

[та ін.] // за ред. С. І. Черняка. – Дніпропетровськ: Роял-Принт, 2018. – 167 с.

8. Социально-экономические аспекты инвалидности / под ред. Ю. В. Михайловой,

А. Е. Ивановой. – Москва: РИО ЦНИИОИЗ, 2006. – 136 с.



УДК 616-036.86:616.379-008.64

ПРОФІЛАКТИКА ТА ШЛЯХИ ЗНИЖЕННЯ ІНВАЛІДНОСТІ ВНАСЛІДОК ЦУКРОВОГО ДІАБЕТУ

С. С. Паніна, Н. О. Гондуленко, Н. А. Саніна, Т. С. Ігумнова,
В. В. Марочкіна, К. А. Калініна, І. В. Кардашевська

Державна установа «Український державний науково-дослідний інститут медико-соціальних проблем інвалідності МОЗ України», м. Дніпро

Резюме

В статье приведены основные меры первичной и вторичной профилактики инвалидности вследствие сахарного диабета, с учетом достижений современной диабетологии. Активное внедрение разработанных мероприятий на государственном уровне позволит достичь стабилизации и снижения уровня инвалидности вследствие этой патологии и уменьшит социальные расходы государства.

Ключевые слова: сахарный диабет, заболевания сердечно-сосудистой системы, инвалидность, профилактика инвалидности.

Summary

The article presents the main measures of primary and secondary prevention of disability due to diabetes, taking into account the achievements of modern diabetology. Active implementation of the developed measures at the state level will allow to achieve stabilization and reduction of the level of disability due to this pathology and to reduce social expenditures of the state.

Key words: diabetes, diseases of the cardiovascular system, disability, prevention of disability.

Key words: chronic viral hepatitis, disability, disability prevention.

Упродовж останніх п'яти років, як в Україні, так і у світі, спостерігається негативна тенденція до збільшення захворюваності на цукровий діабет другого типу, який набув в останні десятиріччя епідемічного характеру поширення в популяції: у 2017 р. у світі нараховувалося приблизно 425 млн. хворих на цукровий діабет. За оцінками експертів IDF, у світі передбачається збільшення кількості хворих на дану патологію до 629 млн. осіб до 2045 р., з яких понад 90 % припадає на цукровий діабет 2-го типу (Атлас Діабету, 8-е видання, International Diabetes Federation, 2017).

ЦД відрізняється від усіх інших ендокринних захворювань не тільки значною поширеністю, але й частотою розвитку та тяжкістю перебігу ускладнень. Даний недуг у 70–80 % випадків призводить до розвитку серцево-судинних, цереброваскулярних захворювань, патології органа зору, що підвищує ризик розвитку захворювань серця у 2 рази, сліпоти – в 10 разів, гангрені й ампутацій нижніх кінцівок – у 15–40 разів. Такі пізні ускладнення ЦД, як ретинопатія, нефропатія, синдром діабети-

чної стопи (СДС), полінейропатія, є головними причинами інвалідизації хворих на ЦД. Висока шкода здоров'ю населення і значні економічні витрати на дороге лікування ускладнень, реабілітацію хворих та осіб з інвалідністю визначають ЦД у багатьох країнах, у тому числі й в Україні як національний пріоритет серед найбільш важливих проблем охорони здоров'я та соціального захисту.

В Україні діють сучасні рекомендації, завдяки яким підвищилась якість надання медичної допомоги хворим на цукровий діабет 2-го типу на всіх її рівнях та знизився рівень інвалідності: Адаптована клінічна настанова «Цукровий діабет, тип 2», Київ, 2012 та наказ Міністерства охорони здоров'я від 21.12.2012 р. № 1118 «Уніфікований клінічний протокол первинної та вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги. Цукровий діабет 2-го типу». Стандарти Американської діабетичної асоціації (ADA) визнані одним з найбільш авторитетних у світі гайдлайнів в галузі діабетології, ґрунтуються на урахуванні сотень клінічних випробувань та метааналізів, нових даних доказової

медицини, оновлені у 2017 р., також мають істотний вплив на прийняття рішень з ведення хворих на ЦД в усьому світі.

Як засвідчено у попередніх наших дослідженнях, основними причинами інвалідності в разі цукрового діабету, обтяженому серцево-судинними захворюваннями, є коморбідність (наявність макро- та мікросудинних ускладнень, АГ), особливості перебігу захворювання (тяжкість діабету, потреба в інсулінотерапії, рівень компенсації тощо), медичні (недостатній рівень обстеження хворих, недотримання стандартів надання медичної допомоги та ін.), демографічні (вік та стать хворих), та чинники, пов'язані з умовами праці хворих (вплив шкідливих чинників виробничого середовища).

Мета даної роботи – розробка заходів щодо профілактики та шляхів зниження інвалідності внаслідок цукрового діабету.

Цукровий діабет – це група метаболічних захворювань, що характеризується гіперглікемією, яка є наслідком дефектів секреції інсуліну, дії інсуліну або обох цих чинників. Хронічна гіперглікемія в разі ЦД супроводжується ураженням, дисфункцією або недостатністю різних органів та систем, зокрема, очей, нирок, нервової системи, серця та кровоносних судин.

Особливо високий ризик у людей з ЦД 2-го типу, які мають надмірну вагу, палять або яким властива гіподинамія. Ризик розвитку будь-яких ускладнень значно знижується шляхом контролю та відповідної корекції рівня глюкози в крові та АТ, а також дотримання правил здорового харчування і виконання регулярних фізичних навантажень.

Ефективна профілактика захворюваності та інвалідності має в своїй основі більш раннє виявлення, точну діагностику захворювання, виявлення чинників ризику та лікування ЦД 2-го типу, що сприятиме попередженню прогресування захворювання та розвитку ускладнень. Лікарем загальної практики – сімейним лікарем проводяться основні заходи щодо профілактики, виявлення, лікування (цукрознижувача терапія за виключенням інсулінотерапії) та диспансерного спостереження пацієнтів з ЦД 2-го типу. У разі відсутності ефекту від призначеного лікування, наявності показань до інсулінотерапії, важкому перебігу ЦД 2-го типу – лікарем загальної практики сімейним лікарем проводиться роз'яснення, та пацієнт з метою поглибленого обстеження та корекції терапії направляється до установ, що надають вторинну медичну допомогу.

Категорії підвищеного ризику розвитку діабету (переддіабету) в безсимптомних пацієнтів

1. Тестування повинне бути запропоновано особам із зайвою вагою ($IMT \geq 25 \text{ кг/м}^2$), дорослим, які мають один або більше з наведених нижче чинників ризику:

– $HbA1c \geq 5,7\%$, порушена толерантність до глюкози (ПТГ) або ізольований порушений рівень глюкози натще (ІГН) при попередньому тестуванні;

– родич першого ступеня з цукровим діабетом;

– раса високого ризику / етнічної приналежності;

– жінки, які мали діагноз гестаційного діабету;

– серцево-судинні захворювання в анамнезі;

– гіпертензія ($\geq 140/90 \text{ мм рт. ст.}$ або прийом антигіпертензивних препаратів);

– рівень холестерину ЛПВЩ $<35 \text{ мг/дл}$ ($0,90 \text{ ммоль/л}$) і/або рівень тригліцеридів $> 250 \text{ мг/дл}$ ($2,82 \text{ ммоль/л}$);

– жінки з синдромом полікістозних яєчників;

– низька фізична активність;

– інші клінічні стани, пов'язані з резистентністю до інсуліну (наприклад, важке ожиріння, чорний акантоз).

2. Усім пацієнтам слід починати тестування у віці 45 років.

3. Якщо результати нормальні, тест слід повторювати як мінімум з 3-річним інтервалом з розглядом можливості більш частого тестування залежно від отриманих результатів і ризик-статусу.

Рекомендуються заходи щодо зміни способу життя пацієнтам з будь-яким рівнем ризику розвитку ЦД 2-го типу та/або з порушеною толерантністю до глюкози або порушеною глікемією натщесерце. Проводити лікування супутніх захворювань у всіх пацієнтів (синдром полікістозних яєчників, ССЗ, порушення ліпідного профілю, ожиріння, АГ тощо).

Проведення тестів на виявлення ЦД 2-го типу щорічно:

у пацієнтів з переддіабетом, дорослим особам будь-якого віку з надмірною масою тіла або ожирінням ($IMT > 25 \text{ кг/м}^2$) і наявністю одного і більше додаткових чинників ризику ЦД 2-го типу, а також у пацієнтів з помірним, високим та дуже високим ризиком ЦД 2-го типу; для всіх пацієнтів тестування слід починати у віці 45 років; для виявлення діабету 2-го типу використання перорального навантажувального глюкозотолерантного тесту (через 2 години після прийому 75 г глюкози) і $HbA1c$ є однаково прийнятним. Якщо аналізи в нормі, повторне тестування доцільно принаймні 1 раз на 3 роки. У пацієнтів з діабетом необхідні виявлення і корекція інших чинників ризику серцево-судинних захворювань.

Для забезпечення наступності етапів медичної допомоги пацієнтам з ЦД 2-го типу у закладі охорони здоров'я потрібно впроваджувати локальний протокол медичної допомоги з клінічним маршрутом пацієнта відповідно до уніфікованого протоколу з урахуванням матеріально-технічного та кадрового забезпечення. Взаємодія між закладами охорони здоров'я, які надають первинну і вторинну медичну допомогу, визначається відповідним наказом управління охорони здоров'я.

Під час встановлення діагнозу ЦД слід дотримуватися сучасних класифікацій з урахуванням типу діабету, оцінки тяжкості перебігу захворювання, виявлених ускладнень, стадії компенсації вуглеводного обміну.

Цукровий діабет 2-го типу – це порушення вуглеводного обміну, спричинене переважно інсулінорезистентністю та відносною інсуліновою недостатністю або з переважним дефектом секреції інсуліну з інсулінорезистентністю.

Клінічна класифікація ЦД 2-го типу

Ступені важкості:

ЦД 2-го типу легкого перебігу: відсутні макро- і мікросудинні ускладнення.

ЦД 2-го типу середнього ступеня важкості:

- Діабетична ретинопатія (непроліферативна стадія).

- Діабетична нефропатія в стадії мікроальбумінурії.

- Діабетична поліневропатія.

ЦД 2-го типу тяжкого перебігу:

- Діабетична ретинопатія, проліферативна чи проліферативна стадія.

- Діабетична нефропатія, стадія протеїнурії чи ХХН.

- Вегетативна полінейропатія.

- Макроангіопатії: постінфарктний кардіосклероз, серцева недостатність, стан після гострого порушення мозкового кровообігу, оклюзійне ураження нижніх кінцівок.

Основні принципи лікування хворих на ЦД 2-го типу

- Зміна способу життя: раціональне харчування і підвищення фізичної активності.

- Стратифікація лікувальної тактики в залежності від вихідного рівня HbA_{1c}, виявленого під час постановки діагнозу ЦД 2-го типу.

- Персоналізація вибору цукрознижувальних препаратів у залежності від домінуючої клінічної проблеми

- Моніторинг ефективності цукрознижувальної терапії за рівнем HbA_{1c} здійснюється кожні 3 міс. Оцінювати темп зниження HbA_{1c}.

- Зміна (інтенсифікація) цукрознижувальної терапії при її неефективності (тобто за відсутності досягнення індивідуальних цілей HbA_{1c}) виконується не пізніше ніж через 6 місяців.

Для оптимізації результатів лікування та якості життя, пов'язаної зі здоров'ям пацієнта, рекомендується використовувати пацієнт-орієнтований стиль комунікації, активне вислуховування, виявлення переваг і переконань пацієнтів, оцінка потенційних перешкод надання медичної допомоги. Причому успіх цієї тактики залежить від цілісного мультидисциплінарного підходу, оскільки в наданні медичної допомоги пацієнтам з цукровим діабетом беруть участь не тільки лікарі-ендокринологи, але й медсестри, дієтологи, фармацевти, педіатри, психіатри і багато інших фахівців. Більш того, пацієнти з цукровим діабетом і члени їхніх сімей самі повинні виконувати активну роль у їх лікуванні.

Цілі і план лікування повинні бути розроблені спільно з пацієнтами на основі їхніх власних індивідуальних переваг, оцінок і цілей. План лікування повинен враховувати вік пацієнта, когнітивні спроможності, графік і умови роботи / навчання, переконання та пріоритети, схеми харчування,

рівень фізичної активності, соціальний статус, фінансові проблеми, культурні фактори, грамотність, ускладнення цукрового діабету і тривалість захворювання, супутні захворювання та інші медичні стани, переваги щодо лікування, очікувану тривалість життя та ін. Різні стратегії та методи слід використовувати для підтримки адекватного самоконтролю захворювання, враховуючи освітній компонент щодо менеджменту цукрового діабету.

Цільові значення HbA_{1c}, рекомендації:

1. Доцільно досягнення цільового HbA_{1c} для більшої кількості невагітних дорослих <7%.

2. Чи можуть розглядатися більш жорсткі цільові значення HbA_{1c} (наприклад, <6,5 % для окремих пацієнтів, якщо ці значення можуть бути досягнуті без вираженої гіпоглікемії або інших побічних ефектів лікування (тобто поліфармацевтики). До таких пацієнтів можуть бути віднесені особи, які мають малу тривалість діабету, отримують лікування при ЦД 2-го типу тільки шляхом модифікації стилю життя або метформіном, мають очікувану велику тривалість життя або не мають значущих серцево-судинних захворювань.

3. Менш жорсткі цільові значення HbA_{1c} (наприклад, <8 %) можуть бути доцільними для пацієнтів з тяжкою гіпоглікемією в анамнезі, обмеженою тривалістю життя, вираженими мікросудинними або макросудинними ускладненнями, наявністю виражених супутніх захворювань, і для тих, хто давно страждає на цукровий діабет та в яких важко досягти цільового значення глікемії, незважаючи на самоконтроль діабету, відповідний контроль глюкози й ефективні дози кількох гіпоглікемічних препаратів, включаючи інсулін.

Найбільш очікуваною новою рекомендацією від ADA у цьому році було уточнення ролі цукрознижувальних засобів з доведеним позитивним впливом на серцево-судинні наслідки. Такими препаратами сьогодні є інгібітор натрій-глюкозного котранспортеру 2-го типу (SGLT2) емплагліфлозин і агоніст глюкагоноподібного пептиду 1 (ГДПП 1) ліраглутид. У стандартах ADA 2018 наголошується, що у пацієнтів з ЦД 2-го типу та встановленим атеросклеротичним серцево-судинним захворюванням (ACC3), які не досягли глікемічних цілей за допомогою модифікації способу життя і метформіну, слід розглянути призначення препарату, що дійсно знижує ризик розвитку серйозних серцево-судинних захворювань і кардіоваскулярної смертності (в даний час це емплагліфлозин та ліраглутид). Також для зменшення ризику несприятливих серцево-судинних ускладнень може бути розглянуто застосування канагліфлозину.

У рекомендаціях ADA-2018 представлений оновлений загальний алгоритм цукрознижувальної терапії ЦД 2-го типу.

HbA_{1c} ≤ 9% – рекомендовано монотерапію;

HbA_{1c} ≥ 9% – рекомендовано подвійну терапію;

HbA_{1c} ≥ 10% – рівень глюкози крові ≥ 16,7 ммоль/л або виражені симптоми – рекомендовано комбіновану ін'єкційну терапію.

Монотерапія – модифікація способу життя + метформін.

Терапія метформіном – за відсутності протипоказань.

У разі досягнення цільового рівня HbA_{1c} через 3 місяці монотерапії потрібно через кожні 3-6 місяців оцінювати HbA_{1c} .

Якщо не досягнуто цільового рівня HbA_{1c} слід оцінити прихильність до лікування та розглянути призначення подвійної терапії.

Подвійна терапія – модифікація способу життя + метформін+додатковий препарат

Якщо є ССЗ – потрібно додати препарат с доказовою здатністю понижувати ризик розвитку серйозних серцево-судинних ускладнень чи кардіоваскулярну смертність.

Якщо немає ССЗ – потрібно додати другий препарат після розгляду специфічних факторів.

У разі досягнення цільового рівня HbA_{1c} через 3 місяці подвійної терапії слід через кожні 3-6 місяців оцінювати HbA_{1c} .

Якщо не досягнуто цільового рівня HbA_{1c} потрібно оцінити схильність до лікування та розглянути призначення потрійної терапії.

Потрійна терапія – модифікація способу життя + метформін+два додаткових препарати

Необхідно додати третій препарат після розгляду специфічних факторів.

У разі досягнення цільового рівня HbA_{1c} через 3 місяці потрійної терапії слід через кожні 3-6 місяців оцінювати HbA_{1c} .

Якщо не досягнуто цільового рівня HbA_{1c} потрібно оцінити схильність до лікування та розглянути призначення комбінованої ін'єкційної терапії

Контроль ліпідів при ЦД 2-го типу: стратегія за віком і наявністю АССЗ

Сучасні рекомендації ADA з контролю ліпідів диференційовані в залежності від віку пацієнтів та наявності документально підтвердженого АССЗ.

У віці ≤ 40 років відсутні серцево-судинні захворювання – відсутнє лікування статинотерапією.

Якщо у віці ≤ 40 років є серцево-судинні захворювання – проводять високу інтенсивність статинотерапії. Якщо холестерин ЛПНЩ ≥ 70 мг/л, незважаючи на максимально допустиму дозу статинів, розгляньте можливість додавання іншої ЛПНЩ-понижуючої терапії (ezetиміб чи інгібітор PCSK9).

У віці ≥ 40 років відсутні серцево-судинні захворювання – помірне лікування статинотерапією.

Якщо у віці ≥ 40 років є серцево-судинні захворювання – проводять високу інтенсивність статинотерапії. Якщо холестерин ЛПНЩ ≥ 70 мг/л, незважаючи на максимально допустиму дозу статинів, розгляньте можливість додавання іншої ЛПНЩ-понижуючої терапії (ezetиміб чи інгібітор PCSK9).

Важливо зазначити, що на відміну від низки кардіологічних товариств, які встановили більш жорсткий цільовий рівень артеріального тиску (АТ) ($<130/80$ мм рт. ст.), ADA як і раніше реко-

мендує пацієнтам з ЦД підтримувати АТ на рівні $<140/90$ мм рт. ст. Експерти ADA 2018 рекомендують розглядати терапію метформіном у пацієнтів з переддіабетом, особливо в осіб з індексом маси тіла (ІМТ) ≥ 35 кг/м², у пацієнтів у віці молодше 60 років і у жінок з гестаційним ЦД в анамнезі.

Модифікація способу життя на початковому рівні АТ 140/90 чи 160/100 мм рт. ст.:

– 1 препарат та є альбумінурія (іАПФ або БРА);

– 1 препарат та відсутня альбумінурія (один з: іАПФ, БРА; БКК, діуретик).

Модифікація способу життя на початковому рівні АТ $\geq 160/100$ мм рт. ст.

• 2 препарати та є альбумінурія:

– іАПФ і БРА;

– БКК (дигідропіридиновий) чи діуретик (тіазидоподібний, подовженої дії (хлорталідон, індапамід);

• 2 препарати та відсутня альбумінурія (два з них):

– іАПФ або БРА;

– БКК (дигідропіридиновий);

– діуретик (тіазидоподібний, подовженої дії (хлорталідон, індапамід).

В Україні прийнято дотримуватися стандартів щодо рівнів компенсації цукрового діабету та його терапії, які співпадають з європейськими рекомендаціями, згідно з якими:

– $HbA_{1c} \leq 7,5\%$ – рекомендовано монотерапію;

– $HbA_{1c} 7,5-9\%$ – рекомендовано подвійну терапію;

– $HbA_{1c} \geq 10\%$ – рівень глюкози крові $\geq 16,7\%$ ммоль/л або виражені симптоми – рекомендовано комбіновану ін'єкційну терапію.

Діагностика та тактика ведення хворих на ЦД за наявності серцево-судинних захворювань

Діагностика ССЗ проводиться відповідно до затверджених медико-технологічних документів цих захворювань.

Необхідно оцінювати ступінь виконання пацієнтом раніше наданих рекомендацій та призначень, за необхідності – вносити корективи.

У разі наявності ІХС пацієнтам з ЦД 2-го типу слід призначити бета-блокатори, за наявності гострого коронарного синдрому додатково до ацетилсаліцилової кислоти потрібно призначити клопідогрель.

У разі підозри щодо гострого коронарного синдрому та критичної ішемії кінцівок у пацієнтів з ЦД 2-го типу необхідно взяти всіх заходів щодо забезпечення у найкоротші строки ревазуляризації згідно з відповідними медико-технологічними документами.

Під час вибору цукрознижувальної терапії у пацієнтів з ССЗ слід віддавати перевагу лікарським засобам з меншим ризиком виникнення гіпоглікемії, з обережністю призначати глібенкламід. У пацієнтів з ЦД 2-го типу та серцевою недостатністю стадії 2b та III, зниженням фракції викиду менше 40 %, не слід призначати метформін.

Пацієнтам, яким не може бути проведено ре-васкуляризацію з приводу критичної ішемії кінцівок, призначити інфузії препаратів простагліну з обов'язковим моніторингом побічних реакцій.

Призначення препаратів з групи інгібіторів АПФ рекомендують як першу лінію терапії у пацієнтів з ЦД 2-го типу із дисфункцією лівого шлуночка, незалежно від наявності ознак серцевої недостатності. У разі непереносимості інгібіторів АПФ слід призначити препарати групи БРА-2. Препарати з групи бета-блокаторів слід призначати як терапію першої лінії у пацієнтів з ЦД 2-го типу із серцевою недостатністю. Сечогінні лікарські засоби, зокрема петльові діуретики, слід призначати для симптоматичного лікування пацієнтів з ЦД 2-го типу з надлишком рідини у зв'язку з серцевою недостатністю. Антагоністи альдостеронових рецепторів можуть бути додані до засобів з групи інгібіторів АПФ, бета-блокаторів і діуретиків у пацієнтів з ЦД 2-го типу з тяжкою серцевою недостатністю.

Важливе значення в проведенні лікувального процесу та профілактиці інвалідності належить упровадженню якісних організаційних заходів та матеріально-технічного забезпечення.

Так, зокрема, для забезпечення наступності етапів медичної допомоги пацієнтам з ЦД 2-го типу у закладі охорони здоров'я необхідно:

- затвердити на рівні закладу письмовий локальний протокол та клінічний маршрут пацієнта з ЦД 2-го типу, що розроблений на основі цього УКПМД;
- забезпечити проходження спеціальної підготовки лікарів загальної практики - сімейних лікарів і медсестер у закладах, що надають первинну медичну допомогу, щодо клінічних аспектів ЦД 2-го типу та медичної допомоги пацієнтам з ЦД 2-го типу;
- у разі необхідності уточнення діагнозу і погодження оптимального лікування, забезпечити направлення пацієнта до установ, що надають вторинну медичну допомогу та консультації спеціалістів (терапевт, кардіолог, ендокринолог, невролог, офтальмолог, уролог, нефролог, спеціаліст з реабілітації, дієтолог);
- забезпечити проведення діагностичних тестів та обстежень. За неможливості виконання досліджень у закладах, що надають первинну медичну допомогу, лікар загальної практики – сімейний лікар повинен направити пацієнта до лікарів-спеціалістів, які надають вторинну медичну допомогу;
- впровадження реєстру хворих на цукровий діабет 2-го типу та електронної бази даних та комп'ютерної обробки інформації, що міститься в первинній медичній документації.

Вторинна профілактика інвалідності полягає в попередженні обтяження захворювання, розвитку важких ускладнень ЦД, діабетичної ретинопатії, нейропатії, нефропатії, макро- і мікросудинної ангіопатії, гіпоглікемії, розвитку гострих ускладнень діабету.

Дотримуватися алгоритму надання медичної допомоги пацієнтам з діабетичною ретинопатією, нейропатією, нефропатією, діабетичною стопою (визначення концентрації альбуміну, креатиніну, САК, ШКФ, обстежити стопи пацієнта та дистальну частину ніг для виявлення чинників ризику діабетичної стопи (визначення вібраційної чутливості (камертоном), визначення тактильної чутливості (монофіламентом), визначення температурної чутливості).

Проводити моніторинг показників обов'язкових діагностичних процедур, частоту відвідування фахівців залежно від стадії ускладнень, що з'явилися.

Регулярна оцінка адекватності терапії, за потреби її коригування, досягнення цільових значень показників рівня пре- та постпрандіальної глікемії, HbA1c, АТ, ліпідограми, мікроальбумінурії, нормалізація маси тіла.

Регулярне обстеження в кабінеті діабетичної стопи.

Залучення пацієнта до участі в програмах немедикаментозної корекції (за їх наявності) – Школи здоров'я, програми відмови від тютюнопаління, програми психологічної та фізичної реабілітації тощо.

Курси реабілітаційного лікування в умовах стаціонару з підбором адекватної гіпоглікемічної терапії, інтенсифікації лікування, курси фізіотерапевтичного лікування тощо.

Програма реімбурсації (відшкодування) вартості лікарських засобів «Доступні ліки» за умови її ефективного адміністрування Національною службою здоров'я України (НСЗУ).

Забезпечення хворих на ЦД цукрознижувальними препаратами першої лінії, навчання пацієнтів методів самоконтролю, забезпечення глюкометрами, витратними матеріалами тощо.

Модифікація способу життя та самоконтроль перебігу захворювання є основними запоруками успішного лікування цукрового діабету, профілактики його ускладнень та настання інвалідності. Без них важко досягти цільових рівнів глікемії, знизити ризик розвитку ускладнень і, що дуже важливо, поліпшити якість життя таких хворих.

Для успішного лікування ЦД пацієнт з самого початку повинен брати активну участь у комплексному лікуванні, орієнтуючись на свої переваги, потреби і цінності. Індивідуалізація як немедикаментозного, так і медикаментозного лікування, а також профілактика ускладнень у даного конкретного пацієнта виходить зараз на перший план у лікуванні пацієнтів з ЦД в усьому світі. При ЦД 2-го типу, починаючи з самих ранніх стадій, велику увагу слід приділяти профілактиці ризику ССЗ. Надзвичайно важливе зниження таких чинників ризику, як куріння, низька фізична активність і неправильне харчування. Щоб допомогти пацієнтам змінити свій спосіб життя, потрібно враховувати і їх готовність до змін, сприйняття свого захворювання та інші чинники, побічно пов'язані з наявністю діабету, наприклад, депресія, різні

психосоціальні проблеми, будь-які несприятливі впливи на якість життя.

Особливу увагу в навчанні пацієнтів з ЦД 2-го типу слід приділити ризикам, пов'язаним з курінням. Воно посідає практично 1-е місце за незалежністю чинників ризику розвитку ССЗ, включаючи ішемічну хворобу серця, інсульт, захворювання периферичних артерій, хронічну хворобу нирок (ХХН) і передчасну смерть.

Одними з основних чинників ризику розвитку серцево-судинної патології у пацієнтів з ЦД 2-го типу є неправильне харчування і фізична інертність. Фізична активність приносить значні поліпшення здоров'я й якості життя. Дуже важливо, щоб фізична активність підтримувалася продовж усього життя пацієнтів.

Зміна раціону харчування є необхідною умовою поліпшення глікемічного контролю, втрати маси тіла, зниження HbA1c, гіперліпідемії у пацієнтів з ЦД 2-го типу. Дієтичне лікування осіб з ЦД, незалежно від маси тіла і виду цукрознижувальної терапії, передбачає включення в раціон продуктів, багатих рослинними волокнами, нежирних молочних і м'ясних продуктів, помірне вживання рослинних масел, багатих на мононенасичені жирні кислоти, і скорочення тваринних жирів з повним виключенням трансжирів, що веде до зниження маси тіла і поліпшення контролю глікемії. При нормальній масі тіла дієта повинна бути фізіологічною, й обмеження калорійності не потрібно. Пацієнтам з ЦД 2-го типу і надлишковою масою тіла/ожирінням, які не отримують інсулін, рекомендується помірно гіпокалорійне харчування з дефіцитом калорій 500-1000 ккал / добу, але не менше 1500 ккал / добу (чоловіки) і 1200 ккал / добу (жінки).

Тільки комплексний підхід до лікування пацієнтів з ЦД, що передбачає модифікацію способу життя, самоконтроль глікемії, необхідну фармакотерапію зможе поліпшити метаболічний контроль СД, якість і тривалість життя пацієнтів. Дієта і фізична активність є головними складниками способу життя пацієнта з цукровим діабетом 2-го типу. Вони допомагають контролювати масу тіла і знижують рівень глюкози в крові.

Одним з найважливіших складників первинної та вторинної профілактики інвалідності є **професійна реабілітація хворих на цукровий діабет**, тобто система заходів, які забезпечують хворому на ЦД або особі з інвалідністю можливість отримати відповідну роботу або зберегти колишню, з метою досягнення ними матеріальної незалежності, можливості самозабезпечення та інтеграції у суспільство. Провідними заходами професійної реабілітації є професійна орієнтація, підбір видів професійної діяльності, які виключають чинники виробничого середовища, що протипоказані хворим на ЦД, своєчасне перенавчання з використанням рівня освіти та професійних навичок, які є у хворого, раціональне працевлаштування та створення робочих місць для осіб з інвалідністю, соціально-трудова адаптація та її контроль у осіб з інвалідністю.

Хворим з цукровим діабетом важливо уникати протипоказаних видів праці, до яких належать: фізична праця значного напруження; робота на висоті, в заданому темпі, біля механізмів, що рухаються; в гарячих цехах; під землею; в контакті з токсичними речовинами; з вібрацією; розумова праця значного напруження, в заданому темпі; робота в нічну зміну; роботи, пов'язані з безпекою руху або можливістю травматизму.

Цукровий діабет, легка форма

Протипоказана важка фізична праця; робота, пов'язана з впливом промислових отрут; переїздами; відрядженнями; нічними змінами; понаднормованим та ненормованим робочим днем; у несприятливих мікрокліматичних умовах.

Рекомендовані професії: інженер-проектувальник (планування міст, цивільне будівництво); інженер-конструктор (електротехніка); інженер-технолог у машинобудуванні; інженер-технолог у харчовій промисловості; інженер-технолог у легкій промисловості (технологія і конструювання швейних виробів); архітектор; інженер з технічного нагляду; ветеринар; інженер із землевпорядкування; економіст; бухгалтер; менеджер у фінансовій діяльності; товарознавець; статистик; юрист; нотаріус; слідчий; лікар; фармацевт; філолог; фізіолог; психолог; журналіст; музикознавець; живописець; скульптор; мистецтвознавець.

Середня тяжкість цукрового діабету:

1) для хворих, які отримують інсулін, протипоказана фізична праця середньої важкості та розумова праця з високим нервово-емоційним напруженням;

2) для більшості хворих із лабільним перебігом цукрового діабету, які отримують інсулін, протипоказана робота, раптове припинення якої небезпечно через можливості виникнення нещасних випадків або порушення виробничого процесу (робота на конвеєрі, біля механізмів, що рухаються, на висоті, в гарячих цехах, водії транспорту, робота диспетчера на пульті управління та ін.);

3) при ураженні судин нижніх кінцівок протипоказана робота, пов'язана з тривалим стоянням, ходьбою, вібрацією;

4) при ураженні судин сітківки ока протипоказана робота, пов'язана з тривалим зосередженням зору.

Цукровий діабет у молодому віці

Рекомендоване навчання та працевлаштування (з дипломом спеціаліста) в різних галузях за такими спеціальностями: бухгалтер, діловод, архівіст, кресляр-конструктор, годинникар із ремонту механічних годинників, складальник годинників, секретар-друкарка, лаборант (медицина), фотограф (фотороботи).

Особи з інвалідністю III групи. Доступні професії розумової праці, пов'язані з помірним нервово-психічним напруженням (інженер, технолог, бухгалтер (з дипломом спеціаліста), рахівник, лікар, економіст, бібліотекар, юрист, лаборант, а також професії фізичної праці, що пов'язані з легким або помірним напруженням (слюсар-

складальник, електрик з обслуговування електролічильників, оператор, налагоджувальник).

Особи з інвалідністю II групи. Можуть виконувати роботу у спеціально створених умовах (спеццех, спецдільниця), на підприємствах, де вони працювали до інвалідності (з урахуванням їхніх професійних навичок) або вдома.

Одна з провідних ролей у попередженні настання інвалідності та її обтяження належить медико-соціальним експертним комісіям, які визначають реабілітаційний потенціал та прогноз і складають відповідні індивідуальні програми реабілітації та контролюють їх виконання, дають рекомендації з професійної реабілітації та раціонального працевлаштування з перевіркою їх виконання, що сприяє частковому або повному відновленню життєдіяльності осіб з інвалідністю та успішній їх інтеграції у суспільство.

Отже, для попередження настання інвалідності у хворих на цукровий діабет та її обтяження мають важливе значення: дотримання протоколів та клінічних настанов надання медичної допомоги, забезпечення доступності спеціалізованої допомоги та якісного вчасного обстеження хворих, запровадження реімбурсації на цукрознижувальні препарати (розширення списку згідно з поновленими рекомендаціями) та засоби самоконтролю, розробка індивідуальних реальних цілей лікування, інтенсивне багатофакторне лікування цукрового діабету, безперервна психологічна й освітня допомога, спрямована на підвищення мотивації пацієнтів і прихильності до лікування, вчасне проведення профорієнтаційних заходів та раціонального працевлаштування хворих та посилення неухильного контролю за проведенням вищевказаних заходів.

Література

1. Причини інвалідності внаслідок цукрового діабету 2-го типу в сполученні з серцево-судинними захворюваннями / С. С. Паніна, Н. А. Саніна, Н. О. Гондуленко та ін. // Український вісник медико-соціальної експертизи. – 2018. – № 2 (28). – С. 18–22.

2. Професійна реабілітація інвалідів: довідково-методичний посібник / Упорядн. А. В. Іпатов та ін. – Дніпропетровськ: Пороги, 2005. – 227 с.

3. Сучасні підходи до медико-соціальної експертизи та реабілітації інвалідів унаслідок цукрового діабету / В. С. Вернигородський, В. І. Шев-

чук, М. В. Вернигородська, С. В. Вернигородський // Международный эндокринологический журнал. – № 3(59). – 2014. – С. 108–113.

4. Уніфікований клінічний протокол первинної та вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги цукровий діабет 2-го типу: наказ Міністерства охорони здоров'я України від 21.12.2012, № 1118.

5. American Diabetes Association. Standards of Medical Care in Diabetes // Diabetes Care. – 2018. – Vol. 41 (Suppl. 1). – P. 3. – [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://doi.org/10.2337/dc18-Sppc01>.

6. American Diabetes Association. Cardiovascular Disease and Risk Management: Standards of Medical Care in Diabetes-2018 // Diabetes Care. – 2018. – Vol. 41 (Supplement 1). – P. 86–104. – [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://doi.org/10.2337/dc18-S009>.

7. Consensus statement by the American Association of Clinical Endocrinologists and American College of Endocrinology on the comprehensive type 2 diabetes management algorithm-2016 executive summary / A. J. Garber, M. J. Abrahamson, J.I. Barzilay [et. al.] // Endocr. Pract. – 2016. – Vol. 22 (1). – P. 84–113. – [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://doi.org/10.4158/Ep151126.CS>.

8. International Diabetes Federation: IDF Diabetes Atlas. – 8th ed. – Brussels: IDF, 2017. – [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://diabetesatlas.org/resources/2017-atlas.html>.

9. Introduction: Standards of Medical Care in Diabetes-2018 // Diabetes Care. – 2018. – Vol. 41 (Suppl. 1). – P. 1–2. – [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://doi.org/10.2337/dc18-Sint01>.

10. Global aetiology and epidemiology of type 2 diabetes mellitus and its complications / Y. Zheng, S. H. Ley, F. B. Hu // Nat. Rev. Endocrinol. – 2018. – Vol. 14 (2). – P. 88–98. – [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29219149>.

11. Standards of medical care in diabetes – 2017 // Diabetes Care. – 2017. – Vol. 40 (Suppl. 1). – P. 1–35. – [Електронний ресурс]. – Режим доступу: https://professional.diabetes.org/media/dc_40_final.pdf.

