



Дорогие друзья!

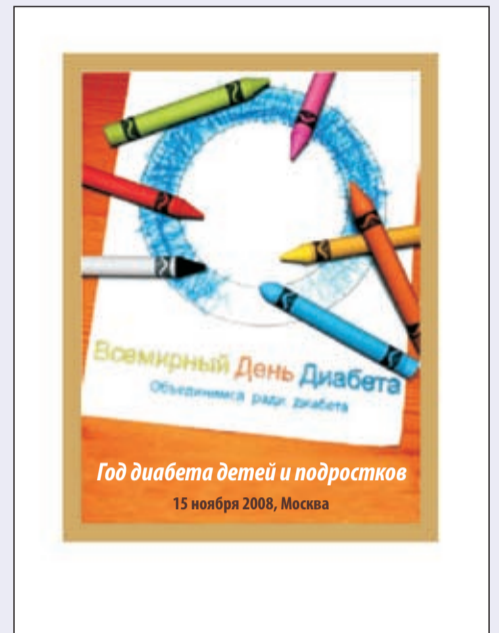
Поздравляю Вас с праздником - Всемирным Днем Диабета. В этом году он посвящен сахарному диабету у детей и подростков. За последние 40 лет заболеваемость сахарным диабетом увеличилась вдвое. Каждый день диабет развивается более чем у 200 детей в мире.

Все дети и подростки без исключения должны расти в соответствии с понятиями счастливого детства, независимо от того, имеют ли они или нет такое хроническое заболевание, как диабет, и от места своего проживания. В этом году цель Международной Диабетической Федерации (IDF) – дать право каждому ребенку с диабетом на хорошее медицинское обслуживание. В России в настоящее время проводится большая работа по внедрению самых современных методов и средств лечения диабета у детей. Также, перед медиками и представителями различных диабетических организаций стоит задача предоставления поддержки и образования детям и подросткам с диабетом, их родителям, братьям и сестрам. Диабет, возникший даже в самом раннем возрасте, ни в коей мере не должен являться помехой для достижений в карьере, учебе, спорте, творчестве.

Действительно, обществу в целом необходимо растущее понимание диабета для того, чтобы предоставить эффективную поддержку тем из нас, кто болеет диабетом.

Уверен, что совместными усилиями мы сможем преодолеть все трудности и добиться успеха.

*Почетный президент ОООИ «РДА»,  
директор ФГУ Эндокринологический Научный Центр,  
академик РАН и РАМН И.И. Дедов*



## ДОБЬЕМСЯ УСПЕХА ВМЕСТЕ С ВРАЧАМИ

С 19 по 22 мая 2008 г. в здании Российской Академии Наук проводился IV Всероссийский Диабетологический конгресс, в котором приняли участие свыше 1500 делегатов из различных регионов России. В работе конгресса участвовали ведущие специалисты в области эндокринологии и диабетологии из России и стран ближнего зарубежья.

Работу конгресса открыл Президент общественной организации «Российская ассоциация эндокринологов», Почетный президент общероссийской общественной организации инвалидов «Российская диабетическая ассоциация» академик РАН и РАМН И.И. Дедов. Он отметил, что по данным Национального Регистра распространенность сахарного диабета в России неуклонно растет, в основном за

счет сахарного диабета 2 типа. При этом стоит отметить, что истинная распространенность диабета в 2-3 раза превышает зарегистрированную, что было продемонстрировано в специально организованных экспедициях Эндокринологического научного центра в регионах РФ.

В ходе конгресса было прочитано несколько пленарных лекций. Лекция академика В.А. Ткачука «Нанотехнологии в медицине» – была посвящена внедрению в клиническую практику, в частности в диабетологию, новейших технологий: генотерапии (внедрение с помощью вирусного вектора в клетку гена rhVEGF165, ответственного за образование новых кровеносных сосудов, что актуально для лечения хронической ишемии нижних конечностей). Лекция академика Р. С. Акчурина была посвящена хирургическому лечению ишемической болезни сердца при сахарном диабете.

В ходе работы конгресса освещались различные аспекты лечения сахарного диабета и его осложнений, говорили о необходимости обеспечения пациентов только самыми современными сахароснижающими препаратами и средствами самоконтроля. Целая секция

была посвящена вопросам обучения людей с диабетом. Почему, несмотря на наличие в России такого количества школ, контроль диабета остается во многих случаях неудовлетворительным? Подчеркивалась необходимость индивидуального подхода к обучению, а также важность правильной организации длительного наблюдения после проведенного обучения в школе.

Отдельные заседания были посвящены осложнениям сахарного диабета со стороны почек, глаз, ног, сердечно-сосудистой системы. Было отмечено, что наличие современных средств диагностики позволяет на ранних этапах выявить эти осложнения, а современные средства и методы их лечения успешно предотвращают их прогрессирование. Ведущие специалисты поделились опытом в области новых методов лечения синдрома диабетической стопы в том числе и хирургических.

В рамках IV Всероссийского Диабетологического конгресса состоялась конференция ОООИ «Российской Диабетической Ассоциации».

На конференции присутствовали 27 представителей региональных и 5 местных отделений ОООИ «РДА». В рамках конференции проводились круглые столы по следующим темам: «Лечение и реабилитация больных с сахарным диабетом (СД) в рамках ФЗ № 122», «Проблемы обеспечения сахароснижающими препаратами и тест-полосками в регионах».

На конференции выступила президент ОООИ «Российской Диабе-

тической Ассоциации» Валентина Александровна Петеркова. В своём выступлении В.А. Петеркова рассказала о текущей работе ОООИ «РДА» и перспективах работы Организации на второе полугодие 2008 г., а так же о сотрудничестве ОООИ «РДА» с Министерством здравоохранения и социального развития РФ и международном сотрудничестве Организации. На круглых столах, в которых принимали участие не только руководители региональных и местных отделений ОООИ «РДА», но и врачи эндокринологи из разных регионов России очень остро обсуждалась проблема с лекарственным обеспечением сахароснижающими препаратами и тест-полосками.

Представители региональных отделений ОООИ «РДА» поделились с собравшимися не только проблемами на местах, но и предложили возможные пути решения этих проблем.

Участники конференции ОООИ «Российской диабетической ассоциации» выступили с инициативой направить в Государственную думу РФ и Министерство здравоохранения и Социального развития РФ ряд предложений:

- выделить диабет в отдельную строку финансирования;
- не делить больных СД на федеральных и региональных льготников;
- увеличить объём финансирования на лечение пациента с СД;
- сохранять инвалидность у больно СД после достижения им 18 лет.



# ДЕТСКИЙ ОЗДОРОВИТЕЛЬНЫЙ ЛАГЕРЬ «ЛАСПИ» – НАША ВТОРАЯ ПОЕЗДКА



В июне 2008 года состоялась вторая по счету поездка детей с сахарным диабетом в Детский Оздоровительный Центр в Крыму - «Ласпи». Члены клуба OneTouch и постоянные читатели журнала «Монитор» знают, что в прошлом году именно в этом лагере впервые был организован отдых для 50 детей из различных регионов России. Когда смена закончилась, все очень надеялись, что в следующем году встреча с «Ласпи» повторится.

И вот в 2008 году было решено продолжить эту замечательную традицию. В осеннем номере журнала «Монитор» был объявлен новый конкурс, по условиям которого ребята должны были прислать необычные фотографии с глюкометром One Touch Ultra Easy и написать о том, чем они увлекаются, как проводят свободное время, какие кружки или спортивные секции посещают, какие любят читать книги и смотреть фильмы. Перед комиссией стоял невероятно трудный выбор, ведь из огромного числа присланных работ нужно было отобрать всего 50! Долго и мучительно проходил этот отбор. В результате 50 авторов лучших фотографий и писем получили главный приз – поездку на Черное море!!!

Эта поездка была организована компанией LifeScan Джонсон&Джонсон при поддержке и непосредственном участии Российской Диабетической Ассоциации. Организаторы сделали все от них зависящее, чтобы не только обеспечить все условия для отдыха, но и сохранить незабываемые впечатления от времени, проведенного в лагере. Чтобы проблемы, связанные с диабетом не омрачили отдых, все дети были обеспечены необходимым количеством тест-полосок OneTouch Ultra для постоянного контроля уровня сахара в крови.

3 июня 45 детей (5 детей из Украины присоединились к нам в лагере) с мамами, папами, бабушками и дедушками собрались около поезда, который должен был отправить их к теплому морю, ласковому солнцу, новым друзьям и впечатлениям. Здесь впервые встретились ребята из больших и маленьких городов, далеких от моря поселков и деревень. Многие из них до этой поездки ни разу не были на море, а кто-то впервые ехал отдыхать один, без родителей. Поэтому волнение, царящее около вагона, было вполне понятно.

Среди тех, кто собрался на Курском вокзале, было несколько детей, кому посчастливилось поехать в «Ласпи» во второй раз. Они встретились не просто как знакомые, а как самые лучшие, закадычные друзья. Глядя на радостные эмоции, объятия и громкий смех было сразу видно, как крепко сдружилось ребята в прошлом году. Ведь за прошедший год они не потеряли связи

друг с другом, перезванивались и переписывались, общались по Интернету и вот встретились вновь!

Те же, кто отправлялся в лагерь «Ласпи» впервые, уже в поезде нашли себе новых друзей. «Старички» с упоением рассказывали «новичкам» о лагере, о том, какой отдых их всех ждет, о природе, о море, о дискотеках, о том, каких сюрпризов и неожиданностей можно ожидать. Если в Москве в поезд садилась кампания малознакомых друг с другом детей, то к тому времени, когда поезд остановился на вокзале в городе Севастополь, это была вполне сдружившаяся и сплотившаяся группа.

Для тех, кто не читал прошлогодний выпуск Монитора, где подробно описывался крымский лагерь, нужно сказать, что детский санаторно-оздоровительный лагерь «Ласпи» расположен в живописной одноименной бухте в 30 км от Севастополя, недалеко от поселка Форос. Территория лагеря огромная и занимает площадь в 24,5 га. От ветров «Ласпи» защищен главным хребтом Крымских гор, поэтому здесь всегда тепло, а море в бухте Ласпи - самое чистое и теплое на всем побережье. На склонах гор, где расположен детский лагерь, находится крупнейшая в Крыму реликтовая можжевельная роща, которая очищает воздух и насыщает его фитонцидами (летучими антибиотиками).

Одновременно в лагере могут отдыхать до 600 человек, которых любовно называют ласпинцами и ласпинками, а самых маленьких – ласпинятами. На территории лагеря помимо корпусов расположен зеленый театр с кинозалом, стадион, спортивные площадки, беседки со столами для настольного тенниса, фестивальная площадка, помещения для занятий в разнообразных кружках и большая эстрада на набережной с местами для зрителей.

Итак, мы стали ласпинцами, полноправными хозяевами лагеря! нас было 50 человек, целых 2 отряда – огромная команда, которая собиралась стать лидером этой смены и собрать все призы и награды, во всех конкурсах и соревнованиях!

Благодаря организаторам отдыхать было удобно и комфортно. От нашего корпуса до моря – всего несколько шагов, только вышел из дверей – и ты уже на берегу! Комнаты небольшие, на 3-4 человека, со всеми удобствами, ведь так приятно после морского купания принять прохладный душ!

Но на этом сюрпризы для ребят не закончились. Ведь получать подарки приятно всем, а детям особенно. Зная это, Компания LifeScan вручила каждому футболку, бандану, полотенце, плетеный коврик, на котором можно было загорать на пляже и рюкзак. Теперь мы не только чувствовали себя одной командой, но и выглядели, как настоящая команда!

Непривычный для многих климат и значительная физическая нагрузка (не только ежедневное купание, но и просто передвижение по лагерю, расположенного на склоне горы) могли нежелательным образом сказаться на показателях сахара крови. Чтобы этого не случилось, с ребятами постоянно находились 2 доктора эндо-

кринолога из ЭНЦ – Андрианова Екатерина Андреевна и Александрова Ирина Ивановна, всегда готовых помочь скорректировать дозу инсулина и 4 мамы-воспитателя – Кузьменко Лейла Магомедовна, Кучерова Светлана Владимировна, Попова Анна Львовна, Томилова Светлана Геннадиевна, прекрасно знакомых с проблемами сахарного диабета.

Но самыми главными в наших отрядах были вожатые, которые взяли на себя всю ответственность за то, чтобы именно наши отряды были самыми лучшими в «Ласпи». Вместе с ребятами они придумали название каждому отряду, девиз и речевку – кричалку, ставшие нашей визитной карточкой на всех мероприятиях. А отрядные уголки, оформленные с большой фантазией и юмором, по достоинству были оценены жюри!

Каждый день смены проходил под знаком какого-то мероприятия. Их было очень много – разнообразные конкурсы и викторины, торжественное открытие лагерной спартакиады и последующие соревнования по разным видам спорта в рамках спартакиады, день Именинника и день Нептуна, прогулка в открытом море на теплоходе, поездка в Севастополь с посещением Дельфинария.

Такая насыщенная лагерная программа не мешала нам в полной мере насладиться пребыванием на море. А для тех, кто увидел море впервые, купание было самым важным и самым любимым занятием! Те из детей, кто хорошо умел плавать, могли вволю попрыгать в глубоком морском бассейне.

Все ребята из нашей большой команды были талантливы. Кто-то потрясюще рисовал, как, например, Женя Королева (г. Москва), Настя Шкурина (Ростов-на-Дону) и Антон Высторопцев (г. Казань). Надя Столярова (г. Москва) выиграла первенство лагеря по плаванию. Вера Муравьева (г. Тверь), чей танцевальный талант проявил-

ся и запомнился всем еще с прошлого года, блистала и в этом году. А группа аэробики из наших красавиц-девчонок стала лучшей среди всех аналогичных команд. И именно нашим девочкам был доверен пронос знамени лагеря на спартакиаде! Лучшей была и команда таэквондо в составе Влада Денисова (г. Благовещенск), Егора Ковина (г. Озерск Челябинской обл.), Артема Сивкова (г. Мариуполь, Донецкая обл.), Жени Кузьменко (г. Ростов-на-Дону). А брейк-данс в исполнении Александры Гороховой (г. Москва), Элизабет Снежко (г. Клин Москов. обл.), Влада Воронова (г. Пятигорск), Виктора Курочкина (г. Саратов) и Жени Кузьменко безусловно, запомнился всем.

Одним из самых ярких эпизодов, где в полной мере проявился талант наших ребят, стал конкурс моделей в костюмах, сделанных самостоятельно из подручных материалов. Когда на сцену вышел настоящий Восточный Шах, в нем невозможно было узнать Женю Кузьменко, настолько правдоподобно он выглядел в чалме и восточном халате, с «упитанным» животиком, «драгоценными» украшениями и перстнями! А его «свита из восточных красавиц» - Лиза Синева (Новосибирская обл.), Настя Шкурина (г. Ростов-на-Дону), Даша Сыса (г. Краматорск, Донецкая обл.), Валерия Рудычева (г. Горловка, Донецкая обл.) наповал поразили жюри и зрителей потрясающими нарядами и прическами. Естественно, первое место было нашим!

В самой полной мере проявились таланты и дарования в концерте, который ребята специально подготовили к приезду гостей из компании LifeScan – спонсора этого летнего лагеря. Каких только номеров не было в этом концерте! Танец Веры Муравьевой, песня, исполненная обладательницей потрясающего голоса Леной Журовой (г. Балахна, Нижегородская обл.), танец живота, подаренный двумя Ленами – Марченкой (Красноярский край) и Востряковой





(г. Волхов, Ленинградской обл.), стихи собственного сочинения в исполнении Жени Кузьменко, сценка «Репетиция оркестра», роли в которой исполняли Синева Лиза, Женя Кузьменко, Егор Ковин, Женя Щетинкин (г. Москва), Элизабет Снежко, Настя Шкурина, Маша Рудакова (Кемеровская обл.). А Алсу Гибадуллина из Башкортостана удивила всех игрой на башкирском народном инструменте. В роли профессиональных ведущих концерта выступи-

ли Настя Бельшева (г. Магнитогорск) и Антон Махмутов (г. Москва).

Кто, глядя на этих талантливейших исполнителей совершенно разных жанров, может сказать, что у них сахарный диабет? Конечно, никто!!!

Пройдут годы и, наверняка, среди имен победителей международных музыкальных, театральных или других конкурсов мы обязательно встретим эти имена!

Увы, смена пролетела молниеносно. Кажется, только вчера мы приехали в это волшебное место на берегу Черного моря и вот уже осталось позади время, проведенное на морском берегу.

Но мы, как и в прошлом году, не говорим «Ласпи» «прощай», мы вновь говорим ему «до свидания, до скорой встречи!»

И напоследок - два стихотворения-воспоминания о «Ласпи», которые написали наши дети.

В Мониторе победила!  
Снова в лагерь еду я.  
От восторга прокричала  
Я: «УРА! УРА! УРА!»

Снова ждёт меня веселье,  
Снова ждут меня друзья,  
Снова вместе будем словно  
Одна дружная семья.

В лагере мы отдыхали,  
Танцевали, песни пели,  
В спорте тоже побеждали,  
И пирог победный ели.

Мы на пляже загорали  
И лежали на волнах,  
Кто умел – тот с пирса прыгал,  
И медуз в воде пугал.

На экскурсии мы были,  
На дельфинов любовались,  
Котики нас посмешили...  
Классно было, все смеялись.

Когда спонсор к нам приехал,  
Подготовили концерт:  
Станцевали, спели песню,  
Показали сценку всем..

Очень-очень нам хотелось  
Вам спасибо всем сказать,  
Отдых классный подарили  
Конкурс новый ждём опять!

**Настя Шкурина,  
г. Ростов-на Дону 10/07/08**



## МОЛОДЕЖНЫЙ ФЕСТИВАЛЬ В СВЕТЛОГОРСКЕ

Очень интересное мероприятие состоялось этим летом в Светлогорске - одном из красивейших городов на берегу Балтийского моря. По инициативе ОООИ «Российской Диабетической Ассоциация» и при финансовой поддержке компаний «Eli Lilly», «Авентис», ЗАО «Рош Москва», «Фармстандарт» с 25 июля по 7 августа состоялся первый Общероссийский молодёжный фестиваль.

В фестивале приняли участие подростки и молодёжь в возрасте от 15 до 27 лет из региональных и местных отделений ОООИ «РДА». Основные требования к участникам проекта были следующие:

- активная жизненная позиция;
- хорошая компенсация диабета;
- а главное – чтобы они были помощниками в работе своих отделений ОООИ «РДА».

Хотелось бы сказать, что руководители региональных и местных отделений ОООИ «РДА» с большой ответственностью подошли к отбору участников молодёжного фестиваля и действительно, участниками проекта стали отличные ребята.

В проекте участвовали 56 человек из 12 регионов России.

Все проживали в 2-х или в 3-х местных номерах со всеми удобствами в пансионате «Волна», получали оздоровительное лечение, согласно индивидуальным назначениям.

Каждый день фестиваля был наполнен разными интересными событиями и мероприятиями.

Были прочитаны лекции ведущими специалистами из института эндокринологии по темам: «Инсулиновые помпы у детей и подростков», «Генетика СД 1 типа», «Последние достижения в лечении

диабета». Это были не просто лекции с цифрами и медицинскими терминами, но живой диалог; ребята не стеснялись задавать вопросы на интересующие их темы и очень внимательно слушали врачей, которые с удовольствием рассказывали всё о последних достижениях в области диабетологии.

Неизгладимое впечатление произвёл вечер знакомств, на котором участники рассказывали о себе, о своих увлечениях и о том как они справляются с диабетом. Некоторые ребята уже закончили обучение в одном ВУЗе и на сегодняшний день получают второе высшее образование. Среди участников молодёжного фестиваля были психологи, педагоги, врачи, музыканты, юристы, инженеры; юная поэтесса, уже издавшая два сборника стихов и состоящая в союзе писателей России. Для ребят, ещё не закончивших своё обучение в школе, этот вечер послужил хорошим примером того, к чему нужно стремиться.

Почти все участники фестиваля говорили о том, что хорошую компенсацию сахарного диабета им помогают поддерживать занятия спортом и в доказательство этому почти каждый вечер на спортивной площадке около пансионата «Волна» разыгрывались спортивные соревнования по волейболу, пионерболу, футболу.

Каждый день пребывания в Светлогорске был ярким и интересным. Радовала не только тёплая, солнечная погода, но и разнообразные мероприятия: беседы с психологом, проводившиеся отдельно для девочек и мальчиков, посещение зоопарка в Калининграде, одного из старейших в Европе, концерт органной музыки, весёлый праздник, организованный компанией ЗАО «Рош» на котором все поучаствовали в различных конкурсах и получили подарки и конечно же дискотеки.

Но, пожалуй, самое яркое впечатление для всех участников фестиваля была поездка в поистине уникальный уголок Земли - природный заповедник «Куршская коса». Узкой полосой разделяет он солёное Балтийское море и пресноводный Куршский залив. Только на Куршской косе можно увидеть песчаные пустыни и луга, покрытые мхом и лишайником, высокоствольные сосны и низкорослые заросли горной сосны, подвижные и закреплённые дюны и ещё много, много интересного. Всех порадовал лес, в котором растут деревья с причудливой формой кроны – известные на весь мир «танцующие деревья». Было и дерево «исполнения желаний», извитое в форме кольца - нужно загадать желание и пролезть через кольцо этого дерева. Желающих получить счастье было много...



Хотелось бы верить, что все самые сокровенные желания ребят обязательно исполнятся. Но самое главное, на «Куршской косе» их встретило тёплое, лазурное море. Природа подарила в этот день чудесную погоду!

На протяжении всего проекта, с нами были врачи-эндокринологи из Эндокринологического научного центра Максимова В.П., Титович Е.В., Светлова Г.Н., которые быстро помогали ребятам решать возникающие проблемы.

Все участники фестиваля были поделены на группы; у каждой группы был свой доктор; ежедневно в восемь вечера все подходили к своему врачу с дневником самоконтроля и по мере необходимости консультировались в индивидуальном порядке. Четырнадцать дней пролетели быстро. Все ребята очень сдружились, и расставание было со слезами на глазах. Отзывы о фестивале были самые хорошие, все ребята говорили о необходимости и важности продолжать подобные проекты для молодёжи.

Огромная благодарность всем организаторам мероприятия!

Подобных общероссийских молодёжных фестивалей ещё никогда не было, ОООИ «Российская Диабетическая Ассоциация» открыла новую страницу истории ДИА движения для молодёжи в России!



# НЕИММУННЫЕ ФОРМЫ САХАРНОГО ДИАБЕТА У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

До последнего времени в детском возрасте все случаи манифестации сахарного диабета (СД) с жаждой, полиурией и потерей в весе, при наличии повышенного уровня концентрацией глюкозы, относили к 1-ому, аутоиммунному типу диабета, который, в конечном счете, разовьется в абсолютную инсулиновую недостаточность с потребностью в инсулинотерапии. В последнее десятилетие стало очевидно, что не все случаи диабета, развившегося в детском и подростковом возрасте, являются диабетом 1 типа. Все чаще у детей и подростков удается идентифицировать диабет 2 типа, MODY тип, а также более редкие синдромальные формы диабета. Синдромальные формы сахарного диабета – это сочетание диабета с поражением других органов. Истинная распространенность «диабета не 1 типа» в детском и подростковом возрасте неизвестна, предполагается, что она может достигать 10%. Это наблюдается на фоне все возрастающей распространенности СД 1 типа. Хотя генетические синдромы встречаются редко, предполагается, что все вместе они составляют приблизительно 5 % среди всех детей с сахарным диабетом. Важность этих синдромов для детей заключается в грамотной их диагностике и лечении составляющих синдром проявлений и осложнений, а для родителей – в возможности получить медико-генетическую консультацию и соответствующие рекомендации. С развитием молекулярной генетики появилась реальная возможность диагностировать многие формы сахарного диабета на основании молекулярно-генетических исследований.

Важно уметь заподозрить «диабет не 1 типа», с тем, чтобы провести клинические исследования для установления точного диагноза, так как случаи «диабета не 1 типа» могут иметь различия в лечении и осложнениях с диабетом 1 типа.

Когда следует подозревать, что у ребенка «диабет не 1 типа»?

- При наличии у ребенка ожирения.
- При начале СД в первые 6 месяцев жизни.
- При мягком течении диабета, с небольшой потребностью в инсулине, продолжении ремиссии диабета более 3 лет, постепенном начале заболевания.
- Большой семейной концентрации заболевания, когда диабет встречается у многих родственников, в 2-3 поколениях.
- При сочетании сахарного диабета с поражением других органов.

## САХАРНЫЙ ДИАБЕТ 2 ТИПА У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

Стремительное нарастание заболеваемости сахарным диабетом 2 типа в условиях резкого увеличения количества людей, страдающих ожирением, сопровождается его заметным «омоложением», что выражается в появлении таких больных не только среди лиц молодого возраста, но и среди детей и подростков. Причем из-за относительно недавнего признания этого факта у данной возрастной категории пациентов, многих детей с СД 2 типа диагностируют как диабет 1 типа. С другой стороны, из-за нарастающей распространенности ожирения часть детей с СД 1 типа могут иметь избыточный вес до манифестации диабета. Все это требует более пристального обследования детей с сахарным диабетом, сопровождающимся избытком массы тела до начала заболевания.

Основной причиной развития СД 2 типа является сниженная чувствитель-

ность периферических тканей (мышечной, жировой, печени) к действию собственного инсулина (инсулинорезистентность). При генетически обусловленном снижении функциональных возможностей поджелудочной железы продуцировать в достаточном количестве инсулин наличие инсулинорезистентности приводит к развитию СД 2 типа.

В отличие от СД 1 типа, начало диабета 2 типа в большинстве случаев постепенное, без клинических симптомов (жажда, полиурия, снижение веса и пр.), или они минимально выражены. Сахар в крови обычно незначительно или умеренно повышен, в моче – небольшое его содержание или отсутствие, реакция мочи на ацетон отрицательная, реже слабо положительная. Однако в 20-30% случаев СД 2 типа в детском и подростковом возрасте манифестирует остро, как диабет 1 типа, с выраженной симптоматикой, высоким сахаром в крови и моче, кетоацидозом, вплоть до развития диабетической комы. И эти случаи необходимо дифференцировать с диабетом 1 типа.

В подавляющем большинстве случаев диагностика СД 2 типа случайная или при прицельном обследовании групп высокого риска.

Избыток веса – самый важный фактор риска в развитии СД 2 типа, поэтому дети с ожирением нуждаются в диспансерном наблюдении с периодическим исследованием углеводного обмена.

Отягощенная наследственность. Наличие СД 2 типа с ожирением у кого-либо из родителей, их братьев-сестер, у бабушек-дедушек должно настораживать в отношении сахарного диабета у потомков, и риск его развития тем выше, чем больше больных родственников и моложе возраст возникновения у них диабета.

Гестационный диабет у матери может увеличивать риск развития СД 2 типа у ребенка.

Расовая принадлежность. Чаще СД 2 типа встречается среди азиатских народов (японцы, китайцы, корейцы, вьетнамцы и др.), латиноамериканцев, негров, индейцев.

Недостаток или избыток веса при рождении. Вес менее 2,5 кг при условии доношенности ребенка и более 4 кг повышают у него риск развития СД 2 типа.

Пубертатный период. Большинство детей с СД 2 типа заболевают в период полового созревания, когда снижается чувствительность периферических тканей к действию инсулина вследствие увеличения активности гормона роста и половых гормонов.

Синдром поликистозных яичников. Одним из компонентов, лежащим в основе развития этого заболевания, является инсулинорезистентность, которая характерна для диабета 2 типа. Поэтому девочки с данным заболеванием подвержены большему риску развития СД 2 типа.

Все дети из групп повышенного риска подлежат периодическому ежегодному обследованию на СД 2 типа.

## MODY

Диабет MODY – акроним названия Maturity-Onset Diabetes of the Young (диабет взрослого типа у молодых) представляет собой гетерогенную группу заболеваний, вызванных дефектами в различных генах. Он характеризуется дисфункцией β-клеток, начиная в молодом возрасте (до 25 лет) и аутосомно-доминантным наследованием. Этот диагноз должен быть заподозрен у не страдающих ожирени-

ем пациентов с диабетом, развившемся до 25-летнего возраста, при наличии диабета в родословной данной семьи в двух или трех поколениях. Характерны в большинстве случаев мягкая манифестация и мягкое, длительно не требующее инсулинотерапии, течение заболевания. В случае возникновения потребности в инсулине доза инсулина остается невысокой, с возможностью отмены инсулина на несколько дней без резкого ухудшения показателей углеводного обмена.

К настоящему времени известно семь генов, в которых найдены дефекты, вызывающие MODY 6. Эти гены в настоящее время могут быть определены, что позволяет не только установить диагноз MODY, но и верифицировать его тип. В Великобритании, Норвегии, Германии, а также в некоторых азиатских странах наиболее часто встречается мутация MODY-3, составляя более 60 % всех случаев MODY. Пациенты хорошо компенсируются диетой и назначением сульфонилмочевинных препаратов. MODY-2, наиболее легко протекающая форма, имеет наибольшую распространенность в Италии и Франции. На долю остальных известных генов приходится < 10 %. У 15% пациентов с MODY мутации не идентифицированы и они названы MODY-X.

Пациенты с MODY 5 имеют сопутствующий поликистоз почек, который может проявляться клинически от небольших почечных нарушений до тяжелой урогенитальной патологии, что делает эту форму заболевания наиболее тяжелой. Заболевание почек нередко предшествует развитию диабета. Среди родственников пациентов часто регистрируется почечная патология с возможным развитием почечной недостаточности. Другие экстрапанкреатические проявления включают маточные и половые аномалии, патологические печеночные тесты, подагру, повышенной выделением солей мочевой кислоты, желудочно-кишечные нарушения типа пилоростеноза. Диабет редко возникает до 10-летнего возраста. Механизм развития диабета – комбинация печеночной инсулинорезистентности и дисфункции β-клеток. Ухудшение функции β-клеток прогрессирует быстрее, чем при диабете, вызванном другими мутациями, может встречаться диабетический кетоацидоз, и пациенты не чувствительны к сульфонилмочевинным препаратам. Многие пациенты в конечном счете нуждаются в лечении инсулином.

## САХАРНЫЙ ДИАБЕТ НОВОРОЖДЕННЫХ ИЛИ НЕОНАТАЛЬНЫЙ САХАРНЫЙ ДИАБЕТ (НСД)

НСД – редко встречающееся, гетерогенное по своей природе заболевание, проявляющееся в первые 6 мес. жизни. Не характерны специфичные для СД 1 типа аутоантитела и предрасполагающие HLA гаплотипы. Выделяют две основные клинические группы: транзиторный НСД (ТНСД) и перманентный НСД (ПНСД). На долю ТНСД приходится около 50 % случаев НСД. Обычно наблюдается внутриутробное замедление физического развития. Гипергликемия, глюкозурия и в некоторых случаях обезвоживание появляются после рождения. Иногда отмечается обменный ацидоз и очень редко кетонурия и кетонемия. Степень гипергликемии различна и может достигать уровня 70-100 ммоль/л. Коматозные состояния для новорожденных не характерны. Инсулинотерапия требуется всем больным на протяжении не менее чем 15-18 мес. Возврат заболевания наблюдается чаще

в подростковом возрасте или взрослом состоянии. ПНСД никогда не проходит стадии инсулинонезависимости. Больные остаются инсулинозависимыми всю жизнь. Различить эти две формы заболевания в период манифестации сложно, поскольку никаких клинических особенностей, которые могли бы предсказывать, будет ли больной в конечном счете иметь перманентную или транзиторную форму, нет. Однако случаи с перманентной формой не всегда имеют внутриутробную задержку роста, как это наблюдается при ТНСД.

Выявлено более 10 генов, ответственных за развитие НСД, из которых наибольшее практическое значение имеют активирующая мутация Kir6.2 и SUR1. Эти мутации являются наиболее частой причиной диабета, развивающегося до 6-месячного возраста.

Интерес к этим мутациям вызван тем, что у этих детей наблюдается ответная секреция инсулина на введение сульфонилмочевинных препаратов. Имеются сообщения, что до 90 % детей с НСД, вызванном данными мутациями, могут быть успешно переведены с инсулина на сульфонилмочевинные препараты, с улучшением гликемического контроля, независимо от длительности СД. Поэтому генетическое тестирование необходимо проводить у всех детей с манифестацией диабета до 6-месячного возраста. Дополнительное поводом для проведения исследования мутации KCJN11 является семейный анамнез со случаями диабета, возникшего в раннем возрасте, хотя некоторые дети имеют мутации de novo. Как только ребенок будет стабилизирован на инсулинотерапии, а Kir6.2 диабет установлен, может быть предпринята попытка перевода на сульфонилмочевинные препараты.

## DIDMOAD-СИНДРОМ

Синдром Вольфрама, известный также как DIDMOAD-синдром (акроним основных его составляющих: несахарный, сахарный диабет - diabetes insipidus, diabetes mellitus, оптическая атрофия – optic atrophy, и тугоухость – deafness). Это наследуемый аутосомно-рецессивно синдром, ассоциированный с инсулинзависимым диабетом и прогрессирующей атрофией диска зрительного нерва, диагностируемые ми до 16-летнего возраста. Другие особенности включают двустороннюю прогрессирующую нейросенсорную тугоухость, несахарный диабет центрального генеза, дисфункцию автономной нервной системы, которая приводит к развитию нейропатического мочевого пузыря, и другим признакам нейродегенерации, включая мозжечковую атаксию, миоклональную эпилепсию и атрофию ствола мозга. Диабет – неаутоиммунный, с более легким течением и меньшей потребностью в инсулине, чем СД 1 типа. Клинические проявления недостаточности инсулина появляются в среднем около 6 лет. Развитие синдрома является следствием инактивирующей мутации в Wolfram-гене (WFS-1).

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Несмотря на данные последних лет о наличии неиммунных форм СД в детском возрасте, абсолютное большинство детей с СД имеют диабет 1 типа. И об этом следует помнить, чтобы не вызвать у родителей желания искать другие формы сахарного диабета при очевидном клиническом течении диабета 1 типа. Проблемы возникают при выявлении невысокой гипергликемии, часто случайно обнаруживаемой, в отсутствии клинических проявлений,

когда речь может идти о ранней диагностике диабета 1 типа, либо о мягкой манифестации заболевания, характерной для диабета 2 типа или MODY. У детей с избыточной массой тела, независимо от остроты манифестации заболевания, необходимо исключить диабет 2 типа. Мягкая манифестация у ребенка без ожирения может быть связана с ранней диагностикой диабета 1 типа, либо наличием MODY; следует иметь в виду, что возможны случаи диабета 2 типа у не страдающих ожирением пациентов.

Среди существующих множества синдромальных форм СД мы здесь рассмотрели только наиболее часто встречающиеся в педиатрической практике. Ключом к диагнозу синдромальной формы диабета является

анамнез и обследование; семейный анамнез диабета чрезвычайно важен, особенно, когда имеется аутосомно-доминантное наследование в семье (MODY). Большое значение имеет информация о предыдущих случаях ранней смерти у детей или самопроизвольных аборт, особенно при аутосомно-рецессивных заболеваниях. Большие сложности в диагностике представляют спорадические формы, причина которых может быть в недостаточной информации по семейному анамнезу, низкой экспрессией мутантного гена либо мутацией de novo. Исследования должны включать диагностику нейросенсорной тугоухости, нарушения зрения, задержку развития. Важно исследование углеводного обмена в условиях оГТТ

родителей, поскольку нередко у них имеются ранее не диагностированные нарушения

В настоящее время для всех описанных выше форм сахарного диабета в Эндокринологическом научном центре проводится молекулярно-генетическое исследование:

8 генов, ассоциированных с СД 2 типа, кодирующих инсулинорезистентность или дисфункцию  $\beta$ -клеток Kir 6.2, SUR 1 (Неонатальный СД) HNF-1a, Глюкокиназа, HNF-1 $\beta$ , HNF-4a IPF-1 (MODY1-5) WFS-1 (DIDMOAD)

Кроме того, в комплексное исследование больных, подозрительных на «диабет не 1 типа», включается исследование HLA-системы, спектра антител к поджелудочной железе, иссле-

дование секреторных возможностей поджелудочной железы по уровню ИРИ и С-пептида в условиях нагрузки глюкозой.

Неуклонно растущий интерес к генетическим предпосылкам сахарного диабета обусловлен не только желанием улучшения ранней диагностики, но и необходимостью подбора адекватной терапии с учетом имеющихся знаний этиологии и патогенеза данной патологии.

*Кураева Тамара Леонидовна, зав. отделением сахарного диабета Института Детской эндокринологии ФГУ Эндокринологический научный центр Росмедтехнологий. Контактный телефон: 125-41-77*

## СОВЕТЫ ПО ПОИСКУ ФИНАНСИРОВАНИЯ СОЦИАЛЬНО-ЗНАЧИМЫХ ПРОЕКТОВ

Известно, что неправительственные организации часто сталкиваются с проблемами финансирования своей деятельности. Мы предлагаем не надеяться на то, что найдется добрый спонсор, а самим активно заниматься поиском финансирования или, как теперь принято выражаться, фандрейзингом.

Следует сразу оговориться, что поиск финансирования – нелегкий, зачастую неблагодарный труд, который занимает очень много времени и сил и далеко не каждая написанная заявка на финансирование приносит результаты. Но не стоит легко сдаваться, нужно бороться до последнего. Если не повезло с одним донором – обязательно повезет с другим. И чем обширнее будет Ваш опыт успешной реализации проектов, тем легче будет привлекать средства.

Можно выделить следующие источники финансирования:

- Благотворительные фонды (российские и иностранные, такие как, например, Фонд Форда, Фонд Билла и Мелинды Гейтс, CAF, Благотворительный фонд Потанина, Международный благотворительный фонд Спивакова, Детские сердца) и др.).
- Международные донорские агентства (ООН, USAID, MATRA, SIDA и др.).
- Благотворительные фонды частных компаний (фонд «Династия» и др.).
- Частные компании.
- Государственные организации
- Частно-государственные партнерства (ЧГП).

Будьте осторожны при выборе партнера, ведь пятно на репутации донора или спонсора обязательно подпортит и Ваше доброе имя. И поскольку основной актив неправительственной организации – люди и репутация, нужно беречь свой имидж как зеницу ока, ведь Ваше сотрудничество с донорами и спонсорами во многом построено на доверии.

Кстати, в чем разница между донором и спонсором?

**ДОНОР** – это неправительственная некоммерческая организация (международная или российская), такая, как, например, ЮНИСЕФ, ЮНЕСКО, Фонд Элтона Джона по борьбе со СПИДом и др.

**СПОНСОР** – это представитель частного сектора.

### БЛАГОТВОРИТЕЛЬНОСТЬ ИЛИ ИНВЕСТИЦИИ В РАЗВИТИЕ?

Обращаясь за финансовой поддержкой нужно отдавать себе отчет в том, какого рода помощь Вам требуется. В последнее время большинство крупных фондов (в том числе благотворительных) обращают внимание

на потенциал устойчивого развития проекта или организации. Поэтому «благотворительности» как безвозмездному пожертвованию средств или товаров все чаще предпочитают разработку и реализацию социально значимых проектов. Ведь когда речь идет об устойчивом развитии это подразумевает не разовое финансовое вливание, а долгосрочный проект, который не зависит от предпочтений руководителя фонда или компании, направлен на системные изменения, является частью стратегии развития корпоративной социальной ответственности компании или деятельности фонда. Благотворительные инициативы спонтанны и нерегулярны и чаще всего поддерживают конкретные люди и не направлены на развитие общественных организаций.

Для успешного поиска финансирования организация должна соответствовать следующим принципам:

- Честность.
- Прозрачность деятельности.
- Безупречная репутация организации.
- Безупречная отчетность.
- Независимость и нейтральность.
- Не быть связанными с политическими партиями/течениями или религиозными организациями.

Для успешного поиска средств нужно владеть информацией и в то же время постоянно заниматься продвижением собственной организации. Не стоит пренебрегать личными встречами с представителями потенциальных доноров или спонсоров, нужно обязательно участвовать в тендерах на реализацию проектов, принимать участие в конференциях и других форумах, быть членами различных ассоциаций, профессиональных сетей и объединений.

Пожалуй, не стоит рассылать «письма счастья» в надежде, что кто-нибудь откликнется. Это путь частного лица, но не профессионала, представляющего неправительственную организацию.

А теперь давайте поговорим о составлении заявки на финансирование, поскольку это самый распространенный и самый эффективный способ привлечения средств. Помните, что Ваша заявка должна строго соответствовать техническому заданию (если таковое имеется). Кроме того, она должна быть честной, лаконичной, понятной, отражать социально значимую тему, и, конечно, должна она быть написана на хорошем русском (английском) языке.

Безусловно, написание хорошей заявки требует больших затрат времени и сил и, зачастую, денег (услуги переводчика). В идеале привлечением средств должен заниматься специалист, однако

в реальной жизни этим обычно занимается руководитель организации.

### СТРУКТУРА ЗАЯВКИ НА ФИНАНСИРОВАНИЕ

#### ВСТУПЛЕНИЕ: ПОСТАНОВКА ПРОБЛЕМЫ

Лучше всего использовать официальные источники информации: Росстат, различные агентства ООН, результаты научных исследований, опросы общественного мнения, и другие источники.

Во вступлении необходимо сформулировать проблему, обосновать ее актуальность, отметить, кого она затрагивает и как влияет на общество в целом.

Далее следует четко сформулировать цели и задачи проекта.

#### ЦЕЛИ И ЗАДАЧИ ПРОЕКТА

**ЦЕЛЬ** – чего хотим достичь? (должна быть сформулирована 1-2 фразами).

Пример: повышение информированности населения о методах профилактики диабета.

**ЗАДАЧИ** – это конкретные задания, которые нужно выполнить для достижения цели.

Пример: разработка информационной кампании, создание «школы пациента».

В описании проекта необходимо описать следующие моменты:

- Что вы собираетесь делать?
- Где?
- Когда?
- Кто партнеры?
- Целевая группа?
- Каким образом будут выполняться поставленные задачи?
- Кому станет лучше?
- План работы и сроки.
- Ожидаемые результаты.
- Как проект повлияет на устойчивое развитие?
- Каких изменений Вы добиваетесь?

Каждая заявка должна сопровождаться честным и реалистичным бюджетом, в котором накладные расходы не должны превышать 20%. Доноры также предпочитают, чтобы максимальный объем работ был выполнен силами самой организации, а не привлеченных консультантов. Если же без консультантов не обойтись, нужно обосновать необходимость использования сторонних специалистов.

В завершении заявки стоит описать процедуры мониторинга и оценки проекта (квартальные отчеты, промежуточные исследования, и др), описать процедуру корректировки проекта (при необходимости) и выделить промежуточные результаты.

Также будьте готовы указать информацию об организации:

- Название, координаты, руководящие органы.
- Миссия.
- Опыт реализации аналогичных проектов.
- Сильные стороны организации (члены, знания, связь с проблемой (родители детей с диабетом), связь с территорией, потенциал и др.).
- Письма поддержки (при наличии).
- Иногда согласно техническому заданию необходимо предоставить биографии консультантов и/или сотрудников проекта:
- ФИО.
- Образование.
- Предыдущий опыт работы.
- Опыт работы в данной организации.
- Опыт реализации аналогичных проектов.
- Знание иностранных языков.

Биографии должны быть очень сжатыми, не более 1 страницы, чтобы не переутомлять спонсора.

И еще один очень важный аспект, который обязательно должна отразить Ваша заявка: имеет ли проект потенциал устойчивого развития. То есть будет ли проект жизнеспособен когда кончится финансирование? Какие долгосрочные изменения принесет проект? Будет ли возможность привлечь финансирование из других источников для продолжения проекта? Есть ли возможность со-финансирования?

Для обеспечения устойчивого развития организации руководителю придется обратить внимание на развитие и поддержание взаимоотношений с донорами (спонсорами). Естественно, эти отношения должны быть доверительными и открытыми; нужно постоянно информировать донора (спонсора) о ходе проекта, приглашать на значимые мероприятия, знакомить с результатами финансового мониторинга. И что немаловажно – лучше заранее обсудить и оформить Ваши взаимоотношения в письменном виде, то есть описать границы полномочий донора и реципиента (во что донор может вмешиваться, а во что – нет). Иначе Вы можете испортить отношения со спонсором из-за того, что Вас попросят переписать брошюру, которая донору не понравится или покрасить стены вместо зеленого в лиловый цвет.

И, пожалуй, главный совет этой статьи: не боги горшки обжигают. У Вас все получится.

*Елена Тамазова  
Компания «Eli Lilly»*

# МЕЖДУНАРОДНЫЕ НОВОСТИ

**С 13 по 15 июня 2008 года на Иссык-Куле (Кыргызская Республика) состоялся V1 Международный Саммит руководителей Восточно-Европейских диабетических ассоциаций** при участии руководителей Международной Диабетической Федерации (IDF) и ее Европейского региона. На нем были представлены участники из 13 стран: Румынии, Нидерландов, Бельгии, России, Беларуси, Украины, Азербайджана, Узбекистана, Литвы, Молдовы, Грузии, Казахстана и Кыргызстана. В работе Саммита приняли участие также представитель Министерства здравоохранения и депутаты парламента Кыргызской Республики. На официальной церемонии открытия Саммита был подписан Меморандум между Министерством здравоохранения (МЗ) Кыргызской Республики и Диабетической Ассоциацией Кыргызстана (ДАК). Меморандум позволит эффективно вести диалог и конструктивное сотрудничество между ДАК и МЗ по развитию и совершенствованию медицинской помощи людям с сахарным диабетом (СД). На Саммите были проведены 3 сессии: «Сахарный диабет – вызов всему мировому сообществу», «20 лет диабетическому движению на территории СНГ», «Резолюция ООН: достижения и перспективы».

Вице-президент IDF Wim Wientjens отметил, что сегодня СД – эта коварная болезнь, страшная своими осложнениями, — захватил в свои «сети» уже свыше 246 миллионов людей на планете. Согласно данным IDF, тяжкое бремя СД в наибольшей степени ложится на развивающиеся страны. Отмечено, что общее число людей с диабетом составит 380 миллиона к 2025 году, и 80% этого ужасного прироста численности произойдет за счет государств с низким и средним уровнем дохода. Несмотря на бедность, разруху, войны в некоторых регионах мира, диабету можно успешно противостоять. Для этого нужно быть всем в единой команде, бороться за права лиц с СД. Как никогда актуален лозунг «Объединиться вокруг диабета».

Вице-президент ДАК, Р.Б.Султаналиева в своем докладе подчеркнула роль Диабетической Ассоциации в реализации стратегии по предотвращению СД в Кыргызстане. ДАК проводит акции, направленные на раннюю диагностику СД, чтобы многие граждане не пополнили ряды людей с диабетом, и не ограничивали за ограниченные ресурсы здравоохранения, а люди, которые уже живут с диабетом сегодня, в будущем не столкнулись со снижением качества оказываемой им помощи.

С.В.Смирнов, представитель компании «Novo Nordisk» подчеркнул важность принятой резолюции ООН. Этот документ, признавая глобальную угрозу «неинфекционной эпидемии» столетия, рекомендует всем государствам-членам разработать стратегии по профилактике и лечению СД, согласующиеся с усилиями по неуклонному развитию национальных систем здравоохранения. Ключевым сегментом в реализации стратегий Резолюции ООН является уровень информированности населения о СД и связанных с ним осложнениях.

Президент Российской Диабетической Ассоциации В.А. Петеркова выступила с сообщением, посвященном СД 2 типа у детей. Сегодня – это очень актуальная проблема для всего мира, так как наблюдается огромный рост распространенности ожирения у данной группы населения.

Член правления Европейского региона IDF А.Ю.Майоров рассказал об информационных и обучающих ресурсах для людей с диабетом и медицинских работников. В Эндокринологическом научном центре в Москве готовятся и рассылаются по регионам специальные структурированные программы обучения для «школ диабета». Они включают руководства как для самих пациентов, так и для их «обучателей» – отдельно для эндокринологов и для врачей общей практики, а также для медицинских сестер.

Вице-президент В.Д.Очеретенко остановилась на роли Диабетических организаций по внедрению Резолюции ООН, подчеркнув, что данная Резолюция является инструментом внедрения как научных исследований, так и Национальных программ по диабету.

М.Омарова (Азербайджан) выступила с сообщением «Гендерная политика и сахарный диабет». Участники саммита пришли к единогласному мнению о необходимости обратить особое внимание на некоторые группы населения – такие, как дети и женщины.

М.Г.Шипулина (Санкт-Петербург) остановилась на вопросах Проекта Межгосударственного Соглашения по сахарному диабету, подготовленного рабочей комиссией Межпарламентской Ассамблеи СНГ.

В панельной дискуссии по «горячим» вопросам также рассматривалось положение дел по проблеме СД во всех странах СНГ. Следующая встреча пройдет в 2009 году в Украине.

**С 8 по 11 сентября 2008 г. в Риме состоялся 44-й ежегодный Конгресс Европейской ассоциации по изучению диабета**, в котором участвовало рекордное количество делегатов – более 18 000. С интереснейшими докладами выступали лучшие диабетологи и эндокринологи не только Европы, но и всего мира. Были доложены результаты многих исследований, в частности 30-летние результаты знаменитого Британского исследования UKPDS. В свое время 20-летние результаты этого исследования показали, что интенсивное лечение СД 2 типа позволяет предотвратить многие микро- и макрососудистые осложнения. Последующее 10-летнее наблюдение подтвердило, что эти преимущества продолжают сохраняться. Результаты другого многолетнего исследования ADVANCE позволили прийти к выводу, что достижение хорошего гликемического контроля (HbA1c менее 6,5%) не только полезно, но и безопасно. Во время конгресса работал зал диабетических ассоциаций. То, что это происходит во время научного конгресса, является ярким примером того объединения усилий не только ученых и врачей, но и самих людей с диабетом в борьбе с этим заболеванием. Как и в предыдущие годы, были представлены стенды ассоциаций из стран Восточной Европы (России, Беларуси, Грузии, Казахстана, Узбекистана и Украины). На российском стенде была отражена информация о работе Российской Диабетической Ассоциации, Московской Диабетической Ассоциации и Санкт-Петербургского диабетического общества. Участники смогли поделиться опытом работы в своих странах, наметить пути решения различных проблем, встающих перед людьми с диабетом. В целом это была хорошая возможность найти новых друзей и единомышленников.

**19-21 сентября на Мальте проходила ежегодная встреча Европейского региона Международной Диабетической Федерации (IDF) «Вместе мы сильнее».** Накануне конференции члены правления Европейского региона IDF встретились с президентом Мальты господином ..... Оказалось, что он очень хорошо понимает важность проблем, связанных с СД, и готов к сотрудничеству с диабетическими ассоциациями. Во время конференции были заслушаны доклады о ситуации с СД не только на Мальте, но и в Европе в целом, включая страны СНГ. Например, одно из сообщений было посвящено тому, как можно поделиться лучшей информацией по результатам лечения СД в различных регионах. Известный диабетолог А. Ceriello рассказал, как следует внедрять в жизнь разработанные IDF руководства по лечению СД. Интересное сообщение было посвящено дизайну этикеток пищевых продуктов, который сейчас проходит утверждение в Европейском парламенте. IDF считает, что информация на всех продуктах должна быть такой, чтобы люди с диабетом могли воспользоваться ей в реальной жизни, прежде всего это касается содержания углеводов. В последней части конференции участники разделились для работы по 4 темам, каждый мог выбрать наиболее близкую для него: «Права людей с диабетом и доступ к информации и лечению», «Национальные диабетические программы», «Обучение при диабете: что IDF может предложить для поддержки ассоциаций», «Как организовать рабо-

ту по сбору инсулина для организации Insulin for Life, занимающейся рассылкой лишнего инсулина в бедные страны». Результаты работы в группах были доложены всем участникам на пленарном заседании. В целом можно сказать, что несмотря на различия в экономическом уровне стран Европы, многие проблемы СД являются общими и решать их следует вместе. Такие встречи помогают поделиться лучшим опытом решения этих проблем и попробовать внедрить его в своих странах.



**ПРИКАЗ**

ОТ 11 ДЕКАБРЯ 2007г. № 748

**ОБ УТВЕРЖДЕНИИ СТАНДАРТА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ С ИНСУЛИННЕЗАВИСИМЫМ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ**

**1. МОДЕЛЬ ПАЦИЕНТА**

**Категория возрастная:** дети, взрослые

**Нозологическая форма:** инсулинонезависимый сахарный диабет

**Код по МКБ-10:** E 11

**Фаза:** хроническая

**Стадия:** все стадии

**Осложнение:** нефропатия, ретинопатия, нейропатия, нейропатия, катаракта, диабетическая стопа, ИБС

**Условие оказания:** амбулаторно-поликлиническая помощь

**1.1. ДИАГНОСТИКА**

Код	Наименование	Частота предоставления	Среднее количество
A01.22.001	Сбор анамнеза и жалоб в эндокринологии	1	1
A01.22.002	Визуальное исследование в эндокринологии	1	1
A01.22.003	Пальпация в эндокринологии	1	1
A01.31.012	Аускультация общетерапевтическая	1	1
A01.24.004	Исследование чувствительной и двигательной сферы при патологии периферической нервной системы	1	1
A02.12.001	Исследование пульса	1	1
A02.12.001	Исследование артериального давления на периферических артериях	1	1
A06.09.008	Рентгенография органов грудной клетки	1	
A11.05.001	Взятие крови из пальца	1	2
A09.05.023	Исследование уровня глюкозы в крови	1	2
A09.05.084	Исследование уровня гликированного гемоглобина крови	1	1
A08.05.003	Исследование уровня эритроцитов в крови	1	1
A08.05.004	Исследование уровня лейкоцитов в крови	1	1
A08.05.006	Соотношение лейкоцитов в крови (подсчет формулы крови)	1	1
A08.05.009	Исследование цветового показателя	1	1
A09.05.002	Оценка гематокрита	1	1
A09.05.003	Исследование уровня общего гемоглобина в крови	1	1
A12.22.004	Глюкозотолерантный тест	0,1	1
A09.28.011	Исследование уровня глюкозы в моче	1	1
A09.28.015	Обнаружение кетоновых тел в моче	1	1
A09.28.023	Определение удельного веса (относительной плотности) мочи	1	1
A09.28.017	Определение концентрации водородных ионов в моче (рН мочи)	1	1
A29.28.022	Определение объема мочи	1	1
A09.28.003	Определение белка в моче	1	1
A09.28.001	Микроскопическое исследование осадка мочи	1	1
A09.28.003.001	Исследование минимального количества альбумина в моче (МАУ)	0,5	3
A02.01.001	Измерение массы тела	1	1
A02.03.005	Измерение роста	1	1
A11.12.009	Взятие крови из периферической вены	1	1
A09.05.010	Исследование уровня общего белка в крови	1	1
A09.05.011	Исследование уровня альбумина в крови	0,2	1
A09.05.017	Исследование уровня мочевины в крови	1	1
A09.05.020	Исследование уровня креатинина в крови	1	1
A09.05.021	Исследование уровня общего билирубина в крови	0,1	1
A09.05.025	Исследование уровня триглицеридов в крови	0,4	1
A09.05.026	Исследование уровня холестерина в крови	0,4	1
A09.05.004	Исследование уровня липопротеинов высокой плотности в крови	0,4	1
A09.05.028	Исследование уровня липопротеидов низкой плотности	0,4	1
A09.05.041	Исследование уровня аспартат-трансаминазы в крови	0,1	1
A09.05.042	Исследование уровня аланин-трансаминазы в крови	0,1	1
A09.05.030	Исследование уровня натрия в крови	1	1
A09.05.031	Исследование уровня калия в крови	1	1
A09.05.209	Исследование уровня ионизированного кальция в крови	1	1
A05.10.001	Регистрация электрокардиограммы	1	1
A05.10.007	Расшифровка, описание и интерпретация электрокардиографических данных	1	1
B01.029.01	Прием (осмотр, консультация) врача-офтальмолога первичный	1	1
B01.015.01	Прием (осмотр, консультация) врача-кардиолога первичный	1	1

**1.2. ЛЕЧЕНИЕ ИЗ РАСЧЕТА 365 ДНЕЙ**

Код	Наименование	Частота предоставления	Среднее количество
A01.22.001	Сбор анамнеза и жалоб в эндокринологии	1	12
A01.22.002	Визуальное исследование в эндокринологии	1	12
A01.22.003	Пальпация в эндокринологии	1	12
A01.31.012	Аускультация общетерапевтическая	1	4
A01.24.004	Исследование чувствительной и двигательной сферы при патологии периферической нервной системы	1	3
A02.12.001	Исследование пульса	1	12
A02.12.002	Измерение артериального давления на периферических артериях	1	12
A02.01.001	Измерение массы тела	0,5	2
A02.03.005	Измерение роста	0,5	2
A11.05.001	Взятие крови из пальца	1	36
A09.05.023	Исследование уровня глюкозы в крови	1	36
A09.05.084	Исследование уровня гликированного гемоглобина крови	1	4
A11.12.009	Взятие крови из периферической вены	1	2
A09.05.017	Исследование уровня мочевины в крови	0,5	1
A09.05.020	Исследование уровня креатинина в крови	0,5	2
A09.05.021	Исследование уровня общего билирубина в крови	0,1	1
A09.05.026	Исследование уровня холестерина в крови	0,1	1
A09.05.004	Исследование уровня альфа- липопротеинов (высокой плотности) в крови	0,5	1
A09.05.028	Исследование уровня липопротеидов низкой плотности	0,5	1
A09.05.041	Исследование уровня аспартат-трансаминазы в крови	0,5	1
A09.05.042	Исследование уровня аланин-трансаминазы в крови	0,5	1
A09.28.001	Исследование осадка мочи	1	2
A09.28.011	Исследование уровня глюкозы в моче	1	4
A09.28.015	Обнаружение кетоновых тел в моче	0,5	4
A09.28.023	Определение удельного веса (относительной плотности) мочи	1	2
A09.28.003	Определение белка в моче	1	2
A09.28.003.001	Исследование минимального количества альбумина в моче (МАУ)	0,5	3
A26.28.003	Микробиологическое исследование мочи на аэробные и факультативно- анаэробные условно-патогенные микроорганизмы	0,1	1
A05.10.001	Регистрация электрокардиограммы	1	1
A05.10.007	Расшифровка, описание и интерпретация электрокардиографических данных	1	1
A04.10.002	Эхокардиография	0,2	1
A04.12.005	Дуплексное сканирование артерий	0,05	1
A06.03.052	Рентгенография стопы	0,1	1
B01.029.02	Прием (осмотр, консультация) врача-офтальмолога повторный	1	1
B01.023.01	Прием (осмотр, консультация) врача-невропатолога первичный	0,05	1
B01.001.01	Прием (осмотр, консультация) врача-гинеколога первичный	0,05	1
B01.025.01	Прием (осмотр, консультация) врача-нефролога первичный	0,05	1
B01.053.01	Прием (осмотр, консультация) врача-уролога первичный	0,05	1
B01.015.02	Прием (осмотр, консультация) врача-кардиолога вторичный	1	2
B04.025.02	Школа для больных сахарным диабетом	0,7	1
A25.22.001	Назначение лекарственной терапии при заболеваниях желез внутренней секреции	1	12
A25.22.002	Назначение диетической терапии при заболеваниях желез внутренней секреции	1	12
A25.28.001	Назначение лекарственной терапии при заболеваниях почек и мочевыделительного тракта	0,3	12
A25.28.002	Назначение диетической терапии при заболеваниях почек и мочевыделительного тракта	0,3	12

Фармакотерапевтическая группа	АТХ группа*	Международное непатентованное наименование	Частота назначения	ОДД**	ЭКД***
Гормоны и средства, влияющие на эндокринную систему			1		
	Инсулины и средства для лечения сахарного диабета		1		
		Гликвидон (*)	0,1	60 мг	21900 мг
		Глибенкламид (*)	0,15	7 мг	2555 мг
		Гликлазид (*)	0,2	60 мг	21900 мг
		Глимепирид (*)	0,1	6 мг	2190 мг
		Репаглинид (*)	0,1	12 мг	4380 мг
		Метформин (*)	0,5	2000 мг	730000 мг
		Акарбоза (*)	0,1	150 мг	54750 мг
		Пиоглитазон	0,05	30 мг	360 мг
		Росиглитазон (*)	0,1	8 мг	112 мг
		Глипизид (*)	0,1	15 мг	5475 мг
		Инсулин растворимый [человеческий генноинженерный] (*)	0,1	40 ЕД	14600 ЕД
		Инсулин аспарт (*)	0,1	40 ЕД	14600 ЕД
		Инсулин лизпро (*)	0,1	40 ЕД	14600 ЕД
		Инсулин глулизин	0,1	40 ЕД	14600 ЕД
		Инсулин изофан [человеческий генноинженерный] (*)	0,1	30 ЕД	10950 ЕД
		Инсулин гларгин (*)	0,2	35 ЕД	12775 ЕД
		Инсулин детемир (*)	0,2	35 ЕД	12775 ЕД
		Инсулин двухфазный [человеческий] генноинженерный (*)	0,05	25 ЕД	9125 ЕД
		Инсулин аспарт двухфазный (*)	0,1	45 ЕД	16425 ЕД
Средства, влияющие на сердечно-сосудистую систему			1		
	Ингибиторы АПФ		0,8		
		Фозиноприл (*)	0,1	20 мг	7300 мг
		Периндоприл (*)	0,1	4 мг	1460 мг
		Эналаприл (*)	0,2	20 мг	7300 мг
		Рамиприл (*)	0,1	5 мг	1825 мг
		Каптоприл (*)	0,15	75 мг	27375 мг
		Лизиноприл (*)	0,15	20 мг	7300 мг
	Блокаторы AT-1 рецептора		0,4		
		Телмисартан (*)	0,4	80 мг	29200 мг
		Валсартан (*)	0,2	160 мг	58400 мг
		Ирбесартан (*)	0,2	300 мг	109500 мг
		Кандесартан (*)	0,2	8 мг	2920 мг
	Антагонисты кальция		0,6		
		Верапамил(*)	0,4	480 мг	175200 мг
		Фелодипин (*)	0,1	5 мг	1825 мг
		Амлодипин (*)	0,2	10 мг	3650 мг
		Нифедипин (*)	0,2	30 мг	10950 мг
		Дилтиазем (*)	0,1	90 мг	32850 мг
	β-блокаторы		0,4		
		Карведилол (*)	0,3	50 мг	18250 мг
		Небиволол (*)	0,3	5 мг	1825 мг
		Бисопролол (*)	0,2	5 мг	1825 мг
		Метопролол (*)	0,2	50 мг	18250 мг

Фармакотерапевтическая группа	АТХ группа*	Международное непатентованное наименование	Частота назначения	ОДД**	ЭКД***
Средства, влияющие на кровь			0,6		
	Гиполипидемические препараты		0,4		
		Аторвастатин (*)	0,5	20 мг	7300 мг
		Симвастатин (*)	0,5	40 мг	14600 мг
		Фенофибрат	0,2	200 мг	73000 мг
	Противоанемические средства		0,4		
		Железа [III] гидроксид полимальтозат (*)	0,1	100 мг	36500 мг
		Железа сульфат + аскорбиновая кислота (*)	0,5	100 мг	36500 мг
		Железа [III] гидроксид сахарозный комплекс (*)	0,3	100 мг	36500 мг
		Железа [III] гидроксид полиизомальтозат (*)	0,15	100 мг	365000 мг
		Эпозтин бета (*)	0,05	6000 ЕД	2190000 ЕД
	Средства, влияющие на систему свертывания крови		0,7		
		Клопидогрел	0,3	75 мг	27375 мг
		Ацетилсалициловая кислота (*)	0,15	100 мг	36500 мг
		Ацетилсалициловая кислота + Магния гидроксид (*)	0,15	150 мг	54750 мг
		Сулодексид	0,2	1600 ЛЕ	584000 ЛЕ
		Эноксапарин натрия (*)	0,1	160 мг	58400 мг
		Надропарин кальция (*)	0,1	0,6 мг	219 мг
Средства для лечения заболеваний почек и мочевыводящих путей			0,1		
	Средства терапии при почечной недостаточности и пересадке органов		0,6		
		Кетостерил (*)	0,1	1200 мг	438000 мг
	Энтеросорбенты		0,4		
		Повидон	0,6	15г	315г
		Лигнин гидролизный	0,4	45г	630г
	Диуретики		0,5		
		Индапамид (*)	0,2	2,5 мг	912,5 мг
		Фуросемид (*)	0,6	600 мг	219000 мг
		Гидрохлортиазид (*)	0,2	50 мг	9100 мг
Средства для лечения остеопороза			0,6		
	Стимуляторы остеобразования		1		
		Альфакальцидол (*)	0,6	0,5 мкг	364,5 мкг
		Алендроновая кислота	0,4	10 мг	3650 мг
Средства для профилактики и лечения инфекции			0,9		
	Антибиотики		0,9		
		Амоксициллин + клавулоновая кислота (*)	0,5	1250 мг	456250 мг
		Клиндамицин (*)	0,5	600 мг	219000 мг

\* - анатомо-терапевтическо-химическая классификация

\*\* - ориентировочная дневная доза

\*\*\* - эквивалентная курсовая доза

#### ИЗДЕЛИЯ МЕДИЦИНСКОГО НАЗНАЧЕНИЯ

Наименование	Частота предоставления	Среднее количество
Тест для определения глюкозы крови к глюкометру	1	180
Шприц-ручка для введения инсулина	0,1	2*
Иньекционные иглы к шприц-ручкам	0,1	110

\* Предоставляется однократно при отсутствии шприц-ручки для введения инсулина и для замены 1 раз в 2 года