

Материалы VI Всероссийского конгресса эндокринологов с международным участием «Современные технологии в эндокринологии», посвященные помповой инсулинотерапии

СОВРЕМЕННЫЕ ТЕНДЕНЦИИ В ТЕРАПИИ САХАРНОГО ДИАБЕТА 1-ГО ТИПА: ПОМПОВАЯ ИНСУЛИНОТЕРАПИЯ И СОЦИАЛЬНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ПАЦИЕНТОВ В РАМКАХ ШКОЛЫ-КЛУБА ДЛЯ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

Алексюшина Л.А.^{1*}, Власенко Н.Ю.²,
Юдицкая Т.А.¹, Курганович А.В.³

¹БУЗОО «Областная детская клиническая больница»;
²ГБОУ ВПО «Омская государственная медицинская академия»
Минздравсоцразвития России; ³Городская поликлиника №13,
Омск

*e-mail: oodkb_mail@minzdrav.omskportal.ru

Большой раздел в работе детских эндокринологов занимает детская диабетология. Показатель распространенности сахарного диабета (СД) у детей до 15 лет в Омской области за последние 10 лет имеет явную тенденцию к росту: с 46,9 на 100 тыс. детского населения в 2001 г. до 68,09 на 100 тыс. детского населения в 2010 г. За это же время средний показатель заболеваемости детей сахарным диабетом 1-го типа (СД1) в возрасте от 0 до 15 лет в Омской области составил 10,06 на 100 тыс. детского населения, что ниже общероссийского, однако превышает средний показатель заболеваемости по Сибирскому ФО. Заболеваемость детей СД1 в 2011 г. составила 13,35 на 100 тыс. детского населения.

Вместе со всей эндокринологической службой России детские эндокринологи Омска прошли все этапы эволюции диабетологии: от лечения животными инсулинами до использования беспиковых и ультракоротких инсулинов. Цель заместительной инсулинотерапии больных СД1 — имитация нормальной физиологической секреции инсулина. Поэтому при проведении заместительной терапии инсулином схемы его введения должны быть максимально приближены к режиму физиологической секреции инсулина бета-клетками поджелудочной железы. В нашем регионе традиционно введение инсулина в детской практике осуществляется с помощью шприц-ручек в базис-болюсном режиме. В 2007 г. в эндокринологическом центре на базе Омской областной детской больницы была поставлена первая инсулиновая помпа ребенку.

За этот период времени детям и подросткам установлено 32 помпы: Акку-чек спирт — 20 штук, Акку-чек комбо — 6, Медтроник Минимед-712 — 1, Медтроник Минимед-722 — 5. У всех пациентов в помпе использовались аналоги инсулина ультракороткого действия — аспарт (новорапид) и глулизин (апидра). У 22 детей доза инсулина была подобрана в условиях стационара, у 10 — амбулаторно. Все пациенты проходили индивидуальное обучение работе с помпой, которое в среднем занимало от 3 до 7 дней. Под нашим наблюдением находились 32 пациента (17 мальчиков и 15 девочек) в возрасте от 3,5 года

до 16 лет с длительностью СД1 от 6 мес до 11 лет. Средний возраст детей на момент установки помпы — 8,7 года. На 1-м году заболевания помпа установлена у 17 детей, на 2-м — у 9, после 3—5 лет — у 9, при длительности заболевания более 5 лет — у 6. Таким образом, 53% помп установлены в первые 2 года болезни.

При проведении расчетов установок помп отмечается снижение общей суточной дозы инсулина на 25–30%. При анализе динамики уровня гликированного гемоглобина (HbA_{1c}) у детей, находящихся на помповой инсулинотерапии, можно видеть, что в первые месяцы после установки помпы компенсация заболевания значительно улучшается, через 3 мес HbA_{1c} снижается на 26% (с 9,9 до 7,4%), через 6 мес отмечается незначительное повышение этого показателя (до 7,8%). Через 2 года гликированный гемоглобин имеет тенденцию к повышению (8,0%), однако не достигает исходных значений.

Ни у одного из пациентов не наблюдалось тяжелых гипогликемий.

За весь период наблюдения было отмечено 2 эпизода высокой гипергликемии с проявлениями кетоза, вызванные в одном случае нарушением проходимости иглы вследствие кристаллизации инсулина в инфузионной системе, в другом — перегибом катетера.

Как и в целом по стране, в нашем регионе существует проблема недостаточного использования инсулиновых помп. В основном это связано с высокой стоимостью помп и расходных материалов.

В нашем наблюдении не все пациенты, начавшие помповую терапию, выразили желание продолжить ее в дальнейшем. 5 человек отказались от данного способа доставки инсулина: 3 — по финансовым соображениям, 1 подросток — по причине невозможности носить на себе постоянно механическое устройство и 1 подросток — в связи с отсутствием значимого улучшения компенсации.

Несмотря на это в большинстве случаев терапия с использованием инсулиновой помпы позволяет более эффективно компенсировать диабет с выраженным снижением дозы инсулина и уровня гликированного гемоглобина.

Установлено, что качество жизни больных СД1 зависит не только от степени компенсации заболевания и наличия осложнений, но и от их психологического состояния. С середины ноября 2011 г. в нашем городе на базе ДГП №8 началась реализация проекта «Школа-клуб для детей и подростков «8 звезд». Этот проект был разработан активистами Омского диабетического общества инвалидов («ДиаОмск») и получил грантовую поддержку администрации Президента.

Понимая, что у подростков поддержание собственного здоровья не является приоритетным, а главным является утверждение собственного «Я» в общении со сверстниками и родителями, инициаторами проекта, с привлечением квалифицированных специалистов в об-

ласти эндокринологии, психологии и методологии, был спроектирован комплекс мероприятий, направленных на решение проблем детей и подростков с СД1, а также их родителей.

Школа-клуб на сегодняшний день содержит следующие структурные мероприятия:

— кабинет мониторинга (мониторирование глюкозы с помощью монитора iPRO 2);

— кабинет психологической реабилитации (встречи с психологом для детей и родителей индивидуально и в группе);

— консультативная площадка «Открытый консилиум по сахарному диабету» (Экспертно-консультативный совет, состоящий из известных профессионалов, в режиме многостороннего неформального диалога рассматривает конкретные проблемы героя (ребенка с диабетом) и выдает квалифицированные практические рекомендации по ведению диабета и построению образа жизни);

— интеллектуальная игра для веселых и находчивых «Мы таланты» (повторение и закрепление знаний о диабете в игровой форме);

— клуб помповой инсулинотерапии (индивидуально и в группе рекомендации врача, обмен опытом, разбор ситуационных задач).

Кроме этого планируются занятия по возрастным группам:

Клуб жизни «Я только учусь» (для детей 7—10 лет);

Клуб жизни «Я Взрослый» (для подростков 11—14 лет);

Клуб жизни «Профи» (для подростков 15—18 лет).

Все участники нашего проекта отмечают огромный положительный эффект от общения как в плане получения знаний, так и в плане психологической помощи детям и родителям, столкнувшимся со столь серьезным заболеванием.

Подводя итоги, можно отметить, что детская эндокринологическая служба Омской области работает на современном уровне. Для сохранения этих позиций в будущем, мы надеемся на долгое и плодотворное сотрудничество с Эндокринологическим научным центром РАМН и другими эндокринологическими клиниками России.

ПОМПОВАЯ ИНСУЛИНОТЕРАПИЯ И КАЧЕСТВО ГЛИКЕМИЧЕСКОГО КОНТРОЛЯ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ СМОЛЕНСКОЙ ОБЛАСТИ

Алимова И.А.^{1*}, Костяков С.Е.², Лабузова Ю.В.²

¹ ГБОУ ВПО «Смоленская государственная медицинская академия» Минздравсоцразвития России; ² ОГБУЗ «Смоленская областная детская клиническая больница»

*e-mail: iri-alimova@yandex.ru

Инсулинотерапия является единственным методом лечения сахарного диабета 1-го типа (СД1) у детей и подростков. В настоящее время в качестве одного из основ-

ных методов введения инсулина, позволяющих добиться оптимальной компенсации углеводного обмена, рассматривается инсулиновая помпа.

Цель исследования — провести динамическую оценку показателей компенсации углеводного обмена на помповой инсулинотерапии у детей и подростков Смоленской области.

Материал и методы. Обследованы в динамике 9 пациентов в возрасте 8—17 лет (14 лет (в среднем 14—17 лет) с длительностью СД1 0,5—10 лет (5 лет (в среднем 2—6 лет), находящихся на помповой инсулинотерапии (MiniMed 712, MiniMed 722/522, Accu Chek Spirit) с применением аналогов инсулина (аспарт, лизпро). Состояние компенсации углеводного обмена оценивалось по уровню HbA_{1c}. Статистическая обработка полученных результатов проводилась с помощью пакета программ Statistica 7.0 (StatSoft, США). Критический уровень значимости (p) принимали меньше 0,05. Результаты представлены в виде медианы 25 и 75 перцентилей (Me [25—75]).

Результаты исследования. В Смоленской области в 2008 г. первый ребенок, больной СД1, был переведен на помповую инсулинотерапию. За 3 года, прошедшие с этого времени, 10 детей и подростков с СД1 были переведены на помповую инсулинотерапию. Следует подчеркнуть, что перевод на данный метод инсулинотерапии, за исключением 1 больного с неонатальным СД, был инициирован желанием пациентов и их родителей. Помпы, в основном, были приобретены за счет личных и спонсорских средств, 1 ребенок получил помпу за счет высокотехнологичной медицинской помощи.

При оценке состояния компенсации углеводного обмена не учитывались данные пациента с неонатальным СД из-за небольшой продолжительности катамнестического наблюдения. Исходно, до начала помповой инсулинотерапии, показатель HbA_{1c} составил 9,4% (8,2—10,1%) (табл. 1). Из 9 больных уровень HbA_{1c} меньше 9% — у 4, уровень HbA_{1c} 9—11% — у 4 и больше 11% — у 1.

При анализе уровня HbA_{1c} в динамике в течение 2 лет, к сожалению, не отмечено статистически значимого снижения данного показателя по сравнению с исходным уровнем (см. табл. 1). При индивидуальном анализе выявлено, что через 3 мес положительный эффект в виде снижения уровня HbA_{1c} по отношению к исходным данным и до целевого значения отмечен у 3 (33%) пациентов, через 6 мес — у 3. Такая же тенденция сохранялась у больных и через 12 и 24 мес от начала помповой инсулинотерапии. Следует заметить, что все пациенты, находящиеся на помповой терапии, проходили индивидуальное повторное обучение с целью повышения мотивации на поддержание адекватной компенсации углеводного обмена. При детальном анализе сложившейся ситуации выявлено следующее. Те пациенты и родители, которые исходно стремились к оптимальной компенсации углеводного обмена с помощью помповой инсулинотерапии и регулярного самоконтроля заболевания, достигли ее. У тех пациентов, которые рассматривали помповую инсулинотерапию в основном, как возможность улучшения качества жизни за счет уменьшения числа инъекций и более гибкого режима

Таблица 1. Динамика уровня HbA_{1c} (%) на помповой инсулинотерапии

До начала (n=9)	Через 3 мес (n=9)	Через 6 мес (n=8)	Через 12 мес (n=7)	Через 24 мес (n=7)
9,4 (8,2—10,1)	9,9 (9,1—11,7)	10,2 (7,5—10,8)	10,0 (8,9—11,4)	8,8 (8,2—9,1)