

ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ 1 ТИПУ В МОЛОДИХ ОСІБ ТА ДОРΟΣЛИХ, СТАН ІМПЛЕМЕНТАЦІЇ УНІФІКОВАНИХ СТАНДАРТІВ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ

Проф. Л. Ф. Матюха, доц. Т. А. Титова, доц. Т. М. Бухановська, Б. О. Смаль

Національна медична академія післядипломної освіти ім. П. Л. Шупика, м. Київ

Цукровий діабет 1 типу є одним з основних чинників інвалідизації населення. Із 2014 р. в Україні діє уніфікований державний стандарт медичної допомоги, спрямований на впровадження світових тенденцій ефективного ведення таких пацієнтів. Насамперед його норми орієнтовані на раннє виявлення можливих ускладнень та їх профілактику. Ми вирішили вивчити відповідність виконаного медичного супроводу рекомендованим нормам через анонімне анкетування пацієнтів. Отримані результати засвідчили певні прогалини, імовірно, пов'язані із недостатнім рівнем знань про своє захворювання в пацієнтів та, відповідно, недооцінкою реальної близькості можливих ускладнень. Аналізуючи результати виконаного дослідження, вважаємо за доцільне побудову державної системи пропагування самоосвіти у групах пацієнтів із цукровим діабетом 1 типу, особливо серед осіб молодого віку.

Ключові слова: цукровий діабет 1 типу, уніфікований клінічний протокол, скринінг, якість медичної допомоги.

САХАРНИЙ ДІАБЕТ 1 ТИПА У МОЛОДИХ І ВЗРОСЛИХ, СОСТАНІЕ ІМПЛЕМЕНТАЦИИ УНИФИЦИРОВАННЫХ СТАНДАРТОВ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Проф. Л. Ф. Матюха, доц. Т. А. Титова,
доц. Т. М. Бухановская, Б. О. Смаль

Сахарный диабет 1 типа является одним из основных факторов инвалидизации населения. С 2014 г. в Украине действует унифицированный государственный стандарт медицинской помощи, направленный на внедрение мировых тенденций эффективного ведения таких пациентов. Прежде всего его нормы ориентированы на раннее выявление возможных осложнений и их профилактику. Мы решили изучить соответствие исполняемого медицинского сопровождения рекомендуемым нормам путем анонимного анкетирования пациентов. Полученные нами результаты показали определенные пробелы, вероятно, связанные с недостаточным уровнем знаний о своем заболевании у пациентов и, соответственно, недооценкой реальной близости возможных осложнений. Анализируя результаты выполненного исследования, считаем целесообразным построение государственной системы пропаганды самообразования в группах пациентов с сахарным диабетом 1 типа, особенно среди лиц молодого возраста.

Ключевые слова: сахарный диабет 1 типа, унифицированный клинический протокол, скрининг, качество медицинской помощи.

DIABETES MELLITUS TYPE 1 IN YOUNG PEOPLE AND ADULTS, STATE OF IMPLEMENTATION OF THE UNIFORM STANDARDS OF MEDICAL SUPPORT

L. F. Matyukha, T. A. Titova, T. M. Bukhanovska, B. O. Smal

Diabetes mellitus of type 1 stands among one of the main causes of disability among the population. Since 2014 Ukraine has an unified national standard of medicare based on global trends aimed to implement efficient management of these patients. First of all its terms are focused on early detection of possible complications and their prevention. We decided to investigate correspondence of recommended standards of medical support through the anonymous survey of patients. Our results showed some gaps, likely related to insufficient knowledge of the disease among patients and, therefore, underestimate the real intimacy of possible complications. Analyzing the results of the research we consider that our healthcare system needs developing of the state system of self-management in patients with diabetes type 1, especially among young people.

Keywords: diabetes type 1, unified national standard of medical care, screening, quality of medical care.

Аналіз ефективності впровадження міжнародних стандартів медичного супроводу розкриває «слабкі місця» в боротьбі за контроль над захворюванням та стимулює до пошуку їх розв'язання в практиці кожного клініциста. Уніфікований клінічний протокол первинної, екстреної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги (УКПМД) «Цукровий діабет 1 типу у молодих людей та дорослих» від 29.12.2014 р. № 1021 акцентує увагу на важливості командної роботи лікарів різних рівнів для забезпечення

ефективного контролю над захворюванням. Так, лікарю загальної практики — сімейної медицини (ЗПСМ) відведено функції раннього виявлення та контролю виконання індивідуального лікувального плану, визначеного ендокринологом. Така командна тактика зумовлена фізичною неспроможністю здійснення дієвого детального безперервного консультування вузьким спеціалістом усієї відведеної йому групи пацієнтів. У такій системі лікар первинної ланки в межах своєї компетенції несе таку ж відповідальність за пацієнта, як і лікар-ендокринолог.

Станом на кінець 2015 р. середній показник рівня поширеності цукрового діабету (ЦД) у світі становив 8,8 %, що кількісно становить 415 млн осіб. Ще 46,5 % випадків діабету (193 млн осіб) вважаються не виявленими. Середньоєвропейський показник поширеності становив 7,3 %. Із віком показники захворюваності та поширеності зростають та можуть сягати 10,0–15,0 % у популяції [6]. В Україні у 2012 р. було зареєстровано 1 311 335 хворих на ЦД, а його поширеність (загальна захворюваність) становила 2,88 %, хоча фактично вона у 3–4 рази вища. Згідно зі звітом Центру медичної статистики Міністерства охорони здоров'я України, у 2012 р. зареєстровано 212 134 хворих, які потребують інсулінотерапії, що становить 16,1 % від загальної кількості пацієнтів із ЦД [1]. Загалом диференційна діагностика ЦД 1 типу із ЦД 2 типу, котрий потребує інсулінотерапії, та іншими специфічними типами діабету, доволі складна та витратна, що часто стає перешкодою у верифікації діагнозу в країнах із низьким та середнім рівнем доходів [2, 4, 7, 12].

Загалом частка ЦД 1 типу сягає 5,0–10,0 % від загальної кількості хворих на діабет. Це переважно особи молодого віку [5, 6]. Пік захворюваності ЦД 1 типу реєструється у віці 5–7 років та пубертатному періоді. Поширеність серед осіб чоловічої статі загалом аналогічна такій у жіночій популяції, проте існує певна гендерна розбіжність у різних етнічних групах та в різних вікових категоріях [3]. Характерною є кореляція між етнічною належністю та схильністю до захворювання, зумовлена генетичною детермінованістю та способом життя окремих народів [11]. Доведено, що ЦД 1 типу знижує тривалість життя в середньому на 8 років. Структура смертності варіює у різних вікових групах. Зокрема, у пацієнтів до 50 років 21,0 % випадків смертей пов'язані з гострими ускладненнями (у тому числі кетоацидозом), у пацієнтів старшої вікової групи превалюють серцево-судинні ускладнення, які в 41,0 % випадків стають безпосередньою причиною смерті [8, 10].

Мета роботи — оцінити ефективність упродовження УКПМД «Цукровий діабет 1 типу у молодих людей та дорослих». Отриманий

результат є своєрідним індикатором якості медичної допомоги пацієнтам із ЦД 1 типу.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Для досягнення мети дослідження використано бібліографічний, соціологічний, статистичний методи та метод системного аналізу. З метою обліку та збору медико-статистичної інформації використано анкетування та опис. Одиниці спостереження відібрано випадковим способом із використанням безповоротної вибірки.

Нами організовано одномоментне репрезентативне опитування шляхом анонімного анкетування 88 пацієнтів із ЦД 1 типу в закладах первинної та вторинної медичної допомоги із тривалістю захворюваності понад 2 роки. Анкетування передбачало вибір одного варіанта відповіді із кількох запропонованих. Анкетування проводили з дотриманням усіх вимог щодо анонімності та конфіденційності. Опитувальник розроблено та затверджено на базі кафедри сімейної медицини та амбулаторно-поліклінічної допомоги Національної медичної академії післядипломної освіти ім. П. Л. Шупика.

Методом ретроспективного аналізу вивчено періодичність визначення якісних показників ведення пацієнтів із ЦД 1 типу: індекс маси тіла (ІМТ), артеріальний тиск (АТ), рівень глікемії, рівень глікозильованого гемоглобіну (HbA1c), офтальмоскопічний огляд, біохімічні дослідження крові (креатинін, сечовина, холестерин), мікроальбумінурія, подологічний огляд.

Статистичне групування отриманої інформації проведено за ознаками, відображеними в абсолютних та відносних величинах. Обробку інформації виконано за допомогою статистичного пакета програмного забезпечення Microsoft Excel. Оцінювання вірогідності отриманих результатів здійснено із обрахуванням довірчих меж за $t = 2$ (ДІ 95,5 %, $p = 0,05$).

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

За даними проведеного дослідження, середній вік досліджуваної групи респондентів становив $27,8 \pm 1,15$ року, а середня тривалість захворювання становила $9,5 \pm 0,31$ року.

Водночас середній показник ІМТ серед опитаних становив $23,3 \pm 0,18$ кг/м². Анкетуванням встановлено, що в групі серед 68 пацієнтів ($77,2 \pm 4,48$ % від загальної кількості респондентів), котрі контролювали ІМТ, 25 ($36,3 \pm 5,12$ %) осіб суб'єктивно зазначили, що від початку захворювання їх маса тіла знизилася, у 15 ($22,8 \pm 4,48$ %) цей показник збільшився, а 28 осіб ($40,9 \pm 5,24$ %) зазначили, що маса тіла протягом хвороби не змінилася. Групу з 88 опитаних пацієнтів склали 56 ($63,7 \pm 5,33$ %) чоловіків та 32 ($36,3 \pm 5,12$ %) жінки. Територіально 44 ($50,0 \pm 5,33$ %) респонденти проживали у селах, 32 ($36,3 \pm 5,12$ %) — у містах, ще 12 ($13,6 \pm 3,65$ %) — у селищах міського типу.

Аналіз отриманої інформації, щодо обсягу наданої медичної допомоги населенню з ЦД 1 типу, виявив низку дефектів (табл. 1).

Відповідно до рекомендацій УКПМД визначення ІМТ необхідно виконувати щорічно [1, 7]. Отримані результати засвідчили, що 20 осіб з опитаної групи ($22,8 \pm 4,48$ %) не вимірювали ІМТ упродовж останнього року.

Режим вимірювання рівня глюкози в крові має орієнтуватися на ступінь тяжкості перебігу захворювання [1]. Нами виявлено, що лише

20 осіб ($22,8 \pm 4,48$ %) із загальної групи респондентів визначали рівень глікемії 1 раз на день. Ще 52 пацієнти ($59,1 \pm 5,24$ %) контролювали рівень глікемії з частотою 1 раз на тиждень та у 16 випадках ($18,3 \pm 4,12$ %) — 1 раз на місяць.

Патогенетично й економічно обґрунтована періодичність визначення рівня *HbA1c* — 1 раз на 3 міс. [1, 7, 13]. У нашому дослідженні лише 8 респондентів ($9,1 \pm 3,06$ %) визначали цей показник кожні 3 міс. Ще 36 ($40,9 \pm 5,24$ %) та 28 ($31,7 \pm 4,96$ %) опитаних пацієнтів вимірювали рівень глікозильованого гемоглобіну кожні 6 міс. та 1 раз на рік, відповідно. Нами також встановлено, що 16 пацієнтів ($18,3 \pm 4,12$ %) уперше довідалися про необхідність такого дослідження під час проведення анкетування.

Згідно з рекомендаціями УКПМД, огляд очного дна необхідно виконувати не рідше 1 разу на рік [1]. Аналізуючи цей критерій, опитану групу пацієнтів було повністю охоплено офтальмоскопічним обстеженням. Серед них 36 осіб ($40,9 \pm 5,24$ %) виконували це обстеження частіше 1 разу на рік, ще 52 пацієнти ($59,1 \pm 5,24$ %) — не рідше 1 разу на рік.

Таблиця 1

Відповідність об'єму наданої медичної допомоги вимогам УКПМД

Процедура	Частота контролю	Абс.	%	p
Визначення ІМТ	Вимірювали	68	$77,2 \pm 4,48$	0,05
	Не вимірювали	20	$22,8 \pm 4,48$	0,05
Вимірювання рівня глюкози в крові (мінімум)	1 раз на день	20	$22,8 \pm 4,48$	0,05
	1 раз на тиждень	52	$59,1 \pm 5,24$	0,05
	1 раз на місяць	16	$18,3 \pm 4,12$	0,05
Вимірювання рівня <i>HbA1c</i>	Кожні 3 міс.	8	$9,1 \pm 3,06$	0,05
	Кожні 6 міс.	36	$40,9 \pm 5,24$	0,05
	1 раз на рік	28	$31,7 \pm 4,96$	0,05
	Невідомо	16	$18,3 \pm 4,12$	0,05
Проведення офтальмоскопії	Частіше 1 разу на рік	36	$40,9 \pm 5,24$	0,05
	1 раз на рік	52	$59,1 \pm 5,24$	0,05
Вимірювання АТ	Щоденно	20	$22,8 \pm 4,48$	0,05
	У лікаря	32	$36,3 \pm 5,12$	0,05
	Лише у випадках поганого самопочуття	36	$40,9 \pm 5,24$	0,05
Визначення біохімічних показників	1 раз на рік	76	$86,4 \pm 3,65$	0,05
	Рідше 1 разу на рік	12	$13,6 \pm 3,65$	0,05
Визначення рівня мікроальбумінурії	1 раз на рік	8	$9,1 \pm 3,06$	0,05
	Ніколи	16	$18,3 \pm 4,12$	0,05
	Невідомо	64	$72,6 \pm 4,75$	0,05
Подологічний огляд	Щоденно	72	$81,7 \pm 4,12$	0,05
	У лікаря	16	$18,3 \pm 4,12$	0,05

Нами також встановлено, що 20 осіб із досліджуваної групи ($22,8 \pm 4,48\%$) контролювали АТ щоденно, ще 32 респонденти ($36,3 \pm 5,12\%$) — лише на прийомі в лікаря. Значна частка опитаних — 36 осіб ($40,9 \pm 5,24\%$), вимірювали АТ лише в разі поганого самопочуття.

Важливими маркерами хронічних органних ускладнень є креатинін, сечовина (з подальшим розрахунком швидкості клубочкової фільтрації) та ліпідні фракції крові. Пацієнтам із ЦД 1 типу, згідно з сучасними рекомендаціями, аналіз біохімічних показників необхідно виконувати не рідше 1 разу на рік [1, 9]. Встановлено, що 76 пацієнтів ($86,4 \pm 3,65\%$) виконували такі обстеження 1 раз на рік та частіше, і лише 12 ($13,6 \pm 3,65\%$) респондентів — рідше 1 разу на рік.

Достовірно відомо, що в 1/3 пацієнтів із ЦД 1 типу діабетична нефропатія є основним інвалідизуючим ускладненням і їх частка з роками лише зростає [8]. Скринінговим методом раннього виявлення ниркового ураження є визначення рівня мікроальбумінурії. Це обстеження рекомендовано виконувати не рідше одного разу на рік до моменту виявлення та підтвердження ниркової патології [1, 7, 9]. Нами встановлено, що 64 респонденти ($72,6 \pm 4,75\%$) уперше дізналися про необхідність такого обстеження, ще 16 осіб ($18,3 \pm 4,12\%$) знали про таке обстеження, проте ніколи не виконували його. Дотримувалися рекомендованих вимог лише 8 пацієнтів ($9,1 \pm 3,06\%$).

У зв'язку зі значним рівнем інвалідизації саме з причин ампутацій кінцівок рекомендовано виконувати самостійний щоденний огляд нижніх кінцівок із метою раннього виявлення мікропошкоджень [1]. Абсолютна більшість респондентів, яка становила 72 особи ($81,7 \pm 4,12\%$), вказала, що дотримуються

таких рекомендацій. Ще 16 опитаних пацієнтів ($18,3 \pm 4,12\%$) звертають увагу на стан своїх кінцівок лише на прийомі в лікаря.

ВИСНОВКИ

Комплексно проаналізувавши отримані результати, можна стверджувати, що більшість пацієнтів (64 особи, $72,7 \pm 4,77\%$) із ЦД 1 типу отримують належний медичний супровід відповідно до сучасних національних та міжнародних рекомендацій. Відчутні наслідки поганого контролю за перебігом захворювання, ймовірно, зумовлюють ефективне дотримання рекомендацій лікарів. Це стосується вимірювання рівня глюкози крові та HbA_{1c}, біохімічних показників та офтальмоскопії. Результати нашого дослідження довели, що всіх 88 пацієнтів із ЦД 1 типу охоплено офтальмологічними оглядами, 72 респонденти ($81,7 \pm 4,12\%$) контролюють рівень HbA_{1c} хоча б 1 раз на рік та рівень глюкози в крові хоча б 1 раз на тиждень.

Разом з цим, нами виявлено значні дефекти на етапі скринінгу діабетичної нефропатії шляхом визначення рівня мікроальбумінурії. Ураховуючи задовільний режим лабораторного контролю рівня вуглеводного обміну (що, як правило, також пов'язане з особистими матеріальними витратами пацієнта), ми вважаємо необґрунтованим ігнорування подібного скринінгу. Зважаючи на його значний потенційний профілактичний ефект, слід мобілізувати максимум ресурсів (особистих і колективних) для подолання таких прогалин. Розв'язання цього питання можливе активним пропагуванням самоосвіти серед пацієнтів із ЦД 1 типу. Важливо, щоб цей процес у перспективі був контрольований командними діями лікаря ЗПСМ та ендокринолога, що забезпечить максимальний контроль за перебігом ЦД 1 типу.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Цукровий діабет 1 типу у молодих людей та дорослих : Уніфікований клінічний протокол первинної, екстреної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги № 1021. — К. : Державний експертний центр МОЗ України, 2015. — 66 с.
2. Atkinson M. A. Type 1 diabetes / M. A. Atkinson, G. S. Eisenbarth, A.W. Michels // Lancet. — 2014. — № 4. — P. 69–82.
3. Chapter 1: epidemiology of type 1 diabetes / D. M. Maahs, N. A. West, J. M. Lawrence [et al.] // Endocrinology Metabolism Clinics. — 2010. — № 3. — P. 481–497.

