

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)

дня, стабильная компенсация углеводного обмена так и не была достигнута. Это были пациенты подросткового возраста с лабильным течением заболевания на пике становления репродуктивной функции и психосоциальных проблем. Родители 3 пациентов отказались от данного метода введения инсулина. У 1 больного (через 2,5 года от начала помповой инсулинотерапии) было диагностировано тяжелое психоневрологическое заболевание, что явилось противопоказанием для продолжения помповой терапии. У 2 пациентов не удалось добиться улучшения компенсации углеводного обмена. При этом у 1 из них (отказ через 8 мес от начала помповой инсулинотерапии) 2 раза в течение 1 мес отмечались тяжелые гипогликемии, а у другого (отказ через 6 мес от начала помповой инсулинотерапии) наблюдалось несколько эпизодов кетоза. Причем лабильное течение заболевания имело место у этих пациентов и на режиме многократных инъекций инсулина. Учитывая отказы от помповой инсулинотерапии (в том числе полученной за счет высокотехнологичной медицинской помощи) в результате неудовлетворенности некоторых родителей и пациентов данным методом введения инсулина в силу необоснованных исходных ожиданий, с 2011 г. всем больным, у которых имеются показания для перевода на инсулиновую помпу, предоставляется возможность «пробной» амбулаторной постановки помпы в течение месяца. Такая практика позволяет пациенту и родителям более осознанно подойти к согласованному с детским эндокринологом решению о плановом переводе на помповую инсулинотерапию.

Одной из клинических ситуаций, требующей без сомнения применения помповой инсулинотерапии, является неонатальный СД.

Клинический пример. Девочка А., 19.10.11 года рождения, родилась от 1-й беременности, своевременных родов с ростом 46 см, массой 2130 г. Наследственность по СД не отягощена. На 2-е сутки жизни у ребенка диагностирован врожденный порок развития сердца (дефект межжелудочковой перегородки, вторичный дефект межпредсердной перегородки), на 5-е сутки — сепсис, на 8-е сутки впервые выявлена гипергликемия до 23,5—33 ммоль/л, ацетон в моче отриц. Находилась в реанимационном отделении областной детской клинической больницы. Получала актрапид, аспарт (в разведении) в/в, п/к, левемир п/к, лантус п/к в дозе 0,5—1,5 ЕД/сут (0,22—0,55 ЕД/кг). Колебания гликемии составляли от 0,6 до 35 ммоль/л. На помповой инсулинотерапии (Paradigm Veo, рис. 1) в средней суточной базальной дозе 0,025—0,05 ЕД/ч удалось добиться более стабильных показателей гликемии (4—14 ммоль/л). Суточная потребность в инсулине составила 0,80 ЕД (0,3 ЕД/кг). Обслуживание помпы у ребенка такого возраста показало необходимость круглосуточного индивидуального ухода, постоянного присутствия обученной матери.

Вывод. Помповая инсулинотерапия эффективна только у мотивированных, дисциплинированных, обученных пациентов и их родителей, имеющих желание улучшить гликемический контроль и качество жизни. Помповая терапия является методом выбора введения инсулина у новорожденных и детей раннего возраста.

Предложения. Решение о переводе на помповую инсулинотерапию за счет высокотехнологичной медицинской помощи должно приниматься коллегиально лечащим врачом Федерального центра и детским эндокринологом по

месту жительства ребенка; предоставление возможности использования «пробной» помпы в амбулаторных условиях позволяет пациентам и их родителям убедиться в правильности выбора данного метода инсулинотерапии.

СИСТЕМЫ НЕПРЕРЫВНОГО ПОДКОЖНОГО ВВЕДЕНИЯ ИНСУЛИНА. ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ У ДЕТЕЙ В САНКТ-ПЕТЕРБУРГЕ

Башнина Е.Б.*, Дубинина Т.А., Трясова Т.Ю.

Северо-западный медицинский университет, диабетологический центр для детей и подростков, Санкт-Петербург

*e-mail: bashnina@mail.ru

Выбор способа введения инсулина в управлении сахарным диабетом (СД) в настоящее время является неотъемлемой частью лечебного алгоритма. Система непрерывного подкожного введения инсулина является альтернативой терапии с использованием режима многократных инъекций (ISPAD Clinical Practice Consensus Guidelines 2009 Compendium). Преимущества инсулиновых помп позволяют их все чаще использовать в детской практике. Вместе с тем успех любого нового вида терапии определяется адекватно выбранными показаниями к данному способу лечения, а также приверженностью и мотивацией пациентов и их родителей.

В настоящее время в Санкт-Петербурге из 990 детей с сахарным диабетом 1-го типа (СД1) в возрасте 1—17 лет инсулин с помощью помпы получают 270 пациентов. 130 пациентов используют помпы Акку-Чек, 140 пациентов — «Мед-Троник». Популяция больных детей и подростков представлена всеми возрастными группами: 1—4 года — 20%, 5—9 лет — 35%, 10—14 лет — 35%, 15—17 лет — 10%. Показания к назначению ультракороткого инсулина с введением его с помощью помпы основаны, в первую очередь, на необходимости компенсировать нарушения углеводного обмена с достижением целевых показателей HbA_{1c}. Феномен «утренней зари», по данным Т. Капеллен и соавт., полученный на основании анализа историй болезни 1567 детей и подростков с СД1, являлся основным показанием для перевода на терапию с использованием инсулиновой помпы. В связи с этим, лабильное течение заболевания с частыми гипогликемиями и феномен «утренней зари» — основные клинические показания к переводу на «помпу», которые предполагают наличие диабетического анамнеза и не могут быть использованы при впервые выявленном СД. Лечение же детей и подростков многократными инъекциями инсулина с применением инсулиновых аналогов после манифестации в режиме «базис—болюс» в сочетании со строгим метаболическим контролем позволяют достичь компенсации заболевания и поддерживать ее достаточно стабильно. Поэтому такие показания, как лабильное или тяжелое течение заболевания в популяции больных Санкт-Петербурга, были более редкими, чем показания, связанные с улучшением качества жизни и удовлетворенностью лечением. Основное число пациентов с «помпами» в СПб — дети до 6 лет. В рамках медико-социальной городской программы «Сахарный диабет и профилактика его осложнений» 55