

САХАРНЫЙ ДИАБЕТ – ГЛОБАЛЬНАЯ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ ПРОБЛЕМА СОВРЕМЕННОСТИ

ДИРЕКТОР ФГУ «ЭНЦ
РОСМЕДТЕХНОЛОГИЙ»,
ГЛАВНЫЙ СПЕЦИАЛИСТ-
ЭКСПЕРТ ЭНДОКРИНОЛОГ
МИНЗДРАВСОЦРАЗВИТИЯ
РОССИИ, ПРЕЗИДЕНТ
РОССИЙСКОЙ АССОЦИАЦИИ
ЭНДОКРИНОЛОГОВ
АКАДЕМИК РАН И РАМН
Иван Иванович Дедов



САХАРНЫЙ ДИАБЕТ КАК ОДНО ИЗ КЛЮЧЕВЫХ НАПРАВЛЕНИЙ ВСЕМИРНОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Сахарный диабет является приоритетом первого порядка систем здравоохранения всех без исключения стран мира. В настоящее время на нашей планете только по обращаемости насчитывается 246 млн. больных сахарным диабетом, причем около 50% всех больных приходится на наиболее активный, трудоспособный возраст – 40–59 лет. Еще 20 лет назад численность больных сахарным диабетом в мире не превышала 30 млн. человек. Учитывая темпы роста распространенности этого заболевания, эксперты Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) прогнозируют, что количество страдающих сахарным диабетом к 2025 году увеличится в полтора раза и достигнет 380 млн. человек в основном за счет больных диабетом 2-го типа, который развивается у взрослых и причинно связан прежде всего с избыточной массой тела.

Еще более стремительно увеличивается доля населения с так называемым метаболическим синдромом, который предшествует развитию сахарного диабета 2-го типа и является своеобразным прологом диабета. Метаболический синдром развивается у лиц с избыточной массой тела или ожирением, неумеренно употребляющих вы-

сококалорийную пищу, ведущих малоподвижный образ жизни. По прогнозам, их численность к 2025 году может превысить 500 млн. человек. Установлено, что каждый год до 15% лиц с метаболическим синдромом заболевают сахарным диабетом 2-го типа. Более того, в XXI веке выявились процессы, которые не наблюдались в течение всей истории медицины, – сахарным диабетом 2-го типа (характерным для взрослого населения) стали болеть дети! По данным Международной диабетической федерации, ежедневно во всем мире сахарным диабетом *заболевают около 200 детей*, что связано с ожирением, перееданием и гиподинамией. Теперь распространенность диабета 2-го типа у детей в ряде стран достигает 2%. Между тем известно, что диабет, развившийся в детстве, снижает среднюю продолжительность жизни на 20 лет!

Сахарный диабет смертельно опасен своими поздними осложнениями. По данным ВОЗ, каждые 10 секунд в мире умирает один больной сахарным диабетом; ежегодно умирает около 4 млн. больных – это столько же, сколько от ВИЧ-инфекции и вирусного гепатита. Каждый год в мире производят более 1 млн. ампутаций нижних конечностей, более 600 тыс. больных полностью теряют зрение, приблизительно у 500 тыс. пациентов перестают работать почки, что требует дорогостоящего лечения гемодиализом и неизбежной пересадки почки.

Учитывая столь драматичную ситуацию в здравоохранении, вызванную сахарным диабетом, Международная диабетическая федерация в июне 2006 года обратилась к правительствам и общественным организациям всех стран мира с призывом объединить усилия в борьбе с диабетом. Эта инициатива получила поддержку профессиональных обществ абсолютного большинства стран: 150 стран – членов ООН, 133 обществ развивающихся стран.

На 61-й Генеральной Ассамблее ООН 20 декабря 2006 года была принята резолюция ООН о необходимости всех стран мира объединиться в борьбе со стремительно распространяющейся эпидемией сахарного диабета. За всю историю ООН это четвертая по сче-

ту резолюция, которая обращает пристальное внимание руководителей и правительств государств на проблемы сахарного диабета как ключевого направления здравоохранения, включающего в себя важные медико-социальные, экономические, этические и многие другие аспекты общества в целом. Важно отметить, что ранее ООН были приняты резолюции по борьбе с малярией, туберкулезом и ВИЧ-инфекцией. Резолюция же по борьбе с сахарным диабетом является исторически важной, поскольку это первая резолюция ООН, которая заявила о всемирной угрозе неинфекционного хронического заболевания – сахарного диабета и связанных с этой болезнью осложнений, влекущих за собой не только высокую опасность для здоровья всех наций, но и колоссальные экономические потери. В своем послании ООН признает тот факт, что «сахарный диабет является хроническим инвалидизирующим заболеванием, приводящим к развитию тяжелых осложнений и требующим значительных экономических затрат». Резолюция ООН накладывает серьезные обязательства не только на самих больных диабетом и членов их семей, но прежде всего на государственные структуры, которые должны гарантировать сохранение высокого потенциала здоровья своего населения, способствовать увеличению продолжительности и качества жизни народов своих стран, улучшению медицинской составляющей демографической ситуации в стране.

Резолюция ООН – это своеобразное послание всем странам мира о том, что проблема сахарного диабета носит глобальный характер, что эта проблема вышла за рамки сугубо медицинской, что сахарный диабет имеет многовекторную направленность, требующую серьезных финансовых, социальных, научных, этических решений, от чего, в конечном счете, зависят безопасность и благополучие любой нации.

Поэтому ООН призывает все страны мира поддерживать следующие ключевые позиции резолюции:

- создавать национальные программы по предупреждению, лечению и профилактике сахарного диабета и его осложнений и включать их в состав государственных программ по здравоохранению;
- повышать публичную информированность о диабете и его осложнениях, о методах его профилактики и лечения, привлекая к этому процессу образовательные программы и средства массовой информации;
- проводить 14 ноября как Всемирный день диабета под эгидой Дня Организации Объединенных Наций и отмечать этот день ежегодно, начиная с 2007 года.

Финансовые расходы (прямые и непрямые) на сахарный диабет в различных странах мира составляют 10–15% от всего бюджета здравоохранения, составляя 40 млрд. евро в Германии и около 200 млрд. долларов в США. Только прямые расходы на одного пациента в год составляют 5,5 тыс. долларов в США, 3,2 тыс. долларов в Финляндии, 3,1 тыс. долларов в Великобритании, 2,1 тыс. долларов в Австралии. При этом хорошо известно, что прямые расходы на лечение сахарного диабета

составляют лишь 40–50% от всей стоимости лечения. По мнению Международной диабетической федерации, при сохранении столь быстрого темпа распространения «эпидемии» сахарного диабета и при отсутствии профилактических мер по борьбе с диабетом «экономические затраты на лечение только этого заболевания превысят доходы от экономического роста всех стран мира».

МОНИТОРИНГ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 1-ГО И 2-ГО ТИПА У НАСЕЛЕНИЯ РОССИИ

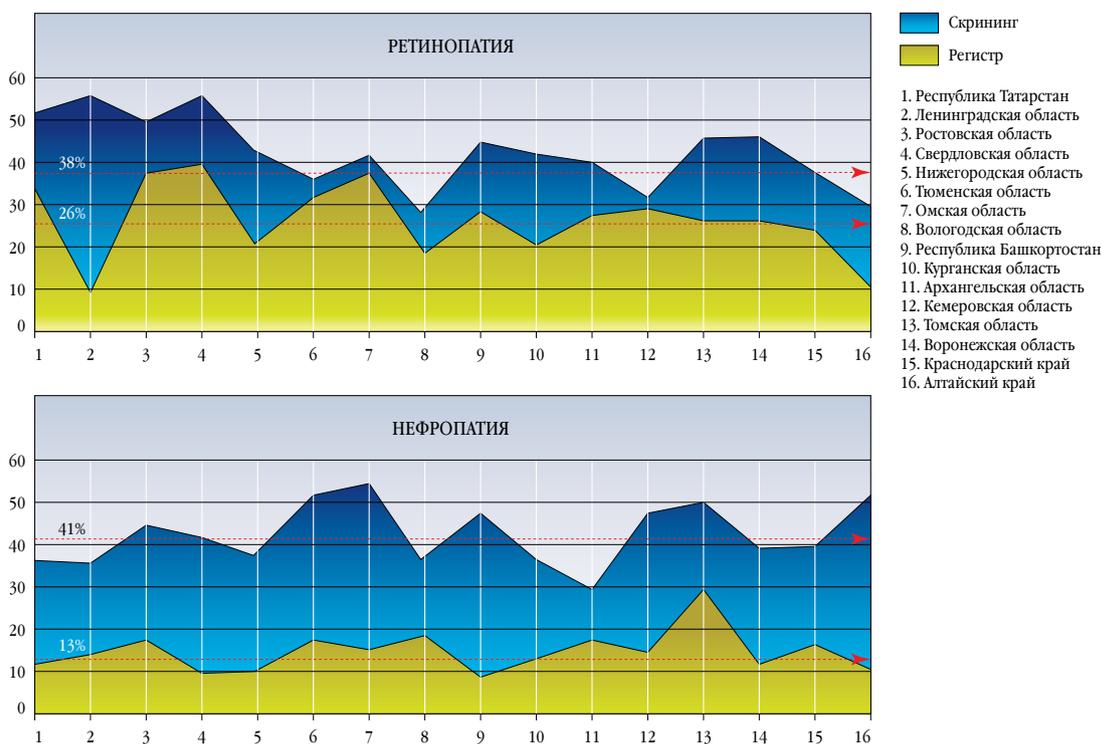
В России на 1 января 2006 года по обращаемости зарегистрировано 2,534 млн. больных сахарным диабетом. Между тем более точные данные контрольно-эпидемиологических исследований, проведенных коллективом Эндокринологического научного центра в различных регионах России за последние пять лет, показали, что истинная численность больных диабетом в нашей стране в три-четыре раза превышает официально зарегистрированную и составляет около 8 млн. человек (5,5% от общего числа всего населения России). То есть на каждого официально зарегистрированного больного сахарным диабетом приходится три-четыре человека с невыявленным («латентным») диабетом, которые даже не подозревают о своей болезни. Эти же данные были подтверждены результатами диспансеризации населения России, проведенной в течение 2006 года в рамках национального проекта «Здоровье». Так, при диспансерном обследовании 6,7 млн. «здоровых» человек трудоспособного возраста (35–55 лет), занятых в социальной сфере (педагогов, медицинских работников, деятелей искусства), сахарный диабет был впервые выявлен у 7,1% обследованных.

Эта ситуация безусловно драматична для России, поскольку не выявленный вовремя, а соответственно, и нелеченый диабет влечет за собой угрозу быстрого развития тяжелейших сосудистых осложнений. К таким осложнениям относятся диабетическая ретинопатия, приводящая к полной потере зрения; диабетическая нефропатия, влекущая необходимость пожизненной заместительной почечной терапии гемодиализом и неизбежной пересадки почки; поражение сосудов нижних конечностей с развитием гангрены и последующей ампутацией конечностей; поражение магистральных сосудов сердца и мозга, приводящее к развитию инфаркта миокарда и инсульта. При позднем выявлении сахарного диабета к моменту первого обращения пациента к врачу около 40% больных уже имеют необратимые сосудистые осложнения, не поддающиеся лечению.

В России с 1996–1997 годов Правительством РФ была утверждена Федеральная целевая программа (ФЦП) «Сахарный диабет», которая с 2002 года определена как подпрограмма ФЦП «Предупреждение и борьба с заболеваниями социального характера». При крайне скромном финансировании, составляющем 10–20% от запланированного, за последние семь лет работы в рамках программы удалось многое сделать.



1



РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ МИКРОАНГИОПАТИИ У ВЗРОСЛЫХ БОЛЬНЫХ СД 2-ГО ТИПА ПО ДАННЫМ СКРИНИНГА И РЕГИСТРА В ОБСЛЕДОВАННЫХ РЕГИОНАХ РОССИИ

В стране впервые создана структурированная диабетологическая служба, главным координирующим учреждением которой определено ГУ «Эндокринологический научный центр (ЭНЦ) РАМН» (с 2006 года – ФГУ «ЭНЦ Росмедтехнологий»). В соответствии со стандартами и требованиями ВОЗ на базе этого центра впервые организован Институт диабета, структуру которого составляют специализированные отделения по ключевым направлениям сахарного диабета, которые стали референс-отделениями, занимающимися разработкой самых современных, эффективных и высокотехнологичных методов прогнозирования, диагностики и лечения сосудистых осложнений сахарного диабета: отделение диабетической ретинопатии и офтальмохирургии, диабетической нефропатии и гемодиализа, диабетической стопы и хирургической коррекции дефектов стоп, кардиологии и интенсивной терапии, обучения больных сахарным диабетом методам управления диабетом, лаборатория иммуногенетики, изучающая проблемы диабета на генетическом уровне, что позволяет прогнозировать популяционный и индивидуальный риск развития болезни и ее сосудистых осложнений, и др.

В соответствии с международными стандартами на базе этих отделений разработаны алгоритмы профилактики, лечения и реабилитации самых тяжелых и инвалидизирующих осложнений сахарного диабета. Опыт работы референс-отделений Института диабета ФГУ «ЭНЦ Росмедтехнологий» широко внедряется по всей России, где на базе региональных диабетологических центров и эндокринологических диспансеров работают более

150 кабинетов диабетической стопы, более 100 офтальмологических кабинетов для лечения диабетической ретинопатии, около 20 отделений гемодиализа для оказания помощи больным с терминальной стадией диабетической нефропатии, открыто более 1 тыс. школ по обучению больных сахарным диабетом и членов их семей.

Планирование дальнейшего развития диабетологической службы невозможно без учета распространенности, заболеваемости, смертности больных сахарным диабетом. Такую информацию может дать только система регистрирования всех больных диабетом в масштабах страны. Для этого в России создан и успешно функционирует Государственный регистр больных сахарным диабетом (ГРСД), представляющий собой единую информационно-аналитическую систему, которая позволяет вести учет распространенности и заболеваемости сахарным диабетом, инвалидизации и смертности больных, ее непосредственных причин, распространенности осложнений диабета, обеспечения лекарственными препаратами и средствами самоконтроля. В настоящее время ГРСД включает 84 региональных центра страны, чьи данные ежегодно подробно анализируются в центре ГРСД.

Анализ данных ГРСД и проведенных контрольно-эпидемиологических скрининговых исследований показал, что реальная распространенность осложнений сахарного диабета существенно превышает официально зарегистрированную. Так при детальном изучении эпидемиологической обстановки в 16 регионах России было выявлено, что истинная распространенность диабетической ретинопатии составляет 38%, что в полтора



1



раза выше официально зарегистрированной, а реальная распространенность диабетической нефропатии составляет 41%, что в три раза выше официальных данных (рис. 1).

За годы реализации ФЦП «Сахарный диабет» в России апробированы и внедрены в широкую клиническую практику все новейшие технологии, включая применение полного спектра современных лекарственных сахароснижающих препаратов и средств самоконтроля, используемых диабетологами в развитых странах мира. Для лечения сахарного диабета в группах повышенного риска (дети и подростки, беременные, кормящие матери, больные, потерявшие зрение, и больные после ампутации нижних конечностей) в России разрешены к использованию только генно-инженерные препараты инсулина человека или их аналоги, что соответствует мировым стандартам и требованиям Всемирной организации здравоохранения. Препаратами выбора являются аналоги ДНК-рекомбинантных инсулинов ультракороткого и пролонгированного беспиикового действия. По прогнозам ряда экспертов ВОЗ, все развитые страны мира к 2010 году будут использовать только генно-инженерные аналоги инсулина как препараты, наиболее полно соответствующие физиологическому действию эндогенного инсулина в организме человека и поэтому максимально эффективно предупреждающие развитие осложнений сахарного диабета.

Реализация Федеральной целевой программы «Сахарный диабет» позволила в течение семи лет существенно изменить основные показатели эпидемиологической ситуации в России, а именно:

- снизить распространенность сахарного диабета 1-го типа среди взрослых на 6,1%;
- снизить смертность среди больных сахарным диабетом 1-го и 2-го типа на 8,4%, вместо ожидаемого роста на 5,2%;
- повысить среднюю продолжительность жизни больных сахарным диабетом 1-го типа на 3,1 года, больных сахарным диабетом 2-го типа – на 3,9 года.

Несмотря на очевидный прогресс в отечественной диабетологии, проблем, которые предстоит решить

в России по борьбе с диабетом, остается еще достаточно. В первую очередь это касается совершенствования организации и кадрового обеспечения диабетологической службы, стандартизации диабетологической помощи населению, обеспечения бесперебойной работы Государственного регистра больных диабетом, своевременного и полноценного обеспечения больных сахарным диабетом жизненно важными лекарствами и средствами самоконтроля, совершенствования высокотехнологичной медицинской помощи на базе глубоких научных исследований, обучения специалистов, обучения больных и др. Часть проблем носит чисто медицинский характер, часть – нуждается в решении на государственном уровне.

ОРГАНИЗАЦИЯ И КАДРОВОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ДИАБЕТОЛОГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ

Эта задача требует решения на трех уровнях оказания медицинской помощи: уровне первичного звена (участковый терапевт, врач общей практики, семейный врач), уровне специализированной эндокринологической помощи в городских и областных медицинских учреждениях и, наконец, на уровне высокотехнологичной медицинской помощи.

Врачи первичного звена неизбежно встречаются с пациентами, входящими в группу риска развития сахарного диабета (это больные с ожирением, артериальной гипертензией, дислипидемией). Именно эти врачи должны первыми «забить тревогу» и провести самое важное исследование для выявления возможного заболевания – определение сахара в крови натощак. В норме этот показатель не должен превышать 5,5 ммоль/л в капиллярной крови или 6,1 ммоль/л в плазме венозной крови. При подозрении на наличие сахарного диабета терапевт должен срочно направить пациента к специалисту-эндокринологу. Если пациент имеет несколько факторов риска развития диабета (окружность талии более 94 см у мужчин и более 80 см у женщин, уровень артериального давления



2



более 140/80 мм рт. ст., уровень холестерина крови более 5,2 ммоль/л и триглицеридов крови более 1,7 ммоль/л, наследственную отягощенность по сахарному диабету и др.), то терапевту также необходимо направить больного к эндокринологу. Изменение образа жизни и начало лечения на этой стадии могут вовсе предупредить развитие диабета, и человек останется здоров.

Однако, к сожалению, врачи первичного звена не всегда имеют настороженность в отношении сахарного диабета и «пропускают» начало заболевания, что приводит к позднему обращению больных к специалистам и развитию необратимых сосудистых осложнений.

Поэтому так важно продолжить начатую в рамках национального проекта «Здоровье» диспансеризацию трудоспособного населения и сделать обязательным исследование сахара в крови у лиц старше 40 лет, широко информировать население с помощью любых средств массовой информации (включая специальный проект на телевидении) о факторах риска сахарного диабета и его первых клинических проявлениях и, самое главное, повысить качество обучения врачей общей практики основам раннего выявления сахарного диабета. Все это позволит решить проблему ранней диагностики и профилактики сахарного диабета.

Эндокринологическая специализированная помощь в городских и областных медицинских учреждениях несомненно требует усиления. На сегодняшний день в стране насчитывается около 5 тыс. эндокринологов, однако этого недостаточно, учитывая лавинообразный рост численности больных сахарным диабетом. Согласно указаниям органов здравоохранения, одна ставка эндокринолога выделяется на 50 тыс. населения. При сохранении такого положения лечебная нагрузка на эндокринологов в крупных городах непомерно высока (до 1,5 тыс. больных на диспансерном учете у одного эндокринолога, что сокращает отведенное время для приема одного пациента до 10 мин.). В малонаселенных регионах России с низкой плотностью населения вышеуказанная норма вообще не позволяет вводить ставку эндокринолога, что приводит к недоступности эндокринологической (диабетологичес-

кой) помощи для населения. На V Всероссийском пленуме эндокринологов, состоявшемся в мае 2006 года в Москве, было принято решение обратиться к законодательной власти с предложением изменить норматив лечебной нагрузки на эндокринолога до 25 тыс. населения на одну штатную единицу. Такое решение позволит обеспечить больных сахарным диабетом в различных регионах России более полной, качественной и доступной помощью.

Высокотехнологичная диабетологическая помощь в учреждениях федерального уровня требует дальнейшего развития с учетом новейших достижений в области инструментальной диагностики, профилактики и лечения сахарного диабета и его сосудистых осложнений. Необходимо внедрение уникальных технологий диагностики и лечения диабетической ретинопатии, нефропатии, диабетической стопы, сердечно-сосудистой патологии не только на базе федеральных центров, но и региональных и муниципальных клиник. Подобная преемственность лечебной помощи от первичного звена до высокотехнологичной медицинской помощи бесспорно поможет поднять на качественно новый уровень оказание медицинской помощи больным сахарным диабетом во всех регионах России.

СТАНДАРТИЗАЦИЯ ДИАБЕТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ

Все три уровня оказания медицинской помощи больным сахарным диабетом должны базироваться на четких стандартах, регламентирующих объем такой помощи. В этом случае она будет оказана качественно и оперативно.

Задача врача общей практики (первичного звена) – вовремя заподозрить и выявить сахарный диабет и своевременно направить к специалисту.

Задача эндокринолога-диабетолога городского уровня – не только подбор адекватной сахароснижающей терапии, но и профилактика и лечение сосудистых осложнений сахарного диабета. Все сосудистые осложне-



ния диабета предсказуемы и предотвратимы при своевременном начале лечения. Именно эндокринолог обязан не пропустить самый ранний и обратимый маркер нефропатии при диабете – микроальбуминурию, поскольку начало лечения на этой стадии позволяет полностью предупредить развитие почечной недостаточности. Стоимость одного исследования микроальбуминурии составляет 60 рублей, стоимость лечения на этой стадии одного больного не превышает 2,5 тыс. рублей в год. При своевременном начале лечения почечная недостаточность не развивается, следовательно, применение дорогостоящего гемодиализа не требуется.

Если же ранняя стадия поражения почек не диагностирована и профилактическое лечение не проведено, то неизбежно у пациента развивается терминальная почечная недостаточность, требующая постоянного лечения гемодиализом, стоимость которого составляет 750 тыс. рублей в год на одного пациента. Таким образом, ранняя диагностика и профилактическое лечение нефропатии позволяет сохранить жизнь больного и сэкономить государственные средства.

Также эффективно профилактическое лечение больных с диабетической ретинопатией: эндокринолог обязан направить каждого пациента с сахарным диабетом к офтальмологу, поскольку своевременно проведенная лазерфотоконфузионная коагуляция сосудов глазного дна позволяет полностью сохранить зрение у 75% больных сахарным диабетом. Стоимость такого лечения и динамического наблюдения одного больного в течение года не превышает 3 тыс. рублей. В результате – сохраненная трудоспособность и высокое качество жизни больного.

Эндокринолог должен знать и применять принципы превентивного лечения синдрома диабетической стопы (разгрузка конечностей, устранение факторов риска повреждения стоп), что позволяет избежать ампутаций конечностей у 90% больных сахарным диабетом.

На уровне городского (областного) звена эндокринологической помощи должны быть в обязательном порядке организованы школы для обучения больных сахарным диабетом, в том числе со специализированными направлениями обучения. В настоящее время в России насчитывается около 1 тыс. школ по обучению больных диабетом 1-го и 2-го типа, детей и их родителей, беременных с сахарным диабетом. Обучение больных – важнейшее звено в достижении компенсации сахарного диабета. Показано, что при эффективном обучении пациентов и поддержании стойкой компенсации экономический эффект составляет 75%. Целесообразно структурировать школы обучения пациентов по осложнениям, а также повысить эффективность работы школ для больных, введя индивидуальный психосоциальный подход к обучению.

Для усиления диабетологической службы и обеспечения ее доступности в любом регионе России необходимы организация и развитие региональных и межрегиональных (окружных) диабетологических центров с инфраструктурой специализированных отделений, решающих задачи профилактики и лечения основных сосудистых осложнений диабета (отделений нефропа-

тии и гемодиализа, ретинопатии, диабетической стопы, патологии сердечно-сосудистой системы, школ обучения больных).

Задача специалистов высокотехнологичной помощи – оказать больному помощь, недоступную в региональных лечебных учреждениях (реконструктивная терапия при синдроме диабетической стопы, реваскуляризация сосудов нижних конечностей, лазерфотоконфузионная коагуляция сосудов глазного дна совместно с применением хирургических методов восстановления утерянного зрения, сложная функциональная диагностика патологии сердечно-сосудистой системы, коронароангиография, стентирование коронарных сосудов, диагностика и лечение атеросклеротического поражения почечных сосудов и сосудов другой локализации и др.).

ПОДГОТОВКА КАДРОВ И ПОВЫШЕНИЕ КВАЛИФИКАЦИИ СПЕЦИАЛИСТОВ

Для решения этой задачи необходимо поддержание на государственном уровне: создание кафедр и курсов эндокринологии с углубленным изучением диабетологии на базе высших учебных медицинских учреждений в регионах России; увеличение количества учебных часов, отведенных для изучения эндокринологии, в медицинских вузах страны; введение дополнительных часов для изучения диабетологии как самостоятельной дисциплины; усиление постдипломной подготовки и переподготовки медицинских кадров для обеспечения поддержания высокого уровня знаний эндокринологов-диabetологов, необходимого для оказания эффективной и своевременной медицинской помощи больным сахарным диабетом.

ОБЕСПЕЧЕНИЕ БЕСПЕРЕБОЙНОЙ РАБОТЫ ГОСУДАРСТВЕННОГО РЕГИСТРА БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

Эта задача решается путем развития Государственного регистра сахарного диабета как единой информационно-аналитической системы с использованием новых технологий в разработке программного обеспечения. Продолжение этой работы на технологически более высоком уровне обеспечит большую эффективность качества лечебной и профилактической помощи, возможность точно прогнозировать медицинские, социальные и экономические аспекты диабета и оперативно планировать федеральное и региональное финансирование службы.

Высокая эффективность работы Государственного регистра больных сахарным диабетом может быть обеспечена только при государственном контроле за качеством собранной информации и при гарантированном выделении кадровых сотрудников регистра (или материальной поддержке эндокринологов, ведущих работу по регистру). В настоящее время такая грандиозная работа в масштабах всей страны ведется исключительно на доб-



ровольной основе. Во всех странах мира, имеющих государственные регистры больных, работа ведется высокооплачиваемыми квалифицированными специалистами.

**СВОЕВРЕМЕННОЕ И ПОЛНОЦЕННОЕ
ОБЕСПЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ
ДИАБЕТОМ ЖИЗНЕННО ВАЖНЫМИ
ЛЕКАРСТВАМИ И СРЕДСТВАМИ
САМОКОНТРОЛЯ**

Инсулины – это жизненно необходимые препараты, предназначенные для постоянного ежедневного введения всем (100%) больным сахарным диабетом 1-го и 30% больных сахарным диабетом 2-го типа. Прерывание лечения инсулинами всего на несколько дней ведет к неминуемой гибели больных от кетоацидотической комы. До 2004 года, согласно постановлению Правительства РФ №890, все больные сахарным диабетом бесперебойно и гарантированно обеспечивались инсулинами за счет средств федерального бюджета. В настоящее время это положение изменилось. Согласно программе дополнительного лекарственного обеспечения (ДЛО) бесплатное обеспечение инсулинами за счет средств федерального бюджета получают только лица, имеющие инвалидность. Остальные пациенты (не имеющие инвалидности) должны обеспечиваться инсулинами из средств региональных бюджетов. Для небольшой части регионов – это посильная задача. Однако для большинства регионов России (так называемых дотационных регионов), не имеющих достаточного объема региональных бюджетных средств, обеспечение лекарствами происходит с перебоями и часто препаратами низкого качества. Таким образом, большой сахарным диабетом становится заложником экономической ситуации в регионе. В настоящее время в различных федеральных округах России, по данным Государственного регистра больных сахарным диабетом, зарегистрировано от 30 до 45% инвалидов среди больных сахарным диабетом. Следовательно, остальные 55–70% больных в этих регионах не имеют государственных гарантий на обеспечение инсулином. По большому счету, при перебоях с поставками препаратов инсулина в случае экономических проблем региона возникает реальная угроза жизни больных людей. Сложилась непростая ситуация. Деление больных на «федеральных» (инвалиды) и «региональных/муниципальных» (неинвалиды) порождает двойные стандарты и увеличение числа лиц, получивших лжеинвалидность. Вполне объяснимо стремление больных получить федеральную гарантию на обеспечение инсулином путем оформления инвалидности. Решить эту проблему можно только путем принятия закона о гарантированном обеспечении инсулинами всех больных сахарным диабетом вне зависимости от наличия или отсутствия у них инвалидности за счет средств федерального бюджета.

Обеспечение больных средствами самоконтроля уровня сахара крови (глюкометрами и тест-полосками к ним) – не менее важная составляющая в достижении целей терапии больных сахарным диабетом и профилак-

тики тяжелых сосудистых осложнений. Только те больные, которые обучены ежедневно самостоятельно контролировать сахар крови и корректировать в зависимости от показателей сахароснижающую терапию, способны достигнуть идеальной компенсации сахарного диабета и избежать развития сосудистых осложнений. Однако средства самоконтроля глюкозы в крови довольно дороги и не всем пациентам по карману. На сегодняшний день издан приказ Минздравсоцразвития России от 9 января 2007 года №1 «Об утверждении Перечня изделий медицинского назначения..., отпускаемых по рецептам врача (фельдшера) при оказании дополнительной бесплатной медицинской помощи...», в котором указаны шприц-ручки для введения инсулина и иглы к ним, а также тест-полоски для определения глюкозы в крови в перечне отпускаемых бесплатно из средств федерального бюджета, по крайней мере для детей-инвалидов. Однако до настоящего времени этот приказ не работает. Регионы вынуждены самостоятельно изыскивать средства для обеспечения больных в группах риска (детей, беременных и кормящих матерей и др.) средствами самоконтроля сахара в крови. Опять же не всем регионам доступно решение этой проблемы.

Только в тех странах мира, в которых обеспечение инсулинами и средствами самоконтроля сахара в крови гарантировано государством (это Швеция, Дания, Швейцария и многие другие), удалось достичь практически идеальной компенсации сахарного диабета почти у 80% больных, что привело к пятикратному снижению частоты развития всех сосудистых осложнений, снижению смертности и увеличению средней продолжительности жизни больных диабетом до 82–86 лет.

**ФИНАНСИРОВАНИЕ
ФУНДАМЕНТАЛЬНЫХ
И ПРИКЛАДНЫХ
НАУЧНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ
В ОБЛАСТИ САХАРНОГО ДИАБЕТА**

Успехи диабетологической службы в любой стране мира невозможны без глубоких научных исследований в области этиологии и патогенеза сахарного диабета и его сосудистых осложнений. На базе Эндокринологического научного центра в течение последних восьми лет проводится скрупулезная научная работа по выявлению популяционного и индивидуального риска развития сахарного диабета. Работа ведется с применением молекулярно-генетических технологий, нанотехнологий, иммунологических и гормональных методов исследования. Благодаря этим разработкам в настоящее время впервые определены гены, предрасполагающие к развитию сахарного диабета 1-го типа, и гены, предохраняющие от его развития, у различных этнических групп РФ (русские, буряты, татары и др.), а также определены комбинации генов, позволяющие прогнозировать индивидуальный риск развития сахарного диабета 1-го типа в ядерных семьях (то есть в семьях, имеющих одного или более близкого родственника с сахарным диабетом).



Эти российские данные вошли в Международный реестр генетических исследований сахарного диабета. На основе проведенных научных исследований уже сейчас можно прогнозировать развитие сахарного диабета 1-го и 2-го типа в группах риска с точностью до 85%, соответственно, предупреждать развитие диабета в группах высокого риска, точно рассчитать экономические ресурсы на борьбу с диабетом. Внедрение данных научных разработок и создание аналогичных медико-генетических лабораторий в ряде регионов России позволит в ближайшие годы снизить заболеваемость диабетом.

Таким образом, решение вышеперечисленных задач поможет поднять на качественно новый уровень диабетологическую службу страны и достичь основной цели – преодолеть надвигающуюся угрозу эпидемии сахарного диабета, сохранить жизни миллионам больных людей, не дать заболеть миллионам детей и взрослых, увеличить продолжительность и улучшить качество жизни населения, сохранить семьи, увеличить рождаемость здоровых членов общества. Эффективная работа диабетологической службы страны позволит существенно сократить прямые и косвенные расходы на лечение сахарного диабета и его осложнений. По данным за 2003 год, в России прямые расходы на лечение всех больных сахарным диабетом 1-го и 2-го типа составляли 8,5 млрд. долларов, из них большая часть (6,1 млрд. долларов) была потрачена на лечение больных диабетом 2-го типа. Расчеты показали, что затраты непосредственно на сахароснижающую терапию (инсулины и таблетированные препараты) составляют лишь 9% от всех прямых расходов, а 91% этих затрат связан с лечением осложнений диабета.

Внедрение в России генно-инженерных инсулинов человека и их аналогов, самых современных таблетированных препаратов, ранняя диагностика сосудистых осложнений и их превентивное лечение, организованные по всей стране школы для больных сахарным диабетом позволили уже сейчас радикально изменить ситуацию в России: снизить распространенность диабетической ретинопатии и полной потери зрения на 12,8%, нефропатии и потребности в гемодиализе на 9,6%, число высоких ампутаций на 24,2%, ампутаций в пределах стопы на 28,4%. Все это является результатом в том числе достижения существенно более строгой компенсации сахарного диабета (за последние пять лет по стране интегральный показатель контроля сахара крови – гликолизированный гемоглобин HbA1c – снизился в среднем от 10,8 до 8,1% при норме до 6,5%). Расчеты показали, что снижение среднего уровня HbA1c всего лишь на 1% позволяет ежегодно экономить 246,7 млн. долларов. Следовательно, эффективное лечение больных сахарным диабетом – это не только сохранение трудоспособности больных, это – колоссальная экономия государственных средств!

Все вышеперечисленные проблемы, имеющиеся в настоящее время в области организации диабетологической службы, безусловно преодолимы. Для их решения необходимо приложить усилия как самих специалистов-эндокринологов, так и структур исполнительной и законодательной власти. Общими усилиями вполне возможно реализовать весьма оптимистический девиз специалистов-диабетологов и больных сахарным диабетом, который звучит так: «Сахарный диабет – это не болезнь, а особый образ жизни!»

СТАТЬЯ ПОДГОТОВЛЕНА ПРИ УЧАСТИИ
ДИРЕКТОРА ИНСТИТУТА ДИАБЕТА
ФГУ «ЭНДОКРИНОЛОГИЧЕСКИЙ
НАУЧНЫЙ ЦЕНТР РОСМЕДТЕХНОЛОГИЙ»
Д.М.Н., ПРОФЕССОРА
М.В. Шестаковой