

## Интервью академика И.И. Дедова

**Н**а вопросы редакции журнала «Сахарный диабет» отвечает Иван Иванович Дедов — академик РАН и РАМН, директор ФГУ Эндокринологический научный центр МЗ СР РФ, главный эндокринолог Минздравсоцразвития РФ, президент Российской Ассоциации Эндокринологов.

*1. Эксперты Всемирной Организации Здравоохранения называют сахарный диабет «неинфекционной пандемией», «чумой XXI века», «немым убийцей». Насколько прогнозы международных экспертов об угрозе этой стремительно распространяющейся болезни касаются России?*

Я, равно как и абсолютное большинство моих коллег, полностью разделяю опасения международных экспертов здравоохранения. Действительно в наши дни сахарный диабет (СД) является наиболее опасным вызовом всему мировому сообществу и приоритетом национальных систем здравоохранения всех без исключения стран мира. Еще 20 лет назад численность больных СД в мире не превышала 30 млн человек, а сейчас их уже 285 млн., т.е. почти в 10 раз больше. Еще более стремительно увеличивается доля населения с так называемым «предиабетом» и метаболическим синдромом. Их численность уже сейчас составляет 344 млн человек (7,9% населения мира). Между тем, именно из этой группы «условно здоровых» лиц армия больных СД ежегодно пополняется на 15%.

Уместно напомнить, что согласно данным международной статистики каждые 10 секунд в мире умирает 1 больной СД и вновь заболевают 2 человека; ежегодно умирают около 4 млн больных (это столько же, сколько от ВИЧ-инфекции и вирусного гепатита). Разве это не эпидемия?

Масштабы угрозы здоровью населения всей планеты, исходящей от СД и его осложнений, столь велики, что даже Организация Объединенных Наций (ООН) на Генеральной ассамблее в декабре 2006 года приняла РЕЗОЛЮЦИЮ, призывающую все страны мира объединить усилия в борьбе с этим недугом.

Эпидемия СД не обошла стороной и Россию. За последние 10 лет численность больных СД в России удвоилась, и сейчас, только по обращаемости, в нашей стране, зарегистрировано более 3 млн больных СД. Реально же, мы предполагаем, что число больных СД в России в 3–4 раза больше, т.е. более 9 млн человек (около 6% населения). К сожалению, не все больные знают о своей болезни. СД действительно является коварным, порой «немым» убийцей, долгое время может протекать как бы «бессимптомно». Единственными жалобами могут быть быстрая утомляемость, хроническая усталость (у кого их нет!), невыраженная сухость во рту, никтурия, пока не появятся признаки уже практически необратимых сосудистых осложнений (потеря зрения, трофические язвы и гангрены стоп, инфаркт миокарда или инсульт, нарушение функции почек).

*2. Как Правительство России отреагировало на принятую в 2006 г. резолюцию ООН по борьбе с сахарным диабетом?*

К счастью, понимание реальных масштабов эпидемии СД Правительством и Министерством здравоохранения РФ пришло гораздо раньше. В октябре 1996 г. Правительством РФ была утверждена Федеральная целевая программа (ФЦП) «Сахарный диабет», позже (с 2002 г.) ставшая подпрограммой ФЦП «Предупреждение и борьба с заболеваниями социального характера». Основной задачей ФЦП явилось создание доступной и высокопрофессиональной диабетологической службы на всей территории Российской Федерации, основанной на единых стандартах оказания медицинской помощи больным с целью

снижения заболеваемости, инвалидизации и смертности от СД и его осложнений. Ежегодно в рамках подпрограммы ФЦП «Сахарный диабет» региональные медицинские учреждения получают новейшее оборудование для быстрой и своевременной диагностики СД и его осложнений, для профилактики ампутаций нижних конечностей, для проведения лазерной фотокоагуляции сетчатки и предупреждения потери зрения, для ранней диагностики поражения почек и профилактики развития уремии.

Эта программа государственной поддержки продолжается и поныне на протяжении уже 15 лет. В то же время объемы финансовой помощи, направленные на раннее выявление СД 2 типа (СД2), диагностику сосудистых осложнений, обеспечение высокотехнологичной помощи больным, должны быть увеличены в разы.

*3. Как и когда была создана в России диабетологическая служба? Какова история создания Института диабета и какова его структура?*

Днем рождения диабетологической службы в стране можно считать 14 ноября 1989 года, когда в структуре вновь организованного Всесоюзного эндокринологического научного центра АМН СССР (ныне — ФГУ Эндокринологический научный центр МЗ и СР РФ) был обозначен Институт диабета. С этого времени Институт диабета стал базовым центром в Российской Федерации для оказания специализированной и высокотехнологичной помощи больным СД, начиная от дебюта заболевания и до терминальных стадий сосудистых осложнений.

В то время практически все создавалось впервые!

- **Впервые в стране была создана школа для обучения больных СД.** Сотрудники этого отделения, пройдя стажировку в ведущих международных клиниках Германии (школа профессора Michael Berger) и Швейцарии (школа профессора Jean-Philippe Assal) первыми в России внедрили систему обучения больных как метод лечения хронического заболевания. В настоящее время в отделении разработано и внедрено по всей России более 7 структурированных программ обучения разных категорий пациентов, в которых учитывается также и психологический статус пациента. Сейчас по всей стране насчитывается более тысячи школ для больных СД (взрослых, детей и их родителей, пациентов с осложнениями диабета).
- **Впервые был создан кабинет (а затем отделение) диабетической стопы.** Сотрудники этого отделения, получив знания и опыт в клиниках Англии (школа профессора Andrew Boulton), сумели не только внедрить новые технологии обработки язвенных дефектов стоп, но и развить их до более совершенных методов сохранения опорной функции стопы и предупреждения ампутаций, включая применение интервенционной ангиопластики. Не без гордости хочу отметить, что в этом отделении удается снизить риск развития гангрены и предупредить ампутации нижних конечностей у обреченных пациентов в 98% случаев. Опыт работы референс-отделения диабетической стопы Института диабета ФГУ ЭНЦ в настоящее время используется более чем в 200 отделениях диабетической стопы в регионах России.
- **Впервые в структуре эндокринологического центра организовано отделение диабетической нефропатии и гемодиализа.** Сотрудники этого отделения прошли школу отечественной нефрологии на базе ведущей нефрологической клиники страны имени Е.М. Тареева, стажировку в специализированных клиниках Италии и внедрили полученные знания в работу отделения

диабетической нефропатии Института Диабета. В настоящее время отделение является лидером в РФ по разработке технологий доклинической диагностики поражения почек, профилактики и лечения диабетической нефропатии, начиная с ранних обратимых стадий этого осложнения и до терминальной стадии хронической почечной недостаточности. Применение превентивных технологий позволяет уже сейчас полностью предупредить развитие диабетического поражения почек, а в случае развившейся патологии — продлить додиализный период жизни больных более чем на 20 лет и существенно повысить качество жизни пациентов.

- **Впервые было создано отделение диабетической ретинопатии и офтальмохирургии**, где специалисты-офтальмологи оказывают в полном объеме высокотехнологичную помощь больным СД — начиная от лазерной коагуляции сосудов сетчатки, заканчивая сложнейшими офтальмохирургическими вмешательствами. Теперь удается сохранить зрение более чем у 90% обратившихся больных.
- Новым этапом развития Института диабета явилась организация **отдела кардиологии, включающего отделения интервенционной кардиологии, функциональной кардиологии и кабинета рентгеноэндоваскулярной диагностики**. Впервые полный объем кардиологической помощи (кардиофункциональные методы диагностики, ангиографию коронарных сосудов с последующей, при необходимости, баллонной ангиопластикой со стентированием коронарных артерий) больные СД могут получить в Институте диабета ФГУ ЭНЦ.

Иными словами, Институт диабета создавался таким образом, чтобы **весь объем медицинской помощи** в области диагностики и лечения СД и его осложнений, включая хирургические вмешательства по сохранению зрения, восстановлению кровотока в пораженных сосудах сердца, мозга, почек, нижних конечностей был **предоставлен в одном учреждении!** На мой взгляд, такой комплексный подход к лечению пациента в одном учреждении крайне важен и позволяет достичь самых высоких результатов.

Свою задачу, как главного эндокринолога Минздравсоцразвития РФ, я вижу в том, чтобы аналогичные многофункциональные диабетологические центры создавались по всей стране для обеспечения доступной специализированной и высокотехнологичной помощи больным СД во всех регионах России.

**4. Для работы в таких диабетологических центрах нужна подготовка высокопрофессиональных кадров. Хватает ли сегодня эндокринологов-диабетологов для оказания медицинской помощи больным диабетом на всех этапах — от амбулаторного звена до высокотехнологичной помощи?**

Безусловно, нет. Мы остро ощущаем дефицит эндокринологов. Даже в Москве далеко не все поликлиники имеют специалиста-эндокринолога. Между тем нагрузка на таких специалистов растет. На амбулаторный прием врача-эндокринолога приходит не менее 30 пациентов в день, а порой и в 1,5–2 раза больше.

Ряд шагов для решения этой проблемы уже сделан. Так, 1 марта 2010 г. был принят **Приказ МЗ и СР № 116н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи больным с эндокринными заболеваниями»**, который внес целый перечень положений, регламентирующих деятельность эндокринологов-диабетологов на всех уровнях оказания медицинской помощи (от первичного звена до специализированной и высокотехнологичной помощи), определена нагрузка на врача-эндокринолога на первичном приеме (теперь 1 ставка эндокринолога выделяется не на 50 тыс., а на 20 тыс. населения), выделена дополнительная ставка медицинской сестры на приеме врача-эндокринолога, предусмотрено обязательное создание и оснащение кабинетов диабетической стопы, диабетической ретинопатии, школ для больных СД, а также обязательное ве-

дение регистра больных СД в рамках кабинетов медицинской статистики.

Но мы не можем быть удовлетворены нынешним состоянием кадровой политики. Для решения кадровой проблемы необходимо поддержать на государственном уровне **создание кафедр и курсов эндокринологии с углубленным изучением диабетологии на базе высших учебных медицинских учреждений в регионах России**; увеличить количество учебных часов, отведенных для изучения эндокринологии в медицинских ВУЗах страны; ввести дополнительные часы для изучения диабетологии как самостоятельной дисциплины; усилить постдипломную подготовку и переподготовку медицинских кадров для обеспечения поддержания высокого уровня знаний эндокринологов-диабетологов, необходимого для оказания эффективной и своевременной медицинской помощи больным СД.

**А задачу поддержания престижа профессии** я адресую нынешним авторитетным и опытным эндокринологам, способным увлечь юных студентов таинственным миром эндокринологии.

**5. Как осуществляется контроль за состоянием и эффективностью работы диабетологической службы в России?**

Эффективность работы диабетологической службы можно оценить, прежде всего, по динамике эпидемиологических показателей (приросту численности больных СД, распространенности сосудистых осложнений СД, средней продолжительности жизни больных, уровню летальности), а также по ряду медицинских показателей, указывающих на частоту достижения целей компенсации СД (средний уровень  $HbA_{1c}$ , выраженность дислипидемии, уровень АД).

Такую информацию может дать только система регистрации и учета всех больных диабетом в масштабах страны. Для этого в России создан и успешно функционирует **Государственный регистр больных сахарным диабетом (ГРСД)**, представляющий собой единую базу данных о всех зарегистрированных в РФ больных СД, которая позволяет вести учет распространенности и заболеваемости СД, инвалидизации и смертности больных, их непосредственных причин, распространенности осложнений диабета, обеспечения лекарственными препаратами и средствами самоконтроля, а также регистрирует сведения о степени компенсации СД по уровню  $HbA_{1c}$  и другим лабораторным показателям.

В настоящее время ГРСД включает 84 региональных центра страны, чьи данные ежегодно подробно анализируются в центре ГРСД. Однако данные, поступающие в ГРСД, далеко не полные, поскольку не все больные знают о своем заболевании, и далеко не у всех больных своевременно диагностируются осложнения СД.

Для анализа истинной распространенности СД и его осложнений в отдаленных регионах России в рамках ФЦП «Сахарный диабет» были разработаны и оснащены современным диагностическим оборудованием мобильные лечебно-диагностические модули — **«Мобильные диабетологические центры»**. Эти модули представляют собой диабетологический центр в миниатюре «на колесах», оснащенный лабораторией для диагностики СД и его осложнений, кабинетами диабетолога, педиатра, нефролога, кардиолога, специалиста по «диабетической стопе» с возможностью обработки язвенных дефектов стоп, кабинетом офтальмолога с возможностью проведения лазерной фотокоагуляции сосудов сетчатки. Такие мобильные центры позволяют оперативно доставлять высококвалифицированную медицинскую помощь в полном объеме даже в те регионы, в которых еще недавно такая помощь казалась недоступной! В настоящее время такими мобильными центрами оснащены пять федеральных округов России (Центральный, Приволжский, Уральский, Сибирский и Южный). Планируется ввести в строй еще 2 модуля в Северо-Западном и Дальневосточном Федеральных округах.

Наиболее красноречиво об эффективности организованной в России диабетологической службы свидетельствуют основные эпидемиологические показатели: **снижение смертности и увеличение средней продолжительности жизни пациентов с СД.** Так, за последние 5 лет смертность при СД 1 типа (СД1) снизилась в 4–5 раз, а при СД2 – в 2–3 раза. В результате за последние 10 лет в целом по стране средняя продолжительность жизни больных СД1 увеличилась на 6 лет у мужчин (составляет 53,9 лет) и на 10 лет у женщин (составляет 61,9 лет); больных СД2 – на 7 лет у мужчин (составляет 70,6 лет) и на 6 лет у женщин (составляет 73,9 лет).

**6. Иными словами, продолжительность жизни больных СД2 по данным ГРСД оказалась выше, чем у населения в целом? Как Вы это объясните?**

Действительно, средняя продолжительность жизни мужчин, больных СД2, в России даже несколько превышает таковую у мужчин в целом по стране (по данным МЗ и СР РФ в 2009 г. средняя продолжительность жизни составила 62,9 лет у мужчин и 75 лет у женщин). Вероятнее всего, это связано с тем, что больные СД находятся под постоянным контролем врачей, мотивированы часто обследоваться для коррекции сахароснижающей терапии, а также и других факторов риска сердечно-сосудистой смертности: артериального давления, липидного обмена, свертывающей системы крови и т.д. Даже за рецептом на сахароснижающий препарат они должны приходить 1 раз в месяц! Возможно, это некоторый «перебор», который необходимо изменить, но с другой стороны, врач видит пациента каждый месяц!

**7. Все ли больные сахарным диабетом гарантированно обеспечиваются необходимыми сахароснижающими препаратами и средствами самоконтроля?**

К сожалению, нет! До 2004 г. согласно постановлению Правительства РФ № 890 все больные СД бесперебойно и гарантированно обеспечивались инсулинами за счет средств Федерального бюджета. В настоящее время это положение изменилось: только лица, имеющие инвалидность, обеспечиваются лекарственными средствами за счет Федерального бюджета, остальные (не инвалиды) – из средств региональных бюджетов. Мы настоятельно рекомендуем вновь **вернуться к закону о гарантированном обеспечении инсулинами из средств Федерального бюджета всех больных СД, нуждающихся в инсулинотерапии, независимо от наличия у них инвалидности!** Только в этом случае больные перестанут быть «заложниками» экономической состоятельности региона. Несомненно, возвращение к гарантированному обеспечению больных СД инсулинами и средствами самоконтроля приведет к существенному сокращению численности инвалидов вследствие СД.

**8. Какие научные направления в диабетологии Вы считаете перспективными и прорывными? Наступит ли время, когда диабет станет излечимой болезнью?**

Я оптимист, и верю в торжество науки, но верю не слепо, а на основании очевидных уже сейчас тенденций в развитии медицинских технологий. За последние 10–15 лет в диабетологии произошел фантастический прорыв в области синтеза молекул

абсолютно новых сахароснижающих препаратов с уникальными свойствами.

- Это и новые аналоги инсулина человека ультракороткого действия и суточного беспикового действия. Сейчас проходят клинические испытания III фазы аналогов инсулина человека с длительностью действия до 36 часов.
- Это и препараты с принципиально новым механизмом действия – инкретины (агонисты глюкагоноподобного пептида-1 и ингибиторы дипептидилпептидазы-4). Эти препараты вселяют надежду на сохранение или даже восстановление пула  $\beta$ -клеток поджелудочной железы.
- Это и новые средства введения инсулина – инсулиновые помпы – с возможностью ежеминутного мониторинга гликемии и регуляции введения инсулина в зависимости от уровня сахара крови.

Сегодня мы уже научились прогнозировать развитие СД1 в группах риска. Этому предшествовала многолетняя скрупулезная работа коллектива Института детской эндокринологии ФГУ ЭНЦ, основанная на молекулярно-генетических технологиях. Эти разработки легли в основу медико-генетических консультаций для определения риска развития СД1 в ядерных семьях.

Пока еще не удается предупредить развитие СД1 в группах риска, но такая работа ведется. Безусловно, большое будущее за клеточными технологиями. Только **хочу предостеречь** от шарлатанов и лжеученых, предлагающих применение клеточных технологий «здесь и сейчас» для излечения от диабета. **Ни в одной развитой стране мира эти методики (подсадка стволовых, свиных или иных клеток) не разрешены к клиническому применению у человека! Сейчас они проходят стадии экспериментальных испытаний на животных!**

**9. Что сейчас можно и нужно сделать для повышения эффективности работы диабетологической службы?**

Для совершенствования диабетологической помощи населению и повышения ее эффективности необходимо объединить усилия как самих специалистов-эндокринологов, так и структур исполнительной и законодательной власти и общероссийского общества больных диабетом в области:

- информирования населения об угрозе СД (через средства массовой информации, популярные информационные брошюры и журналы);
- проведения профилактики СД2 и внедрения здорового образа жизни (в том числе, среди школьников);
- ранней диагностики заболевания (1 раз в год все лица старше 40 лет должны определять сахар крови или уровень гликированного гемоглобина);
- повсеместного внедрения единых общероссийских стандартов терапии СД и контроля за их исполнением;
- регистрации и учета больных СД;
- усиления кадровой политики;
- финансирования материально-технической базы учреждений здравоохранения и научных исследований в области СД.

Общими усилиями вполне возможно реализовать весьма оптимистический девиз специалистов-диабетологов и больных СД, который звучит так: «Сахарный диабет – это не болезнь, а особый образ жизни!»