

УДК 616.379-008.64-085(470.620)	UDC 616.379-008.64-085(470.620)
ПОДХОДЫ К ЛЕЧЕНИЮ САХАРНОГО ДИАБЕТА И ЕГО ОСЛОЖНЕНИЙ В КРАСНОДАРСКОМ КРАЕ	APPROACHES TO DIABETES MELLITUS AND ITS COMPLICATIONS TREATMENT IN KRASNODAR KRAI
Кудлай Инна Степановна – к.м.н.	Kudlai Inna Stepanovna – Ph.D.(Med.)
<i>ГБУЗ Краевая клиническая больница № 2, Краснодар, Россия</i>	<i>SBIHC Krai clinic hospital Nr 2, Krasnodar, Russia</i>
Анализируются причины увеличения числа больных сахарным диабетом на территории Краснодарского края с 2000 г. Приведены данные о структуре осложнений и характере используемых патогенетических средств их лечения.	The causes of increasing the morbidity of diabetes mellitus in Krasnodar krai from 2000 year were analyzed. The data about complication structure and pathogenic means of their treatment were demonstrated.
Ключевые слова: ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ, ЭНДОКРИННАЯ ПАТОЛОГИЯ, САХАРНЫЙ ДИАБЕТ	Key words: MORBIDITY, ENDOCRINE PATHOLOGY, DIABETES MELLITUS

В настоящее время в Краснодарском крае зарегистрировано 142060 человек с установленным диагнозом сахарный диабет (СД). По распространенности СД среди населения Краснодарский край занимает первое место в Южном федеральном округе – 2,67 %. Для сравнения в Ростовской области распространенность СД среди населения составляет 2,5 %, в Ставропольском крае – 2,2 %, в Астраханской области – 2,4 % (по данным Госкомстата 2012 г.).

Краснодарский край занимает третье место в России, уступая лишь Москве и Московской области, по численности и плотности населения, входит в первую десятку регионов в стране по темпам строительства, объему инвестиций, уровню жизни населения. Особенности социальной карты региона являются его многонациональность (более 50 наций и народностей России, ближнего зарубежья и Кавказа), стабильное увеличение численности народонаселения, рост доли городского населения, преобладание отраслей агропромышленного комплекса, торговли, транспорта, курортного бизнеса.

Краснодарский край – одна из немногих территорий, где за постсоветский период произошло увеличение численности населения. Этот процесс происходил как за счет повышения уровня рождаемости (в регионе преодолен знаменитый российский «крест»: два года рождаемость превышает смертность), так и интенсивных миграционных процессов. В процессах миграции принимали участие население «кризисных» территорий и лица, закончившие свою трудовую деятельность в районах Севера, Сибири, Дальнего Востока.

Одновременно с этим произошло и старение населения. Однако средняя продолжительность жизни в Краснодарском крае выше, чем по России (в Краснодарском крае для мужчин она составляет 57,16 лет; женщин – 73,27 лет, в России – 55,5 и 72,07 лет, соответственно). Традиции кухни Украины, Северного Кавказа, России, особенности климатического

пояса породили такой феномен, как национальная кубанская кухня, в результате более 50 % жителей Краснодарского края имеют избыточную и повышенную массу тела, а следовательно, увеличилось число больных СД (рис. 1).

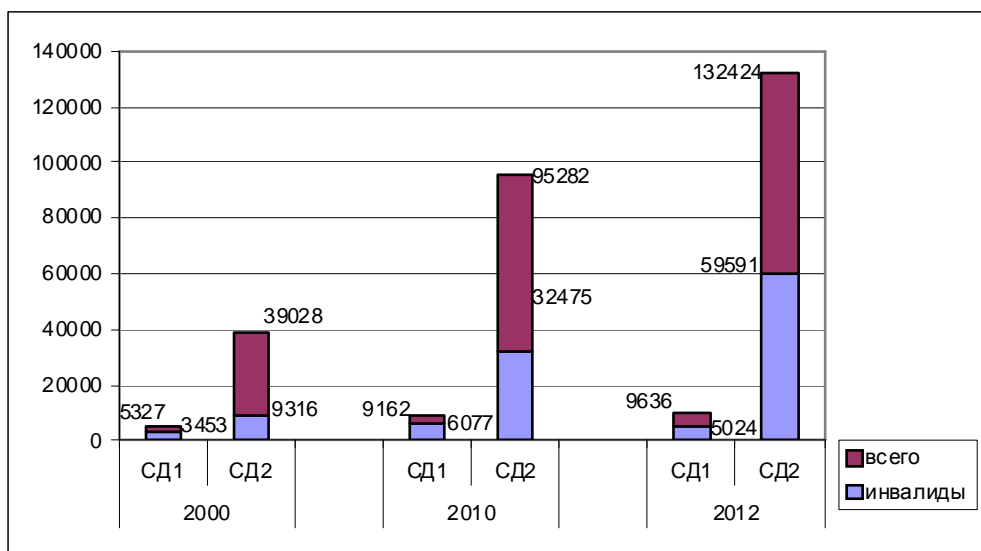


Рисунок 1. Рост числа больных сахарным диабетом в Краснодарском крае за период с 2000 года

Увеличение числа больных СД связано также с активными процессами выявления заболевания в регионе. Последние годы на территории Краснодарского края действует краевая целевая стратегия «Будьте здоровы» и программа «5 миллионов здоровых сердец», направленные на борьбу с социально значимыми заболеваниями. В рамках программы проводится активный скрининг взрослого населения с целью пропаганды здорового образа жизни, профилактики и лечения осложнений и снижения инвалидизации, раннего выявления кардиоваскулярной и цереброваскулярной патологии, ожирения, СД. Вышеназванные заболевания выявляются, благодаря работе так называемых кардиодесантов, когда методом сплошного скрининга взрослого населения врачи краевых больниц обследуют население районов.

Губернаторской программой предусмотрено также привлечение молодых специалистов в сельские районы. За последний год первичная и

общая заболеваемость СД увеличилась именно в тех районах, где работают прибывшие молодые специалисты. Обширная информированность врачей смежных специальностей об особенностях течения кардиocereбральной патологии и СД, акушеров-гинекологов о возможности наличия гестационного диабета у беременных женщин с избыточным весом и отягощенным акушерско-гинекологическим анамнезом также способствует выявлению СД среди населения в Краснодарском крае.

Таким образом, все вышеперечисленные факторы способствовали тому, что количество зарегистрированных больных СД в Краснодарском крае за 10 лет увеличилось в 2,9 раза, в то время как по России – в 1,6 раза. При этом пополнение рядов больных СД происходило, преимущественно, за счет пациентов с СД 2-го типа. Численность пациентов с СД 1-го типа остается практически стабильной и составляет 7–10 % от общего числа пациентов с данным видом патологии. Диабет существенно «помолодел», в Краснодарском крае зафиксированы 924 ребенка с СД 1-го типа, из них одному пациенту исполнилось 3 месяца, 25 подростков больны СД 2-го типа (табл. 1).

Таблица 1 – Структура больных сахарным диабетом в Краснодарском крае

Больные	Сахарный диабет 1-й тип	Сахарный диабет 2-й тип
Дети	616	0
Подростки	308	25
Взрослые	8712	132 399
Всего	9 636	132 424

Диабетологическую помощь в регионе оказывает ряд специализированных отделений, имеющих лицензии на оказание высокотехнологичной медицинской помощи (табл. 2).

Таблица 2 – Краевые учреждения оказания специализированной диабетологической помощи

СТАЦИОНАРЫ	АМБУЛАТОРНЫЕ СЛУЖБЫ
Эндокринологическое отделение ККБ № 1 – 40 коек	Поликлинический прием ККБ № 1
Эндокринологическое отделение ККБ № 2 – 60 коек	Эндокринологический СКАЛ, КДЦ ККБ № 2
Перинатальный центр ККБ № 2	Школы СД
Нефрологическое отделение ККБ № 1, отделение гемодиализа, отделение трансплантологии	Школы планирования беременности при СД
Анестезиолого-реанимационные отделения ККБ № 1, ККБ № 2	Школы лечения ожирения
Центр им. Пирогова отделения гношной хирургии ККБ № 1 (диабетическая стопа)	

В стационаре эндокринологического отделения краевой клинической больницы (ККБ) № 2 г. Краснодара проводится мониторинг уровня гликемии с использованием мониторов по определению уровня глюкозы крови (CDMS, Guardian), а также I-Pro, с помощью которого осуществляется наблюдение за уровнем гликемии в режиме one-line. Система непрерывного мониторинга глюкозы позволяет получить наиболее информативную картину колебаний уровня глюкозы в крови пациента в течение суток, а также измерять уровень сахара каждые пять минут в течение трех дней, т.е. фиксирует до 864 измерений за 72 часа. Таким образом, и врач, и пациент получают наиболее полную картину колебаний уровня глюкозы в крови, что позволяет:

- 1) составить четкое представление о характере гликемии крови;
- 2) выявить все проблемы на пути к компенсации СД:

- инсулинорезистентность;
- хроническая передозировка инсулина;
- феномен «утренней зари»;
- феномен «раннего завтрака»;
- неясные гипогликемии;
- гипергликемии неуточненного генеза т.д.
- скорректировать сахароснижающую терапию (как инсулинотерапию, так и таблетированную) с учетом индивидуальных особенностей.

С 2010 года выполнено более 50 мониторингов уровня гликемии у пациентов с СД.

С 2010 года в эндокринологических отделениях ККБ № 2, ККБ № 1 осуществляется работа по установке инсулиновых помп. В 2010 году были проведены обучающие циклы с врачами-эндокринологами центра по методике постановки инсулиновых помп разных фирм-производителей, особенностям подбора режима инсулинотерапии. За два года в эндокринологическом центре ККБ № 2 пациентам установлены 24 помпы, в том числе в 6 случаях – беременным женщинам.

Перинатальный центр и эндокринологическое отделение ККБ № 2 оказывают помощь всем беременным и родильницам с эндокринной патологией Краснодарского края с 2009 года. Ежегодно в стационаре проходят лечение и родоразрешение 130–150 пациенток с СД, из них около 20 % женщин – с впервые выявленным гестационным диабетом. Применение метода динамического наблюдения за беременными с СД включает обязательную госпитализацию женщин в эндокринологический центр в сроках 8–12, 18–22, 28–32 недели беременности, а также оценку степени выраженности сосудистых осложнений, коррекцию проводимой сахароснижающей терапии, а при необходимости – включение средств коррекции артериальной гипертензии. Кроме того, осуществляются

контроль состояния плода и своевременное присоединение препаратов, направленных на улучшение состояния фетоплацентарного кровообращения. Родоразрешение происходит в специализированном родильном доме, оснащённом приборами мониторинга, с возможностью длительного выхаживания в зависимости от состояния плода и родильницы, что в итоге позволило сократить перинатальные потери с 1,2 % в 2000 г. до 0,10 % в 2012 г.

У женщин с СД на момент рождения состояние новорожденных по шкале Апгар оценивалось следующим образом: тяжелая степень гипоксии – 21,8 %, гипоксия средней степени тяжести – 34,5 %, нормоксемическое состояние – 43,7 %. Случаев перинатальных потерь не зарегистрировано. В раннем неонатальном периоде умер один ребенок с множественными аномалиями развития.

Эндокринологический центр специализированного курсового амбулаторного лечения (СКАЛ) с дневным стационаром оказывает амбулаторную диагностическую и лечебную помощь населению города Краснодара и края на уровне, значительно превышающем уровень традиционной амбулаторной медицинской помощи. Наличие дневного стационара способствует сокращению показаний к госпитализации в стационар и, следовательно, более экономичному использованию финансовых средств. Центр СКАЛ представляет собой амбулаторно-стационарный комплекс, основной задачей которого является оказание специализированной диагностической и лечебной помощи «трудным» в диагностическом плане больным по модели стационарзамещающей технологии. Больные посещают центры СКАЛ во внерабочее время, больничный лист выдается при временной утрате трудоспособности и при госпитализации в профильное отделение стационара ККБ № 2. Общая продолжительность курса лечения составляет 2–4 месяца, после чего больной возвращается под наблюдение территориальной поликлиники.

Мощность эндокринологического СКАЛ эквивалентна деятельности 240-коечного стационара и более, чем в три раза экономичнее.

Созданная структура объединения является уникальной и, благодаря высокой степени концентрации ресурсов, обеспечивает адекватное качество и преемственность оказания помощи больным различного профиля и тяжести на всех этапах диагностики, амбулаторного и стационарного лечения даже в условиях недостаточного финансирования.

Современные перфузоры, установленные в отделениях реанимации эндокринологического центра, позволяют удерживать заданный уровень гликемии, изменяя скорость подачи вводимых энтерально и парентерально растворов, содержащих углеводы.

Нефрологический центр ККБ № 1 и его филиалы в Краснодарском крае позволяют улучшать качество жизни и пролонгировать ее пациентам с хронической почечной недостаточностью (ХСН).

За последние десять лет изменилась стратегия подходов к лечению СД. Ранее старт-терапия осуществлялась с назначения диетотерапии; около 30 % пациентов использовали только диетотерапию. Следующим этапом было присоединение таблетированных сахароснижающих препаратов (ССП). В этой группе значительно преобладали глибенкламиды – 70,0 %. Метформины в лечении составляли всего 10,0 %. Инсулинотерапию получали 17,0 % больных, доля аналогов была 1,5 % (рис. 2–3).

С внедрением стандартов и алгоритмов лечения с индивидуальной стратегией назначения ССП, доля пациентов, которым назначается только диетотерапия, сократилась до 1 %, больных, получающих метформины, возросла до 55 %, из них 29 % получают комбинированные препараты (производные сульфонилмочевины совместно с метформином).

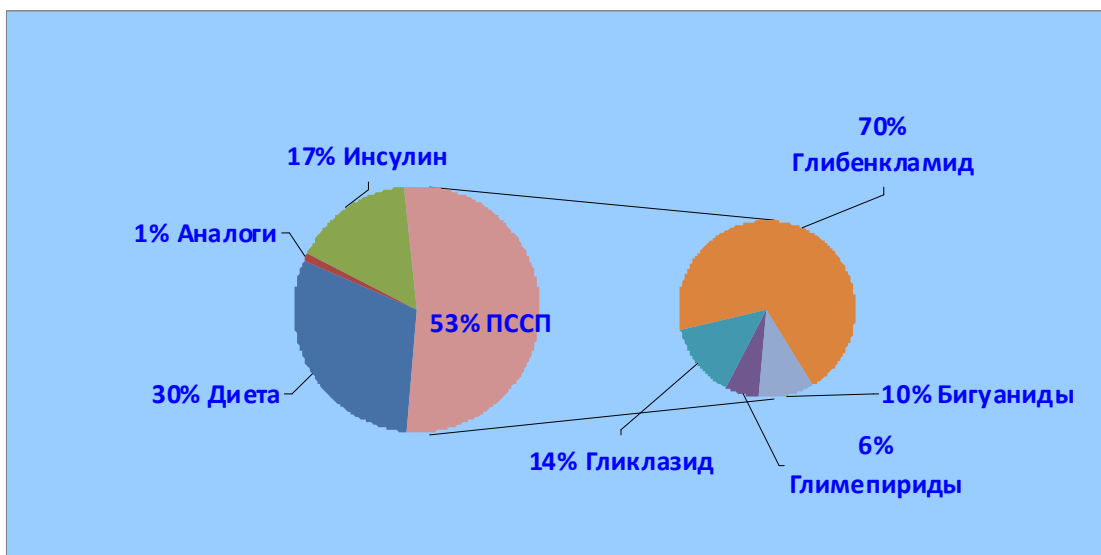


Рисунок 2. Структура используемых сахароснижающих средств в Краснодарском крае в 2000 году

Значительно расширился сектор пациентов, использующих препараты сульфонилмочевины с кардиопротективным эффектом – гликлазиды и глимепириды (до 20 %), потеснив глибенкламиды.

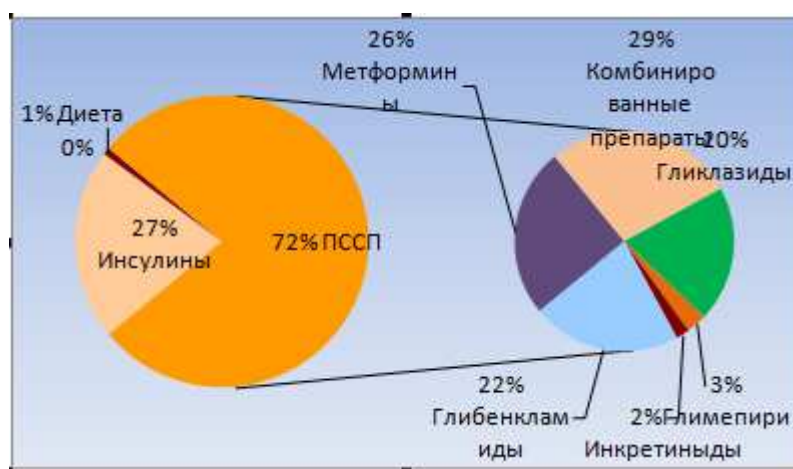


Рисунок 3. Структура используемых сахароснижающих средств в Краснодарском крае в 2012 году

В течение последних лет используются инкретомиметики, однако, в настоящее время доля их применения невелика и составляет около 1,5–2,0 %. Число пациентов, получающих инсулинотерапию, увеличилось до 28 %, пенетрация аналоговых форм составляет 17 %. Изменение стратегии

лечения пациентов оказало свое влияние на степень компенсации углеводного обмена.

В 2011 г. в эндокринологическом центре СКАЛ проведено скрининговое исследование уровня гликированного гемоглобина (HbA1c) как ретроспективного показателя состояния углеводного обмена у пациентов, обратившихся за консультативной и лечебной помощью, – жителей Краснодара и Краснодарского края. Всего было обследовано 1000 пациентов. У 44,8 % пациентов была отмечена хорошая и удовлетворительная степень компенсации СД (рис. 4).

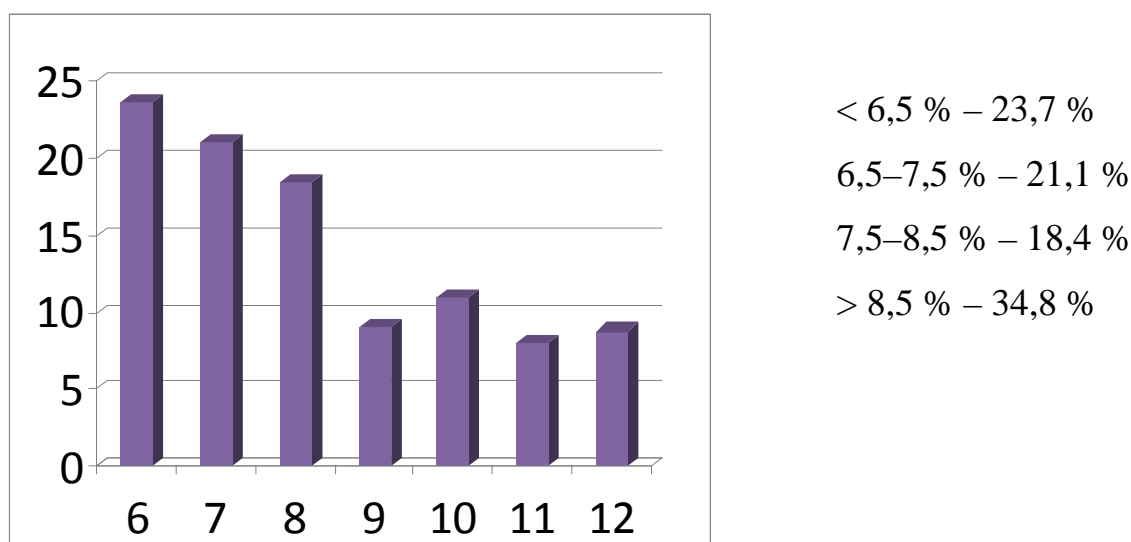


Рисунок 4. Уровень гликированного гемоглобина HbA1c (%) у пациентов с сахарным диабетом по результатам скринингового исследования

Однако более чем у 34 % пациентов с уровнем гликированного гемоглобина более 8,5 % прогнозируется высокий риск развития макроангиопатий. Анализ анкетных данных позволил установить, что степень компенсации углеводного обмена в большей степени определяется мотивацией пациента. Наиболее мотивированы пациенты с СД 1-го типа в возрасте 22–35 лет, а также 2-го типа с длительностью заболевания до 5 лет и более 10 лет. В период течения заболевания с 5 до 10 лет мотивация

снижается, что является базисом для формирования сосудистых осложнений.

Причины снижения мотивации пациента многочисленны:

- недостаточная осведомленность о характере и скорости развития сосудистых осложнений;
- ограниченность во времени эндокринолога для работы с пациентом;
- недостаточное количество «школ диабета»;
- перебои в снабжении сахароснижающими препаратами.

Основные организационные причины отсутствия достижения целевых значений степени компенсации углеводного обмена у пациентов:

- лимит времени на одного пациента на приеме у эндокринолога,
- недостаточное количество эндокринологов,
- отсутствие повсеместного использования скрининга на HbA1c.

Изменение тактики ведения больных СД способствовало изменению структуры возникающих осложнений: за 10 лет (2000– 2012 гг.) случаи диабетических ком уменьшились в 10 раз, диабетической ХПН, диабетической ретинопатии – в 3–5 раз (табл. 3).

Таблица 3 – Изменение структуры осложнений сахарного диабета 2000–2012 гг. в Краснодарском крае

Осложнения	2000 год		2012 год	
	абс.	%	абс.	%
Кома	653	1,69	145	0,14
Диабетическая катаракта	5229	13,5	4022	2,8
Диабетическая ретинопатия	17221	44,63	16754	11,7
Микроангиопатия	14502	37,6	9459	6,66
Диабетическая стопа	3303	8,56	2359	0,2
Ампутация	60	1,2	30	-
ОНМК	2400	6,22	2710	1,90
ОИМ	1359	3,52	1554	1,09

Продолжительность жизни больных СД 2-го типа в Краснодарском крае выше среднего показателя по России у женщин на 4 года, у мужчин – на 2 года (табл. 4).

Таблица 4 – Средняя продолжительность жизни больных сахарным диабетом в Краснодарском крае, лет

Тип диабета	Пол	2000 год	2012 год
СД ₂	Муж.	69,54	72,93
	Жен.	72,55	76,82
СД ₁	Муж.	61,4	62,9
	Жен.	66,2	66,64
Средняя продолжительность жизни в Краснодарском крае	Муж.	57,1	66,0
	Жен.	73,2	76,2
Средняя продолжительность жизни в России	Муж.	55,5	64,3
	Жен.	72,0	76,1

Основными причинами смерти больных СД являются кардиocereбральные заболевания: острый инфаркт миокарда (ОИМ) – 47,1 %, острое нарушение мозгового кровообращения (ОНМК) – 12,7 %, хроническая сердечная недостаточность (ХСН) – 22,0 %, сепсис – 12,2 % , хроническая почечная недостаточность (ХПН) – 1,3 % (рис. 5).

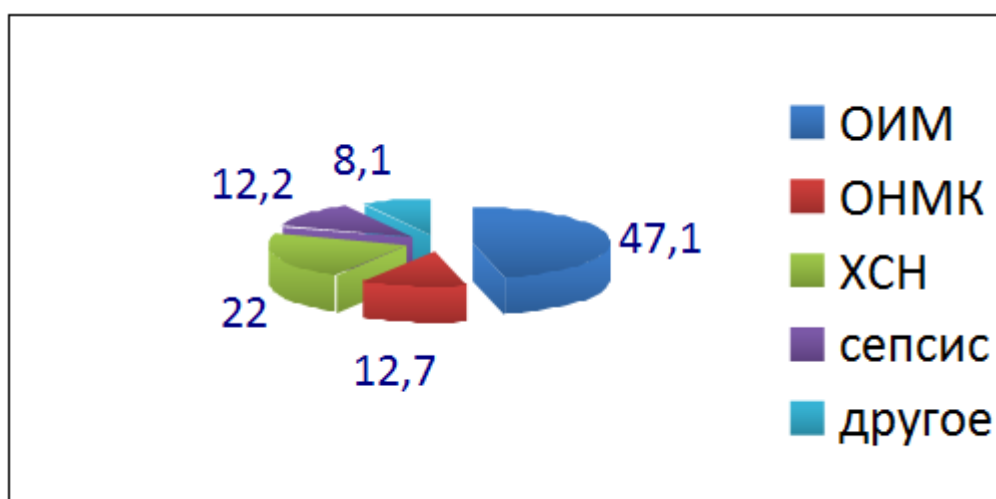


Рисунок 5. Причины смерти пациентов с сахарным диабетом в Краснодарском крае

Заключение. Таким образом, популяция больных СД в Краснодарском крае постоянно увеличивается, в основном это трудоспособная часть населения. Как правило, заболевание диагностируется тогда, когда уже в организме имеют место сосудистые изменения, ведущие в дальнейшем к развитию urgentных состояний.

На борьбу с этими осложнениями ежегодно уходит до 20 % бюджетных средств, направляемых на здравоохранение. Известно, что СД и его осложнения возможно предотвратить в 80 % случаев.

По мнению экспертов Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), СД – универсальная модель, иллюстрирующая отношение государства, общества к проблеме хронических заболеваний. Хронические заболевания не могут быть излечены полностью. Важнейшая задача здравоохранения и социума – реализация возможности человека чувствовать себя более или менее здоровым, социально пригодным. В данном аспекте задачей врача является не только назначение правильной и адекватной терапии, но и формирование мотивации пациента на выполнение медицинских назначений и изменения образа жизни.

На этом этапе необходимо объединить и направить усилия медицинской общественности, пациентов, государства (Лиги Наций) и средств массовой информации на формирование мотивированного отношения людей к проблемам своего здоровья, обоснование позитивного отношения к соблюдению правильного образа жизни, профилактике заболеваний. Особого внимания заслуживает проблема избыточного веса тела и ожирения, как предикторов заболеваний, непосредственно влияющих на продолжительность жизни населения. Необходимо разработать систему мер, поощряющих людей, которые при наличии установленного диагноза (таких как гипертоническая болезнь, СД и др.) не допускают развития осложнений, соблюдая рекомендации врачей-специалистов. Требуется введение понятия ответственности за здоровье

людей не только врачей и государства, но и самих граждан, а также разработка системы мер, контролирующей выполнение пациентами назначений врача. Только при комплексном подходе к проблеме здоровья, включающем менталитет нации, государственный подход, возможна полноценная борьба за снижение уровня заболеваемости СД и увеличение продолжительности жизни населения.

Список литературы

1. Астраханский областной общественный фонд инвалидов с эндокринными заболеваниями. – dia-fond.astranet.ru.
2. Долголетие жителей села – результат модернизации здравоохранения края. – www.minzdravkk.ru
3. Горбаткова И.В. Сахарный диабет – современное состояние проблемы. – vostpr.oblzdrav.ru/wp-content/uploads
4. Концепция развития здравоохранения Ростовской области до 2020 г. Приложение к постановлению правительства Ростовской области от 06.09.2012 г. № 871.
5. Кудлай И.С. и др. Скрининговое исследование степени компенсации углеводного обмена по уровню гликированного гемоглобина у жителей г. Краснодара / И.С. Кудлай, Е.С. Железняк, Л.А. Митягина, М.Н. Кудинов, Л.А. Капцова, С.Л. Белоножкин, Н.Г. Тиликина, В.Е. Шувалова, Т.И. Начарова // Вестник муниципального образования. 2011.
6. Продолжительность жизни граждан России. – medvestnik.com/2012/03/14/minzdravitiya-rossii-s-2007-po2012-g.
7. Население Астраханской области. – ru.wikipedia.org.
8. Население Волгоградской области. – ru.wikipedia.org
9. Ожидаемая продолжительность жизни россиян. – <http://www.dp.ru/a/2012/03/15>
10. Шестакова М.В. Сахарный диабет 2-го типа. Стандарты и подходы к лечению. Опыт Российской Федерации // Международный форум «Европа и Россия: вектор развития. Гармонизация». – Рига, июнь, 2012 – [М.В. Shestakova Диабет в России 1=2012.pdf.].