

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ОБУЧАЮЩИХ ПРОГРАММ В ЛЕЧЕНИИ САХАРНОГО ДИАБЕТА

О.И. Виноградская, О.Е. Холодова, А.Б.Беляев

МСЧ № 95 ФГУЗ ЦМСЧ № 119 ФМБА России, Москва

Заболеваемость сахарным диабетом настолько велика, что его уже называют пандемией XXI века. Поиск терапии, излечивающей диабет, идет постоянно, и уже сегодня можно значительно уменьшить риск развития осложнений и снизить затраты на лечение. Тесное взаимодействие врача и пациента в рамках «Школы сахарного диабета» дает возможность людям с диабетом обрести большую уверенность и возможность эффективнее управлять своим лечением. Во всем мире при лечении сахарного диабета именно обучению пациентов отводится первостепенная роль.

Ключевые слова: сахарный диабет, «Школа сахарного диабета», обучение пациентов

EFFICACY OF EDUCATION PROGRAMS IN DIABETES TREATMENT

Vinogradskaya O.I., Kholodov O.E., Belyaev A.B.

The incidence of diabetes mellitus is so high that it is called a pandemic of XXI century. The search for diabetes therapies continues and today we can significantly reduce the risk of complications and treatment costs. Doctor-patient interaction in the "Diabetes school" allows people with diabetes to have a greater confidence and the ability to manage their treatment effectively. Patient education plays a key role in the management of diabetes all around the world.

Keywords: diabetes mellitus, diabetes school, patient education

По данным Международной диабетической федерации, за последние два десятилетия количество людей, страдающих сахарным диабетом (СД), во всем мире резко возросло – с 30 до 246 миллионов [1]. СД входит в «смертельную» четверку хронических заболеваний и является причиной 60% всех случаев смерти в мире. К 2025 г. прогнозируемое количество больных диабетом в мире достигнет 334-380 миллионов (в России превысит 10 миллионов) [2]. Несмотря на то, что диабет распространяется высокими темпами и затраты на его лечение постоянно растут, этому заболеванию не уделяется должного внимания. В тот маленький промежуток времени, который дается врачу на прием пациента, досконально объяснить больному с СД все нюансы заболевания и нового образа жизни практически невозможно.

Быстрый рост заболеваемости диабетом создает дополнительные расходы, которые ложатся тяжелым бременем на систему здравоохранения и экономику. Так, стоимость лечения и профилактики данного заболевания во всем мире к 2025 г. возрастет до 302,5 млрд долларов. Ежегодно увеличиваются как прямые затраты на услуги здравоохранения, так и косвенные, которые несет общество в связи с потерями производительности труда и в сфере социального обеспечения [2]. Практика показывает, что диагностика диабета на ранних стадиях и надлежащее лечение позволяют существенно сократить затраты, улучшают долгосрочные перспективы больного.

Больные СД нуждаются в лечении на протяжении всей жизни. Они подвержены повышенному риску развития серьезных осложнений, среди которых инфаркт миокарда, ин-

сульт, почечная недостаточность, слепота, поражение нижних конечностей, которое может привести к ампутации. Согласно рекомендациям Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации основной целью достижения компенсации сахарного диабета является поддержание у больных уровня гликированного гемоглобина (HbA1c) ниже 7% [3].

Исследования показывают, что снижение уровня HbA1c только на 1% приводит:

- к снижению смертности на 21%,
- уменьшает риск возникновения инфаркта миокарда – на 14%,
- инсульта – на 12%,
- микрососудистых осложнений – на 37%,
- ампутаций – на 43% [4].

Однако успешно контролировать СД даже с максимальным использованием арсенала современной медицины, но без активного участия пациента, не представляется возможным. Имеются серьезные доказательства, что результаты лечения данного заболевания всегда зависят от поведения больного. Ведь именно он должен изо дня в день выполнять рекомендации врача, а это требует не только согласия с ними, но и определенных знаний и навыков и, с учетом меняющихся обстоятельств жизни, принятия самостоятельных решений медицинского характера.

Такое владение навыками контроля и лечения своего заболевания требует специальной подготовки с участием медицинских профессионалов, которую, собственно, и называют обучением больных [5]. Для этих целей открываются «Школы сахарного диабета». Как и всякое терапевтическое воздействие, подход, основанный на применении программ обучения при СД, требует проспективной оценки своей эффективности, однако такая оценка затруднена вследствие многогранности этого воздействия. Оценить влияние собственно обучающего компонента бывает непросто, так как обучение является интегральной частью лечебного процесса при сахарном диабете.

На базе МСЧ № 95 ФГУЗ ЦМСЧ № 119 ФМБА России в августе 2009 г. организована «Школа для пациентов с сахарным диабетом», в которой обучено 49 пациентов с различными типами СД, распределенных следующим образом (рис. 1).

Средний возраст пациентов составил 58,2 лет (20-78 лет). Средняя длительность забо-

левания – 3,7 года (1 мес. – 20 лет). Все пациенты наряду с соблюдением определенных правил питания получали ту или иную сахароснижающую терапию. Обучение пациентов проводилось как с использованием структурированных программ обучения, так и с применением Интерактивных карт "Conversation Map".

Качество лечения и обучения пациентов с сахарным диабетом оценивали по динамике следующих параметров [5]:

- 1) уровню гликированного гемоглобина (HbA1c), гликемии, липидов крови, массы тела;
- 2) частоте острых осложнений диабета;
- 3) частоте и тяжести хронических осложнений диабета.

У большинства пациентов, начавших обучение в «Школе», исходная компенсация углеводного обмена была неудовлетворительной. Однако за весь период наблюдения (12 мес.) уровень HbA1c значительно снизился. Медиана HbA1c до обучения – 8 [7,2; 9,3]; через 6 мес. после обучения – 7,5 [6,8; 8,5]; через 12 мес. после обучения – 7,2 [6,6; 8,0] (рис. 2).

Наряду с улучшением компенсации углеводного обмена, отмечалось небольшое, но статистически значимое снижение массы тела: медиана массы тела до обучения – 95 [82; 104] кг и 90 [80; 100] кг через 12 мес. после обучения. (рис. 3).

Результаты двух крупных клинических исследований (DCCT – The Diabetes Complications and control Trial и UKPDS – The United Kingdom Prospective Diabetes Study) убедительно свидетельствуют, что у больных СД 1 и 2 типа интенсивный контроль за уровнем глюкозы достоверно снижает риск микрососудистых осложнений, но не оказывает значимо-

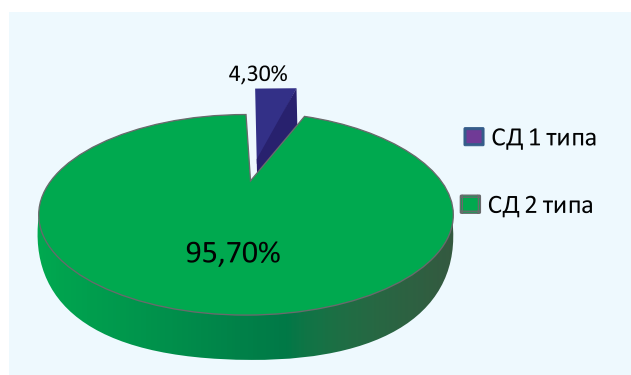


Рис. 1. Распределение пациентов по типам диабета в "Школе для пациентов с сахарным диабетом"

го влияния на макрососудистые осложнения и общую смертность. Наиболее важным, с точки зрения прогноза, фактором риска сердечно-сосудистых заболеваний у больных диабетом является дислипидемия. В типичных случаях сахарный диабет 2 типа характеризуется так называемой «липидной триадой»: увеличением концентрации триглицеридов, снижением уровня холестерина (ХС) липопротеинов высокой плотности (ЛПВП) и преобладанием в крови мелких плотных частиц липопротеинов низкой плотности (ЛПНП). Дислипидемия более выражена у женщин с диабетом, чем у мужчин, что согласуется с относительно большим риском связанных с атеросклерозом заболеваний у женщин, больных СД [6]. Целевые значения липидов крови у пациентов с СД представлены в таблице.

Таблица

Целевые значения липидов у пациентов с СД (ADA 2011 г.)

Триглицериды	<150 мг/дл (1,7 ммоль/л)
ХС ЛВП	>40 мг/дл (1,0 ммоль/л) у мужчин >50 мг/дл (1,3 ммоль/л) у женщин
ХС ЛНП	<100 мг/дл (2,6 ммоль/л)

Таким образом, у больных диабетом требуется не только коррекция гликемии, но и дислипидемии, чтобы снизить главную причину заболеваемости и смертности у больных данной категории [7].

Что же касается находящихся под нашим наблюдением пациентов с СД, то у большинства из них (62,3%) выявлена дислипидемия, преимущественно IIb типа. Но лишь 31% пациентов получали гиполипидемическую терапию. Однако после коррекции лечения достоверного снижения уровня ЛНП, триглицеридов, общего холестерина не отмечено, что, вероятнее всего, связано с тем, что не все пациенты принимали гиполипидемические препараты, некоторые самостоятельно отменяли их прием, ряд пациентов не являлись на повторное исследование липидного профиля.

С момента организации «Школы сахарного диабета» острых осложнений сахарного диабета у обученных нами пациентов не зарегистрировано.

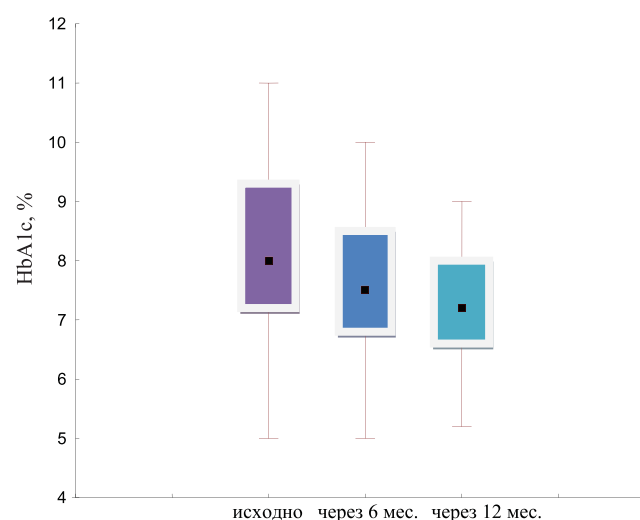


Рис. 2. Динамика уровня HbA1c у пациентов с СД после обучения. ($p < 0,05$ через 6 и 12 месяцев обучения в сравнении с исходными данными)

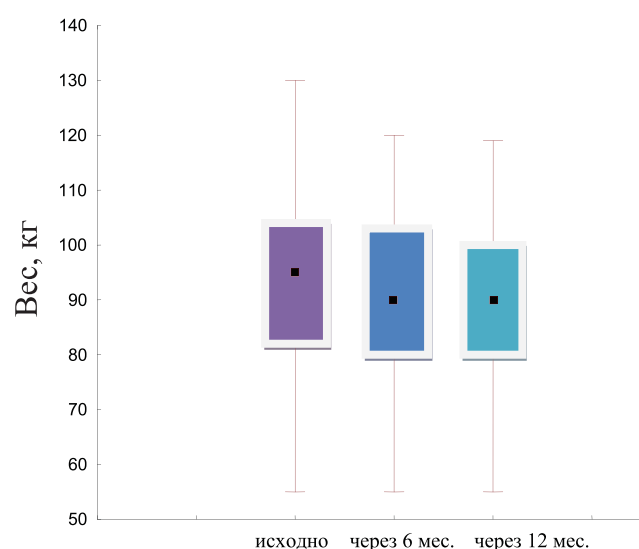


Рис. 3. Динамика массы тела пациентов с СД после обучения ($p < 0,05$ через 12 мес. после обучения в сравнении с исходными данными)

Однако поздние осложнения сахарного диабета различной степени тяжести выявлены в следующей пропорции:

- диабетическая ретинопатия – в 6,6%,
- диабетическая нефропатия – в 20%,
- диабетическая полинейропатия – в 40%,
- диабетическая макроангиопатия – в 11,1% случаев.

Для оценки влияния обучения на частоту и тяжесть поздних осложнений требуются проспективные популяционные исследования большей продолжительности (не менее 5,

а оптимально – 10 лет) [8].

Полученные нами данные подтверждают тот факт, что обучение приводит к значительному и стабильному повышению мотивации больных и является высокоэффективным средством улучшения качества ведения больных СД. Однако выявленное на последующих приемах (через 10-12 мес. после обучения) снижение уровня знаний подтверждает мне-

ние о необходимости проведения повторных, подкрепляющих циклов обучения.

Таким образом, подход, в основу которого положена структурированная программа лечения и обучения, значительно превосходит по эффективности традиционный, является доступным для лечебных учреждений и позволяет значительно улучшить качество лечебно-профилактической помощи больным.

Литература

1. Оболенский В.Н., Семенова Т.В., Леваль П.Ш., Плотноков А.А. Синдром диабетической стопы в клинической практике // Рус. мед. журн. 2010. 18 (2). С. 45-54.
2. Диабет: скрытая пандемия и ее влияние на Россию / Под ред. Сунцова Ю.И. М., 2008.
3. Аметов А.С., Карпова Е.В. Новая возможность достижения цели лечения пациентов с сахарным диабетом 2 типа // Рус. мед. журн. 2008.; 16 (28). С. 1854-1858.
4. Стронгин Л.Г., Корнева К.Г. Современные критерии оптимальной компенсации сахарного диабета // Ремедиум Приволжье. 2010. № 7.
http://www.remedium.ru/public/journal/rem_volga/2010/section.php.

5. Дедов И.И., Суркова Е.В., Майоров А.Ю. и др. Терапевтическое обучение больных сахарным диабетом. М., 2004.

6. Доборджинидзе Л.М., Грацианский Н.А. Роль статинов в коррекции диабетической дислипидемии // Сахарный диабет. 2001. № 2. <http://www.diabet.ru/Sdiabet/2001-02/2001-02-09.htm>

7. Clinical practice recommendations 2011. Diabetes Care 2011; 34 http://care.diabetesjournals.org/content/34/Supplement_1

8. Intensive blood-glucose control with sulphonylureas or insulin compared with conventional treatment and risk of complications in patients with type 2 diabetes (UKPDS 33). UK Prospective Diabetes Study (UKPDS) Group // Lancet. 1998. Vol. 352 (9131). P. 837-853.

Контактная информация:

Виноградская Ольга Игоревна – врач-эндокринолог МСЧ 95 ГУЗ ЦМСЧ 119 ФМБА России.
Тел.: 8-903-144-60-42. E-mail: studyx@mail.ru

Холодова Ольга Евгеньевна – зам. глав. врача МСЧ 95 ГУЗ ЦМСЧ 119 ФМБА России.
Тел.: 6731870. E-mail: msch-95@rambler.ru

Беляев Александр Борисович – начальник МСЧ 95 ГУЗ ЦМСЧ 119 ФМБА России.
Тел.: 673-58-62. E-mail: msch-95@rambler.ru