

Цукровий діабет: сучасна парадигма лікування

Про роль держави у боротьбі із цукровим діабетом, а також про сучасні тенденції лікування та перспективні наукові розробки ми попросили розказати **Миколу Тронька**, академіка НАМН України, члена-кореспондента НАН України, директора ДУ «Інститут ендокринології та обміну речовин ім. В.П. Комісаренка НАМН України»

— Миколо Дмитровичу, яка ситуація із захворюваністю на цукровий діабет склалася сьогодні в Україні і світі загалом?



— Цукровий діабет — це хвороба, що належить до значущих медико-соціальних проблем і визначена пріоритетом для національних систем охорони здоров'я у всьому світі. Про це свідчать епіде-

міологічні дослідження, результати яких були нещодавно опубліковані Міжнародною діабетичною федерацією (International Diabetes Federation — IDF). Якщо нині у світі налічується близько 250 млн хворих на цукровий діабет, то, за одними даними, у 2030 р. їх буде близько 320 млн, а за іншими — понад 530 млн. Якщо ж врахувати пацієнтів із порушеною толерантністю до глюкози, то зараз їх налічується 480 млн, тобто кожний 8–10-й мешканець земної кулі має порушену інкреторну функцію підшлункової залози. У зв'язку з цим у 2007 р. Організація Об'єднаних Націй звернулася до усіх глав держав із закликом створювати державні програми і вирішувати цілу низку проблем, пов'язаних із цією хворобою. На сьогодні цукровий діабет є одним із найбільш поширених серед неінфекційних захворювань, кількість хворих зростає у геометричній прогресії, а сама патологія характеризується високим ризиком виникнення ускладнень, таких як діабетична ретинопатія, нефропатія, діабетична стопа. Крім того, кількість випадків інфаркту міокарда та інсульту у хворих на цукровий діабет значно вища, ніж у середньому в популяції. Все це призводить до інвалідизації та передчасної смертності таких хворих. У зв'язку з цим у 1999 р. указом Президента України була започаткована перша програма заходів по боротьбі із цукровим діабетом в Україні. Зараз вона пролонгується, і одне з ключових питань, яке було у цій програмі, це безкоштовне забезпечення хворих високоякісними інсулінами вітчизняного виробництва. Уряд вирішив це питання, домовившись з німецькою фірмою Хехст (Hoechst) про побудову заводу «Індар», контрольний пакет акцій якого зараз належить державі. Отже,

на сьогодні це питання для України вирішено, працюють два заводи — «Індар» і «Фармак», і препарати інсуліну, які виробляються на них, повністю відповідають вимогам європейських і американської фармакопей.

Держава щороку виділяє близько 500 млн грн. на закупівлю інсулінів. Тобто, практично хворі отримують високоякісні інсуліни як вітчизняного, так і зарубіжного виробництва безкоштовно. Але говорити про те, що в державі кардинально покращилося медичне обслуговування хворих на цукровий діабет, на жаль, ще неможна. Справа в тому, що в усіх державних програмах по боротьбі із цукровим діабетом закладено створення дієвої системи медичної допомоги пацієнтам з ускладненнями, про які мова йшла вище, створення кабінетів із навчання хворих на цукровий діабет самоконтролю. На превеликий жаль перші позитивні кроки були зроблені, але надалі вони потребують постійного відповідного фінансування та внесення змін у номенклатуру лікарських спеціальностей чи спеціальностей медичних сестер, щоб медики могли навчати хворих самоконтролю.

Крок за кроком ці питання будуть вирішуватися, зараз, наскільки мені відомо, працює координаційна рада, яка буде акцентувати увагу саме на профілактиці ускладнень цукрового діабету. А ефективна профілактика можлива тільки за однієї умови — якщо перебіг захворювання буде компенсованим. Для цього обов'язково необхідно визначати у хворих глікозильований гемоглобін, причому охопити такими обстеженнями слід за можливості усіх пацієнтів. Ще один важливий напрямок — це санітарно-курортне лікування, особливо стосовно дітей.

Нагальною проблемою є також створення реєстру хворих на цукровий діабет. Він необхідний не лише для закупівлі інсулінів чи цукрознижувальних препаратів та медичного обладнання, а й перш за все для проведення постійного моніторингу діагностики й ефективності лікування. В Україні офіційно зареєстровано понад 1,2 млн хворих на цукровий діабет. Але результати клініко-епідеміологічних досліджень, які були проведені багато років тому, свідчать, що на один зареєстрований випадок виявляється ще 2,5–3 незареєстровані. Тобто, в Україні реально наявно 3,5–4 млн хворих на цукровий діабет. Слід зазначити, що робота з виявлення хворих на цукровий діабет значно покращилася

в останні роки. Але, на превеликий жаль, статистична звітність, яка подається щодо ускладнень цього захворювання, не завжди відповідає реальній ситуації.

— Що необхідно зробити для покращення ситуації?

— По-перше, збільшити фінансування. Адже зараз вирішено питання тільки щодо безкоштовного забезпечення хворих інсулінами, а цукрознижувальні препарати вони мають купувати за власні кошти. По-друге, я вважаю, що в Україні слід налагодити ту систему медичного забезпечення хворих на цукровий діабет, яка створена у цивілізованих країнах — рецептурну систему. Крім того, відомо, що наука не стоїть на місці, і зараз все більше виробляється аналогів інсуліну. Тому вітчизняним виробникам інсулінів необхідно забезпечити серйозний науковий супровід. Однак для цього потрібні дуже великі кошти, яких немає. Тому на початковому етапі ми зупинилися на виробництві генериків, але на майбутнє державі необхідно залучати фундаментальну науку, яка б супроводжувала ці виробництва.

— Які нові наукові розробки у сфері лікування цукрового діабету зараз проводяться?

— Нині дуже активно вивчається можливість застосування стовбурових клітин, але поки що вони не виходять за рамки клінічно-експериментальних досліджень і не можуть бути застосовані у клінічній практиці.

— Які існують світові тенденції щодо призначення інсуліну пацієнтам із цукровим діабетом 2-го типу?

— Є алгоритми лікування цукрового діабету, які дуже ретельно обговорювалися та були затверджені міжнародними науковими організаціями — IDF і Європейською асоціацією з вивчення цукрового діабету (European Association for the Study of Diabetes — EASD). Вони врегульовують це питання. Зараз в Україні відповідно до реєстру, який створено на базі нашого інституту, 18–20% хворих на цукровий діабет 2-го типу отримують інсулін. У країнах Європи, наприклад, інсулін застосовується у 30% і більше хворих на цукровий діабет 2-го типу. Це зумовлено тим, що в міжнародних алгоритмах лікування хворих на цукровий діабет, які були затверджені у 2006 р. в Афінах, чітко вказано, що в разі коли компенсації не вдається досягнути і рівень глюкози крові становить 8,5 ммоль/л і більше, необхідно призначати інсулін. Треба

відверто і чітко сказати, що лікарі повинні дотримуватися цієї стратегії.

У нашій державі зараз здійснюється реформування системи охорони здоров'я. Необхідно чітко зрозуміти, де в цьому реформуванні ніша ендокринолога. Також має бути створена така система медичної допомоги, щоб хворий, прийшовши на прийом до ендокринолога, мав можливість отримати консультацію офтальмолога, нефролога та інших спеціалістів саме з приводу ускладнень цукрового діабету. Також конче необхідно реальне впровадження в клінічну практику затверджених стандартів і протоколів лікування цукрового діабету. Щоб отримати дієвий контроль за лікуванням хворих на цукровий діабет, необхідно створити дієвий реєстр.

— *Яка сучасна парадигма лікування хворих на цукровий діабет?*

— Починаючи з 2004 р. наш інститут почав розробляти стандарти лікування хворих на цукровий діабет. Вперше вони були видані у 2005 р., потім — у 2010 р. після погодження з МОЗ України. Відповідно до цих стандартів і надається медична допомога хворим на цукровий діабет як 1-го, так і 2-го типу. Слід відзначити, що за останні 20 років суттєво змінилася на краще якість лікування хворих на цукровий діабет. Зараз для лікування використовуються лише людські інсуліни й їх аналоги. В арсеналі лікаря є безпечні препарати інсуліну, при застосуванні яких знизилася на 40–60% частота гіпоглікемічних реакцій і стало в 3 рази менше тяжких гіпоглікемічних станів. Це дуже важливо, оскільки на підставі наукових спостережень відомо, що тяжкі гіпоглікемічні стани не минають без

наслідків, вони пов'язані у часі з інфарктами міокарда та інсультами. Було встановлено, що після тяжкої гіпоглікемії підвищується ризик розвитку інфаркту міокарда або інсульту протягом 1 року. Тому завдання лікарів-ендокринологів — зробити лікування безпечним. Завдяки сучасним науковим розробкам якість лікування покращилася за рахунок, зокрема, застосування виключно людських інсулінів та аналогів інсулінів не тільки безпечною, а й ультракороткої дії. Чому важливо в деяких випадках призначати саме аналоги? Тому що людські інсуліни чинять максимальну дію після того, як з їжі всмоктується основна частина вуглеводів. Дія інсуліну наздоганяла ту гіперглікемію, яка вже розвивалася в організмі. При застосуванні аналогів інсулінів ультракороткої дії пік їх концентрації в крові співпадає з піком рівня глюкози.

Крім того, слід зазначити, що у протоколи увійшли нові цукрознижувальні препарати. Крім препаратів сульфонілсечовини та бігуанідів, з'явилися також інгібітори дипептидилпептидази-4 (гліптини), синтетичні аналоги інкретину, глюкагоноподібного пептиду-1. Їх застосування демонструє високу ефективність комбінованої терапії. Наприклад, застосування аналогів глюкагоноподібного пептиду-1 допомагає не тільки знизити рівень глюкози в крові, але й значно покращити лікування ожиріння у хворих на цукровий діабет, знизити підвищений при цукровому діабеті апетит. Інгібітори дипептидилпептидази-4 при мінімальних побічних ефектах виявляють значну гіпоглікемічну дію, яка найбільш виражена при високому рівні глюкози. Комбінована терапія призводить до реального покращення пере-

бігу цукрового діабету і на якийсь час дає можливість хворому знаходитися на таблетованих препаратах без інсулінотерапії. У разі якщо компенсації не відбувається, необхідно не вагаючись переводити хворого на інсулін.

— *Яка роль лікаря первинної ланки у виявленні хворих на цукровий діабет?*

— Дуже позитивним є те, що лікар первинної ланки буде вести не окремого хворого, а всю родину. Цукровий діабет — це спадкова хвороба, і якщо в когось із членів родини є або був в анамнезі цукровий діабет, то сімейний лікар буде більш уважно налаштований і зможе своєчасно діагностувати дебют захворювання. Роль сімейного лікаря у виявленні та своєчасній діагностиці цукрового діабету надзвичайно важлива, а от що стосується лікування, то тут він має кооперувати свої дії з ендокринологом.

— *Як здійснюється вибір препарату?*

— У хворих на цукровий діабет 1-го типу інсулін короткої дії має комбінуватися із подовженим, у хворих 2-го типу подовжений інсулін може застосовуватися разом з цукрознижувальними препаратами, за необхідності до схеми лікування додається інсулін короткої дії. Головна мета — досягти компенсації перебігу хвороби, а яким інсуліном вона буде досягнута — не важливо. Якщо при застосуванні людського інсуліну компенсація не досягається, тоді допомагають аналоги інсуліну. Також аналоги призначають, якщо у хворого відмічають часті гіпоглікемічні стани, наявність серцево-судинної патології, лабільний перебіг діабету, а також у дітей.

*Олександр Устїнов,
фото автора*

Реферативна інформація

Статини захищають от рака пищевода



В ходе метаанализа обсервационных исследований ученые из Клиники Мейо (Mayo Clinic), Рочестер, США, доказали, что применение статинов снижает риск развития рака пищевода. Об этом они доложили на ежегодной научной встрече Американской коллегии гастроэнтерологов (American College of Gastroenterology — ACG), прошедшей 19–24 октября 2012 г. в Лас-Вегасе, США.

Современный тип питания и широкое распространение вредных привычек приводит к постоянному росту заболеваемости раком пищевода, который занимает 8-е место в структуре онкологической заболеваемости. Нередко эзофагеальная аденокарцинома отмечается у пациентов с пищеводом Барретта. Последний характеризуется метаплазией клеток нижней ½ пищевода и является частым осложнением гастроэзофагеальной рефлюксной болезни.

В ходе доклинических и обсервационных исследований ученые предположили, что статин могут обладать протекторными свойствами в отношении развития рака пищевода. Для оценки этого предположения исследователи во главе с доктором Сиддхарт Синг (Siddharth Singh) изучили базы данных MEDLINE (Medical Literature Analysis and Retrieval System Online), EMBASE и Web of Science до мая 2012 г. В метаанализ были включены 13 исследований с общим количеством участников 995 687. В ходе исследований зафиксировано около 9 тыс.

случаев рака пищевода. Ученые подсчитали, что у тех участников, которые принимали статин, риск развития заболевания был на 30% ниже (относительный риск (ОР) 0,70; 95% доверительный интервал (ДИ) 0,57–0,86) по сравнению с теми, кто не принимал данные препараты. При отдельном анализе 7 крупных обсервационных исследований получены сходные результаты (ОР 0,70; 95% ДИ 0,56–0,88; p=0,13).

Кроме того, исследователи проанализировали данные участников с диагностированным пищеводом Барретта (5 исследований с участием 2125 пациентов, 312 случаев рака пищевода). После учета дополнительных факторов, способных влиять на развитие изучаемой онкологической патологии, ученые определили, что применение статинов снижало риск развития данной патологии у этой группы пациентов на 41% (ОР 0,59; 95% ДИ 0,45–0,78). Протекторный эффект был выше при сочетанном применении статинов и нестероидных противовоспалительных препаратов (ОР 0,28; 95% ДИ 0,14–0,56).

В последующих работах авторы надеются оценить влияние применения статинов на риск развития рака пищевода у больных с изначально высоким риском развития данной онкологической патологии.

Kling J. (2012) Statins may protect against esophageal cancer. Medscape, October 26 (www.medscape.com/viewarticle/773380).

Singh S., Singh A, Preet Paul Singh P.P et al. (2012) Statins and the risk of esophageal cancer: A systematic review and meta-analysis. American College of Gastroenterology (ACG). Annual Scientific Meeting and Postgraduate Course: Abstract 1.

Юлія Котиківич