Оценка качества оказания медицинской помощи больным сахарным диабетом в Москве, Московской области и других регионах России (по данным анкетирования больных)

М.В. Шестакова, Е.С. Игнатьева, В.Я. Игнатков

ГУ Эндокринологический научный центр (дир. – акад. РАМН И.И. Дедов) РАМН, Москва

Распространенность сахарного диабета (СД), по данным ВОЗ, занимает третье место после сердечно-сосудистых и онкологических заболеваний. В настоящее время около 170 млн. человек во всем мире страдают СД, из них более 10 млн. – это дети и подростки. Число вновь заболевших СД, независимо от возраста, ежегодно увеличивается на 5-7% и каждые 15 лет удваивается. СД характеризуется исключительно ранней инвалидизацией и высокой смертностью больных вследствие системного поражения сосудистого русла организма. Сердечно-сосудистая патология (ИБС, инфаркт, инсульт) у больных СД наблюдается в 2-3 раза чаще, гангрена конечностей в 20 раз чаще, потеря зрения вследствие диабетической ретинопатии – в 10 раз чаще, хроническая почечная недостаточность вследствие диабетической нефропатии – в 20 раз чаще, чем среди населения в целом. Поэтому не случайно во многих странах мира программа профилактики и лечения СД приобрела не только медицинское, но и общегосударственное значение. Свидетельством тому является принятие во многих странах государственных программ по борьбе с этим заболеванием.

В 1996 г. Правительством Российской Федерации была принята Федеральная целевая программа «Сахарный диабет». Главной целью программы является увеличение продолжительности и улучшение качества жизни больных СД путем обеспечения специализированной медицинской помощи, проведения профилактики и активного лечения поздних сосудистых осложнений этого заболевания.

По решению ВОЗ и Международной диабетической федерации (МДФ) с 1991 г. ежегодно 14 ноября практически во всех странах проводится **Всемирный День Диабета** (в день рождения Ф.Бантинга – Нобелевского лауреата, который выделил и первым применил в клинической практике инсулин).

14 ноября 2002 г. уже в седьмой раз **Российская диабетическая ассоциация (РДА)** вместе с **Российской ассоциацией эндокринологов** проводили **День Диабета в России.** Целью данного мероприятия является привлечение внимания законодательной и исполнительной ветвей власти Российской Федерации, а также средств массовой информации к проблемам больных СД. В этот день около тысячи человек: больные СД Москвы, Московской области и ближайших областей Центральной России (в том числе дети и их родители), руководители Министерств и Департаментов Здравоохранения Российской Федерации и Московской области, Комитета здравоохранения Москвы, ведущие диабетологи ГУ «Эндокринологический научный центр» РАМН, врачи-эндокринологи городской службы традиционно собрались в Доме Ученых Российской Академии Наук.

В рамках Дня Диабета было проведено анкетирование больных с целью получения информации о том, в каком объеме больные получают медицинскую помощь по месту жительства и как они сами оценивают качество этой помощи. Вопросы анкеты касались наиболее важных аспектов в лечении больных СД: «Обучались ли Вы в школе больных диабетом?», «Как часто Вы контролируете уровень сахара в крови?», «Какие средства самоконтроля Вы используете?», «Определяют ли Вам уровень HbA1c, микроальбуминурии?», «Есть ли у Вас осложнения сахарного диабета и какие?», «Повышается ли у Вас уровень АД и проводится ли соответствующее лечение?» и, наконец, «Как Вы сами оцениваете качество предлагаемой Вам медицинской помощи?».

Всего было опрошено 279 человек из них 131 из Москвы, 107 из Московской области, 41 из Тулы. Пациенты с СД типа 1 составили 69% опрошенных, с СД типа 2 – 31%. Дети и подростки составили 40%. Им помогали отвечать на вопросы их родители.

Вопросы обучения и самоконтроля больных сахарным диабетом

Практически во всех регионах России созданы и активно функционируют школы для больных СД, основной задачей которых является ознакомить пациентов с ключевыми подходами к управлению ди-

Таблица 1

Обучение в школе для больных сахарным диабетом

Регион	Прошли обучение, %	Не обучались, %
Москва	83,2	16,8
Московская область	65,4	34,6
Тула	75,6	24,4

абетом, мотивировать на соблюдение адекватного контроля обменных нарушений с целью профилактики сосудистых осложнений, обучить принципам и методам самоконтроля.

По данным опроса, обучение в школах для больных СД из 279 больных прошли 75,4 % больных. Данные по регионам представлены в табл. 1.

Самоконтроль – это неотъемлемая часть терапии больных СД, позволяющая больному самому стать активным участником процесса лечения. Мы постарались оценить использование средств самоконтроля больными СД. Из всего числа опрошенных больных средствами самоконтроля (глюкометрами, визуальными полосками для крови, визуальными полосками для мочи) пользуется 90,3%. Необходимо учитывать тот факт, что принимали участие в Дне Диабета, а, следовательно, и отвечали на наши вопросы, наиболее заинтересованные пациенты, именно те, кто уделяет контролю заболевания достаточно много времени. В табл. 2 показано, сколько пациентов (в %) используют те или иные средства самоконтроля по регионам.

Как следует из приведенных данных абсолютное большинство больных СД во всех указанных регионах используют средства самоконтроля, однако опасения вызывают те пациенты (5% в Туле, 7% в Москве и 15% в Московской области), которые до сих пор не осознали необходимости самостоятельного повседневного контроля своего состояния. Что может быть причиной этого: отсутствие знаний, мотивации или возможностей приобрести средства самоконтроля? Пока этот вопрос остается без ответа, но задача врачей – мотивировать на проведение самоконтроля всех без исключения больных СД, так как это единственная возможность добиться удовлетворительной компенсации заболевания и предупредить развитие сосудистых осложнений.

Таблица 2

Средства самоконтроля, используемые больными СД (%)

Регион	Используют			Не используют средства самоконтроля
	глюкометры и визуальные полоски для крови	только визуальные полоски для крови	только тест полоски для мочи	
Москва	81,4	11,6	0	7
Московская область	75,5	9,4	0	15,1
Тула	78,0	12,2	4,9	4,9

Вопросы компенсации углеводного обмена

Анализ компенсации углеводного обмена мы провели на основании данных об уровне гликированного гмоглобина (HbA1c), полученного при опросе больных. Оказалось, что из общего числа опрошенных у трети больных (30-40%) этот показатель никогда не определялся, из них половина больных не знают, что это такое и для чего его определяют. Данные по регионам представлены в табл. 3.

Таблица 3

Частота определения HbA1c по регионам (%)

Регион	Определяют 1 раз в 3 мес.	Определяют реже, чем 1 раз в 3 мес.	Не определяют (не знают, что это такое)
Москва	33	37	30 (13)
Московская область	16	43	41 (20)
Тула	41	29	30 (15)

В скобках указан % больных, не знающих, что такое HbA1c.

При анализе количественного значения уровня HbA1c, полученного при опросе больных СД, нами выявлено, что во всех исследуемых регионах более 70% больных СД типа 1 и от 80 до 100% больных СД типа 2 находятся в состоянии декомпенсации углеводного обмена (табл. 4 и 5).

Осложнения сахарного диабета

В табл. 6 представлена частота осложнений в группе опрошенных больных (количество случаев осложнения из общего числа опрошенных). Данные анкетирования получены на основании

Таблица 4

Уровень компенсации углеводного обмена (по данным HbA1c) у больных СД 1 типа по регионам (%)

Регион	Компенсация HbA1c ≤7,0%	Субкомпенсация HbA1c 7,1-7,5%	Декомпенсация HbA1c >7,5%
Москва	14,5	13	72,5
Московская область	14,4	6	79,6
Тула	4	0	96

Таблица 5

Уровень компенсации углеводного обмена (по данным HbA1c) у больных СД 2 типа по регионам (%)

Регион	Компенсация HbA1c ≤6,5%	Субкомпенсация HbA1c 6,6-7,0%	Декомпенсация HbA1c >7,0%
Москва	14,3	7,1	78,6
Московская область	0	0	100
Тула	0	0	100

Таблица 6

Частота осложнений сахарного диабета в группе опрошенных больных (%)

Регион, тип диабета	Москва	Московская область	Тула
САХАРНЫЙ ДИАБЕТ ТИПА 1			
Диабетическая ретинопатия	33,3	50,7	50
Диабетическая нефропатия	16,6	29	23,5
Диабетическая полинейропатия и диабетическая стопа	17,7	34,8	35,3
ИБС	7,7	15,9	11,8
Нет осложнений	56,6	40,6	38,2
САХАРНЫЙ ДИАБЕТ ТИПА 2			
Диабетическая ретинопатия	81,1	69,4	60
Диабетическая нефропатия	35,1	33,3	40
Диабетическая полинейропатия и диабетическая стопа	54	41,6	40
ИБС	70,3	61,1	60
Нет осложнений	5,4	13,9	20

представления самих больных о наличии у них осложнений и не являются результатом объективного или лабораторно-инструментального обследования.

Из данных, полученных при опросе больных, убедительно следует, как и ожидалось, что при СД типа 1 доминируют микрососудистые осложнения (диабетическая ретинопатия, нейропатия и/или диабетическая стопа, в меньшей степени – нефропатия); при СД типа 2 у 60-70% больных имеются данные о наличии ИБС.

Меньшая распространенность диабетической нефропатии, обнаруженная при опросе больных СД типа 1 (17-29%), по сравнению с данными выверенных эпидемиологических исследований (30-40%) свидетельствует о том, что как в Москве, так и в регионах не проводится активной политики по выявлению наиболее ранней и обратимой стадии диабетического поражения почек – микроальбуминурии (МАУ). Такая пассивность, к сожалению, оборачивается в последующем высокой потребностью в проведении дорогостоящей (для государства и для пациента) заместительной почечной терапии на стадии терминальной почечной недостаточности и высокой смертностью больных, не имеющих возможности получить такую терапию.

Эти данные подтверждаются в ответах больных на вопросы: «Проводят ли Вам исследование мочи на МАУ и как часто?». Мы проанализировали ответы именно тех больных, которые, согласно стандартам обследования, в первую очередь нуждаются в активном скрининге на наличие МАУ – это больные СД типа 1 с длительностью диабета более 5 лет и не имеющие протеинурии. Ответы представлены в табл. 7.

Таблица 7

Частота определения микроальбуминурии (МАУ) по регионам (%)

Регион	1 раз в год	Реже 1-го раза в год	Не определяют (не знают, что это такое)
Москва	40,5	38,8	20,7 (25,9)
Московская область	32,9	12,8	18,1 (36,2)
Тула	46,1	5,1	48,8 (33,3)

В скобках указан % больных, не знающих о том, что такое МАУ.

Как следует из табл. 7, у 20-50% больных, нуждающихся в скрининге на МАУ, не проводится это исследование, при этом около трети из этих больных даже не слышали о таком методе исследования.

Возможно, столь неактивная позиция врачей в плане верификации единственно обратимой стадии диабетической нефропатии связана с тем, что больные на этой стадии не имеют никаких специфических жалоб, указывающих на патологию почек. Кроме того, мнимое благополучие подтверждается отсутствием белка в общеклиническом анализе мочи.

В то же время состояние глазного дна и возможность потерять зрение, по-видимому, более беспокоят и пациента и врача, чем бессимптомное течение диабетической нефропатии, поэтому частота посещения окулиста больными во всех опрошенных регионах на достаточно высоком уровне (табл. 8).

Тяжесть и скорость прогрессирования сосудистых осложнений при СД во многом определяется не только качеством компенсации метаболических нарушений, но наличием стойкой артериальной гипертонии. Европейская и Американская диабетические ассоциации четко определили границы безопасного уровня АД для больных СД, который не должен превышать 130/80 мм рт. ст. Поэтому ежедневное мониторирование АД (у больных с повышенным уровнем) и его медикаментозная коррекция являются неотъемлемой составной частью профилактики и лечения сосудистых осложнений СД. Между тем, по данным опроса, не все пациенты знают свой уровень АД и необходимость его определения (табл. 9).

Таблица 8

Частота осмотра окулистом больных СД по регионам (%)

Регион	Чаще чем 1 раз в год	1 раз в год	Реже, чем 1 раз в год	Не посещают вообще
Москва	51	39	7	3
Московская область	38	50	7	5
Тула	49	44	7	0

Таблица 9

Частота повышения артериального давления у больных СД (%)

Регион	Уровень АД постоянно высокий	Уровень АД иногда повышается	Нормальное значение АД всегда	Не знают своего уровеня АД
Москва	26	20	38	16
Московская область	27	33	29	11
Тула	15	30	45	10

По данным анкетирования пациентов выявлено, что стойкое повышение АД определяется у 15-27% больных СД. Группу пациентов с эпизодическим повышением АД, на наш взгляд, также можно отнести к лицам с артериальной гипертонией, поскольку в случае проведения этим больным суточного мониторирования АД мы вправе ожидать, что средний уровень АД у них будет повышен. Таким образом, **артериальная гипертония (АД > 130/80 мм рт.ст.) имеется в среднем у 45-60% больных.**

При анализе структуры антигипертензивной терапии у лиц, имеющих повышенное АД, были получены следующие данные (табл. 10).

Таблица 10

Структура антигипертензивной терапии у больных СД с сопутствующей артериальной гипертонией (%)

Препараты	Регионы		
	Москва n = 60	Московская область n = 64	Тула n = 18
Ингибиторы АПФ	63,2	44,7	80
Бета-блокаторы	2,6	0	0
Антагонисты Са	2,6	2,6	0
Индапамид	2,6	5,3	0
Адельфан или клофелин	0	15.8	0
Комбинированная терапия (иАПФ +индапамид или бета-блокатор или цинт)	13.1	7,9	
Не получают терапию	15,9	23,7	20

Из полученных данных следует, что абсолютное большинство больных с артериальной гипертонией получают препараты из группы ингибиторов ангиотензинпревращающего фермента (иАПФ) либо в качестве монотерапии, либо в комбинации с другими антигипертензивными препаратами. Такой подход к лечению больных СД с сопутствующей артериальной гипертонией и сосудистыми осложнениями полностью соответствует рекомендациям Международного Европейского консенсуса по формированию политики в области сахарного диабета (1999), рекомендациям Американской Диабетической ассоциации (2000) и рекомендациям Минздрава РФ (2002). В то же время ряд пациентов (преимущественно в Московской области) продолжают получать в качестве монотерапии давно устаревшие и неэффективные препараты, такие как адельфан и клофелин. Эти препараты не рекомендованы для длительного лечения артериальной гипертонии как неэффективные и имеющие огромный спектр побочных эффектов. Наибольшие опасения вызывают те больные, которым не незначена антигипертензивная терапия или же они не мотивированы на постоянн контроль АД. Таких больных, по данным опроса, насчитывается от 16% в Москве до 20-24% в Туле и Московской области соответственно.

Для нас представляло интерес, как сами больные оценивают качество оказания им медицинской помощи. Мы включили такой вопрос в анкету. Данные представлены в табл. 11.

Как следует из табл. 11, большинство больных СД оценили качество медицинской помощи как «хорошо» и «удовлетворительно». Между тем, от 10% в Москве до 33-36% больных в Туле и Московской области не удовлетворены качеством получаемой помощи и вниманием лечащих врачей.

Таким образом, проведенный нами опрос больных СД выявил следующее:

- Абсолютное большинство больных СД имеют неудовлетворительную компенсацию СД, несмотря на то, что почти все больные прошли школу обучения по СД и пользуются средствами самоконтроля.
- Выявляемость диабетической ретинопатии, нейропатии и синдрома диабетической стопы у больных СД типа 1 и 2 достаточно высока, в то время как диагностикка диабетической нефропатии на стадии микроальбуминурии, требующая активной верификации, не проводится у 20-50 % нуждающихся больных.
- Абсолютное большинство больных артериальной гипертонией получают препараты из группы иАПФ, что соответствует стандартам международной практики. В то же время от 16 до 24% нуждающихся больных не получают постоянной антигипертензивной терапии.

В данном исследовании представлен поперечный срез состояния здоровья небольшой популяции больных, ответивших на вопросы анкеты во Всемирный День больного сахарным диабетом 14 ноября 2002 г. Если бы аналогичный опрос состоялся 10 лет назад, мы бы получили страшную картину практически полного отсутствия качественной целенаправленной помощи больным СД: отсутствие школ обучения больных СД, отсутствие средств са-

Таблица 11

Оценка качества оказания медицинской помощи больными СД (%)

Оценка	Москва	Московская область	Тула
Хорошо	38	13	10
Удовлетворительно	52	51	57
Неудовлетворительно	10	36	33

моконтроля, использование низкокачественных инсулинов животного происхождения вместо генноинженерных человеческих, высокий процент больных, потерявших зрение, больных с ампутированными конечностями, с неуправляемой артериальной гипертонией, получающих терапию исключительно клофелином, резерпином или адельфаном.

За истекшие 10 лет (особенно последние 6 лет работы в рамках Федеральной программы «Сахарный диабет») проведена колоссальная организационная, научная, просветительская и лечебная работа, позволившая существенно повысить качество оказания помощи больным сахарным диабетом, снизить частоту высоких ампутаций в 2 раза, сохранить зрение в 75% случаев, продлить додиализный период у больных СД с хронической почечной недостаточностью на 5-7 лет (из отчета МЗ РФ по выполнению Федеральной программы «Сахарный диабет» за период 1996-2002 г).

Проведенное нами исследование указывает, что несмотря на достигнутые успехи в области диабетологической помощи, впереди еще много работы. Требуется более внимательнй подход к лечению больных СД, сохраняется необходимость обязательного внедрения всех современных стандартов в лечении больных СД, направленных на снижение частоты сосудистых осложнений, увеличение продолжительности и качества жизни наших больных.