у больных СД типа 2 более оправдан выбор беспиковых аналогов, вызывающих значимо меньший риск развития гипогликемических состояний, чем НПХ-инсулины средней продолжительности действия, и предварительно смешанным инсулинам – в одноразовых шприц-ручках, что значительно облегчает введение инсулина пожилыми больными с когнитивными дисфункциями.

Доля пациентов с сахарным диабетом типа 1 в структуре заболеваемости диабетом в Волгоградской области составляет 5,4 %.

Единственным пожизненным методом лечения сахарного диабета типа 1 в условиях абсолютного дефицита инсулина, является инсулинотерапия.

Инсулины, используемые в их лечении, распределились следующим образом:

1. Инсулиновые аналоги ультракороткого действия – 21,3 %;
2. Инсулиновые аналоги длительного действия – 20,9 %;

3. Предварительно смешанные инсулины и инсулиновые аналоги – 2,5 %;

4. Генно-инженерные инсулины средней продолжительности действия – 29,6 %;

5. Генно-инженерные инсулины короткого действия – 25,7 %.

Общая доля инсулиновых аналогов составляет 44,2 %.

Препараты этой группы лучше имитируют физиологическую базальную и постпрандиальную секреции инсулина, что положительно сказывается на достижении целых значений гликемии, снижая риск развития тяжелых гипогликемических состояний и хронической передозировки инсулина.

С помощью шприц-ручек вводится 84,4 % используемых инсулинов.

Использование генно-инженерных инсулинов или инсулиновых аналогов, вводимых шприц-ручкой позволяет:

- улучшить качество жизни;
- достигнуть максимально возможной компенсации углеводного обмена;
- избегать прогрессирования сосудистых осложнений;
- проводить лечение в соответствии с современными стандартами.

Таким образом, в настоящее время в Волгоградской области для лечения пациентов с различными типами сахарного диабета используются современные сахароснижающие препараты, инсулины и инсулиновые аналоги, назначение которых в адекватных и своевременных комбинациях в сочетании с модификацией образа жизни, обучением пациента, позволяет достигать целевых значений уровня гликемии, тем самым снижая риск развития грозных сосудистых осложнений сахарного диабета.

Литература

1. Дедов И. И. Шестакова М. В. Алгоритмы специализированной медицинской помощи больным сахарным диабетом, 5-й выпуск (Репринт).
2. Дедов И. И. Шестакова М. В. Оптимизация и интенсификация инсулинотерапии при СД 2 типа. – 2010.
3. Э. Питерс-Хармел. Р. Матур Сахарный диабет. Диагностика и лечение. – 2008.
4. American Diabetes Association. Standards of medical care in diabetes. – 2011.
5. Данные Государственного регистра больных сахарным диабетом Волгоградской области. – 2011.

