

В.І. Паньків, д.м.н., професор, Український науково-практичний центр ендокринної хірургії, трансплантації ендокринних органів і тканин МОЗ України, м. Київ

Шляхи удосконалення тактики надання допомоги хворим на цукровий діабет 2 типу в амбулаторних умовах (фармакоепідеміологічний пікхіг)



В.І. Паньків

Цукровий діабет (ЦД) 2 типу – одне з найпоширеніших захворювань, що є глобальною медичною проблемою і становить загрозу для здоров'я людства. Це обумовлено тенденцією до зростання кількості таких хворих, особливо серед людей працездатного віку (40-59 років), хронічним перебігом, високою інвалідизацією і необхідністю створення системи спеціалізованої допомоги. Якщо у 2000 р. кількість хворих на ЦД у світі становила 171 млн осіб (2,8%), то у 2013 р. – 382 млн, а до 2035 р. експерти Міжнародної діабетичної федерації прогнозують збільшення кількості хворих у світі на 55% – до 592 млн осіб (IDF, 2014).

Аналогічна тенденція характерна й для України, де на сьогодні нараховується понад 1,3 млн хворих на ЦД 2 типу, а істинна поширеність захворювання принаймні втричі вища, що підтверджують контрольні епідеміологічні дослідження.

У зв'язку з ранньою інвалідизацією й високою смертністю від судинних ускладнень ЦД 2 типу належить до захворювань, які завдають найбільшого економічного збитку. ЦД 2 типу посідає третє місце серед безпосередніх причин смертності населення внаслідок серцево-судинних й онкологічних захворювань.

Зважаючи на високу соціальну й економічну значущість проблеми лікування ЦД, у більшості країн світу розроблені національні програми для боротьби з цим захворюванням. В Україні до 2013 р. реалізувалася державна цільова програма «Цукровий діабет», основним завданням якої було проведення організаційних, діагностичних, лікувальних і профілактичних заходів, спрямованих на зниження частоти ускладнень ЦД, зменшення інвалідизації й летальності. На сьогодні основним нормативним документом залишається «Уніфікований клінічний протокол первинної та вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги «Цукровий діабет 2 типу», затверджений МОЗ України 21.12.2012 р.

Відповідно до сучасних рекомендацій фармако-епідеміологічні дослідження з аналізом реальної практики ведення пацієнтів з ЦД 2 типу розглядаються як один з об'єктивних інструментів оцінки ефективності їх впровадження в практичну охорону здоров'я. Ця обставина підтверджується тим фактом, що більшість пацієнтів з ЦД 2 типу перебувають у стані хронічної декомпенсації і лише четверта частина хворих досягає цільових значень глікованого гемоглобіну (HbA_{1c}). Головною причиною ситуації, що склалася, є той факт, що пацієнти не завжди дотримуються рекомендацій лікаря стосовно зміни способу життя, регулярного самоконтролю глікемії. З іншого боку, не всі лікарі володіють інформацією про сучасні тенденції в терапії ЦД, критерії контролю ЦД і способи профілактики пізніх ускладнень.

На сьогодні у зв'язку з тенденцією до скорочення кількості ендокринологів, особливо в сільській місцевості, лікуванням хворих на ЦД займаються дільничні терапевти й лікарі загальної практики, які далеко не завжди мають належні знання щодо терапії цього захворювання.

Тому вивчення реальної практики ведення хворих на ЦД 2 типу стосовно діагностики, лікування (включаючи вибір цукрознижувальних препаратів), профілактики ускладнень, а також критичний аналіз уявлень лікарів про стратегію діагностики, лікування і профілактику захворювання, дослідження ступеня поінформованості пацієнтів про хворобу та її симптоми, можливості сучасної фармакотерапії, дотримання рекомендацій лікаря дозволять поліпшити прогноз ЦД.

Для підвищення ефективності терапії хворих на ЦД 2 типу нами проведено аналіз реальної практики діагностики, лікування і профілактики ускладнень, оцінки рівня знань лікарів і пацієнтів. Крім того, здійснено оцінку якості надання медичної допомоги пацієнтам з ЦД 2 типу в амбулаторних умовах районної лікувально-профілактичної установи з точки зору дотримання індикаторів якості для діагностики, вибору відповідних препаратів.

Одномоментне фармакоепідеміологічне дослідження реальної практики використання індикаторів якості надання медичної допомоги хворим на ЦД 2 типу здійснювалося випадковим методом в одному з районів м. Києва в 2014 р. Об'єктом дослідження стали медичні карти (ф. 025-у) амбулаторних хворих на ЦД 2 типу.

Для вивчення знань лікарів щодо діагностики, профілактики й лікування ЦД 2 типу було проведено анонімне анкетування лікарів загальної практики – сімейної медицини, а також лікарів-ендокринологів м. Києва. Анкета-опитування містила питання діагностики, первинної і вторинної профілактики ЦД 2 типу, терапевтичної тактики, у тому числі вибір цукрознижувальних препаратів. Крім того, в ній було враховано професійний стаж лікарів і отримані джерела інформації з проблеми ЦД.

Додатково було проведено анонімне анкетування хворих на ЦД 2 типу за оцінкою рівня їх знань про захворювання, методи профілактики й терапії, отримані ними при навчанні в школах діабету. Анкета для хворих з ЦД 2 типу містила питання про якість спостереження, завдання терапії, комплаєнтність призначень і профілактику ускладнень.

Проаналізовано 850 медичних карт (ф. 025-у) амбулаторних хворих (ф. 025-у) на ЦД 2 типу. Загальну характеристику цих хворих наведено в таблиці 1. Серед пацієнтів переважали жінки – 624 (73,4%), у яких середній вік (64,93±3,29 року) дещо перевищував показник у чоловіків (61,17±2,16 року). Середня тривалість ЦД 2 типу становила 6,92±1,86 року.

У жінок з ЦД 2 типу достовірно частіше реєструвалися ускладнення захворювання, такі як діабетична ретинопатія (71,3%), діабетична катаракта (6,1%), діабетична полінейропатія (43,1%) і діабетична нефропатія (13,9%). У більшості хворих діагностовано ожиріння й артеріальну гіпертензію (АГ).

Всім хворим на ЦД 2 типу проводилася корекція дієти й фізичної активності. Аналіз медичної документації та анкетування показав, що більшість (85,3%) хворих намагалися дотримуватися дієти, однак адекватні фізичні навантаження здійснювали лише 31,6% пацієнтів (15,3% жінок і 40,7% чоловіків).

Для корекції вуглеводного обміну хворі на ЦД 2 типу отримували цукрознижувальні препарати різних груп: бігуаніди (метформін), похідні сульфонілсечовини (глімепірид, гліклазид, глібенкламід, гліквідон), інгібітори дипептидилпептидази-4 (ситагліптин, саксагліптин), агоністи глюкагоноподібного пептиду-1

(ліраглутид), інсуліни короткої і тривалої дії. У половині випадків (49,2%) застосовувалася монотерапія.

Як індикатори якості діагностики, профілактики й лікування ЦД 2 типу застосовували такі показники: глікемія натще, постпрандіальна глікемія, HbA_{1c}, біохімічні критерії ліпідного обміну (загальний холестерин – ЗХС, ліпопротеїни низької щільності – ЛПНЩ, тригліцериди), аналіз сечі на протеїнурію, мікроальбумінурію, рівні систолічного і діастолічного артеріального тиску (САТ і ДАТ), індекс маси тіла (ІМТ), окружність талії (ОТ), огляди фахівців (окуліста, невролога та ін.).

Аналіз використання індикаторів якості ведення хворих на ЦД 2 типу показав, що показники «глікемія натще» і «постпрандіальна глікемія» визначали у всіх хворих на ЦД 2 типу, але отримані результати значно перевищували цільові значення (табл. 2). Так, показник «глікемія натще» становив в середньому 7,89±1,71 ммоль/л. Показник «постпрандіальна гіперглікемія» також перевищував цільові значення і становив в середньому 11,27±2,46 ммоль/л. Отримані значення глікемії натще й постпрандіальної глікемії пов'язані з високим ризиком розвитку судинних ускладнень і вказують на необхідність корекції призначеної цукрознижувальної терапії.

Головним критерієм компенсації вуглеводного обміну (HbA_{1c}) було досягнуто лише у 15,9% хворих, а середній рівень показника (9,21±1,63%) значно перевищував цільовий рівень (<7,0%). При цьому рівень HbA_{1c} у чоловіків (9,72±1,93 ммоль/л) перевищував аналогічний показник у жінок (9,11±1,52 ммоль/л), що свідчить про декомпенсацію вуглеводного обміну й високий ризик розвитку судинних ускладнень.

У комплексному підході до терапії ЦД 2 типу важливою є корекція порушень ліпідного обміну й АГ. Тому особливого значення надається таким критеріям, як показники ліпідного спектра крові. У нашому дослідженні рівень ЗХС було визначено у всіх пацієнтів. При цьому показники перевищували цільові значення як в середньому

Продовження на стор. 24.

Показники	Чоловіки (n=226)	Жінки (n=624)
Вік, років	61,17±2,16	64,93±3,29
Середня тривалість захворювання, роки	5,89±1,64	7,71±2,06
Ускладнення ЦД, n (%)		
Ретинопатія	91 (40,2)	445 (71,3)*
Катаракта	4 (1,8)	38 (6,1)*
Полінейропатія	57 (25,2)	269 (43,1)*
Нефропатія	19 (8,4)	87 (13,9)*
Супутня патологія, n (%)		
Ожиріння	192 (84,9)	498 (79,8)
Артеріальна гіпертензія	178 (78,8)	462 (74,0)
Патологія нирок (крім нефропатії)	5 (2,2)	21 (3,4)
Інші захворювання	59 (26,1)	239 (38,3)*

*Критерій достовірності (p<0,05).

Показники	Наказ МОЗ України	Результати дослідження	Відхилення	
			Min	Max
Глікемія натще, ммоль/л	<5,6	7,89±1,71	3,9	14,2
Постпрандіальна глікемія, ммоль/л	<10	11,27±2,46	6,8	14,9
HbA _{1c} , %	<7,0%	9,21±1,63	6,2	12,8
ІМТ, кг/м ²	19-24,9	30,9±3,1	21,8	42,4
Загальний холестерин, ммоль/л	<4,5	5,69±0,84	3,4	8,9
Ліпопротеїни низької щільності, ммоль/л	<2,5	3,87±0,42	2,3	4,9
Тригліцериди, ммоль/л	<1,7	2,81±0,35	1,3	7,2
САТ/ДАТ, мм рт. ст.	<140/80; <130/80 (при нирковій патології)	154,6±14,6/ 91,2±7,4	100/60	190/120

Шляхи удосконалення тактики надання допомоги хворим на цукровий діабет 2 типу в амбулаторних умовах (фармакоепідеміологічний підхід)

Продовження. Початок на стор. 23.

($5,69 \pm 0,84$ ммоль/л), так і залежно від статі (у жінок – $5,73 \pm 0,87$ ммоль/л, у чоловіків – $5,51 \pm 0,82$ ммоль/л). Рівень ЛПНЩ було оцінено лише у 6,9% хворих, а їх показники (в середньому $3,87 \pm 0,42$ ммоль/л) значно перевищували цільові значення. Аналогічні результати було отримано й при визначенні рівня тригліцеридів у 21,8% хворих. Показники в середньому становили $2,81 \pm 0,35$ ммоль/л (у жінок – $2,91 \pm 0,39$ ммоль/л, у чоловіків – $2,39 \pm 0,24$ ммоль/л).

Середній рівень АТ хворих на ЦД 2 типу в проаналізованих амбулаторних картках становив $154,6 \pm 14,6/91,2 \pm 7,4$ мм рт. ст., що значно перевищувало цільові показники. ІМТ було визначено в усіх пацієнтів, середнє його значення становило $30,9 \pm 3,1$ кг/м² (у жінок – $31,1 \pm 3,2$ кг/м², у чоловіків – $29,7 \pm 2,9$ кг/м²).

Згідно з даними, зафіксованими в медичній документації, окуліст оглянув 58,2% пацієнтів, невролог – 72,4%. Якщо результати загального аналізу сечі були зафіксовані в 89,8% амбулаторних карток, то визначення мікроальбумінурії (за відсутності білка у загальному аналізі сечі) було проведено лише у 9,3% хворих.

Вибір лікарських засобів здійснювався з урахуванням таких індикаторів якості, як глікемія натше й постпрандіальна глікемія. На практиці використання лише цих показників не дозволяє належним чином проводити адекватний вибір антигіперглікемічних препаратів з подальшою своєчасною корекцією медикаментозної терапії. Про це свідчать доволі висока частка застосування монотерапії (49,2%) у хворих з підвищеним рівнем HbA_{1c} і значною тривалістю ЦД, більш висока частота (порівняно з метформіном) використання похідних сульфонілсечовини, відсутність своєчасного призначення інсулінотерапії, висока частота ускладнень.

З метою вивчення знань лікарів про ЦД 2 типу, тактику лікування і вибір відповідних препаратів нами проведено анкетування терапевтів і ендокринологів. Серед терапевтів переважали лікарі зі стажем роботи за фахом понад 15 років (55,9%), серед ендокринологів – зі стажем роботи від 5 до 10 років (56,5%). На запитання стосовно ранньої симптоматики захворювання, чинників ризику розвитку ЦД 2 типу більшість терапевтів (81,4%) вказали характерні симптоми, однак основний критерій ЦД 2 типу (підвищення глюкози крові натше) зазначили тільки 42,7% терапевтів. Водночас 31,5% ендокринологів недооцінюють значення підвищення рівня АТ >140/90 мм рт. ст. Аналіз результатів опитування показав, що терапевти меншою мірою володіють питаннями щодо первинної профілактики ЦД 2 типу порівняно з ендокринологами. Так, ендокринологи вказували на необхідність обмеження споживання вуглеводів і алкоголю (97,8%), жирної їжі (95,6%), підвищення фізичного навантаження (88,0%), зниження маси тіла (84,8%). Однак частина (6,5%) фахівців наголошували на необхідності зниження фізичного навантаження. У свою чергу, терапевти вказували на обмеження споживання вуглеводів (92,9%), жирної їжі й алкоголю (71,7%), зменшення споживання солі (35,2%) і так само, як ендокринологи, на підвищення фізичної активності (8,9%). Анкетування показало, що лікарі знайомі зі стратегією належного глікемічного контролю в терапії ЦД 2 типу. При цьому більшість (96,7%) ендокринологів використовують у лікуванні ЦД 2 типу цільове значення HbA_{1c} <7,0%, тоді як серед терапевтів цей варіант відповіді вибрали тільки 70,7% лікарів, а 22,6% зазначили рівень HbA_{1c} <8,0%.

Чинниками ризику розвитку ЦД 2 типу більшість лікарів вважає обтяжену спадковість, надмірну масу тіла, недостатню фізичну активність. На ці фактори вказали 88,9% терапевтів і 100% ендокринологів. Крім того, серед чинників ризику лікарі-терапевти вказали куріння (14,1%), надмірне споживання солі, наявність захворювань нирок і печінки.

Одним з ефективних параметрів комплексної терапії ЦД 2 типу є зниження маси тіла (на основі показника

ІМТ). Однак тільки третина (34,1%) терапевтів відзначали показник ІМТ <25 кг/м², тоді як більшість (92,4%) ендокринологів вказала цей параметр.

Проведене опитування виявило належний рівень знань терапевтів і ендокринологів пізніх ускладнень ЦД 2 типу. Однак частина терапевтів недооцінює значення ЦД 2 типу в розвитку хронічної ниркової недостатності – 34,4%, катаракти (78,1%), гострого порушення мозкового кровообігу – 48,5% та інфаркту міокарда (ІМ) – 34,4%. Крім того, третина (37,4%) терапевтів і частина (20,7%) ендокринологів не пов'язують виникнення ІМ з наявністю у пацієнта ЦД 2 типу.

Більшість терапевтів (92,2%), як і ендокринологів, дотримуються рекомендацій стосовно зміни способу життя, підвищення фізичної активності й зниження маси тіла. Водночас спостерігається низький рівень знань медикаментозної терапії захворювання й вибору цукрознижувальних препаратів.

Успіх терапії ЦД 2 типу залежить не лише від своєчасної діагностики захворювання, дотримання відповідного способу життя й призначення медикаментозної терапії, а й від участі в процесі самого пацієнта, що досягається шляхом навчання в школах діабету. В анкетуванні взяли участь пацієнти з різним стажем захворювання: до 5 років – 35 (28%), від 5 до 10 років – 24 (32%), від 10 до 15 років – 20 (26,7%) і понад 15 років – 10 (13,3%).

Більшість хворих (52%) відвідують ендокринолога щомісячно, причому такого режиму дотримуються пацієнти зі стажем ЦД 2 типу понад 15 років (70%) і до 5 років (66,7%). Лише для виписування рецептів на лікарські засоби звертаються до фахівця 18,7% хворих, серед них частіше пацієнти з тривалістю ЦД 2 типу від 5 до 10 років (29,2%). Частина хворих звертаються до ендокринолога після запрошення лікаря (4%) або «за самопочуттям» (13,3%). Тактикою відвідувань ендокринолога «зрідка» частіше користуються хворі зі стажем ЦД 2 типу понад 15 років (20%), а «за самопочуттям» – зі стажем ЦД 2 типу від 10 до 15 років.

Більшість хворих (97,3%) після виявлення в них ЦД 2 типу змінили характер харчування, однак частина опитуваних (21,3%) не завжди дотримується належної калорійності раціону. Що ж до зміни характеру харчування, то більшість хворих на ЦД 2 типу обмежують вживання солодкої, жирної їжі, алкоголю й солі. При цьому більшість хворих (52%) не змінили свою фізичну активність.

Рекомендований щоденний самоконтроль глюкози крові здійснюють 25,3% хворих. При цьому найчастіше це роблять хворі зі стажем ЦД 2 типу від 5 до 10 років. «Іноді» проводять самоконтроль глюкози в домашніх умовах 37,3% хворих, а незначна частина (8%) пацієнтів – тільки «на прийомі у лікаря», або не проводять «внаслідок відсутності глюкометра» (8%). Самоконтроль вуглеводного обміну «іноді» частіше здійснюють хворі з тривалим стажем ЦД 2 типу (понад 15 років).

На думку частини хворих (24%), визначення HbA_{1c} було проведене при первинному зверненні до лікаря. «Регулярне» проведення дослідження (1 раз на 3-6 міс) відзначили близько третини хворих (36%), «зрідка» (1 раз на рік) – 13,3%, «1 раз за весь період спостереження» – 6,7% і «не проводилося ніколи» – 10,7%. Більшість хворих на ЦД 2 типу вказали на регулярний контроль рівня АТ, однак тільки частина з них (36%) мала цільові показники.

Хворі на ЦД 2 типу знають про ускладнення захворювання, при цьому практично всі вказали на ураження очей, кінцівок, у тому числі й таке ускладнення, як «гангрена». Більше половини – на ураження нирок (54,7%) і хронічну ниркову недостатність (77,3%).

Практично всі хворі на ЦД 2 типу (98,7%) виконують рекомендації ендокринолога щодо прийому цукрознижувальних препаратів. Однак лише 32% з опитуваних отримують лікарські засоби за рецептом лікаря безкоштовно, а частину з них змушені придбати за власні

кошти. Більшість хворих купує необхідні лікарські засоби в аптеках.

Отже, аналіз рутинної практики ведення хворих на ЦД 2 типу в умовах районного лікувально-профілактичного закладу виявив недостатнє використання основних показників (індикаторів якості) в галузі діагностики, лікування й профілактики ускладнень:

- глікованого гемоглобіну – 15,9%;
- повного дослідження ліпідного спектра крові – 6,9%;
- контролю протеїнурії – 9,3%;
- консультацій спеціалістів: окуліста – 58,2%; невролога – 72,4%.

Існуюча практика лікування хворих на ЦД 2 типу вказує на недостатній контроль досягнення цільових значень вуглеводного обміну, про що свідчать високі показники:

- постпрандіальної глікемії – $11,27 \pm 2,46$ ммоль/л;
- глікованого гемоглобіну – $9,21 \pm 1,63$ %;
- ЛПНЩ – $3,87 \pm 0,42$ ммоль/л;
- САТ – $154,6 \pm 14,6$ і ДАТ – $91,2 \pm 7,4$ мм рт. ст.

Недостатнє використання головного критерію (HbA_{1c}) вуглеводного обміну не дозволяє здійснювати адекватний вибір цукрознижувальних препаратів із подальшою своєчасною корекцією медикаментозної терапії, про що свідчать:

- високий відсоток використання монотерапії (49,2%);
- високий рівень ускладнень захворювання: діабетична ретинопатія (71,3%), діабетична полінейропатія (43,1%), діабетична нефропатія (13,9%);
- неадекватний контроль рівня АТ, вимірювання змін ліпідного спектра крові.

Рівень знань терапевтами питань первинної і вторинної профілактики захворювання, призначення медикаментозної терапії і вибору цукрознижувальних препаратів значно відрізняється від рівня знань, показаного ендокринологами:

- лише 18,2% терапевтів пропонують розпочати медикаментозну терапію ЦД 2 типу;
- недооцінюють комплексний підхід до лікування (21,4%);
- 49,2% ендокринологів недооцінюють комплексний підхід до лікування ЦД 2 типу щодо питань профілактики серцево-судинних ускладнень.

Рівень знань пацієнтів з ЦД 2 типу відображає відповідність отриманої ними в школах діабету інформації про захворювання, профілактику його ускладнень і терапію, а саме:

- лише половина (52%) хворих регулярно відвідує ендокринолога;
- більшість пацієнтів змінила характер харчування й фізичні навантаження;
- здійснюють самоконтроль глюкози (25,3%);
- знають про ускладнення ЦД 2 типу;
- виконують рекомендації ендокринолога з медикаментозної терапії.

Тому для поліпшення якості медичної допомоги хворим на ЦД 2 типу в умовах державної установи охорони здоров'я (районного лікувально-профілактичного закладу) необхідні розробка й впровадження комплексу заходів адміністративного й навчального характеру, спрямованих на підвищення виконання таких індикаторів якості:

- обов'язкове дослідження HbA_{1c} при первинному й подальшому спостереженні щодо тяжкості захворювання; вибір терапевтичної тактики лікування й цукрознижувальних препаратів;
- обов'язкові дослідження ліпідного спектра крові, протеїнурії і консультації фахівців.

Обов'язково потрібно організувати навчальні семінари для лікарів терапевтичного профілю з питань діагностики, терапії і профілактики ЦД 2 типу. Слід продовжити інформаційну програму навчання таких хворих у школах діабету незалежно від стажу захворювання.