

САХАРНЫЙ ДИАБЕТ: СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ ПРОБЛЕМЫ В МИРЕ И В РОССИИ

ДИРЕКТОР ФГБУ
«ЭНДОКРИНОЛОГИЧЕСКИЙ
НАУЧНЫЙ ЦЕНТР»
МИНЗДРАВА РОССИИ
Иван Иванович Дедов



ДИРЕКТОР ИНСТИТУТА
ДИАБЕТА ФГБУ
«ЭНДОКРИНОЛОГИЧЕСКИЙ
НАУЧНЫЙ ЦЕНТР»
МИНЗДРАВА РОССИИ
Марина Владимировна
Шестакова



Сахарный диабет (СД) является наиболее опасным вызовом всему мировому сообществу и приоритетом первого порядка для национальных систем здравоохранения всех без исключения стран мира. По темпам распространенности СД опережает все остальные неинфекционные заболевания. По данным Международной диабетической федерации (IDF), за последние 20 лет численность больных СД в мире увеличилась почти втрое (от 130 млн в 1990 году до 382 млн в 2013 году). Эксперты IDF прогнозируют, что количество больных СД к 2035 году достигнет примерно 600 млн человек, то есть им будет болеть почти каждый 10-й житель планеты. При этом не учитывается огромная доля населения с так называемым предиабетом (с нарушенной толеран-

тностью к глюкозе). В мире численность лиц с предиабетом уже сейчас составляет 316 млн человек. Именно из этой группы «условно здоровых» лиц популяция больных СД ежегодно пополняется приблизительно на 10%. Кроме того, СД может развиваться и во время беременности. В 2013 году более 21 млн беременных женщин (17% от всех родивших) имели так называемый гестационный СД, который не всегда распознается вовремя, но отражается на здоровье как матери, так и плода. Нераспознанный, а следовательно, неконтролируемый СД неизбежно ведет к высокой инвалидизации и смертности населения от множественных сосудистых осложнений, таких как инфаркты, инсульты, потеря зрения, гангрены и ампутации конечностей, нарушенная функция почек, требующая проведения заместительной почечной терапии (гемодиализ, трансплантация). По статистике каждые 6 секунд в мире от острых и хронических осложнений умирает 1 больной СД.

В 2011 году Генеральная Ассамблея ООН приняла Политическую декларацию по ВИЧ/СПИДу, в которой обратилась к национальным системам здравоохранения с призывом создавать многопрофильные национальные стратегии в области профилактики неинфекционных заболеваний и борьбы с ними, обратив особенное внимание на СД как одну из ведущих причин инвалидизации и смертности населения.

В России с 1997 года ежегодно обновляется база данных Государственного регистра больных сахарным диабетом (ГРСД), что позволяет следить за динамикой эпидемиологических показателей (распространенности СД и его осложнений, выживаемости, смертности, средней продолжительности жизни больных СД и др.). На 1 января 2014 года в ГРСД, по данным обращаемости, зарегистрировано почти 4 млн больных СД, из которых 90% составляют больные СД 2-го типа (табл. 1).

Однако контрольно-эпидемиологические исследования, проведенные ФГБУ «Эндокринологический научный центр» (далее – ЭНЦ), основанные на активном скрининге населения, свидетельствуют о том, что истин-

Таблица 1

**ДАННЫЕ ГОСРЕГИСТРА БОЛЬНЫХ СД
НА 1 ЯНВАРЯ 2014 ГОДА ПО ОБРАЩАЕМОСТИ**

Контингент	Тип СД	
	1-й	2-й
Дети	20373	409
Подростки	10038	342
Взрослые	308949	3624778
ИТОГО	339360	3625529

ное число больных СД в России в два-три раза выше, чем по данным ГРСД, и насчитывает около 10 млн, при этом 6 млн не знают о своем заболевании и не получают лечение. Для уточнения реальной распространенности СД в стране в настоящее время ЭНЦ и компанией «Санофи» (Франция) при участии компании «Астон Консалтинг» (Россия) проводится совместный масштабный общероссийский эпидемиологический проект NATION, в рамках которого предполагается скрининг 26 тыс. россиян, проживающих в разных регионах страны, на предмет наличия СД. Для диагностики СД у всех участников исследования измеряется уровень гликированного гемоглобина (гемоглобин A_{1c}, HbA_{1c}). Этот показатель с 2011 года признан Всемирной организацией здравоохранения надежным критерием диагностики СД. Результаты проекта ожидаются к 2015 году.

Способом лечения СД 1-го типа является исключительно инсулинотерапия. В России применяются как человеческие генно-инженерные препараты инсулина короткого и средней продолжительности действия, так и современные аналоги человеческого инсулинов ультракороткого (инсулины лизпро, аспарт и глулизин), длительного (инсулины гларгин и детемир) и сверхдлительного беспикового действия (инсулин деглюдок). Для лечения СД 2-го типа в настоящее время в арсенале врачей-диабетологов имеется восемь классов сахароснижающих препаратов, воздействующих на разные патогенетические механизмы развития этого типа диабета, и около пяти новых классов находятся на этапе доклинической разработки. Все эти лекарственные препараты изучены или изучаются с позиции доказательной медицины, в основе которой лежат результаты рандомизированных клинических исследований, метаанализов и систематических обзоров. Однако оптимальный контроль гликемии удерживают не более 35–40% больных. Кроме того, по данным различных фармакоэпидемиологических исследований, сахароснижающие препараты являются одной из частых причин развития неблагоприятных побочных реакций, в том числе и вследствие фармакокинетического и фармакодинамического взаимодействия с совместно применяемыми лекарствами,

что особенно значимо для пациентов пожилого и старческого возраста.

Международные и национальные рекомендации по «старту» и поэтапной интенсификации терапии СД-2 предлагают стандартизированный подход к лечению всех больных: в дебюте – монотерапия метформином, затем добавление второго и третьего препаратов, далее – инсулинотерапия. Но современные реалии свидетельствуют о том, что к каждому пациенту нужен персонализированный подход с определением индивидуальных безопасных целей терапии (по уровню HbA_{1c}), подбором максимально эффективных и безопасных сахароснижающих препаратов, а также средств для профилактики и лечения сосудистых осложнений диабета.

В 2011 году совет экспертов Российской ассоциации эндокринологов (РАЭ) разработал национальный консенсус по инициации и интенсификации сахароснижающей терапии СД 2-го типа, взяв за основу модель алгоритма Американской ассоциации клинических эндокринологов ААСЕ/АСЕ-2009. В этом документе главный акцент сделан на индивидуальном подходе к лечению пациента. Приоритетом в выборе терапии должны стать безопасность и эффективность лечения. По мнению экспертов РАЭ, эти параметры являются гораздо более важными, чем стоимость препарата или длительность его использования в клинической практике.

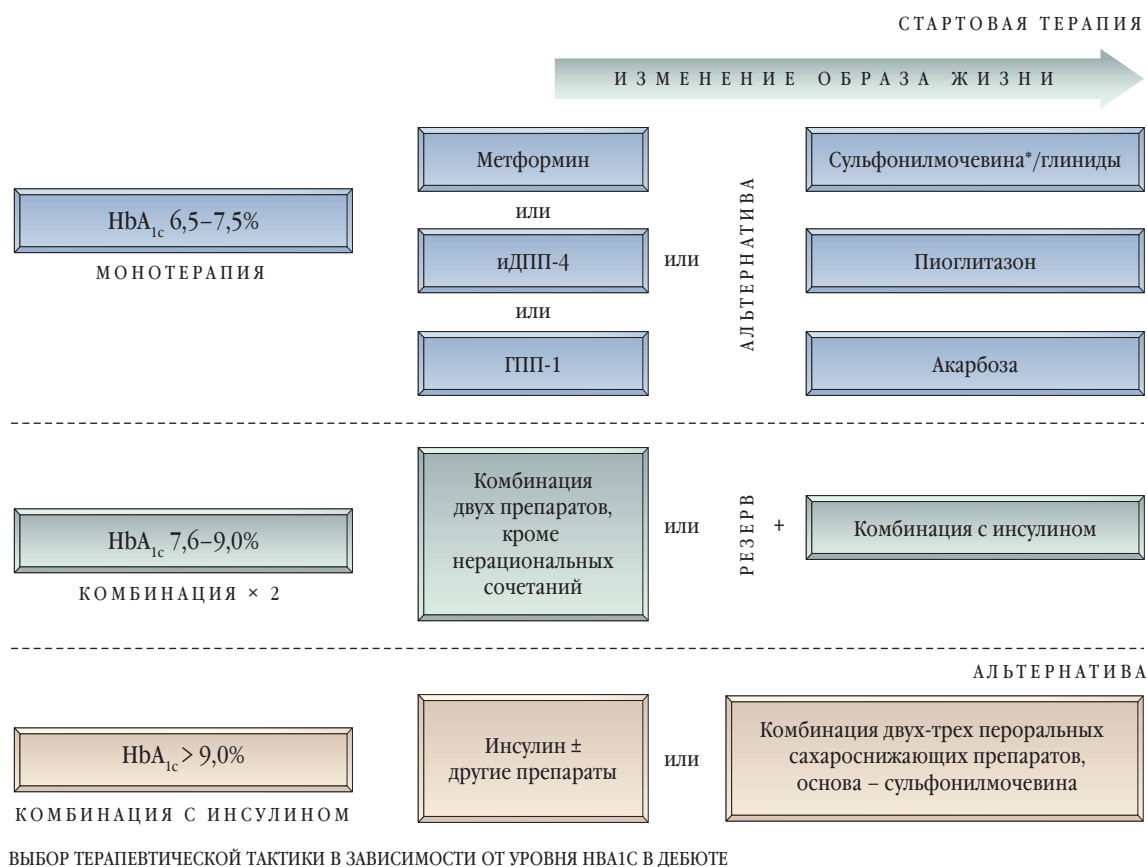
Общие положения консенсуса РАЭ по инициации и интенсификации сахароснижающей терапии СД-2:

1. Определение индивидуального целевого значения гликемического контроля по уровню HbA_{1c}.

Для каждого пациента индивидуально устанавливается целевой уровень HbA_{1c}, который зависит от возраста пациента или ожидаемой продолжительности его жизни, длительности заболевания, наличия сосудистых осложнений, риска развития гипогликемий. Диапазон целевых значений HbA_{1c} может колебаться от 6,5% (для молодых трудоспособных пациентов, не имеющих сосудистых осложнений, с высокой ожидаемой продолжительностью жизни) до 8,0% (для пожилых больных, с тяжелыми сопутствующими заболеваниями, высоким риском сердечно-со-



1



* Кроме глибенкламида.

- судистой смертности и низкой ожидаемой продолжительностью жизни). На выбор индивидуального целевого уровня HbA_{1c} также могут оказывать влияние и другие факторы: мотивация, приверженность к лечению, уровень образования пациента, использование других лекарственных средств.
2. Стратификация терапевтической тактики в зависимости от исходного уровня HbA_{1c}. Основным ориентиром в выборе стартового лечения пациентов с впервые выявленным СД 2-го типа должен являться показатель HbA_{1c}, так как значения гликемии в течение суток имеют большую вариабельность.
- При HbA_{1c} 6,5–7,5% в дебюте достижение целевых значений гликемии возможно при использовании монотерапии сахароснижающими препаратами. При этом рекомендуется начинать лечение с препаратов, имеющих низкий риск развития гипогликемических состояний. К таким препаратам относятся: метформин, ингибиторы дипептидилпептидазы-4 (иДПП-4) (ситаглиптин, вилдаглиптин, саксаглиптин, линаглиптин), агонисты рецепторов глюкагоноподобного пептида-1 (аГПП-1) (эксенатид, лираглутид). В случае непереносимости или наличия противопоказаний к этим группам препаратов возможно начать терапию с альтернативных препаратов: сульфо-

нилмочевины, меглитинидов, тиазолидиндионов (пиоглитазон), ингибиторов альфа-глюкозидазы. Если при монотерапии достичь поставленных целей не удастся, то в последующем возможно применение комбинированного лечения (два или три препарата) (рис. 1).

При HbA_{1c} 7,6–9,0% в дебюте следует сразу начинать с комбинированной терапии взаимодополняющими препаратами, относящимися к разным фармакологическим группам. При неэффективности возможно сочетание трех сахароснижающих препаратов или начало инсулинотерапии (рис. 1).

При HbA_{1c} более 9,0% в дебюте, а также при наличии выраженной клинической симптоматики (потеря массы тела, жажда, полиурия и др.) следует назначить инъекции инсулина (в виде монотерапии или в комбинации с пероральными сахароснижающими препаратами). В дальнейшем, в случае достижения целевых показателей метаболического контроля, пациент может быть переведен на комбинированное лечение без инсулина. В случае отсутствия клинических симптомов декомпенсации в дебюте возможно назначение комбинации двух или трех сахароснижающих препаратов. При этом основой такой комбинации должны стать препараты сульфонилмочевины (рис. 1).



3. Принятие решения об изменении (интенсификации) ранее назначенной терапии.

Мониторинг эффективности сахароснижающей терапии по уровню HbA_{1c} рекомендуется осуществлять каждые 3 месяца. Титрация дозы назначенных сахароснижающих препаратов до максимально эффективной (переносимой) осуществляется на основе данных самоконтроля гликемии.

Изменение (интенсификация) сахароснижающей терапии при ее неэффективности (то есть при отсутствии достижения индивидуальных целей HbA_{1c}) должно быть выполнено не позднее чем через 6 месяцев; в случае ухудшения самочувствия или при отсутствии признаков эффективности лечения решение об интенсификации может быть принято раньше.

Безопасность и эффективность являются приоритетами в выборе лечения. Индивидуальный подход должен применяться как на старте терапии, так и на любом этапе лечения.

Данные рекомендации разработаны с целью оптимизировать терапию пациентов с недавно установленным диагнозом СД 2-го типа, обеспечить возможность безопасного достижения целевого уровня контроля гликемии и, соответственно, предупредить развитие и прогрессирование тяжелых сосудистых осложнений.

Персонализированный подход к лечению больных СД 2-го типа также предложен в совместном документе Американской диабетической ассоциации (ADA) и Европейской ассоциации по изучению сахарного диабета (EASD) в 2012 году. В отличие от российского документа, в нем не предлагается стратифицировать терапию в зависимости от исходного уровня HbA_{1c}, что, на наш взгляд, может привести к потере драгоценного времени в процессе достижения оптимального контроля гликемии.

На сегодняшний день в России больные СД обеспечены необходимой специализированной и высокотехнологичной помощью, что позволяет снизить частоту развития сосудистых осложнений СД и вернуть больным людям трудоспособность. Однако диабетологической службе предстоит решить еще немало задач.

К таким задачам относятся:

- *поддержание и совершенствование Государственного регистра больных сахарным диабетом* как инструмента для динамической оценки показателей заболеваемости и распространенности СД и его осложнений, летальности больных СД, анализа экономического бремени диабета для РФ;
- *разработка популяционной программы ранней диагностики СД* и других нарушений углеводного обмена у населения;
- *внедрение программы профилактики* развития СД у населения;
- *разработка и внедрение единых национальных алгоритмов* персонализированной профилактики СД, лечения и реабилитации больных СД;
- *усовершенствование системы лекарственного обеспечения* больных СД сахароснижающими препаратами, инсулинами и средствами их введения, средствами самоконтроля гликемии;
- *разработка и реализация обучающих программ* для больных СД по вопросам профилактики и лечения СД.

Все вышеперечисленные проблемы, имеющиеся в настоящее время в деле организации диабетологической службы, безусловно, преодолимы. Для их решения необходимо приложить усилия как самим специалистам-эндокринологом, так и структурам исполнительной и законодательной власти.