

Школа диабета как элемент терапии сахарного диабета

Интервью с А.Ю.Майоровым

Для цитирования: Школа диабета как элемент терапии сахарного диабета. Consilium Medicum. 2017; 19 (5): 72–74.

Viewpoint

School of diabetes as an element of DM therapy

Interview with A.Yu.Mayorov

For citation: School of diabetes as an element of DM therapy. Consilium Medicum. 2017; 19 (5): 72–74.



Одним из самых актуальных вопросов при лечении хронических заболеваний остается вопрос просвещения пациента. Успех терапии во многом зависит от его образа жизни, информированности о заболевании и возможных осложнениях, заинтересованности в лечении. О важности обучения пациентов с сахарным диабетом (СД), во многом определяющем качество лечения, мы поговорили с доктором медицинских наук, президентом ОООИ «Российская диабетическая ассоциация», заведующим отделом прогнозирования и инноваций диабета ФГБУ «Эндокринологический научный центр» Минздрава России Александром Юрьевичем Майоровым.

– Александр Юрьевич, какковы, по Вашему мнению, возможности терапевтов при ведении пациентов с предиабетом и диабетом?

– Сразу нужно отметить, что ведение таких пациентов врачами-терапевтами – не нонсес, а скорее нормальная практика. Во всем мире именно врачи общей практики лечат больных с СД типа 2. От Советского Союза мы унаследовали другую систему, при которой пациент с любым типом СД должен наблюдаться у эндокринолога. Но в связи с тем, что число больных СД типа 2 резко выросло, а число эндокринологов – нет, ведение многих пациентов с СД стало частью обязанностей терапевтов. Естественно, качество лечения и его эффективность во многом зависят от уровня образованности терапевта и готовности искать пути повышения заинтересованности пациента в положительном результате. Многие врачи работу с больными СД ограничивают выпиской рецептов. Тем временем, обладая надлежащими знаниями, заинтересованный терапевт даже в условиях высокой загруженности может сделать значительно больше, особенно если найдет общий язык со своим пациентом и сможет мотивировать его. И поэтому очень важно повышать грамотность врачей-терапевтов в вопросах эндокринологии, искать пути оптимального ведения больных, в том числе на административном уровне. ЭНЦ в свое время реализовал пилотный проект подготовки терапевтов в области лечения СД типа 2, и он был очень успешным. Подготовленные с самых современных позиций и не отягощенные грузом закостенелых устоев и сложившихся традиций, они начали лечить лучше и эффективнее многих эндокринологов. Поэтому, конечно, обучение терапевтов дает прекрасный результат.

Начнем с того, что пациенты с первыми симптомами заболевания, выявленными случайно, например, при диспансеризации, уже нуждаются во внимании врача, как минимум – разъяснительной беседе и дальнейшем плановом наблюдении. Буквально недавно мы встречались по поводу организации проекта по раннему выявлению СД с нашими коллегами по профилактической медицине, которые рассказали о том, как много пациентов с впервые выявленным на диспансеризации СД или предиабетом так и не доходят по этому поводу до врача – терапевта или эндокринолога. Это объясняется просто – повышение глюкозы крови очень долгое время никак не влияет на самочувствие пациентов, а если нет симптомов – нет и какой-либо заинтересованности следовать, скорее всего, достаточно формальным советам врача по поводу измененных анализов крови и как-либо менять свою жизнь. Поэтому первое, что необходимо делать врачу общей практики, – правильно информировать больного, верно ставить и четко обозначать диагноз, потому что очень часто от пациентов можно услышать следующую фразу: «Мне врач ска-

зал, что у меня немножко повышен сахар крови, надо соблюдать диету, не есть сладкое». Нет такого диагноза – «немножко повышенный сахар крови», либо это предиабет, либо уже диабет, и должны быть даны четкие соответствующие разъяснения и вполне определенные рекомендации. Формальный подход приводит к самоуспокоенности пациента, и – как следствие – сохранению привычного образа жизни. Через 2–3 года обеспокоенный пациент приходит на прием со значительно ухудшившимися анализами, в состоянии декомпенсации углеводного обмена и переходом заболевания на более тяжелую стадию.

Мировой опыт уже доказал, что лечение СД должно начинаться как можно раньше. Если человек будет длительные годы жить с высоким уровнем глюкозы в крови, не контролировать процесс, то могут запуститься реакции метаболической памяти, изменить которые впоследствии может не получиться.

Таким образом, выписывание таблеток – не основное, что может сделать терапевт для пациента. Не менее важной является просветительская работа.

– Тот промежуток времени, который терапевт может позволить себе уделить больному, чрезвычайно мал. Успеть и выписать таблетки, и поговорить с пациентом, и тем более научить его чему-то врач не сможет.

– Согласен, обычно так и происходит. И все-таки рассмотрим эту ситуацию глазами пациента. После постановки диагноза он приходит к врачу, например, раз в месяц за рецептом, а в остальное время остается один на один с собой, мало что понимая. Он не обучен рычагам воздействия на свою болезнь. Такой подход к лечению в большинстве случаев не приводит к желаемому результату. Поэтому во всем мире самым главным в лечении СД является обучение пациентов. В нашей стране с 1989 г. начала формироваться система так называемых школ диабета. До этого пациент раз в год проходил стационарное наблюдение, во время которого ему подбирали «оптимальное» лечение. Потом мы осознали, что такой подход недопустим. Кроме того, появились средства самоконтроля глюкозы, и необходимость обучения стала очевидной. Мы разработали множество специальных структурированных программ, дифференцированных по типу диабета, виду лечения. К сожалению, в последнее время внимания обучению стало уделяться гораздо меньше, более того, программы по обучению больных перестают финансироваться.

– Но это кажется нелогичным, ведь на лечение осложнений уйдет гораздо больше средств.

– Да, это абсолютно нелогично, и во всем мире понимают, что профилактика дешевле лечения осложнений. В структуре расхо-

дов на СД расходы непосредственно на сахароснижающие препараты, средства самоконтроля глюкозы крови, обучение – это просто минимум, все основные расходы уходят фактически на лечение осложнений. Но несмотря на очевидность этого факта, средств на профилактику в настоящее время не хватает. К сожалению, во многих регионах есть только единичные школы диабета, которые полностью держатся на энтузиазме врачей.

– Есть ли выход из такой ситуации?

– Есть очень перспективный путь, давно и успешно применяемый в других странах, – обучение больных медицинскими сестрами, которые, в свою очередь, также прошли обучение. Во всем мире диabetологическая медсестра – главный участник лечебного процесса, она обучает пациента, она, по сути, патронирует его на протяжении его жизни. До сих пор в нашей стране специально подготовленных медсестер никогда не было, может быть, поэтому это решение кажется парадоксальным. Медсестры в эндокринологии в основном выполняли роль исполнителей указаний врача (раздавали таблетки, производили забор крови, делали инъекции и т.д.), а обучающий процессом никогда не занимались. Сегодня же в ЭНЦ создается программа специализированной подготовки медсестер, чтобы они сами смогли проводить обучение больных.

– Александр Юрьевич, что входит в понятие обучения?

– В 1998 г. Всемирная организация здравоохранения выпустила документ «Терапевтическое обучение больных». В нем речь идет о целом ряде хронических заболеваний, в том числе и СД. В этом документе обучение пациентов позиционируется как метод лечения, равноправный с фармакотерапией и хирургией. К сожалению, в нашей стране такой статус у обучения еще не сформирован. Терапевтическое обучение включает не только информирование больного, в рамках которого он получает сведения о препаратах и правильном питании, но и внедрение пациента в лечебный процесс, окончательная цель которого – сделать больного грамотным участником лечения, способным самостоятельно вносить коррективы, например, менять дозы инсулина. В соответствии с этим мировоззрением нами для школ диабета были разработаны структурированные программы с учетом законов педагогики, психологии, были проведены клинические рандомизированные исследования, которые отобрали оптимальные схемы лечения. Все это было разработано, исходя из требования логической последовательности, были смоделированы отдельные программы для больных СД типа 1, для больных СД типа 2, получающих таблетированные сахароснижающие препараты, для больных СД типа 2, получающих инсулинотерапию, для беременных и т.д. Эти методические программы являются нашим предметом гордости, однако их применение во многом зависит от организационных и финансовых возможностей. Грамотное выполнение ряда определенных условий является краеугольным камнем при организации школы диабета. Несоблюдение этих условий приводит к резкому снижению качества учебного процесса. Например, опыт показывает, что для результативной работы школы диабета в группе должно быть не более 10 больных СД типа 1 и менее 10 человек с СД типа 2, потому что эту группу обычно составляют пожилые люди, имеющие ряд сопутствующих заболеваний. Обучение должно проводиться в форме постоянного диалога, в рамках которого проверяется уровень знаний больного, выясняется применимость рекомендаций для конкретного пациента. Если это не так – необходимо искать альтернативные пути, иные подходы. Подобное обучение может считаться полноценным, если занимает определенное количество времени, при СД типа 1 – это 25 ч, т.е. фактически полных 5–6 рабочих дней. Кроме работы в группе, должна проводиться и индивидуальная работа с каждым пациентом. К концу цикла обучения он должен уметь самостоятельно оценивать свое состояние и корректировать дозу инсулина.

Подвляющее большинство больных СД типа 2 имеют избыточную массу тела. С такими пациентами занятия могут проводиться 1 раз в неделю, а в остальное время пациент ведет дневник

питания, который затем тщательно разбирается на следующем занятии, отслеживается положительная или отрицательная динамика. В большой степени речь идет о психологической работе, потому что, разумеется, взрослому человеку с его устоявшимися привычками питания трудно принять новую модель пищевого поведения. Но объяснить и донести до пациента важность компенсации СД необходимо, важно настроить его на новый образ жизни с диетой и самоконтролем, включающим в том числе и контроль уровня гликемии. В настоящий момент пациентам с СД зачастую приходится самостоятельно обеспечивать себя глюкометрами и тест-полосками. Новая статья расхода в личном бюджете больным часто воспринимается негативно, в связи с чем врачу стоит доступно разъяснять необходимость применения средств самоконтроля и эффекты от контроля уровня гликемии. Важно достучаться до пациента, а это возможно при постоянном диалоге, и в процессе обучения, и затем в процессе курации.

– По Вашему опыту, есть ли некие действенные слова, которые могут убедить пациента, например с предиабетом или СД типа 2, в смене образа жизни?

– Универсальных слов, к сожалению, нет, к каждому пациенту необходим индивидуальный подход, важен поиск индивидуальной мотивации. Поскольку это достаточно сложная задача, требующая определенной подготовки, врачей также нужно обучать. Так, для эндокринологов на базе ЭНЦ проходят специальные семинары по этой теме.

Существует так называемая внешняя мотивация, в рамках которой врач в императивной форме дает указания пациенту, но успех дает прежде всего внутренняя мотивация. Такая мотивация появляется только тогда, когда больной понимает, что формирование нового образа жизни необходимо не врачу, а ему лично. Для кого-то важна опасность прерывания карьеры, для кого-то важна семья, возможность воспитывать внуков и т.д. Для молодых пациентов побуждением может служить спорт, и пример спортсменов – участников Олимпийских игр, больных СД типа 1, может быть очень действенным.

Пациент должен понимать, что при хронических заболеваниях ответственность за эффективность лечения разделяется между ним и его врачом. Это не всегда бывает просто донести до больного, часто менталитет пациента сформирован таким образом, что лечение он ассоциирует исключительно с работой врача. Следует объяснять, что подобная точка зрения верна лишь при острых состояниях, при хронических же врач несет ответственность за здоровье пациента не в большей степени, чем он сам, а успех терапии СД будет нейтрализован несоблюдением требуемого образа жизни.

Здоровье как таковое редко служит мотивацией. Абстрактная информация о важности уровня контроля глюкозы в крови и его регуляции, также как и колоритные описания возможных осложнений, транслируемые врачом пациенту, редко убеждают людей изменить отношение к своему заболеванию. К сожалению, приоритет здоровья, по данным социологов и психологов, стоит очень низко. В результате больной не соблюдает данные ему рекомендации, что негативно отражается не только на эффективности лечения, но и на эмоциональном фоне лечащего врача, начинающего ощущать свою беспомощность.

– Есть ли доступные электронные ресурсы, разработанные для врачей и пациентов?

– Для подготовки врачей достаточно много ресурсов. Проводятся разнообразные веб-семинары, например в ЭНЦ ежегодно проходят 1–2 веб-семинара, и у врачей есть возможность, никуда не уезжая, не отпрашиваясь у администрации и не тратя денег, прослушать лекции об актуальных вопросах разных эндокринных заболеваний, в том числе и СД. Для пациентов есть ресурс shkoladiabeta.ru, на котором представлено много полезной информации, однако важно помнить, что информация в чистом виде не заменяет процесс обучения. Все электронные ресурсы следует рассматривать только как дополнительные. Ликвидация базовой неграмотности необходима, однако и веб-семинары для пациентов, и тематические сайты представляют собой лишь тео-

ретическую форму обучения. Таким образом, не удастся научить пациента, например, самостоятельно менять дозу инсулина, поэтому очное обучение на данный момент незаменимо.

– Важность самоконтроля уровня гликемии при СД очевидна. Использование глюкометра жизненно важно при СД типа 1, является важным подспорьем при СД типа 2, особенно на инсулинотерапии. Насколько необходим самоконтроль уровня гликемии при предиабете?

– Самоконтроль гликемии – важнейший элемент контроля заболевания, не только СД типа 1, но и СД типа 2. Для больных, находящихся на инсулинотерапии в режиме многократных инъекций, контроль должен проводиться не менее 4 раз в сутки. Для больных, применяющих таблетированные формы компенсации СД или 1 инъекцию инсулина в сутки, контроль уровня гликемии должен проводиться не менее 1 раза в день в разное время плюс 1 профиль (не менее 4 раз в день) в неделю.

При предиабете используются лабораторные данные оценки углеводного обмена, проводится нагрузочный тест с глюкозой

не менее 1 раза в год. Прямого показания к использованию средств самоконтроля нет, однако если пациент решит самостоятельно приобрести глюкометр и периодически проверять уровень глюкозы в крови, польза может быть очевидной. В случае, если человек увидит повышенные цифры на глюкометре задолго до запланированного визита на нагрузочный тест, то, разумеется, он сможет оперативно обратиться к врачу за советами по коррекции гипергликемии. Есть очень интересный тренд среди людей, имеющих глюкометр, – определение уровня гликемии у своих родственников и знакомых, особенно имеющих избыточную массу тела. Мы можем только приветствовать такую заинтересованность своих пациентов в выявлении скрытого СД у людей из своего окружения. Многие пациенты рассказывают, что впервые узнали о высоком уровне глюкозы крови именно таким путем на этапе, когда никаких субъективных симптомов заболевания еще не было и оно еще не успело предстать в развернутой форме.

– Александр Юрьевич, благодарим Вас за интервью.

Согласно стандарту ISO 15197:2013* глюкометр признается точным, если при уровне глюкозы крови ниже 5,6 ммоль/л отклонение от истинного результата составляет не более 0,8 ммоль/л в большую или меньшую сторону, а при уровне глюкозы крови 5,6 ммоль/л или выше – отклонение не превышает 15% в большую или меньшую сторону.

Примером глюкометра с высоким уровнем точности, удобного пациентам разных возрастов и с возможностью соответствовать запросам пациентов с разным уровнем вовлеченности в процесс самоконтроля глюкозы крови, может служить глюкометр Контур Плюс (компания Ascensia Diabetes Care), соответствующий стандарту ISO 15197:2013**.

Особенностями глюкометра Контур Плюс являются:

- Технология «Без кодирования».
- Фермент и новый патентованный медиатор обеспечивают устойчивость к действию неглюкозных сахаров, кислорода и других интерферирующих субстанций.
- Технология «Второй шанс»: в случае недозаполнения тест-полоски капля крови на нее может быть нанесена повторно в течение 30 с.
- Время измерения 5 с.
- Память на 480 результатов.
- Мультиимпульсная технология – это многократная оценка прибором одного образца крови, повышающая точность измерения. Конечный результат калькулируется с помощью сложных математических формул.
- Два режима измерений.

Отличия двух режимов работы, доступных при использовании глюкометра Контур Плюс, приведены в таблице.

Первый режим работы больше подходит для пациентов, менее вовлеченных в процесс самоконтроля.

Отличия в двух режимах работы глюкометра Контур Плюс	
Два режима работы	
Основной режим L1	Расширенный режим L2
Краткая информация о повышенных и пониженных значениях за 7 дней (HI-LO)	Краткая информация о повышенных и пониженных значениях за 7 дней (HI-LO)
Среднее значение за 14 дней	Среднее значение за 7, 14, 30 дней
Память, вмещающая результаты 480 измерений	Память, вмещающая результаты 480 измерений
	Метки «До еды» и «После еды»
	Среднее значение до и после еды за 30 дней
	Настраиваемые напоминания о проведении тестирования через 2,5, 2, 1,5, 1 ч
	Личные настройки высоких и низких значений

Второй режим работы подходит пациентам с высоким уровнем вовлеченности в контроль за заболеванием и заинтересованным в использовании современных технологий. Программное обеспечение «ГлюкоКонтро» предоставляет таким пациентам возможности современного подхода к ведению дневника самоконтроля. Он позволяет получать максимум информации по уровню гликемии в течение разных промежутков времени, в разных клинических ситуациях.

В глюкометре Контур Плюс пациент может настроить под себя ряд параметров, например индивидуальные показатели низких и высоких значений глюкозы крови, и есть возможность включить напоминание о наступлении времени измерения глюкозы крови, что является еще одним шагом к организации персонализированной медицинской помощи больным СД.

*DIN EN ISO 15197-2:2013. In vitro diagnostic test systems – Requirements for blood-glucose monitoring systems for self-testing in managing diabetes mellitus. 2 ed. Geneva, Switzerland: ISO; 2013: 46.

**Caswell M et al. Accuracy and User Performance Evaluation of a Blood Glucose Monitoring System. Diabetes Technol Ther 2015; 3: 1–7.