



ПРОФІЛАКТИКА ЦУКРОВОГО ДІАБЕТУ 2 ТИПУ

ПОСІБНИК ДЛЯ ПРАЦІВНИКІВ СФЕРИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я,
ЯКІ НАДАЮТЬ ДОПОМОГУ НА ЛАНЦІ ПЕРВИННОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ



Co-funded by
the European Union



JACARDI



ЦЕНТР ГРОМАДСЬКОГО
ЗДОРОВ'Я МОЗ УКРАЇНИ



ЦЕНТРИ КОНТРОЛЮ
ТА ПРОФІЛАКТИКИ
ХВОРОБ

Фінансується Європейським Союзом. Висловлені погляди та думки належать виключно автору(ам) і не обов'язково відображають позицію Європейського Союзу чи НаДЕА. Ні Європейський Союз, ні орган, що надає грант, не несуть відповідальності за їх зміст



Co-funded by
the European Union



JACARDI



ЦЕНТР ГРОМАДСЬКОГО
ЗДОРОВ'Я МОЗ УКРАЇНИ



ЦЕНТРИ КОНТРОЛЮ
ТА ПРОФІЛАКТИКИ
ХВОРОБ

ПРОФІЛАКТИКА ЦУКРОВОГО ДІАБЕТУ 2 ТИПУ

ПОСІБНИК ДЛЯ ПРАЦІВНИКІВ
СФЕРИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я, ЯКІ
НАДАЮТЬ ДОПОМОГУ НА ЛАНЦІ
ПЕРВИННОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ

Версія 1.0 (пілотна)

КИЇВ – 2026

ПРОФІЛАКТИКА ЦУКРОВОГО ДІАБЕТУ 2 ТИПУ.

Посібник для працівників сфери охорони здоров'я, які надають допомогу на ланці первинної медичної допомоги

Цей посібник розроблений для медичних працівників первинної ланки медичної допомоги та фахівців сфери громадського здоров'я. Це практичний довідник, в якому узагальнені сучасні підходи до профілактики, оцінки ризику та проведення скринінгу цукрового діабету 2 типу.

Профілактика цукрового діабету 2 типу потребує не лише медичного втручання, а й широкої міжсекторальної взаємодії та партнерства. Ефективне попередження захворювання можливе за умови співпраці медичних працівників, органів влади, освітніх установ, роботодавців та самих громадян для створення здорового середовища та підтримки змін поведінки.

Посібник розроблено в межах пілотного проекту з підвищення ефективності скринінгу та профілактики цукрового діабету 2 типу серед груп високого ризику в Україні.

Посібник має допомогти фахівцям:

- ефективно виявляти людей із підвищеним ризиком розвитку цукрового діабету 2 типу;
- впроваджувати індивідуальний підхід з урахуванням рівня ризику та соціальних детермінант здоров'я;
- налагоджувати комунікацію та мотивувати пацієнтів до змін способу життя та активного самоконтролю;
- організовувати чіткий маршрут пацієнта після скринінгу та тестування;
- залучати громаду до ініціатив зі зниження ризику розвитку цукрового діабету 2 типу та неінфекційних захворювань.

Посібник розроблено в межах пілотного проекту, що фінансується Європейським Союзом. Висловлені погляди та думки належать виключно автору(ам) і не обов'язково відображають позицію Європейського Союзу чи HaDEA. Ні Європейський Союз, ні орган, що надає грант, не несуть відповідальності за їх зміст.

ЗМІСТ

СПИСОК СКОРОЧЕНЬ	5
ЯК КОРИСТУВАТИСЯ ПОСІБНИКОМ	7
АКТУАЛЬНІСТЬ.....	8

I. ЗАГАЛЬНА ІНФОРМАЦІЯ 9

Епідеміологія	10
Етіологія та патогенез.....	11
Класифікація	15
Особливості ведення порушень вуглеводного обміну в окремих групах населення	19

II. ОЦІНКА СТАНУ ПАЦІЄНТА 26

Скринінг.....	26
Раннє виявлення.....	30
Критерії предіабету та встановлення діагнозу ЦД 2 типу	31

III. ПРОФІЛАКТИКА 34

Первинна профілактика	35
Спадковість, стать та вік	36
Фізична активність	38
Куріння та вживання нікотинових виробів	42
Харчування.....	46
Контроль маси тіла.....	51
Сон.....	52
Призначення медикаментів для профілактики розвитку ЦД 2 типу....	53
Профілактика ССЗ у людей із високим ризиком ЦД 2 типу або предіабетом	54
Як інтегрувати профілактичне консультування у щоденну практику 58	
Вторинна та третинна профілактика (тактика лікування та профілактика ускладнень і станів, які виникають при ЦД 2 типу)....	59
Критерії досягнення цільових рівнів глікемії	59
Надмірна маса тіла та ожиріння: оцінка стану і принципи ведення....	64

Серцево-судинні захворювання і ЦД 2 типу: оцінка ССР і принципи лікування	70
Діабетична ретинопатія.....	78
Хронічна хвороба нирок	79
Діабетична нейропатія	85
Четвертинна профілактика	91
Навчання пацієнтів та зміна ставлення	93

IV. ПСИХІЧНЕ ЗДОРОВ'Я І ПРОФІЛАКТИКА ЦД 2 ТИПУ 97

V. РОЛЬ ГРОМАД В ПРОФІЛАКТИЦІ ЦД 2 ТИПУ 101

VI. ПРИНЦИПИ КОМУНІКАЦІЇ З ПАЦІЄНТАМИ ЩОДО ПРОФІЛАКТИКИ ЦД 2 ТИПУ 107

VII. ДОДАТКИ 113

Тест FINDRISC.....	113
Мотиваційне інтерв'ю	115

СПИСОК СКОРОЧЕНЬ

ADA	<i>EN</i>	Американська діабетична асоціація
АНА	<i>EN</i>	Американська кардіологічна асоціація
АГ	<i>UA</i>	артеріальна гіпертензія
AMP	<i>UA</i>	антагоністи мінералокортикоїдних рецепторів
АПФ	<i>UA</i>	ангіотензинперетворюючий фермент
арГПП-1	<i>UA</i>	агоністи рецепторів глюкагоноподібного пептиду-1
АРТ	<i>UA</i>	антиретровірусна терапія
АСССЗ	<i>UA</i>	атеросклеротичні серцево-судинні захворювання
АСК	<i>UA</i>	Ацетилсаліцилова кислота
АТ	<i>UA</i>	артеріальний тиск
БРА	<i>UA</i>	блокатор рецепторів ангіотензину
ВЗЧ	<i>UA</i>	втрата захисної чутливості
ВІЛ	<i>UA</i>	вірус імунodefіциту людини
ВООЗ	<i>UA</i>	Всесвітня організація охорони здоров'я
ВПО	<i>UA</i>	внутрішньо переміщені особи
ГГС	<i>UA</i>	гіперглікемічний гіперосмолярний стан
ГП	<i>UA</i>	глюкозозалежний інсулінотропний поліпептид
ГЦД	<i>UA</i>	гестаційний діабет
HbA1c	<i>Lat.</i>	глікований гемоглобін
ГПН	<i>UA</i>	глюкоза плазми натще
ДАТ	<i>UA</i>	Діастолічний артеріальний тиск
ДКА	<i>UA</i>	діабетичний кетоацидоз
ДМН	<i>UA</i>	діабетичний молекулярний набряк
ДПН	<i>UA</i>	діабетична периферична нейропатія
ДР	<i>UA</i>	діабетична ретинопатія
CDC	<i>EN</i>	Центри з контролю та профілактики захворювань США
ЕСОЗ	<i>UA</i>	електронна система охорони здоров'я
ЗПА	<i>UA</i>	захворювання периферичних артерій
ICIs	<i>EN</i>	інгібітори контрольних точок
ІМТ	<i>UA</i>	індекс маси тіла
ІП	<i>UA</i>	інгібітори протеази
ІР	<i>UA</i>	інсулінорезистентність
ІХС	<i>UA</i>	ішемічна хвороба серця
КАН	<i>UA</i>	кардіоваскулярна автономна нейропатія
ЛПВЩ	<i>UA</i>	ліпопротеїди високої щільності
ЛПНЩ	<i>UA</i>	ліпопротеїди низької щільності
mTOR	<i>EN</i>	мішень рапаміцину у ссавців

MI	<i>UA</i>	мотиваційне інтерв'ю
МОЗ	<i>UA</i>	Міністерство охорони здоров'я України
NHS	<i>EN</i>	Національна служба охорони здоров'я Великої Британії
НЗКТГ-2	<i>UA</i>	натрій-глюкозний котранспортер 2 типу
НІЗТ	<i>UA</i>	нуклеозидні/нуклеотидні інгібітори зворотної транскриптази
НСЗУ	<i>UA</i>	Національна служба здоров'я України
ОТ	<i>UA</i>	обхват талії
PCSK9	<i>EN</i>	пропротеїнова конвертаза субтилізин-кексинового типу 9
PI3Kα	<i>EN</i>	фосфоінозитид-3-кіназа α
ПАТТ	<i>UA</i>	подвійна антитромбоцитарна терапія
ПДР	<i>UA</i>	проліферативна діабетична нейропатія
ПЗ	<i>UA</i>	підшлункова залоза
ПМД	<i>UA</i>	первинна медична допомога
ПТСР	<i>UA</i>	посттравматичний стресовий розлад
РАС	<i>UAA</i>	ренін-ангіотензинова система
рШКФ	<i>UA</i>	розрахункова швидкість клубочкової фільтрації
САК	<i>UA</i>	співвідношення альбумін/креатинін
САТ	<i>UA</i>	систоличний артеріальний тиск
СПКЯ	<i>UA</i>	синдром полікістозних яєчників
ССЗ	<i>UA</i>	серцево-судинні захворювання
УОМ	<i>UA</i>	ураження органів-мішеней
УКПМД	<i>UA</i>	Уніфікований клінічний протокол первинної та спеціалізованої медичної допомоги
FDA	<i>EN</i>	Управління з контролю за харчовими продуктами та лікарськими засобами США
ФА	<i>UA</i>	фізична активність
ФР	<i>UA</i>	фактори ризику
ХС	<i>UA</i>	холестерин
ХХН	<i>UA</i>	хронічна хвороба нирок
ЦГЗ	<i>UA</i>	ДУ «Центр громадського здоров'я МОЗ України»
ЦД 1 типу	<i>UA</i>	цукровий діабет 1 типу
ЦД 2 типу	<i>UA</i>	цукровий діабет 2 типу
ШКТ	<i>UA</i>	шлунково-кишковий тракт
ЩЗ	<i>UA</i>	щитоподібна залоза

ЯК КОРИСТУВАТИСЯ ПОСІБНИКОМ

Посібник складається з 7 ключових розділів, які можна використовувати як послідовно, так і окремо — залежно від потреб медичного працівника та клінічної ситуації. Структура посібника охоплює основні етапи профілактики цукрового діабету 2 типу на рівні первинної медичної допомоги: від базової інформації про фактори ризику та раннє виявлення до профілактичного консультування, комунікації з пацієнтом та ролі громади у формуванні здорового середовища. Окремі розділи містять практичні рекомендації, алгоритми та додаткові матеріали для підтримки медичних працівників у щоденній роботі. Матеріали посібника можна використовувати у щоденній практиці, під час профілактичного консультування, оцінки ризику, проведення скринінгу та організації маршруту пацієнта на рівні первинної медичної допомоги. Це перша версія посібника, яка тестується у співпраці з лікарями, медичними сестрами та фельдшерами Хмельницької області. Мета тестування — оцінка практичної корисності посібника та подальше вдосконалення відповідно до потреб користувачів.

Якщо Ви ознайомилися з посібником і маєте пропозиції або коментарі щодо його покращення, будь ласка, залиште свій відгук у формі за посиланням або через QR-код. Ваші відповіді допоможуть удосконалити матеріали та зробити їх більш корисними для практичної роботи.



Скануйте

Відправте відгук

Якщо посібник підтвердить свою ефективність, його буде рекомендовано до впровадження та поширення в інших регіонах України. Отже, ваші відгуки можуть безпосередньо вплинути на його подальше використання в практичній діяльності.

АКТУАЛЬНІСТЬ

Цукровий діабет – одне з найпоширеніших хронічних захворювань у світі, яке характеризується значним рівнем не діагностованих випадків, тяжкими ускладненнями, передчасною смертністю та зниженням якості життя пацієнтів та їх сімей. Крім цього, захворювання створює суттєвий соціально-економічний тягар для системи охорони здоров'я та суспільства загалом.

Цукровий діабет 2 типу (ЦД 2 типу) призводить до значних медичних наслідків, серед яких розвиток серцево-судинних захворювань, ураження судин, нирок, органів зору та інших ускладнень. Окрім клінічних наслідків, захворювання створює значний економічний тягар: щорічні економічні втрати від діабету та його ускладнень в Україні оцінюються у суму від 36 до 104 млрд. гривень.

Водночас, ЦД 2 типу – це значною мірою захворювання, ризик розвитку якого можна зменшити, якщо своєчасно виявити фактори ризику (ФР) та впровадити заходи профілактики, зокрема зміни способу життя.

Останнім часом у дослідженнях дедалі частіше згадують «ефект спадщини» (legacy effect): ранній та якісний контроль глюкози, артеріального тиску (АТ), холестерину та ваги забезпечує довготривалий захист від ускладнень (на 10-20+ років). Натомість зволікання з корекцією при незадовільному контролі цих показників підвищує ризик виникнення серцево-судинних подій і передчасної смерті¹.

Ефективні програми скринінгу та своєчасне втручання дозволяють покращити якість життя пацієнтів і знизити довгострокове навантаження на систему охорони здоров'я. Первинна ланка медичної допомоги (ПМД) відіграє ключову роль у цих процесах, оскільки саме вона забезпечує перший контакт із пацієнтом, проведення скринінгу, мотиваційне консультування та довготривалий супровід. В Україні лікарі ПМД користуються високою довірою серед населення — за даними дослідження «Індекс Здоров'я Україна» (2023 рік)², рівень задоволеності послугами, які надають сімейні лікарі сягає 79,4%, що створює міцну основу для ефективної співпраці. Безперервність догляду, знання сімейного анамнезу та історії хвороби дозволяють медикам ПМД оперативно виявляти ризики, персоналізувати рекомендації та надавати якісні послуги, що особливо важливо для профілактики хронічних захворювань, покращення якості життя населення та оптимізації використання ресурсів системи охорони здоров'я.

¹The legacy effect in diabetes: are there long-term benefits? – PMC

²HI_Report-UA_2023.pdf

І. ЗАГАЛЬНА ІНФОРМАЦІЯ

Ключові повідомлення:



Близько 589 мільйонів дорослих у світі живуть з діабетом, і значна частина випадків залишається недіагностованими, зокрема в Україні.



До 90 % усіх випадків цукрового діабету припадає саме на ЦД 2 типу.



Існує багато ФР, і на більшість із них ми можемо впливати, щоб попередити розвиток чи зменшити наслідки хвороби.



На етапі предіабету все ще можна досягнути стану нормального метаболізму через вплив на ФР, адже цей процес є оборотним. Саме так скринінгове виявлення предіабету може запобігти розвитку ЦД 2 типу.



Зміни в організмі людини починаються за багато років до прояву захворювання, тому слід починати профілактику серед здорових людей. Профілактичні заходи мають бути систематичними та безперервними протягом усього життя людини.



Зміна способу життя є найважливішим методом впливу на ФР, разом з тим – і найскладнішим, адже потребує спільної системної роботи держави, громади, закладів, медиків, пацієнтів та їх сімей.



В деяких ситуаціях слід переглянути діагноз ЦД 2 типу та перенаправити пацієнта до фахівця, щоб перевірити наявність інших видів діабету.



Слід приділяти особливу увагу ранньому виявленню порушень вуглеводного обміну у пацієнтів із груп підвищеного ризику (пацієнти із серцево-судинними захворюваннями (ССЗ), вірусом імунодефіциту людини (ВІЛ), пацієнти, які приймають антипсихотичні препарати, глюкокортикоїди та системну протипухлинну терапію, пацієнти стоматологічної практики, жінки з синдромом полікістозних яєчників (СПКЯ) та гестаційним діабетом в анамнезі, діти та підлітки з надмірною масою тіла, люди, які живуть в умовах війни та надзвичайних ситуацій).



Важливі міжсекторальна взаємодія та індивідуалізований підхід до профілактики та моніторингу у пацієнтів з груп підвищеного ризику, що дозволяє вчасно виявити предіабет та ЦД 2 типу, а також запобігти розвитку ускладнень.

Епідеміологія

За даними Міжнародної діабетичної федерації, близько 589 мільйонів дорослих віком 20–79 років живуть з діабетом (приблизно кожен дев'ятий дорослий у світі). Значна частина з них не знають про свій діагноз.

Поширеність діабету суттєво різниться в різних регіонах світу. У деяких країнах частка людей з недіагностованим діабетом перевищує 40 % випадків, особливо в країнах із низьким та середнім рівнем доходу³. Це зумовлено обмеженим доступом до діагностичних послуг, недостатньою обізнаністю та нерівністю в системах охорони здоров'я.

Близько 90 % випадків діабету у світі припадає на ЦД 2 типу, який пов'язаний з такими модифікованими ФР, як надмірна маса тіла, недостатня фізична активність, нераціональне харчування, що сприяють подальшому зростанню захворюваності.

У країнах Європи з цукровим діабетом живуть майже 61 мільйон людей, і, за прогнозами, до 2030 року ця кількість може зрости до 67 мільйонів⁴. Основними чинниками зростання залишаються старіння населення та збільшення поширеності ожиріння. За оцінками міжнародних експертів, ЦД 2 типу може скорочувати середню тривалість життя на 5–10 років.

Схожі тенденції спостерігаються і в Україні. За даними Національної служби здоров'я України (НСЗУ), станом на листопад 2025 року в електронній системі охорони здоров'я (ЕОЗ) зареєстровано 1 320 723 пацієнтів із цукровим діабетом. Із них понад 190 тисяч – з цукровим діабетом 1 типу (ЦД 1 типу), а понад 1,26 мільйона — ЦД 2 типу.

Поширеність діабету серед дорослого населення віком 20–79 років становить приблизно 6 %. У 2011 році цей показник становив 2,9 %, а до 2024 року зріс майже вдвічі⁵.

Водночас достеменно дослідити тенденції захворюваності на цукровий діабет та смертності від нього в Україні складно через трансформацію системи медичної статистики, міграцію та відсутність даних з частини окупованих територій.

Зростання поширеності діабету тісно пов'язане з високою поширеністю модифікованих ФР.

Результати загальнонаціонального дослідження STEPS (2019)⁶ продемонстрували:



59,1 % дорослих мали надмірну масу тіла, з яких 24,8 % відповідали критеріям ожиріння. Ожиріння частіше виявлялося серед жінок (29,8 %) порівняно з чоловіками (20,1 %);



підвищений рівень глюкози в крові натще виявлено у **7,1 %**, майже половина з цих людей раніше не знали про наявність діабету;



40,7 % досліджених мали загальний рівень холестерину в крові $\geq 5,0$ ммоль/л або на час опитування отримували ліки від підвищеного холестерину;

³4. Diabetes by region – Diabetes Atlas – NCBI Bookshelf

⁴IDF-Europe_Type-2-Diabetes.-A-preventable-catastrophe.pdf

⁵Diabetes Data & Prevalence in Ukraine | IDF Atlas

⁶2019_STEPS_summary_ukr.pdf



менше ніж половина (**44,3 %**) досліджених знали про підвищений рівень глюкози в крові або діабет чи приймали пероральні препарати для лікування діабету.

Після початку повномасштабної війни в Україні ситуація з ФР тільки загострилася. Майже третина населення була змушена залишити свої домівки: 6,5 мільйона українців стали біженцями за кордоном, а близько 3,7 мільйона — внутрішньо переміщеними особами. В таких умовах люди значно змінюють свої пріоритети, насамперед зосереджуючись на базових потребах безпеки, що обмежує профілактику, регулярний моніторинг хронічних станів та можливість дотримуватися здорового способу життя.

За даними досліджень в Україні, впродовж війни контроль захворювань погіршився у середньому на 20–30 %, зокрема спостерігається зростання рівня глікованого гемоглобіну (HbA1c) та частоти випадків неконтрольованої гіпертонії⁷.

Військові дії, досвід окупації та вимушене переміщення стали ключовими факторами, які підвищують ризик прогресування ЦД 2 типу. Крім того, виявлено кумулятивний ефект впливу факторів, пов'язаних із війною, на здоров'я осіб із ЦД 2 типу, що проявлявся подальшим підвищенням рівня HbA1c та зростанням частки пацієнтів із поганим глікемічним контролем. Значне підвищення рівня HbA1c хронологічно співпадало з масованими атаками на енергетичну інфраструктуру, через які було обмежено доступ до води, електроенергії, тепла, медичної допомоги, освіти та соціального захисту⁸.

Етіологія та патогенез

Етіологія та патогенез допоможуть нам глибше зрозуміти принципи профілактики ЦД 2 типу у дорослих. В цьому розділі коротко та спрощено описано причини та механізми розвитку і ФР цього захворювання. Ці дані можна і слід використати, щоб надати пацієнтам базову інформацію про їхнє здоров'я. У інших розділах ми опишемо, чому це потрібно робити, та який це має вплив на перебіг захворювання і прихильність до лікування.

ЦД 2 типу не має однієї причини виникнення, фактично, ЦД 2 типу – це мультифакторна група метаболічних розладів.

У його виникненні відіграють роль **немодифіковані ФР**, на які ми не можемо вплинути (генетика, сімейний анамнез чи вік), та **модифіковані ФР**, на які ми можемо впливати або частково можемо впливати (нездорове харчування, вживання тютюну та нікотину або деякі чинники довкілля) – у кожному окремому випадку їх комбінація відрізняється. Для того, щоб етіологічні чинники «подіяли», вони повинні впливати на людину багато років.

Саме тому розвиток ЦД 2 типу починається задовго до того, коли виявляються зміни в аналізах чи з'являються перші симптоми.

Першим «кроком» у розвитку ЦД 2 типу є поступове виникнення інсулінорезистентності (ІР). Коли чинник діє тривало, пошкоджується можливість клітин реагувати на інсулін та використовувати глюкозу. Це відбувається по-різному, наприклад, низький рівень фізичної активності (ФА)

⁷The impact of war on people with type 2 diabetes in Ukraine: a survey study

⁸The impact of war on people with type 2 diabetes in Ukraine: a survey study

дає м'язам сигнал, що ті не потребують багато вуглеводів, тому рецептори інсуліну у клітинах м'язів починають слабше реагувати на інсулін, або надмірна кількість жирової тканини в тілі спричиняє хронічне запалення та вивільняє велику кількість вільних жирних кислот, що пошкоджує самі рецептори, і вони вже не «працюють» як зазвичай.

Тоді виникає наступний етап – клітини, через резистентність до інсуліну, засвоюють менше глюкози, і це надає сигнал підшлунковій залозі виробляти більше інсуліну.

На цьому етапі виникає так зване «замкнуте коло»: більша кількість інсуліну в крові знижує чутливість рецепторів клітин до інсуліну, збільшується утворення жирових клітин, які ще більше посилюють ІР (рис. 1).

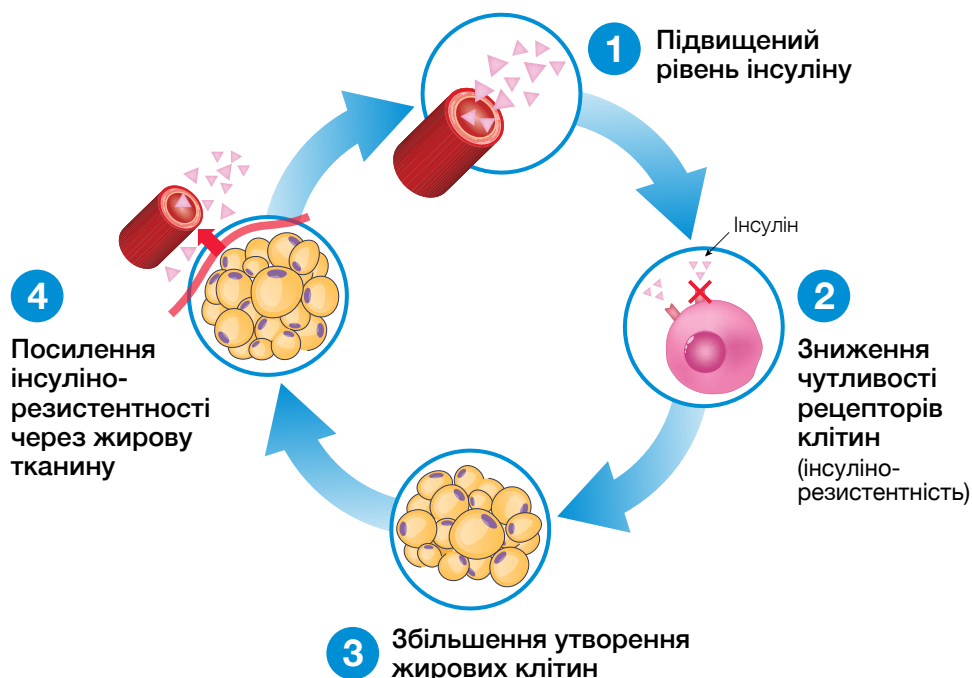


Рисунок 1. Замкнуте коло інсулінорезистентності

На наступному етапі підшлункова залоза (ПЗ) уже не може виробляти більше інсуліну, а того, що утворився, більше недостатньо, щоб «перекрити» ІР. І саме в цей час виникає предіабет – глікемія натще зростає, β -клітини ПЗ продовжують зазнавати ушкодження.

Зверніть увагу, що на цьому етапі ми все ще маємо значні важелі впливу, щоб запобігти розвитку захворювання (тобто, цей етап є оборотним), проте зі зволіканням часу це стає все важче зробити.

Нам важливо розділити ФР на ті, які можна модифікувати, та ті, на які ми наразі не можемо вплинути⁹ (табл. 1).

⁹Pathogenesis of Type 2 Diabetes Mellitus February 2019 DOI:10.5772/intechopen.83692
LicenseCC BY 3.0 In book: Type 2 Diabetes [Working Title]

Таблиця 1. Можливість впливати на фактори ризику

ФР	Можливість впливати	Додаткова інформація
1. Спадковість та генетичні мутації	Не можемо впливати	ЦД 2 типу – це хвороба із полігенним успадкуванням, тому розвиток і перебіг захворювання у різних людей не буде однаковим. Ймовірність розвитку ЦД 2 типу більша серед людей, у яких один із батьків хворіє на це захворювання, та ще більша, якщо хворіють обое батьків. Проте, важливо пам'ятати, що наявність генетичних мутацій, які спричиняють розвиток ІР, ожиріння чи патологічну секрецію інсуліну β-клітинами ПЗ майже ніколи не є 100 % ознакою того, що у людини буде ЦД 2 типу. Тобто, 50 % відповідальності ми покладаємо на інші ФР, на які ми можемо вплинути. Це дає надію пацієнтам із вираженою спадковою схильністю до ЦД 2 типу бути здоровими за умови здорового способу життя.
2. Вік	Не можемо впливати	Разом з тим, ми знаємо, що серед чинників, які з віком починають підвищувати ІР є зменшення м'язової маси та збільшення кількості вісцерального жиру. Тому такий ФР як вік слід брати до уваги, щоб контролювати м'язову масу, жирову тканину, а також пам'ятати про те, коли слід починати скринінгові обстеження.
3. Стан психічного здоров'я та вплив стресу	Частково можемо впливати	Зазвичай ми не можемо вплинути на наявність стресових ситуацій в нашому житті, проте ми можемо впливати на наше сприйняття ситуації: для цього є відповідні інструменти, які ми розглянемо далі. Дослідження показали взаємозв'язок між психічними розладами та ЦД 2 типу: наприклад, наявність депресії збільшує ризик ЦД 2 типу, а пацієнти із ЦД 2 типу набагато частіше хворіють на депресію.
4. Сон та хронотип	Частково можемо впливати	Доведено, що люди з деякими видами хронотипу більш схильні до розвитку ЦД 2 типу. І якщо хронотип ми змінити повністю не можемо, то гігієна сну абсолютно піддається модифікації, що є профілактикою розвитку діабету.

ФР	Можливість впливати	Додаткова інформація
5. Екологічні фактори	Частково можемо впливати	Ми не можемо повністю контролювати цей ФР, але можемо підвищувати обізнаність громад про вплив цього ФР за допомогою просвітницької діяльності, адвокації екологічно сприятливих рішень та міжсекторальної співпраці на рівні закладів охорони здоров'я чи громад.
6. Вживання тютюнових та нікотинових виробів	Можемо впливати	Відомо, що у людей, які курять, ризик розвитку ЦД 2 типу на 30–40 % вище порівняно з тими, хто не курить. Люди, які регулярно зазнають впливу пасивного куріння, також мають вищий ризик розвитку ЦД 2 типу. Отже, слід повідомляти про це пацієнтів та консультувати щодо методів відмови від вживання тютюнових та нікотинових виробів.
7. Фізична активність	Можемо впливати	Достатня фізична активність знижує ІР.
8. Стиль харчування	Можемо впливати	Стиль харчування найбільшою мірою впливає на рівень глюкози та вільних жирних кислот в крові, підвищення яких відіграє важливу роль у розвитку ЦД 2 типу. Важливо розмовляти з пацієнтами саме про стиль харчування, як звичку, а не про дієту. Саме такий підхід буде корисним на усіх етапах розвитку ЦД 2 типу та ще до його виникнення. Ми розглянемо тему харчування у розділі, присвяченому профілактиці та ролі громад, адже формування харчових звичок починається з дитинства і залежить від оточення і сукупності різних факторів в громаді.
9. Надмірна маса тіла та ожиріння	Можемо впливати	Жирова тканина – це свого роду окремий ендокринний орган, який виробляє багато біологічно активних речовин, що відіграють роль в розвитку ІР та ЦД 2 типу. Тобто, ожиріння є не тільки симптомом ЦД 2 типу, а й однією з причин. Крім того, це не лише ФР для ЦД 2 типу, а й для інших проблем, зокрема дисліпідемії, ССЗ та ін. Враховуючи, що 80 % людей з ЦД 2 типу мають надмірну масу тіла чи ожиріння, на цей ФР слід звертати увагу та починати профілактику ще до його виникнення.

При неефективності чи відсутності коригування способу життя після предіабету розвивається ЦД 2 типу, який може мати вторинні наслідки – ускладнення, що також можуть призводити до інвалідизації та значного погіршення якості життя, а з часом мати фатальні наслідки (рис. 2).



Рисунок 2. Розвиток та можливі ускладнення ЦД 2 типу

Важливо пам'ятати і нагадувати пацієнтам, що ніколи не пізно почати профілактику розвитку наступного етапу ЦД 2 типу, тобто важелі впливу на перебіг захворювання залишаються майже завжди. Проте за відсутності своєчасних дій ефективність наших старань буде меншою.

Класифікація

У цьому розділі ми коротко розглянемо класифікацію усіх видів ЦД (табл. 2). Це потрібно для того, щоб звернути увагу на так звані «червоні прапорці», коли слід подумати про те, що, можливо, у людини є цукровий діабет, але не ЦД 2 типу.

До прикладу, ми звикли, що ЦД 1 типу виникає у дітей з нормальною чи недостатньою масою тіла, а характерний пацієнт із ЦД 2 типу – дорослого віку та має надмірну масу тіла чи інші ФР. Але «класичний» вигляд діабету останнім часом дещо змінився, дослідження вказують на зростання частоти випадків ЦД 2 типу у дітей віком 10-18 років. Ці знання впливають і на діагностику, і

на лікування, і на зусилля, які мають докласти громади та держава для попередження виникнення цього захворювання чи його ускладнень.

Таблиця 2. Класифікація цукрового діабету *

Тип цукрового діабету	Частота	Особливості
ЦД 1 типу	5-10 % усіх випадків ЦД	• основний етіологічний чинник – руйнування острівців β-клітин ПЗ • у більшості випадків наявні аутоантитіла до острівців β-клітин ПЗ • першим проявом може бути кетоацидоз
ЦД 2 типу	90-95 % усіх випадків ЦД	• зазвичай немає аутоантитіл • зазвичай немає необхідності в інсуліні • кетоацидоз нехарактерний • у більшості пацієнтів надмірна маса тіла чи інші ФР
Гіперглікемія, виявлена під час вагітності:		
Гестаційний ЦД	приблизно 14 % всіх вагітностей (від 4 % до 25 % залежно від регіону світу, де проводиться дослідження) близько 50 % жінок з гестаційним діабетом матимуть ЦД 2 типу протягом 5 років після вагітності	• виникає під час вагітності • критерії діагностики і цільові рівні глікемії нижчі, ніж для ЦД 2 типу • після вагітності настає одужання • є сильним чинником ризику для розвитку ЦД 2 типу • часто безсимптомний
ЦД вперше виявлений під час вагітності	Досить рідкісний – 10 % від всіх випадків гіперглікемії, що виникла вперше під час вагітності	• ЦД 1 чи 2 типу, вперше виявлений під час вагітності • тактика лікування – як ЦД 1 чи 2 типу • цільові рівні дещо інші, ніж у невагітних пацієнтів

Тип цукрового діабету	Частота	Особливості
Гібридні форми ЦД:		
Латентний аутоімунний діабет у дорослих (LADA - latent autoimmune diabetes of adults)	2-12 % усіх випадків ЦД	• подібний до ЦД 1 типу, β-клітини руйнуються повільніше, тому симптоми зазвичай виникають у дорослому віці • перші 6-12 місяців не потребує інсуліну, тому може бути розцінений як ЦД 2 типу • характеризується наявністю аутоантитіл.
ЦД 2 типу зі схильністю до кетоацидозу	Досить рідкісний, всього кілька відсотків від всіх випадків діабету (точних даних немає). Проте виявляється у 25-30 % випадків усіх кетоацидозів у дорослих, більш характерно для людей африканського та латиноамериканського походження	• гострий початок • на початку захворювання може потребувати інсулінотерапії, проте пізніше тактика лікування як ЦД 2 типу • характерні епізоди кетоацидозу • не імуніопосередкований
Інші специфічні типи цукрового діабету:		
Моногенний ЦД: 1. Моногенні дефекти функції бета-клітин 2. Моногенні дефекти дії інсуліну	рідкісні випадки	• викликані генними мутаціями • симптоми виникають в ранньому дитинстві або до досягнення юного віку • характерна виражена ІР при нормальній чи зниженій вазі • зазвичай потребує інсулінотерапії
ЦД з інших причин	рідкісні випадки	• захворювання ПЗ (гострий панкреатит, травма, пухлина чи ін.) • ендокринні захворювання з надмірною секрецією антагоністів інсуліну (синдром Кушинга, феохромоцитома, акромегалія, тиреотоксикоз)

	• спричинений дією ліків (глюкокортикоїди, тiazиди, гормони щитоподібної залози (ЩЗ), АРТ) • спричинений інфекційними захворюваннями (вроджена краснуха та ін.) • пов'язаний з рідкісними аутоімунними захворюваннями • інші генетичні синдроми, що іноді асоціюються з цукровим діабетом (синдром Дауна, синдром Кляйнфельтера, порфірія та ін.)
Некласифікований цукровий діабет	Тимчасовий діагноз, який встановлюється на період визначення остаточного діагнозу при виникненні сумнівів

**детальніше з класифікацією можна ознайомитись в документі Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ) за 2019 рік, з того часу в класифікацію були внесені лише незначні для клінічної практики зміни.*

Виділяють ще одну форму діабету – **ЦД 5 типу** – пов'язаний із недостатнім харчуванням і надходженням поживних речовин в організм в дитячому віці або в період внутрішньоутробного розвитку, внаслідок чого ПЗ залишається недостатньо розвиненою, виникає ІР, а недостатнє виділення інсуліну недорозвиненою ПЗ швидко перестає забезпечувати потреби організму.

Ймовірно, на цей тип ЦД, для якого настанови лише починають розробляти з кінця 2025 року, ми ще звернемо увагу в майбутньому, адже в Україні зростає покоління дітей, що могли мати недостатнє харчування у зв'язку із війною, наприклад, діти із прифронтових територій, та ті, які проживають в зоні активних бойових дій чи на тимчасово окупованих територіях.

Для чого ж ми в окремому розділі розглядаємо рідкісні типи діабету, якщо ЦД 2 типу складає 90-95 % усіх випадків? Справді, одним із принципів ПМД є врахування поширеності захворювань в громаді. Отже, при наявності характерних для ЦД 2 типу ознак у більшості випадків діагноз буде зрозумілим, і слід якнайшвидше почати відповідні заходи, щоб попередити розвиток ускладнень.

Проте при наявності деяких ознак слід все ж звернутись до цього розділу та розглянути можливість додаткової діагностики і перенаправлення пацієнта для виключення діагнозу одного із більш рідкісних видів цукрового діабету.

«Червоні прапорці», що можуть свідчити про нетиповий перебіг або інший тип ЦД:

- нормальна маса тіла та відсутність інших чинників ризику;
- кетоацидоз, що вперше виник у дорослої людини;
- недостатня або відсутня відповідь на стандартне лікування;
- нормоглікемія досягається дуже малими дозами інсуліну;
- різкий початок діабету у людей похилого віку із ознаками схуднення;
- наявність разом із гіперглікемією ознак вроджених вад, м'язової слабкості, порушень слуху;
- виражений сімейний анамнез діабету (одночасно батьки, сиблінги (брати, сестри) та діти мають ЦД);
- розвитку діабету передували травми, гастроінтестинальні симптоми чи ознаки панкреатиту.

Особливості ведення порушень вуглеводного обміну в окремих групах населення

У деяких груп населення існує підвищений ризик розвитку ЦД 2 типу через супутні захворювання, медикаментозну терапію чи вплив інших факторів (табл. 3). Для таких пацієнтів необхідний більш уважний підхід до скринінгу та профілактики діабету.

Таблиця 3. Особливості скринінгу, профілактики та ведення порушень вуглеводного обміну в окремих групах населення

Група ризику	Основні причини / ФР	Особливості скринінгу та моніторингу	Важливі зауваження / Додаткові дії
Пацієнти із ССЗ	Спільні ФР (див. табл. 1)	Регулярний скринінг на предіабет/ЦД 2 типу для всіх осіб з ССЗ.	20–30 % пацієнтів із ішемічною хворобою серця (ІХС) вже мають цукровий діабет.
Люди, які живуть з ВІЛ	Антиретровірусна терапія (ІП, НІЗТ) викликає ІР, апоптоз β-клітин, ліподистрофію	Тільки глюкоза плазми натще (ГПН) (HbA1c може бути хибно заниженим). Перед АРТ, під час зміни лікування, через 3–6 міс. після початку/зміни лікування, далі — щорічно.	Розглянути заміну препаратів АРТ, що викликають гіперглікемію (за наявності безпечних альтернатив).
Пацієнти, які приймають антипсихотичні препарати 2-го покоління	Збільшення маси тіла, гормональна дисрегуляція, підвищення апетиту, ІР	На початку терапії, через 12–16 тижнів (або раніше), далі — щорічно. Моніторинг індексу маси тіла (ІМТ), окружності талії, глюкози/HbA1c, ліпідів, АТ.	Найвищий ризик збільшення маси тіла та розвитку ЦД – при прийомі клозапіну та оланзапіну.
Пацієнти, які приймають глюкокортикоїди	Глюкокортикоїд-індукована ІР	Визначення рівня глюкози плазми після прийому їжі (можливо, через 1–2 години після їжі) або випадкового рівня глюкози (натще показник може бути нормальним і не виключає порушення вуглеводного обміну).	Обов'язкове навчання пацієнтів симптомат гіперглікемії при тривалих курсах або високих дозах (≥ 5 мг преднізолону).

Детальніші клінічні підходи до скринінгу та ведення окремих груп населення

Люди із ССЗ мають підвищений ризик наявності порушень вуглеводного обміну.

Скринінг на предіабет або діабет слід проводити у людей, які приймають статини чи тiazидні діуретики, оскільки ці класи ліків збільшують ризик підвищення рівня глюкози.

Важливо не забувати проводити скринінг ЦД 2 типу у всіх осіб з артеріальною гіпертензією (АГ) та в осіб з рівнем ліпопротеїдів високої щільності (ЛПВЩ) $< 0,9$ ммоль/л і/або рівнем тригліцеридів $> 2,8$ ммоль/л.

Люди, які живуть з ВІЛ, мають підвищений ризик розвитку предіабету та ЦД 2 типу. Прийом антиретровірусних препаратів може додатково підвищувати цей ризик. У зв'язку з цим рекомендується проведення скринінгу на предіабет і ЦД 2 типу.

Ризик розвитку діабету підвищується при застосуванні деяких інгібіторів протеази (ІП) та інгібіторів зворотної транскриптази — нуклеозидних/нуклеотидних (НІЗТ). Виникнення діабету *de novo* трапляється більш ніж у 5 % осіб з ВІЛ, які отримують ІП, тоді як понад 15 % можуть мати предіабет. Прийом ІП може викликати ІР і також призводити до апоптозу β -клітин підшлункової залози. НІЗТ впливають на розподіл жирової тканини (як ліпогіпертрофія, так і ліпоатрофія), що пов'язано з ІР.

У людей з ВІЛ та АРВ-асоційованою гіперглікемією може бути доцільним розглянути відміну тих АРВ-препаратів, що можуть викликати гіперглікемію, якщо доступні безпечні та ефективні альтернативи. Перед заміною АРВ-терапії необхідно ретельно оцінити можливий вплив на вірусологічний контроль ВІЛ, а також потенційні побічні ефекти нових АРВ-препаратів.

Особи, які отримують антипсихотичні препарати другого покоління (клозапін, оланзапін, кветіапін, рисперидон, паліперидон, zipразидон, арипіпразол, луразидон, амисульприд), потребують ретельного моніторингу глікемії через підвищений ризик розвитку ЦД 2 типу, що часто поєднується з дисліпідемією та збільшенням маси тіла. Основними механізмами набору маси тіла при застосуванні антипсихотиків є підвищення апетиту, надмірне споживання їжі та затримка сигналу насичення.

Глюкоза натще не використовується в якості скринінгового тесту, адже такий метод може призвести до недостатньої діагностики та затримки лікування. Обов'язковим є навчання пацієнтів симптомам гіперглікемії, особливо при тривалому лікуванні або застосуванні високих доз глюкокортикоїдів (≥ 5 мг преднізолону або еквівалент).

Протоколи скринінгу глюкокортикоїд-індукованого діабету, а також погіршення глікемічного контролю в осіб із уже наявним цукровим діабетом, впроваджуються непослідовно, попри високу частоту розвитку цього стану (приблизно 18–32 % пацієнтів, які отримують супрафізіологічні дози глюкокортикоїдів).

Група ризику	Основні причини / ФР	Особливості скринінгу та моніторингу	Важливі зауваження / Додаткові дії
Стоματοлогічні пацієнти	Взаємозв'язок між пародонти- том та діабетом	Скринінг в стоматологічній практиці та направлення до лікаря первинної ланки (сімейного лікаря).	~ 30 % осіб віком ≥ 30 років у стоматологічній практиці мають недіагностова- ні порушення глікемії.
Жінки з гестаційним діабетом (ГЦД) в анамнезі	Збільшення маси тіла, гор- мональна дисре- гуляція, СПКЯ, спадковість, дисліпідемія, АГ, низька фізична активність, пре- діабет	Повторне тестування у післяпологовому періоді, далі — щорічний скринінг на ЦД 2 типу пожиттєво.	Потребують регулярного обстеження не лише на діабет, а й стану сер- цево-судинної системи.
Жінки із синдромом полікістоз- них яєчників (СПКЯ)*	Метаболічні по- рушення, пов'я- зані з СПКЯ	Скринінг кожні 1–3 роки. Найточніший метод — пероральний тест на толерантність до глюкози (ПТТГ) незалежно від ІМТ.	> 50 % жінок із СПКЯ мають ЦД 2 типу ще до досягнення віку 40 років.
Діти та підлітки з надмірною масою тіла/ ожирінням	ІМТ ≥ 85 -95 пер- центилу + обтя- жений сімейний анамнез, ГЦД у матері, етнічна приналежність, ознаки ІР	Скринінг починати після початку статевого дозрівання або після досягнення віку 10 років.	Особлива увага до дітей з чорним аканто- зом (Acanthosis nigricans), АГ, дисліпідемією.

Детальніші клінічні підходи до скринінгу та ведення окремих груп населення

Через взаємозв'язок між пародонтитом і діабетом дослідили корисність скринінгу в стоматологічній практиці з подальшим направленням пацієнтів до первинної ланки медичної допомоги в якості способу покращити діагностику предіабету та діабету.

Медикам слід прицільно звертати увагу на стоматологічний анамнез пацієнтів: якщо у людини виявлений пародонтит, слід порекомендувати провести аналіз глікемії натще.

Інформування стоматологічної служби щодо ризиків ЦД 2 типу у пацієнтів із пародонтитом та залучення цієї служби може зменшити час діагностики та встановлення діагнозу ЦД 2 типу.

Дані свідчать, що у жінок з ГЦД в анамнезі підвищений серцево-судинний ризик, навіть за умови нормального рівня глюкози після пологів. Оскільки ГЦД є предиктором майбутніх кардіометаболічних ускладнень, жінкам з ГЦД в анамнезі слід регулярно проходити обстеження не лише на діабет, а й на стан серцево-судинної системи.

Глікемічний статус таких пацієнток слід переглядати кожні 1-3 роки на основі додаткових індивідуальних ФР діабету. За неможливості його проведення можна розглянути тест на рівень глюкози натще та/або HbA1c, але це суттєво знижує точність діагностики.

Скринінг на предіабет або ЦД 2 типу з урахуванням ризиків слід розглядати після початку статевого дозрівання або після досягнення віку 10 років, залежно від того, що настане раніше, для дітей і підлітків із надмірною масою тіла ($IMT \geq 85$ -го перцентилю) або ожирінням ($IMT \geq 95$ -го перцентилю), у яких до того ж наявний один або кілька наступних ФР діабету:

- материнський анамнез діабету або гестаційного цукрового діабету під час вагітності цієї дитиною;
- сімейний анамнез ЦД 2 типу в родичів першого або другого ступеня спорідненості;
- приналежність до раси, етнічної групи або походження з високим ризиком (представники корінних народів Америки, особи афро-карибського походження, особи африканського походження, особи латиноамериканського походження, особи південноазійського походження (Індія, Пакистан, Бангладеш));
- ознаки ІР або стани, пов'язані з ІР (Acanthosis nigricans (чорний акантоз), АГ, дисліпідемія, СПКЯ, велика або мала для гестаційного віку маса тіла при народженні).

Група ризику	Основні причини / ФР	Особливості скринінгу та моніторингу	Важливі зауваження / Додаткові дії
Пацієнти, які приймають системну протипухлинну терапію	Прийом інгібіторів контрольних точок (ICIs), інгібіторів PI3K α , mTOR. Ризик аутоімунного ЦД та діабетичного кетоацидозу (ДКА)	Залежить від препарату: глюкоза натще/ випадкова, HbA1c перед початком терапії, під час кожного візиту (або за графіком) та після терапії.	При виявленні ICI-індукованого діабету — негайне направлення до ендокринолога (призначення інсуліну).
Люди, які живуть в умовах війни та надзвичайних ситуацій (ветерани, внутрішньо переміщені особи (ВПО), особи з посттравматичним стресовим розладом (ПТСР))	Хронічний психосоціальний стрес, ПТСР	Поеднання скринінгу психічного стану з оцінкою ФР ЦД 2 типу.	Жінки з вираженими симптомами ПТСР мають майже вдвічі вищий ризик розвитку ЦД 2 типу та набору ваги.

***Примітка:** У 2026 році міжнародні експертні організації запропонували нову назву СПКЯ — поліендокринний метаболічний синдром яєчників (ПМСЯ), щоб краще відобразити метаболічні та ендокринні прояви цього стану. Однак у цьому посібнику використовується термін «синдром полікістозних яєчників (СПКЯ)», оскільки він наразі є більш поширеним у клінічній практиці та нормативних документах України.

Детальніші клінічні підходи до скринінгу та ведення окремих груп населення

В осіб, які отримують ICIs, рівень глюкози плазми натще або випадкової (рандомної) глюкози плазми слід вимірювати перед початком лікування, під час кожного візиту або при появі симптомів чи ознак гіперглікемії під час лікування або після його припинення.

В осіб, які отримують інгібітори PI3K α , рівень глюкози плазми натще або випадкової глюкози плазми та HbA1c слід вимірювати перед початком лікування; випадкову глюкозу плазми — щотижнево протягом перших 2 тижнів терапії, а надалі — кожні 4 тижні протягом лікування. Розглянути доцільність проведення тесту на HbA1c кожні 3 місяці під час лікування.

В осіб, які отримують інгібітори mTOR, рівень глюкози плазми натще або випадкової глюкози плазми слід вимірювати перед початком лікування та під час кожного візиту протягом усього періоду терапії. Розглянути доцільність проведення тесту на HbA1c кожні 3 місяці під час лікування.

Прийом ICIs, включно з інгібіторами PD-1 (наприклад, ніволумаб) і PD-L1 (наприклад, дурвалумаб), а також, меншою мірою, антитілами проти CTLA-4 (наприклад, іпіліумаб), асоціюється з розвитком вперше діагностованого аутоімунного діабету поряд з іншими імунозалежними побічними ефектами.

Аутоімунний діабет, індукований ICIs, виникає у 0,6–1,4 % пацієнтів, часто маніфестує як ДКА і майже завжди потребує довічної інсулінотерапії. Незважаючи на пік захворюваності протягом 2–3 місяців від початку лікування, дебют ICi-індукованого діабету можливий у будь-який час під час терапії та навіть після її припинення. Як і осіб із вперше діагностованим ЦД 1 типу, пацієнтів із ICi-індукованим діабетом слід негайно направляти до ендокринолога та забезпечити належне навчання з самоконтролю діабету.

Воєнні дії та пов'язаний із ними хронічний психосоціальний стрес асоціюються з підвищеним ризиком розвитку ЦД 2 типу. Наразі в Україні відсутні окремі настанови чи масштабні дослідження, які б оцінювали вплив воєнного стресу та вимушеного переміщення на ризик розвитку ЦД 2 типу.

Міжнародний досвід свідчить, що серед ВПО рівень захворюваності на ЦД 2 типу часто вищий, ніж серед інших груп населення, через втрату стабільного середовища, зміни в раціоні харчування та підвищений рівень стресу. За даними Diabetes Spectrum, серед переміщеного українського населення у понад 2,63 мільйона українців є серцево-судинні захворювання, а у понад 615 000 людей — діабет. Крім того, за даними Національної медичної бібліотеки, з 40 000 дорослих, які знаходяться під медичним наглядом з приводу захворювання на діабет, лише приблизно 25 % підтримують стійкий контроль глюкози.

Дослідження, проведені в Україні, демонструють, що вплив війни носить кумулятивний характер і призводить до погіршення метаболічного контролю. Зокрема, було зафіксовано достовірне підвищення рівня HbA1c у пацієнтів із ЦД 2 типу під час війни, а частка осіб із декомпенсованим перебігом захворювання суттєво зросла. Найбільш негативний вплив спостерігався серед осіб, які перебували безпосереднього в зонах бойових дій, в окупації або були змушені до тривалого переміщення.

Відповідно, проживання в умовах тривалого воєнного стресу доцільно розглядати як додатковий ФР розвитку хронічних неінфекційних захворювань, а під час надання медичної допомоги необхідно поєднувати скринінг стану психічного здоров'я з оцінкою ФР ЦД 2 типу.

II. ОЦІНКА СТАНУ ПАЦІЄНТА

Ключові повідомлення:



Своєчасна оцінка ризику розвитку ЦД 2 типу дозволяє виявити людей із підвищеним ризиком та розпочати профілактичні втручання до розвитку захворювання.



Скринінг і раннє виявлення порушень вуглеводного обміну є важливою складовою роботи сімейного лікаря, оскільки на ранніх етапах захворювання часто має безсимптомний перебіг.



Комплексна оцінка стану пацієнта вимагає застосування чітких діагностичних критеріїв та визначення серцево-судинного ризику, що дозволяє обрати оптимальну тактику подальшого ведення пацієнта.

Оцінка стану пацієнта — перший і ключовий етап у роботі медика для профілактики ЦД 2 типу. Важливими складовими цього етапу є скринінг і раннє виявлення порушень вуглеводного обміну, які проводяться із застосуванням чітких діагностичних критеріїв. Це дає змогу не лише своєчасно встановити діагноз, але й визначити подальшу тактику ведення пацієнта, зокрема профілактичні втручання та контроль ФР.

Скринінг

Скринінг – це комплекс заходів, спрямованих на виявлення хвороби чи стану шляхом проведення тестування у людей, які були відібрані серед всього населення, як такі, що знаходяться в групі ризику виникнення такої хвороби чи стану, проте ще не мають характерних симптомів.

Як стає зрозумілим із визначення, тестування не слід проводити усім людям, бо це збільшує кількість хибно-позитивних результатів, а також призводить до значних витрат і великого навантаження на систему охорони здоров'я. Саме тому для того, щоб відбувся скринінг на певне захворювання, нам потрібно спершу визначити критерії відбору людей для проходження такого скринінгу. В цьому можуть допомогти, наприклад, стандартизовані опитувальники для пацієнтів, такі як **FINDRISC (Finnish Diabetes Risk Score)** (Додаток 1) або **Тест ADA (American Diabetes Association)**.

Скринінгові програми можуть бути різними у кожній країні, однак їх затвердження та впровадження здійснюється на державному рівні. Окремі громади чи установи, заклади охорони здоров'я чи лікарські практики не можуть мати власних скринінгів (або як іноді їх називають «чек-апів»), відмінних від затверджених державою.

Залежно від підходу до організації, розрізняють **систематичний** та **опортуністичний скринінг**.

Систематичний скринінг – структурована форма скринінгу, що проводиться в межах організованої програми, яка дозволяє завчасно виявляти всіх осіб із визначеної цільової групи та запрошувати їх до участі у скринінгових заходах. Відбір здійснюється на основі заздалегідь визначених критеріїв (вік, стать або конкретні ФР) відповідно до рекомендацій та політик у сфері охорони здоров'я.

Опортуністичний скринінг – форма скринінгу, що проводиться під час планових візитів до медичних закладів або прийомів, ініційованих з причин, не пов'язаних із конкретним захворюванням чи ФР. Такий скринінг ініціюється або за пропозицією медичного працівника, або на прохання пацієнта і базується на медичній експертній думці щодо наявності ФР.

В умовах України значна частина заходів із раннього виявлення неінфекційних захворювань, зокрема ЦД 2 типу, реалізується саме через опортуністичний скринінг на рівні первинної медичної допомоги. Так, наприклад, програма «Скринінг здоров'я 40+» передбачає визначення цільової вікової групи, що відповідає принципам систематичного скринінгу. Водночас на практиці її реалізація на рівні первинної медичної допомоги нерідко відбувається за опортуністичним підходом, коли обстеження проводиться під час звернення пацієнта або за його ініціативою. Таким чином, цю програму можна розглядати як приклад поєднання систематичного та опортуністичного підходів.

В Україні скринінгові програми затверджені Наказом МОЗ України № 504 «Про затвердження Порядку надання первинної медичної допомоги» (табл. 4). У Додатку 2 «ПЕРЕЛІК медичних втручань та скринінгів у межах ПМД для груп пацієнтів з підвищеним ризиком розвитку захворювань» визначено порядок проведення скринінгу ЦД 2 типу. В таблиці 4 наведено ті положення Додатку 2, які використовуються в межах цього розділу.

Таблиця 4. Перелік медичних втручань та скринінгів у межах ПМД для груп пацієнтів з підвищеним ризиком розвитку захворювань

Нозологія	Групи пацієнтів з підвищеним ризиком розвитку захворювань		Методи виявлення	Періодичність обстеження
	фактори ризику (ФР)	вікові групи		
Гіпертонічна хвороба та інші серцево-судинні (ССЗ) **	Підвищення АТ; тютюнокуріння; надмірна маса тіла; цукровий діабет; обтяжений спадковий анамнез; зловживання алкоголем	Ч – 40 років і старші. Ж – 50 років і старші	Вимірювання АТ; оцінка загального серцево-судинного ризику за шкалою SCORE; вимірювання індексу маси тіла; вимірювання окружності талії; вимірювання загального холестерину	Кожні 2 роки. За наявності ФР – щороку

Нозологія	Групи пацієнтів з підвищеним ризиком розвитку захворювань		Методи виявлення	Періодичність обстеження
	фактори ризику (ФР)	вікові групи		
Цукровий діабет**	Надмірна маса тіла; обтяжений спадковий анамнез; гестаційний діабет; зловживання алкоголем	45 років і старші. До 45 років, якщо є ФР ССЗ	Оцінка загально-го серцево-судинного ризику за шкалою SCORE; вимірювання індексу маси тіла; вимірювання окружності талії; вимірювання цукру крові натще; вимірювання загального холестерину	Щороку

* Цей перелік не застосовується для діагностики захворювань за наявності відповідних симптомів, моніторингу перебігу виявлених захворювань, контролю лікування захворювань. За наявності симптомів захворювань обсяг обстеження визначається галузевим стандартом у сфері охорони здоров'я.

** У разі, якщо пацієнт отримав медичну послугу «Скринінг здоров'я осіб віком від 40 років», результати такого скринінгу враховуються протягом 12 місяців під час ведення та лікування пацієнтів.

{Додаток 2 із змінами, внесеними згідно з Наказами Міністерства охорони здоров'я № 1834 від 01.11.2024, з урахуванням змін, внесених Наказом Міністерства охорони здоров'я № 1955 від 21.11.2024; № 19 від 07.01.2026, з урахуванням змін, внесених Наказом Міністерства охорони здоров'я № 64 від 19.01.2026}

Цей Наказ передбачає проведення тестування, а саме вимірювання рівня цукру крові натще, усім пацієнтам віком 45 років та старше щороку, а також людям, молодше 45 років за наявності ФР, описаних у другому стовпці (інші методи виявлення зі стовпця 4 дублюють обстеження, необхідні для скринінгу гіпертонічної хвороби та інших ССР).

Також, у 2026 році діє Національна програма «Скринінг здоров'я 40+», яка передбачає проведення тестування – визначення HbA1c – усім людям, 40 і старше років, які звернуться для отримання такої послуги.

Державна скринінгова програма може відрізнятися від рекомендацій професійних асоціацій чи наукових установ, адже державний скринінг:

- не може змінюватись так часто, як з'являються нові настанови та дослідження, бо зміни потребують дуже багато ресурсів – матеріальних та адміністративних;
- має враховувати поширеність захворювання в популяції даної країни та особливості надання медичної допомоги і її доступності;
- залежить від фінансових ресурсів та подій в країні (наприклад, війна може значно уповільнити розвиток медичної допомоги в країні).

Разом з тим, ми, як медики опиняємось в ситуації, коли повинні дотримуватись законодавства України, безперервно розвиватись професійно та пропонувати нашим пацієнтам найкращі та найбезпечніші варіанти медичних послуг, ефективність яких заснована на доказах.

В табл. 5. «Скринінг на ЦД 2 типу» враховані Стандарти допомоги при Діабеті ADA зі змінами 2026 року, а також УКПМД «Цукровий діабет 2 типу у дорослих» від 24.02.2024 р. і Наказ МОЗ України № 504 в редакції 03.02.2026 року «Про затвердження Порядку надання первинної медичної допомоги».

Таблиця 5. Скринінг на ЦД 2 типу

Вікова категорія	Цільова група/ Умови	Частота скринінгу
< 35 років	Усі пацієнти, що не мають ФР і симптомів	Скринінг не доцільний
	- Пацієнтки з гестаційним діабетом в анамнезі - Люди з підвищеним ІМТ + хоча б 1 пункт з «Модифікаторів ризику» (їх наведено під таблицею)	1 раз на 3 роки (а згідно Наказу МОЗ № 504 – 1 раз на рік)
	Особи з предіабетом	1 раз на рік
35 – 45 років	Усі пацієнти цієї вікової категорії без ФР	1 раз на 3 роки (згідно з настановами ADA, такий скринінг є доцільним, також це описано в УКПМД, а згідно Наказу МОЗ № 504 – скринінг не потрібен)
	- Пацієнтки з гестаційним діабетом в анамнезі - Люди з підвищеним ІМТ + хоча б 1 пункт з «Модифікатори ризику» (їх наведено під таблицею)	1 раз на 3 роки (а згідно Наказу МОЗ № 504 – 1 раз на рік)
	- Пацієнти з предіабетом - Пацієнти з хоча б одним ФР (з Наказу МОЗ № 504) - Пацієнти, що звернулись для отримання послуги «Скринінг здоров'я 40+» (виконується HbA1C)	1 раз на рік
45 років і старше	Усі пацієнти	1 раз на рік
Усі вікові категорії	Окремі групи населення	Див. розділ «Особливості ведення порушень вуглеводного обміну в окремих групах населення»

«Модифікатори ризику»:

- наявність родичів першого ступеня з діабетом;

- раса/етнічна приналежність, для якої характерний високий ризик захворювання (наприклад, особи африканського, латиноамериканського та азійського походження);
- ССЗ в анамнезі;
- гіпертонія ($\geq 130/80$ мм рт. ст. чи прийом антигіпертензивних препаратів);
- рівень холестерину ЛПВЩ $< 0,90$ ммоль/л та/або рівень тригліцеридів $> 2,82$ ммоль/л;
- жінки з СПКЯ;
- особи з низьким рівнем фізичної активності;
- інші клінічні стани асоційовані з IP (наприклад, важке ожиріння, чорний акантоз).

Згідно Стандартів допомоги при діабеті ADA для скринінгу слід використовувати ті ж аналізи, що й для діагностики. Відмінності та особливості виконання цих аналізів ми розглянемо у розділі «Критерії предіабету та встановлення діагнозу ЦД 2 типу».

Раннє виявлення

Раннє виявлення відрізняється від скринінгу тим, що передбачає наявність у людини симптомів, які можуть бути ознаками певного захворювання (рис. 3).



Рисунок 3. Відмінність скринінгу від ранньої діагностики залежно від початку симптомів

Зображення адаптовано з посібника «Програми скринінгу: короткий посібник. Підвищення ефективності, максимізація користі та мінімізація шкоди», ВООЗ.

Для раннього виявлення потрібно звертати увагу на ранні симптоми (або діабет-асоційовані захворювання і стани) ЦД 2 типу:

- частіше, ніж зазвичай сечовипускання;
- спрага;
- відчуття голоду навіть при достатньому харчуванні;
- втома та загальна слабкість без іншої видимої причини;
- повільне загоєння ран;
- порушення чутливості в долонях та стопах – затерпання, поколювання, біль;
- СПКЯ;
- ССЗ (можуть бути і причиною і наслідком ЦД 2 типу);
- часті інфекції, особливо інфекції сечовивідних шляхів;
- свербіж статевих органів.

Для ефективного раннього виявлення потрібна робота не лише медиків, але і громад, організацій та установ, таких як ДУ «Центр громадського здоров'я МОЗ України» (ЦГЗ) і Центрів контролю та профілактики хвороб МОЗ України, спрямована на підвищення обізнаності людей щодо ранніх симптомів виникнення діабету та своєчасного звернення за медичною допомогою.

Критерії предіабету та встановлення діагнозу ЦД 2 типу

Предіабет – це стан, при якому рівень цукру в крові вищий за норму, але ще не досягає критичних значень, характерних для цукрового діабету. У МКХ-10 предіабет має **код R73.0 — підвищений рівень глюкози в крові (ICPC-2: A91).**

У пацієнта встановлюється предіабет у разі порушення глікемії натще та/або порушення толерантності до глюкози та/або показників HbA1c. Відповідні порогові діагностичні значення наведені в таблиці 6.

Таблиця 6. Критерії визначення предіабету у невагітних дорослих

Показник	Предіабет
Глюкоза плазми натще	100–125 мг/дл (5,6–6,9 ммоль/л)
Глікований гемоглобін	5,7–6,4 % (39–47 ммоль/моль)
2-годинна глюкоза плазми під час 75-грамового ОГТТ	140–199 мг/дл (7,8–11,0 ммоль/л)

Для підлітків із результатами аналізу на глікований гемоглобін або глюкози плазми натще, що вказують на предіабет, або з розбіжними результатами цих тестів, варто провести додаткове обстеження за допомогою перорального глюкозотолерантного тесту, особливо у пацієнтів із множинними факторами ризику розвитку ЦД 2 типу, оскільки ПГТТ є більш чутливим методом, ніж аналіз на HbA1c та ГПН.

Діагноз ЦД 2 типу можна встановити на підставі рівня глікованого гемоглобіну або плазмової глюкози. До критеріїв діагностики належать (табл. 7):

- глюкоза плазми натще;
- 2-годинна глюкоза плазми під час перорального глюкозотолерантного тесту (ПГГТ) з навантаженням 75 г глюкози;
- випадковий рівень глюкози в поєднанні з класичними симптомами гіперглікемії (наприклад, поліурія, полідипсія та незрозуміла втрата маси тіла) чи гіперглікемічними кризами (тобто ДКА та/або гіперглікемічний гіперосмолярний стан (ГГС)).

Відповідно до змін до УКПМД «Цукровий діабет 2 типу у дорослих» (2024), діагноз ЦД 2 типу може встановлювати лікар загальної практики – сімейний лікар або лікар-ендокринолог.

Таблиця 7. Критерії визначення ЦД 2 типу у невагітних дорослих

Метод діагностики	Діагностичний поріг	Умови проведення / Примітки
Глікований гемоглобін	$\geq 6,5 \%$ (≥ 48 ммоль/моль)	Аналіз має виконуватися в лабораторії з використанням сертифікованого та стандартизованого методу, можна здавати не натще
Глюкоза плазми натще	≥ 126 мг/дл ($\geq 7,0$ ммоль/л)	Відсутність калорійного споживання протягом щонайменше 8 годин
2-годинна глюкоза плазми	≥ 200 мг/дл ($\geq 11,1$ ммоль/л)	Пероральний глюкозотолерантний тест з навантаженням 75 г безводної глюкози, проведений згідно з рекомендаціями ВООЗ*
Випадкова глюкоза плазми	≥ 200 мг/дл ($\geq 11,1$ ммоль/л)	За наявності класичних симптомів гіперглікемії або гіперглікемічного кризу; вимірювання у будь-який час доби

***Примітка:** За відсутності однозначної гіперглікемії (наприклад, ДКА або ГГС) для встановлення діагнозу необхідні два патологічні результати (два різні тести або повтор того ж тесту в інший день). Гіперглікемія, пов'язана з гострим стресором (наприклад, гострою інфекцією або хірургічним втручанням), не є діагностичним критерієм діабету.*

Як відрізнити ЦД 1 типу від ЦД 2 типу? Важливо розрізняти ЦД 2 типу та ЦД 1 типу, оскільки тактика їх ведення відрізняється. ЦД 2 типу характеризується гіперглікемією, інсулінорезистентністю та відносним порушенням секреції інсуліну. Натомість основною характеристикою ЦД 1 типу є абсолютний дефіцит інсуліну, який зазвичай спричинений імуніопосередкованим руйнуванням бета-клітин підшлункової залози, на що вказує наявність аутоантитіл. Інсулінорезистентність також може бути присутня при ЦД 1 типу.

На момент маніфестації захворювання розрізнити ЦД 1 типу та ЦД 2 типу може бути складно. Однак наявність панкреатичних аутоантитіл вважається діагностичним критерієм ЦД 1 типу. Жоден набір критеріїв або діагностичний тест не дозволяє надійно розрізнити ЦД 1 типу та ЦД 2 типу. Тому диференціація між цими двома типами ґрунтується на поєднанні клінічної картини та анамнезу, і підкріплюється результатами лабораторних досліджень.

Клінічні характеристики, що допомагають диференціювати ЦД 1 та 2 типу:

- **тілобудова (конституція)** – пацієнти з ЦД 2 типу зазвичай мають ожиріння (індекс маси тіла $\geq$ 95-го перцентиля для відповідного віку та статі). Діти з ЦД 1 типу частіше не мають надмірної маси тіла та можуть мати в анамнезі недавню втрату ваги. Водночас на момент встановлення діагнозу понад 25 % дітей із ЦД 1 типу можуть мати надмірну вагу або ожиріння (ІМТ $\geq$ 85-го перцентиля);
- **вік** – у молоді ЦД 2 типу зазвичай маніфестує після початку статевого дозрівання, і майже всі випадки виникають у віці після 10 років. Натомість приблизно у 50 % дітей та підлітків з ЦД 1 типу захворювання маніфестує у віці до 10 років;
- **інсулінорезистентність** – пацієнти з ЦД 2 типу зазвичай мають клінічні ознаки, пов'язані з інсулінорезистентністю, такі як чорний акантоз, АГ, дисліпідемія та синдром полікістозних яєчників (СПКЯ), які рідко зустрічаються при ЦД 1 типу;
- **сімейний анамнез** – від 75 % до 90 % пацієнтів з ЦД 2 типу мають родичів першого або другого ступеня споріднення, у яких діагностований ЦД 2 типу, тоді як лише до 10 % пацієнтів з ЦД 1 типу мають родичів першого або другого ступеня споріднення, які страждають на ЦД 1 типу;
- **кетацидоз** – наявність ДКА підтверджує діагноз ЦД 1 типу, але не виключає ЦД 2 типу;
- **панкреатичні аутоантитіла** – наявність панкреатичних аутоантитіл (до декарбоксилази глутамінової кислоти, інсуліно-асоційованого антигену 2/тирозинфосфатази, аутоантитіл до інсуліну або антитіл до транспортера цинку 8) підтверджує діагноз ЦД 1 типу. Однак до 10 % підлітків з ЦД 2 типу, діагностованим на основі клінічного фенотипу, мають ознаки аутоімунного ураження бета-клітин. Таким чином, патофізіологічні особливості обох типів діабету можуть співіснувати у одного пацієнта, особливо якщо він має надмірну масу тіла або ожиріння;
- **рівні інсуліну та С-пептиду** – рівень С-пептиду (та/або рівень інсуліну в сироватці крові, якщо інсулінотерапія ще не була розпочата), визначений після досягнення глікемічного контролю, також може надати клінічно корисну інформацію. Низькі рівні С-пептиду підтверджують діагноз ЦД 1 типу, але їх слід інтерпретувати з обережністю, оскільки вони також можуть бути низькими на момент встановлення діагнозу ЦД 2 типу. Рівні інсуліну в сироватці крові та С-пептиду натще не стандартизовані для диференціації між 1 та 2 типами діабету.

За підозри ЦД 1 типу, або при сумнівному діагнозі ЦД 2 типу, пацієнта необхідно скерувати до лікаря-ендокринолога.

III. ПРОФІЛАКТИКА

Ключові повідомлення:



Рівень медичної грамотності людини суттєво впливає на її щоденні рішення, які визначають стан здоров'я.



Профілактика ЦД 2 типу ґрунтується насамперед на модифікації способу життя: достатній фізичній активності, раціональному харчуванні, контролі маси тіла, відмові від куріння та дотриманні здорового режиму сну. Навіть помірні зміни способу життя можуть значно знизити ризик розвитку діабету.



Первинна ланка медичної допомоги відіграє ключову роль у профілактиці, адже саме тут відбувається раннє виявлення факторів ризику та предіабету.



Крім клінічної роботи з пацієнтами, фахівці первинної медичної допомоги можуть виступати важливими партнерами органів місцевого самоврядування, надаючи дані про потреби населення та адвокату-ючи рішення, спрямовані на формування середовища, що підтримує здоровий спосіб життя та знижує ризик розвитку захворювань.



Раннє виявлення предіабету створює можливість запобігти розвитку захворювання за допомогою своєчасних профілактичних втручань.



Профілактика є більш ефективною та менш витратною, ніж лікування ускладнень цукрового діабету.



Кожна взаємодія з пацієнтом є можливістю для профілактичного консультування та підтримки здорової поведінки.

Людина щодня підпадає під вплив різних факторів ризику. Частина з них пов'язана з її поведінкою та особистим вибором (наприклад, низька фізична активність чи незбалансоване харчування), інші — із середовищем, у якому вона живе і працює (забруднене повітря, професійні ризики). Вплив цих факторів має наслідки для здоров'я, але не завжди люди достатньо обізнані про ці ризики.

У повсякденному житті кожен ухвалює численні рішення, які впливають на здоров'я: що покласти до продуктового кошика, скільки часу приділити фізичній активності, як організувати відпочинок, коли звернутися до лікаря і чи дотримуватися призначених ним рекомендацій. Частина рішень є свідомими, інші приймаються майже автоматично. Їх ефективність та вплив на здоров'я значною мірою залежить від рівня медичної грамотності — здатності людини знаходити, розуміти, оцінювати та застосовувати інформацію й послуги у сфері здоров'я.

Медична грамотність – не лише розуміння термінів, а й здатність людини отримувати, розуміти, обробляти та використовувати медичну інформацію для прийняття обґрунтованих рішень щодо власного здоров'я¹⁰.

¹⁰Health literacy development is central to the prevention and control of non-communicable diseases – PMC

Медична грамотність формується як на рівні індивіда, так і на рівні громади. Її розвиток потребує системного підходу та залучення різних секторів: медичних та освітніх установ, органів місцевого самоврядування, громадських організацій та медіа. Важливим завданням є створення доступного та зрозумілого інформаційного середовища для всіх груп населення, зокрема для найбільш вразливих.

Сучасна роль медичних працівників виходить за межі діагностики та лікування. Вони також навчають та мотивують пацієнтів до здорового способу життя, залучають громаду до профілактичних ініціатив та співпрацюють з місцевими органами влади для формування здорового середовища в громаді.

Первинна ланка медичної допомоги може бути лідером у впровадженні профілактичних заходів, поширюючи знання не лише серед пацієнтів, а й у громаді загалом через освітні ініціативи, взаємодію з органами місцевого самоврядування та участь у громадських програмах.

Важливим компонентом профілактики є **промоція здоров'я**. Це процес розширення можливостей людей контролювати своє здоров'я та його детермінанти за допомогою підвищення обізнаності, формування здорової поведінки та реалізації міжсекторальних заходів. Така діяльність може бути спрямована як на все населення громади, так і на групи з підвищеним ризиком розвитку захворювань¹¹.

Отже, **профілактика захворювань** – це комплекс специфічних заходів, спрямованих на запобігання виникненню хвороб і травм, їх раннє виявлення, а також зменшення тягаря захворювань і пов'язаних із ними факторів ризику як на індивідуальному рівні, так і на рівні громади.

У контексті ЦД 2 типу профілактика має особливе значення, оскільки значна частина факторів ризику пов'язана зі способом життя, тому і може бути модифікована. Своєчасні профілактичні заходи дозволяють запобігти розвитку захворювання, виявити його на ранніх стадіях та зменшити ризик розвитку ускладнень. Залежно від цілей та етапу розвитку захворювання профілактику поділяють на декілька рівнів – **первинний, вторинний, третинний, четвертинний** – які ми розглянемо далі.

Первинна профілактика

Первинна профілактика спрямована на запобігання розвитку ЦД 2 типу у здорових людей, особливо серед тих, на яких впливають чинники, що підвищують ризик розвитку захворювання. Основні завдання первинної профілактики — модифікація поведінки та формування здорового способу життя.

Для лікарів, медичних сестер і медбратів та інших фахівців первинної ланки медичної допомоги тема цього розділу може видаватись досить простою та зрозумілою. Разом з тим із свого професійного досвіду більшість із нас знає, що зміни способу життя найскладніше досягнути – це вимагає великої кількості знань, терпіння, вмінь від медиків і значної вмотивованості, прихильності до лікування та довіри до медичного працівника від пацієнта. А ще значну роль тут відіграють не тільки медичний працівник та пацієнт, а і його сім'я, оточення,

¹¹Manual_Development_and_funding_of_regional_and_local_public_health_programs_print_210x-297+3mm.pdf

система вірувань та цінностей, різноманітні зовнішні обставини та робота громади з профілактики захворювань її мешканців.

Роль громади ми розглянемо у інших розділах, а у цьому – зосередимось на індивідуальному рівні первинної профілактики.

Для цього варто пригадати фактори ризику ЦД 2 типу, які ми розглядали раніше, та розділяли їх на ті, що не піддаються модифікації, піддаються частковій модифікації або можуть бути повністю модифіковані.

► СПАДКОВІСТЬ, СТАТЬ ТА ВІК

Звісно, на сьогоднішній день ми не можемо впливати на ці чинники. Проте їх все ж слід брати до уваги, бо вони допоможуть нам визначити потребу в первинній профілактиці, а також її інтенсивність та час початку. Повертаючись, скажімо, до таблиці з факторами ризику (табл. 1), які в поєднанні із підвищенням ІМТ можуть бути показом до обговорення з пацієнтом теми ранішого початку скринінгу, бачимо там, в тому числі і наявність родичів першого ступеня з встановленим ЦД 2 типу. Тому цю інформацію слід запитувати, оскільки вона може вплинути на прийняття клінічних рішень.

Ще одним зручним інструментом є шкала FINDRISC, про яку ми згадували в попередньому розділі та яку можна знайти у додатках до посібника. Вона дає змогу оцінити ризик розвитку ЦД 2 типу у конкретного пацієнта, за допомогою якої можна планувати частоту, вид та час початку скринінгових досліджень, а також визначати, на які фактори можна ефективно вплинути для попередження розвитку хвороби.

Опитувальник FINDRISC можна пройти разом із пацієнтом під час консультації або запропонувати пацієнту заповнити його перед візитом, а потім разом проаналізувати результати. Це може допомогти оптимізувати час консультації та підвищити залученість пацієнта до профілактики та контролю ФР.



Калькулятор
FINDRISC на сайті
MDCalc (англ.).



Калькулятор
FINDRISC (укр.).



Розглянемо клінічний випадок:

До вас за щорічною вакцинацією від грипу звертається пацієнтка Марина і ви пропонуєте їй пройти оцінювання за FINDRISC, адже ви – також сімейний лікар її батька, який, як вам відомо, хворіє на ЦД 2 типу з доволі молодого віку.

Марині 40 років, вона не приймає жодних ліків, проте 3-4 рази на тиждень відчуває тиск в потилиці, тоді вимірює тиск, і в таких випадках він становить 130-140/80-85 мм.рт.ст. Її зріст 173 см, вага 84 кг, ІМТ 28, обхват талії 82 см. У неї офісна робота, більшість дня вона проводить за комп'ютером, а на вихідних зазвичай дуже втомлена і не має сил на активний відпочинок, її фізична активність – це 20 хв ходьби до зупинки громадського транспорту на день 5 днів на тиждень та прогулянки по 30-60 хв до супермаркету в су-

боту. Марина каже, що з овочів найбільше їсть картоплю, її сніданки завжди складаються лише зі швидких вуглеводів та кави, а обіди в офісі – це канапки з сиром чи ковбасою та сік.

Спробуйте порахувати самостійно. Використайте одне з посилань вище:

За FINDRISC оцінювання показує такі результати: 14 балів, 14,1 % ймовірності розвитку ЦД 2 типу протягом наступних 10 років, що є високим ризиком (рис. 4.1)

Пацієнтка дещо налякана такими результатами, вона каже, що знає, як татові важко боротись із високим цукром, і не очікувала, що це чекає і на неї в майбутньому.

14 балів ЗНАЙТИ РИЗИК	14,1 % 10-річний ризик розвитку ЦД 2 типу	Високий ризик Рекомендації різняться залежно від налаштування, але розгляньте формальний скринінг HgbA1c для пацієнтів з помірним або більшим ризиком та вирішення модифікованих факторів ризику з усіма пацієнтами
---------------------------------	---	---

Рисунок 4.1. Результати оцінки за FINDRISC

Ви заспокоюєте пацієнтку, пояснюючи, що ми можемо вплинути на деякі чинники та значно знизити ризик. Добре, що ви вчасно виявили необхідність зміни способу життя, поки хвороби ще немає.

Ви пропонуєте пацієнтці додати хоча б 1 овоч (не картоплю) до кожного прийому їжі, щодня виходити з транспорту на 1 зупинку раніше і додати хоча б 2 силові тренування на тиждень, зменшити споживання швидких вуглеводів (наприклад, замінити солодку кашу швидкого приготування на сніданок на цільнозернову крупу, додати фрукти на перекуси замість солодоців, замінити сік та підсолоджені напої на воду, почати пити каву без цукру).

Марина дивується, як такі незначні зміни можуть вплинути на її майбутнє, тож ви пропонуєте перерахувати кількість балів за FINDRISC за умови, що пацієнтка дотримуватиметься ваших рекомендацій. Отже, при досягненні ІМТ 25, обхвату талії 80 см, щоденному споживанні овочів, фізичній активності щонайменше 4 години на тиждень, її ризик зменшується до 7 балів, 0,4% ймовірності розвитку ЦД 2 типу протягом наступних 10 років. (рис. 4.2.)

Тепер ви можете встановити цілі для пацієнтки, яких слід досягнути протягом 1 року, а через рік проведете повторне оцінювання та заплануєте подальші втручання.

7 балів ЗНАЙТИ РИЗИК	0,4 % 10-річний ризик розвитку ЦД 2 типу	Низький ризик
--------------------------------	--	----------------------

Рисунок 4.2. Перераховані бали за FINDRISC при дотриманні пацієнткою рекомендацій

Зверніть увагу, що є чинники, на які ми не можемо вплинути – і вік, і сімейний анамнез цієї пацієнтки залишилися незмінними, але ризик захворювання може значно зменшитись через спільну роботу лікаря та пацієнта по зміні способу життя.

► ФІЗИЧНА АКТИВНІСТЬ

ФА відіграє важливу роль у зниженні ІР та рівня цукру в крові, допомагає контролювати масу тіла, знижує кров'яний тиск та рівень шкідливого холестерину ліпопротеїдів низької щільності (ЛПНЩ) і тригліцеридів, підвищує рівень корисного холестерину ЛПВЩ, зміцнює м'язи й кістки, зменшує тривожність та поліпшує загальне самопочуття.

Іноді пацієнти не сприймають рекомендацію сімейного лікаря чи медичної сестри/медбрата збільшити ФА, ймовірно, розглядаючи такі призначення як «стандартні фрази». Також часто пацієнти не дотримуються цієї рекомендації, бо просто не розуміють, як це зробити, та що означає «збільшити фізичну активність» або тому, що помилково вважають себе досить активними («я постійно на ногах», «я втомлений щовечора», «я багато рухаюсь по дому, готуючи та прибираючи»). Тому важливо детально пояснити, що саме це означає, та яка кількість фізичної активності необхідна протягом дня.

Спочатку слід визначити разом з пацієнтом його початковий рівень ФА. Для цього можна запитати скільки хвилин пацієнт ходить пішки на день, чи є у нього додаткова фізична активність (наприклад, плавання чи заняття в спортзалі), яку домашню роботу він виконує (наприклад, косіння трави, приготування їжі), та з чим пов'язана робота (зрозуміло, що кількість фізичної активності у робочі години офісного працівника та поштаря чи будівельника будуть зовсім різними).

Для оцінки загального рівня фізичної активності важливо враховувати не лише її тривалість, а й інтенсивність. Орієнтовно інтенсивність фізичної активності можна визначити так:

- **ФА помірної інтенсивності** – коли відчувається серцебиття, тобто пульс підвищується, та збільшується частота дихальних рухів, при цьому людина може розмовляти без зупинок, щоб віддихатись, але не може, скажімо, співати (наприклад, швидка ходьба, силові вправи на окремі групи м'язів у спортзалі, косіння трави тощо);
- **ФА високої інтенсивності** – коли людина відчуває виражене серцебиття і дихання є таким частим, що говорити при цьому неможливо або потрібно брати паузи щоб віддихатись (наприклад, біг, аеробіка, носіння тяжких коробок, гра в футбол).

Важливо пам'ятати, що для кожного пацієнта визначення ФА різної інтенсивності буде індивідуальним. Наприклад, пацієнт Ігор віком 60 років із сидячим способом життя та надмірною масою тіла може відчувати задишку та серцебиття при нешвидкій ходьбі, тож для нього ця ФА буде помірної інтенсивності. Тоді як пацієнка Вікторія, якій 39 років, її ІМТ = 20, вона 5 днів на тиждень ходить пішки 30 хвилин на роботу та додому, а також 7 днів на тиждень вигулює свого пса 2 рази на день по 40 хв і двічі на тиждень відвідує заняття з аеробіки, не буде відчувати серцебиття та задишки навіть при дещо швидкій ходьбі, тому для неї це буде вважатись ФА низької інтенсивності. Тому тут слід опиратись не на чіткі визначення, а на те, як ці навантаження відчуються для кожного конкретного пацієнта.

Кількість хвилин ФА кожного з видів інтенсивності було б добре записати у взаємодію з пацієнтом чи огляд, який видається пацієнту на руки. Це потрібно

для того, щоб побачити чи є зміна у фізичній активності після надання відповідних рекомендації, тобто зрозуміти прихильність пацієнта до лікування.

Після цього слід розповісти пацієнту про рекомендований рівень ФА. Настанови щодо фізичної активності для відносно здорових дорослих, розроблені різними організаціями (ВООЗ, АНА, NHS, CDC), є подібними та рекомендують:

- щонайменше 150 хвилин ФА помірної інтенсивності на тиждень або 75 хвилин ФА високої інтенсивності на тиждень;
- виконувати щонайменше 2 силові тренування на тиждень для підтримання м'язової маси.

Також важливо рекомендувати пацієнту робити рухові перерви кожні 30 хвилин сидячої роботи або тривалого сидіння.

Слід наголошувати, що для досягнення максимальної ефективності у профілактиці цукрового діабету 2 типу та серцево-судинних захворювань бажано поступово збільшувати обсяг ФА помірної інтенсивності до 300 хвилин на тиждень. Саме цей показник може бути довгостроковою ціллю для пацієнта. Під час консультування доцільно використовувати ліфлет «Кожен рух має значення» або інші візуальні матеріали для покращення сприйняття інформації.

На наступному етапі заплануйте разом із пацієнтом дії по збільшенню фізичної активності, якщо його початковий рівень ФА недостатній. Це дуже важливий етап, адже пацієнт може недостатньо дотримуватись рекомендацій через певні фактори. Запитуйте, що саме стримує людину від збільшення кількості фізичної активності (табл. 8).



Ліфлет
«Кожен рух
має значення»

Таблиця 8. Фактори, які стримують людину від збільшення ФА

Фактори	Можливі шляхи вирішення та комунікація
Люди вважають, що для збільшення ФА обов'язково відвідувати спеціальні заклади, як-от спортзали чи фітнес-центри, та це може понести за собою додаткові витрати коштів.	Поясніть, що корисне навіть збільшення звичайної ходьби. Також можна виконувати силові вправи вдома, використовуючи підручні засоби (скажімо, пляшки з водою замість гантель) та відео на доступних безоплатних платформах, що показують різні види тренувань.

Фактори	Можливі шляхи вирішення та комунікація
Люди думають, що не можуть виділити час у своєму графіку для ФА.	Спробуйте «вписати» додаткову фізичну активність у поточний графік пацієнта: підйом сходами замість ліфта, вийти на 1 зупинку раніше, щоб пройти пішки, під час обідньої перерви у офісі виділити 15 хв на їжу та ще 15 хв на те, щоб пройтися, робити перерви кожні 30 хв для розминки, використовувати «стоячі» столи, забирати дитину з садочка взимку на санчатах, проводячи час з малюком, брати активну участь у грі – бігати з дитиною, брати її на руки, танцювати. Запропонуйте пацієнтові самостійно знайти ідеї, як можна збільшити активність під час повсякденних справ.
Люди вважають, що ФА неприємна (наприклад, фізична активність завжди дуже виснажує, після цього ти не можеш працювати, для цього потрібні умови, щоб переодягнутись та прийняти душ).	Поясніть, що ФА – це не тільки виснажливі тренування у спортзалі. Різні види фізичної активності корисні та важливі, в тому числі і для психічного здоров'я. Слід лише знайти ті, що приносять задоволення. Наприклад, нехай пацієнт спробує піти на роботу маршрутом, що пролягає через парк замість поїздки громадським транспортом, таким чином ми можемо досягнути 150 хв фізичної активності на тиждень без особливих зусиль, зекономивши кошти та з користю для психічного здоров'я. Запитуйте, що приносить задоволення пацієнту та поєднайте це з фізичною активністю – прогулянки з сім'єю, вигул собак у місцевому притулку, зустріч з друзями – усе буде корисним та збільшуватиме ФА.
Людям складно підібрати фізичну активність, що відповідає їхньому типу тіла, способу життя та умовам, в яких вони знаходяться (наприклад, біг може бути дискомфортним та навіть приносити больові відчуття для жінок, що мають значно розвинені молочні залози, або пацієнт старшого віку не може збільшити кількість ходьби взимку, через страх послизнутись та впасти).	Пояснюйте пацієнтам, що вони повинні самостійно коригувати інтенсивність і вид занять. Якщо біг приносить дискомфорт, швидка ходьба – чудовий заміник. Якщо ходьба на вулиці неприємна або недопустима через погодні умови – можна ходити на біговій доріжці або щодня робити кілька підходів ходьби по сходах у під'їзді. Якщо пацієнт відвідує групові заняття з аеробіки, то має робити те, що може, а не намагатись одразу виконати ідеальний максимум. Складність може виникати при виборі ФА і для людей із деякими формами інвалідності (наприклад, люди з ампутаціями), в такому випадку проконсультуйтеся із лікарем ФРМ самостійно або видайте пацієнту направлення на таку консультацію.

Важливо не знецінювати сумніви і попередній досвід людей, натомість – брати до уваги ці фактори та пропонувати різні варіанти рішень. При цьому не слід тиснути на людину та засуджувати, якщо вона не дотрималась рекомендацій, бо така модель комунікації спровокує лише опір.

Пацієнти не завжди готові настільки детально обговорювати свою фізичну активність. В такому випадку заохочуйте людину принаймні подумати про свою ФА та збільшувати її там, де це можливо.

У випадку якщо ми визначили, що у пацієнта достатній рівень ФА, то слід звернути на це увагу, похвалити за відповідальне ставлення до свого здоров'я, нагадати, які переваги отримує пацієнт, підтримуючи цю активність, та заохотити продовжити таку модель поведінки.

Розглянемо клінічний випадок:

Пацієнтка Ірина, віком 40 років, звертається на прийом до сімейного лікаря із симптомами гострого респіраторного захворювання. Лікар оглядає її, надає рекомендації щодо причин звернення, створює медичний висновок про тимчасову непрацездатність. На завершення прийому нагадує пацієнтці, що вона може записатись через рецепцію і звернутись на планову консультацію для профілактичного огляду, первинний профілактичний прийом у вашому закладі проводить медична сестра.



Через 2 тижні Ірина приходить до вас – медичної сестри – на прийом. Скарги відсутні. При зборі анамнезу ви дізнаєтесь, що у Ірини обоє батьків мають ЦД 2 типу, який був виявлений нещодавно. У неї ніколи не було гестаційного діабету чи виявленого підвищеного рівня цукру в крові. Немає супутніх захворювань. Її АТ в нормі, серцеві тони ритмічні, чисті, звучні. Зріст 170 см, вага 84 кг, обхват талії – 86 см. Під час прийому глюкоза натще (за допомогою глюкометра) – 3,9 ммоль/л.

Яка подальша тактика? Ви визначаєте, що у пацієнтки є ознаки, що можуть свідчити про ризик розвитку ЦД 2 типу, а саме наявність родичів 1 лінії із ЦД 2 типу, ІМТ 29 (надмірна маса тіла).

Ви уже видали направлення на додаткові дослідження, обговорили правильне харчування та тепер запитуйте про її фізичну активність. Зі слів пацієнтки, вона не любить спорт, їй завжди казали, що їй це не вдається, вона почуває себе дискофортно, займаючись разом із більш тренуваними людьми. До того ж, у неї робота із ранку до вечора (працює касиром у супермаркеті неподалік дому), а потім їй ще треба забрати доньку з дитсадка, приготувати вечерю, приділити час сім'ї, і після цього вона почувається виснаженою. Ви розпитуєте детальніше про ФА у побуті та дізнаєтесь таке: на роботу пацієнтка завжди йде пішки, це приблизно 10 хв від її дому, а от увечері завжди користується громадським транспортом, щоб доїхати з роботи до дитсадка, а потім повернутись додому. Удома її домашні обов'язки – це приготування їжі щодня та прибирання 2-3 рази на тиждень.

Ви визначаєте початковий рівень активності пацієнтки:

- 1) 5 разів на тиждень по 10 хв ходьби = 50 хв ФА помірної інтенсивності.
- 2) Приготування їжі щодня і прибирання = ФА низької інтенсивності (близько 7-8 год на тиждень).

Ви кажете Ірині про те, що їй потрібно додати ще 100 хв активності помірної інтенсивності та хоча б 2 силові тренування на тиждень. Для візуального підкріплення рекомендацій можна використати ліфлет розроблений Центром «Кожен рух має значення». Пацієнтка не дуже хоче обговорювати цю тему, з її слів, вона і так виснажена, прокидається уже втомленою, у неї немає на це часу, настрою та мотивації пробувати щось нове. Ви не наполягаєте.

Пропонуєте їй найближчим часом звертати більше уваги на свою фізичну активність та кажете про те, що кожен рух рахується, тож можна спробувати робити розминку кожні 30 хв на роботі, ходити під час обідньої перерви, додати піші прогулянки з сім'єю на вихідні.

На завершення кажете про те, що, якщо результати досліджень будуть в нормі, то Ірині зателефонує сімейний лікар, а якщо будуть відхилення від норми – її запросять на повторну консультацію до лікаря, щоб обговорити подальші дії. Також нагадуєте, що, якщо у пацієнтки будуть додаткові питання зі зміни способу життя, вона завжди може записатись на прийом до вас.

Сімейному лікарю Ірини ви повідомляєте короткий підсумок цієї консультації та пропонуєте при повторному візиті звернути увагу на стан психічного здоров'я пацієнтки, адже жінка постійно втомлена та не має настрою, можливо, їй потрібна підтримка чи консультація із психічного здоров'я.

► КУРІННЯ ТА ВЖИВАННЯ НІКОТИНОВИХ ВИРОБІВ

У курців ризик розвитку ЦД 2 типу на 30–40 % вищий порівняно з тими, хто не курить. І що більше людина викурює сигарет, то більший ризик. У людей із діагнозом цукровий діабет вдвічі вищий ризик розвитку ССЗ, які можуть виникати раніше і мати тяжчий перебіг. Доведено, що ймовірність виникнення у людини ЦД 2 типу знижується зі збільшенням часу без куріння (або відмови від куріння), тому кинути курити ніколи не пізно. До того ж, шкідливе не лише куріння, а й пасивне куріння.

Усіх пацієнтів слід запитувати про куріння і робити відповідний запис в медичній документації, наприклад, встановлювати діагноз за ICD-10 – F17 Зловживання тютюном (цей код використовується для реєстрації випадків тютюнокуріння, ніотинової залежності або шкідливого вживання тютюнових виробів). Важливо запитувати пацієнтів також про інші види вживання нікотину чи тютюну – більшість людей не сприймає куріння кальяну чи тютюнових виробів для електричного нагрівання, як куріння, тому на питання про те, чи вони курять, переважно відповідають «ні». Також запитуйте про інші форми використання нікотину – ніотинових паучів, електронних сигарет (вейпів). Більше деталей про типи тютюнових та ніотинових виробів та їх вплив на

здоров'я можна знайти в ліфлеті «Що варто знати про нікотин» за QR-кодом.

Запитання про куріння чи вживання тютюну або нікотину, як і про вживання алкоголю і інших психоактивних речовин повинні бути стандартними для усіх пацієнтів щонайменше при кожному профілактичному візиті.

Якщо пацієнт заперечно відповідає на ці запитання, слід похвалити його за відповідальне ставлення до свого здоров'я та підтвердити, що це достовірно покращує показники здоров'я та тривалість життя.

Якщо пацієнт відповідає, що використовує щось із вищезазначеного, ВООЗ рекомендує короткі втручання щодо відмови від куріння, поведінкову підтримку та фармакотерапію. Нижче наведено можливі стратегії підтримки пацієнтів у відмові від вживання тютюнових та нікотинових виробів, які ми можемо використовувати та комбінувати між собою для досягнення успішного результату (табл. 9).

Таблиця 9. Основні підходи до підтримки у відмові від куріння, розроблені на основі рекомендацій ВООЗ і міжнародних настанов, та адаптовані до українського контексту

Підхід	Формат та рівень втручання	Опис підходу
Консультування щодо відмови від куріння	Лікар, медична сестра чи медбрат можуть приділити від 30 секунд (Стратегія 5A) до 3 хвилин під час кожної медичної взаємодії з пацієнтом, який курить, для короткого консультування щодо відмови від куріння. У цьому процесі можуть застосовуватись елементи мотиваційного інтерв'ю (MI), яке буде детальніше розглянуто у розділі «Принципи комунікації з пацієнтами щодо профілактики ЦД 2 типу».	Стратегія 5A: «Ask» – Запитуйте у пацієнта, чи він курить, мінімум 1 раз на рік та записуйте відповідь у медичній документації. «Advise» – Дайте професійну пораду відмовитись від куріння та наведіть чіткі аргументи переваги цього рішення, адже навіть коротка порада медичного працівника щодо відмови від куріння збільшує вірогідність відмови на 30 %. «Assess» – Оцініть готовність пацієнта відмовитись від куріння. «Assist» та «Arrange» – Запропонуйте пацієнту зробити спробу кинути курити та допоможіть спланувати* Для короткого втручання можна використати спрощений підхід 3A (Ask, Advise, Assist), адаптований на основі Стратегії 5A.



Ліфлет
«Що варто знати про нікотин»

Підхід	Формат та рівень втручання	Опис підходу
Поведінкова терапія для відмови від куріння чи групова терапія	Проводиться медичними і немедичними фахівцями, які пройшли відповідне навчання (наприклад, консультанти з КПТ+ або психотерапевти). Усім пацієнтам, що курять, можна запропонувати такий підхід за його доступності.	Дізнайтесь про доступність таких методів у вашій громаді. Крім того, ви можете запропонувати керівництву вашого закладу забезпечити відповідне навчання для лікарів чи медичних сестер.
Використання інформаційних ресурсів, інтерактивних додатків для самодопомоги	Під час консультування пацієнтів рекомендуйте перевірені інформаційні ресурси та сервіси підтримки. Вони можуть допомогти пацієнту отримати додаткову інформацію, мотивацію та практичні інструменти для відмови від куріння. В Україні функціонує державний сервіс «Я кидаю курити!», розроблений для того, щоби безоплатно та професійно допомогти усім охочим позбутися нікотинової залежності й кинути курити. Окремі матеріали сервісу також можна використовувати під час консультування пацієнтів.	В роботі з пацієнтами можна використовувати уже розроблені інформаційні матеріали ЦГЗ та партнерів щодо методів відмови від куріння та шкоди від вживання таких тютюнових виробів. Також важливо розміщувати наочну інформацію про заборону куріння на території вашого закладу, оскільки це вимога законодавства і сприяє зменшенню випадків куріння.
Фармакотерапія	Цей метода повинен використовуватись в комбінації із попередніми. Нікотиновмісні препарати: гумки, льодяники, пластирі, спреї. Безнікотинові препарати: варениклін, бупропіон. Детальніше про дози, тривалість і спосіб призначення препаратів прочитайте у настановах Duodecim.	Важливо! Не застосовуйте такі недоказові методи, як акупунктура, гомеопатія, гіпноз, призначення ансіолітиків. Ніколи не рекомендуйте використання електронних сигарет як спосіб відмови від куріння.

Підхід	Формат та рівень втручання	Опис підходу
Направлення до фахівця	Направляйте пацієнта до психіатра або нарколога, якщо попередні методи виявились неефективними.	Станом на 2026 рік консультація лікаря-психіатра може проводитись безоплатно для пацієнта в тих закладах, які підписали відповідний пакет ПМГ; для такої консультації не обов'язково мати електронне направлення.
Зменшення шкоди від куріння	Використовуйте цей підхід, коли пацієнт категорично відмовляється від інших втручань щодо відмови від куріння. Це не так ефективно, як відразу кинути курити, але може стати хорошим початком, якщо пацієнт не готовий відмовитися від сигарет одразу.	Пропонуйте пацієнтам: • не курити вдома, в авто, в інших закритих приміщеннях та в присутності дітей та інших людей • зменшувати кількість викурених сигарет при підготовці до повної відмови від куріння • зменшувати частоту куріння або повністю відмовлятися від куріння на період гострих респіраторних захворювань для запобігання ускладненням • для вагітних жінок та жінок, що годують грудьми, і не планують відмовлятися від нікотину, можна пропонувати нікотинозамісну терапію НПВ та поведінкову терапію • повідомляйте батькам немовлят, що сигаретний дим може бути однією з причин синдрому раптової дитячої смерті • заохочуйте пацієнтів, що курять та не планують відмовлятися від цього, вакцинуватися від пневмококу та грипу, щоб зменшити ризик ускладнень.

*Детальніше ви можете ознайомитись з інформацією про створення індивідуального плану відмови від куріння на сторінці 31 «Посібника з розвитку наряду надання допомоги у відмові від куріння на рівні громади».

► ХАРЧУВАННЯ

Харчування в контексті профілактики розвитку предіабету та ЦД 2 типу є одним із найважливіших чинників. Разом з тим, часто медики не приділяють достатньо часу на пояснення правил харчування. Тому у цьому розділі ми розглянемо прості рекомендації стосовно більш здорового харчування.

Почнемо із загальних правил:

- **Не називайте рекомендації щодо харчування «дієтою».** Слово «дієта» сприймається пацієнтами, як щось складне, неприємне, короткотривале і обмежене у часі, а також асоціюється із обмеженнями, додатковими зусиллями, а також із хворобою. Натомість, можна використовувати формулювання «стиль харчування», «спосіб харчування».
- **Пояснюйте пацієнтам, що ви не очікуєте від них, що вони повністю змінять свій спосіб харчування уже завтра.** Натомість, заспокойте, що запропоновані вами зміни слід запроваджувати поступово, наприклад, протягом кількох місяців, роблячи їх звичкою. Постійність та послідовність важливіша за швидкість впровадження змін.
- **Не слід розділяти їжу на «здорову» і «нездорову».** Пояснюйте, що можна їсти усе, важлива лише кількість та частота. Також не варто використовувати фраз «категорично відмовитись (від чого)» або «вам не можна це їсти». В такому разі пацієнти можуть не змінювати своїх харчових звичок, але не будуть вам про це розповідати через сором. Натомість пояснюйте, що кількість деяких продуктів слід зменшити в своєму раціоні, і якщо пацієнт все ж їстиме такі продукти (наприклад, на Різдво чи Великдень), то не слід цього соромитись, головне – подбати, щоб це не було основою раціону.
- **Враховуйте сезонність продуктів, особисті вподобання пацієнтів та їх особливості.** Наприклад, у пацієнта, який дотримується релігійного посту взимку, можливості змінити харчування будуть обмежені. В таких випадках слід детальніше обговорити продукти, які буде споживати пацієнт.
- **Рекомендуйте впроваджувати здоровий стиль харчування для всієї сім'ї, а не лише для окремого пацієнта.** Це зменшує додаткове навантаження на того, хто готує їжу, і підвищує ймовірність дотримання здорових харчових звичок. Наприклад, можна готувати спільні страви для всієї родини та дозволяти кожному члену сім'ї самостійно формувати свою порцію.
- Є пацієнти, які зустрінуть будь-які зміни в їх стилі харчування із опором, обуренням, неготовністю до співпраці та взагалі відмовляться від консультацій лікаря. **Важливо не тиснути і завжди «залишати двері відчиненими»,** тобто пропонувати обговорити цю тему, коли пацієнт сам виявить бажання.

Дуже зручно мати в кабінеті інформаційні матеріали або надавати їх пацієнтам під час консультації, щоб пояснення було простішим та більш ефективним. Запропонуйте людині записувати важливі аспекти вашої розмови.

Найбільш корисний спосіб харчування можна описати за допомогою Тарілки здорового харчування. Це візуалізація узагальнених рекомендацій, які сприятимуть профілактики неінфекційних захворювань (рис. 5).

Некрохмалисті овочі

Спаржа, цвітна капуста, селера, баклажани, листяна зелень, кабачки, огірок, капуста, перець

Вуглеводні продукти

Цільнозернові продукти (коричневий рис, булгур, цільнозерновий хліб та макарони); квасоля та бобові



Обирайте просту воду!



Нежирні білкові продукти

Курка, індичка, яйця; риба (лосось, тунець, тріска); морепродукти (креветки, мідії, омари); нежирна яловичина та свинина, сир і кисломолочний сир, рослинні білки (сочевиця, хумус)

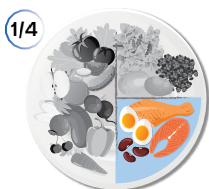
Рисунок 5. Тарілка здорового харчування

Поясніть, що згідно цієї концепції не потрібно рахувати калорії чи важити їжу. Важливе саме співвідношення різних видів основних макронутрієнтів.

Щоб пацієнт легко запам'ятав співвідношення, ми можемо запропонувати візуально поділити свою тарілку так, як зображено на малюнку:

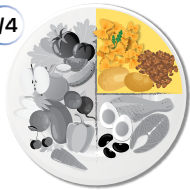


50 % тарілки заповнюємо клітковиною – тобто овочами і фруктами, при цьому слід обирати овочі із низьким вмістом крохмалю. Визначити це може бути складніше зробити, тому слід підібрати разом із пацієнтом, що може відповідати його потребам в цей сезон – наприклад, овочі, які можуть довго зберігатись – морква, гарбуз та буряк (містять крохмаль, проте його концентрація є невисокою), білокачанна капуста, квашена капуста, морожені з літа овочі (болгарський перець, шпинат, цвітна капуста тощо), пізні яблука та груші. При цьому поясніть, що пюре чи соки сюди не враховуються, адже ці форми продуктів не містять клітковини.



25 % тарілки заповнюємо білками. Запитайте у пацієнта, які білкові продукти він знає та які із них споживає. Перевагу слід надавати рибі (хоча б 1 порція на тиждень), білому м'ясу, яйцям, нежирним молочним та кисломолочним продуктам, а також бобовим (квасоля, горох, сочевиця). Слід обмежити вживання червоного м'яса, і максимально обмежити або взагалі відмовитись від перероблених м'ясних продуктів (поясніть, що ковбаса чи сосиски не є добрим джерелом білка, крім того, ці продукти зазвичай містять багато солі та трансжирів).

1/4



25 % тарілки заповнюємо вуглеводами, при цьому перевагу слід надавати цілюзерновим продуктам (наприклад, нешліфований рис, гречка, вівсянка не швидкого приготування, макаронні вироби із твердих сортів пшениці, хліб з висівками тощо). Якщо очікується, що пацієнт буде споживати солодощі, то їх слід врахувати в ці 25 % вуглеводів.

Жири – зверніть увагу на те, що в Тарілку здорового харчування жири не включені. Це пов'язано з тим, що ми будемо вживати жири, які вже є у складі інших продуктів – наприклад, у молоці, м'ясі, оливках, горіхах тощо. Пропонуйте пацієнтам використовувати більше рослинних жирів, обмежувати вживання тваринних жирів та уникати трансжирів.

Сіль – слід обмежити до 1 чайної ложки (5 грам) на добу. Поясніть, що деякі продукти уже містять сіль, наприклад, твердий сир, хліб, мариновані овочі, тому це теж треба врахувати. Проста рекомендація – забрати сільничку зі столу, це зменшує вживання солі, а для покращення смаку краще використовувати трави та спеції.

Цукор – краще обмежити кількість спожитого цукру до 50 г на добу. Можна почати із відмови від цукру у чаї та каві.

Напої – найкращий напій – це чиста вода. Сік не замінює воду. Слід уникати напоїв з цукром, за бажання їх можна замінити на аналоги із замінниками цукру. Немає чітких даних, скільки потрібно пити рідини. Заохочуйте пацієнтів орієнтуватись на власне відчуття спраги, а не примушувати себе випити певну кількість води на добу.

Також заохочуйте пацієнтів зменшувати вживання алкоголю або принаймні дотримуватись відносно допустимих доз спожитого на тиждень алкоголю. Нагадуйте при цьому, що **безпечних доз алкоголю не існує!** Кількість спожитого за тиждень алкоголю можна порахувати за допомогою калькулятора від Національної служби здоров'я Британії (в браузері можна увімкнути автоматичний переклад на українську мову). Якщо пацієнт вживає більше 14 одиниць алкоголю на тиждень, проведіть мотиваційне інтерв'ю для зменшення вживання.



**Калькулятор
одиниць
алкоголю**

Хваліть пацієнтів, які взагалі не вживають алкоголь, поясніть, що це найбільш здоровий вибір для їхнього здоров'я.

Розглянемо клінічний випадок:

Пацієнтка Софія, 28 років, звертається на консультацію до вас (сімейної лікарки) з проханням надати направлення на якісь аналізи чи обстеження, бо вона хоче подбати про своє здоров'я. Ви уважно слухаєте її, запитує про наявні скарги, збираєте анамнез, запитуєте, що підштовхнуло пацієнтку подбати про своє здоров'я.



Зі слів пацієнтки, нещодавно у її мами виявили ЦД 2 типу, вона, здається, звинувачує свою маму у тому, що та не дбала про своє здоров'я, каже, що боїться захворіти на діабет і хоче бути якнайдовше здоровою для того, щоб дбати про своїх дітей. В анамнезі Софії немає супутніх та хронічних захворювань, вона приймає вітамін Д за власним бажанням і не приймає жодних інших ліків та алкоголю, не курить, у пацієнтки було 2 вагітності та 2 пологів, під час другої вагітності їй встановили гестаційний діабет, молодшому сину 1 рік і вона продовжує годувати грудьми. Жінка зазначила, що їй стало важче займатися фізичною активністю, адже її вага значно збільшилась після вагітностей. Ви визначаєте її ІМТ, він в нормі (23,9), але раніше був – 18.

Ви разом складаєте план необхідних скринінгових обстежень, а також їх періодичність.

Після цього пропонуєте обговорити заходи для зміни способу життя, які будуть профілактикою розвитку ЦД 2 типу, враховуючи такі дані, як наявність у пацієнтки цукрового діабету у родича першої лінії, а також гестаційний діабет в анамнезі.

Ви надаєте рекомендації із фізичної активності, гігієни сну, та переходите до обговорення способу харчування.

— Софіє, чи знайомі ви з принципом Тарілки здорового харчування?

— Ні, не знайома, але одразу скажу, що харчуюсь я дуже добре. Усі страви я готую самостійно, намагаюсь купувати домашні продукти на базарі, щоб вони були без антибіотиків.

— Розкажіть про свій звичний раціон харчування протягом дня.

— Я готую для усієї сім'ї – чоловіка, себе та двох дітей. Зазвичай на сніданок ми їмо вівсянку швидкого приготування із домашнім згущеним молоком, яке я роблю сама або манку з варенням, теж домашнім. Вчора на обід я приготувала суп-пюре із гарбуза, картоплю і котлети, а на вечерю вареники з картоплею і домашньою сметаною, теж робила все сама. З напоїв у нас є заготовлений сік з яблук, компот з вишнями і додаю трохи цукру.

Оцініть раціон Софії. Чи можна щось у ньому покращити, на вашу думку?

— Я бачу, що ви дуже дбаєте про раціон своєї сім'ї і хочете для них всього корисного. Даваймо обговоримо, що ми могли б покращити у вашому раціоні.

Спершу пропоную вам розглянути Тарілку здорового харчування. Отже, одразу хочу звернути увагу, що це не дієта, а спосіб харчування, який буде корисним для усієї вашої сім'ї. Тому не слід очікувати, що ваше харчування зміниться одразу, натомість краще впроваджувати ці принципи у своє життя протягом кількох місяців. Складаючи свій прийом їжі, орієнтуйтеся на такі пропорції: 50 % тарілки має займати клітковина (овочі і фрукти), 25 % – білки (біле м'ясо, риба, бобові, яйця, нежирні молочні продукти) та 25 % – вуглеводи (цільнозернові крупи, макарони із твердих сортів пшениці). Краще уникати цукрованих напоїв та переробленим м'ясних продуктів типу ковбаси.

— Я вважаю, що ми так і їмо, у нас в раціоні багато картоплі, ось їли суп-пюре із гарбуза, варення з малини. Каша вівсяна – це дуже корисна крупа, газованих напоїв ми не п'ємо.

— Щодо клітковини, то овочі у формі пюре фактично не містять клітковини, натомість печений гарбуз шматочками має багато клітковини. Картопля містить багато крохмалю і мало клітковини, тому ми не враховуємо її у ті 50 %. Варення не є корисним джерелом клітковини, а також містить багато доданого цукру. Давайте подумаємо, як додати більше клітковини у ваш раціон.

— Я могла би частіше готувати борщ, в ньому буде капуста, буряк, морква.

— Це гарне рішення. Також пропоную вам додавати клітковину у вигляді перекусів яблуками, салатів із капусти чи буряка на обід і вечерю. Також, здається, у вашому раціоні недостатньо білків та цільнозернових продуктів. Замініть вівсянку швидкого приготування на ту, яку потрібно проварити, замість згущеного молока додавайте горіхи, фрукти або сухофрукти. М'ясо краще вживати нежирне, наприклад, курячу грудинку, а червоне м'ясо трохи зменшити в раціоні, ще можна додати білків за рахунок бобових – наприклад, можна замінити картоплю на горохову кашу, зробити котлетки з сочевиці, їсти на сніданок домашній сир.

Ви хотіли б записати те, що я кажу?

— Так, це багато інформації, можна мені листок та ручку?

— Звісно. Ще хочу звернути вашу увагу на напої. Найкращий напій – чиста вода, сік не замінює воду та містить багато цукру.

— Я цього не знала. Думала, навпаки – корисно.

— Я пропоную вам спробувати дещо змінити свій раціон відповідно до цих рекомендацій. Я дам вам з собою інформаційну пам'ятку з зображенням Тарілки здорового харчування, ви зможете розмістити її, наприклад, вдома на холодильнику. Зробіть аналізи, які ми з вами обговорили, та запишіться на повторну консультацію за 2-3 тижні.

Через 3 тижні Софія приходить на повторну консультацію, її аналізи в нормі.

Ви запитуєте її про фізичну активність і харчування, і вона чесно зізнається, що зараз всі ці зміни для неї заскладні, адже вона дбає про двох малюків, один з яких на грудному вигодовуванні, а також Софія працює. Вона каже, що змінити харчування для неї найскладніше, але вона хоче бути здоровою, просто зараз це не для неї.

Яка, на вашу думку, найкраща подальша тактика в такому випадку?

— Софіє, я розумію, що вам зараз складно. Вам не потрібно виправдовуватись. Я бачу, що ви робите зараз те, що можете. Коли ви будете готові обговорити тему харчування знову, я прошу вас записатись на консультацію до нашої медичної сестри Роксолани, вона ще раз розкаже про правила і складе разом з вами раціон харчування.

— Дякую, лікарю.

► КОНТРОЛЬ МАСИ ТІЛА

У попередніх розділах ми уже визначили, що надмірна маса тіла та ожиріння можуть бути як етіологічними чинниками розвитку ЦД 2 типу, так і його наслідками.

Зазвичай у своїй практиці ми використовуємо такий показник, як ІМТ, що звісно, не ідеальна шкала, проте вона досить доступна. Саме показник ІМТ є критерієм для визначення надмірної ваги та встановлення діагнозу ожиріння і його ступеня. Разом з тим, ми маємо оцінювати стан людини комплексно, враховуючи контекст.

Крім ІМТ потрібно також звернути увагу на обхват талії (ОТ, вимірюється сантиметровою стрічкою на рівні пупка). Для чоловіків показник більше 102 см, а для жінок – більше 88 см є чинником ризику розвитку неінфекційних захворювань, в тому числі і ЦД 2 типу, серцево-судинних та онкологічних захворювань.

Також можна розрахувати співвідношення ОТ до зросту – для цього обхват талії трохи вище пупка (см) ÷ зріст (см). Результат 0,5 та більше також свідчить про підвищений ризик кардіометаболічних захворювань, при цьому цей показник більш достовірний, ніж ІМТ.

Також врахуйте фізичну активність людини – якщо у неї є регулярні заняття спортом, силові тренування, то ІМТ буде недостовірним, через високий відсоток м'язової маси.

Розмову про надмірну масу тіла чи ожиріння слід почати із пояснення, що це може впливати на здоров'я в майбутньому. В першу чергу потрібно пропонувати змінити спосіб життя. Поясніть людині, що голодування, марафони схуднення, БАДи – це не ефективний метод схуднення, навпаки, вони можуть зашкодити. Часто пацієнти запитують про медикаментозне лікування ожиріння. В такому разі можна розказати про наявні опції та розповісти про переваги та недоліки таких препаратів. Разом з тим, наголошуйте, що такі методи не повинні бути першочерговим вибором і без зміни способу життя вони не працюють, адже при відміні медикаментозного лікування – якщо стиль харчування чи фізичної активності не зміниться, відбудеться повторний набір ваги.

Звертайте також увагу на стан психічного здоров'я людини, виявляйте та забезпечуйте ведення найпоширеніших проблем із психічним здоров'ям, виключайте наявність розладів харчової поведінки, а якщо запідозрили такі – скеруйте людину на консультацію до лікаря-психіатра.

Детальніше ми розглянемо тактику ведення пацієнта з ЦД 2 типу, який має надмірну масу тіла чи ожиріння, у розділі «Третинна профілактика».

► СОН

Сон – це не просто пасивний відпочинок, а активний процес відновлення організму. Дослідження показують, що сон (його тривалість, якість та хронотип людини) є одним із ключових елементів способу життя, які впливають на розвиток і перебіг ЦД 2 типу.

Безсоння, синдром неспокійних ніг, розлади циркадних ритмів, апное сну достовірно підвищують ризик розвитку ЦД 2 типу, а також погіршують його перебіг, збільшуючи ймовірність розвитку мікроангіопатій. Слід додати, що сон тривалістю менше 6 годин, а також сон тривалістю більше 9 годин збільшує ймовірність виникнення ЦД 2 типу на 50 %.

Тому важливо запитувати у всіх пацієнтів за нагоди про їх сон, а саме – середню тривалість сну, чи є відчуття, що відпочив після сну, кількість прокидань вночі, чи хочеться лягти спати вдень, а також стабільність режиму сну протягом тижня.

Інформацію про сон можна отримати, якщо пацієнт користується персональними гаджетами, наприклад, смарт-годинниками, які можуть записувати тривалість і фази сну, вимірювати серцебиття, сатурацію під час сну, записувати кардіограму і епізоди хропіння і затримки дихання.

Після оцінки стану сну надайте рекомендації з його покращення:

- **Тривалість та регулярність сну для дорослих має бути приблизно 7-8 годин на добу (не менше 6 та не більше 9 годин).** Коливання тривалості сну протягом тижня не повинні бути більшими за 90 хвилин. Рекомендується також підтримувати стабільний час засинання та пробудження, незалежно від дня тижня.

Наприклад, звичайна тривалість сну пацієнта 6 годин, а на вихідних він спить 10 годин – тоді різниця 240 хв. Можна порекомендувати спробувати лягати раніше, щоб сон протягом буднів тривав 7 годин, а у вихідні можна буде спати до 8,5 год. Така поведінка буде більш здоровою. Якщо пацієнт потребує відпочинку вдень, він має тривати не більше 30 хвилин і бажано до 15:00. Тривалий або пізній денний сон може порушувати нічний сон.

- **Усім пацієнтам надавайте рекомендації з гігієни сну,** адже дотримання простих правил допоможе швидше заснути, краще спати та почуватися бадьорим протягом дня. Рекомендації можуть надаватися у вигляді брошур, інформаційних матеріалів або посилань на перевірені джерела. Окремо слід наголосити, що гігієна сну є першою лінією немедикаментозного втручання при порушеннях сну.
- **Пропонуйте пацієнтам зменшити або повністю відмовитись від вживання алкоголю та інших психоактивних речовин, які погіршують якість сну.** Також слід обмежити вживання кофеїну (кава, чай, енергетичні напої, шоколад) за 4–6 годин до сну, а також враховувати стимулюючий вплив нікотину. Повна відмова від психоактивних речовин є найбільш здоровою стратегією.
- **Не призначайте снодійних препаратів як лікування першого ряду, перед цим проконсультуйтеся із психіатром.** Препарати мелатоніну мають обмежено-доведену ефективність, гігієна сну має завжди передувати будь-яким медикаментозним варіантам.

- **Визначте, чи не пов'язані порушення сну з іншими причинами**, такими як побічна дія деяких медикаментів, ніктурія, нічний кашель тощо.
- **Виявляйте розлади сну та скеровуйте до відповідних фахівців чи на додаткові дослідження** (до психіатра, якщо порушення сну виникли внаслідок психічного розладу, до психотерапевта – якщо пацієнт потребує когнітивно-поведінкової терапії з приводу безсоння, до фахівців зі сну у випадку апное сну).

► ПРИЗНАЧЕННЯ МЕДИКАМЕНТІВ ДЛЯ ПРОФІЛАКТИКИ РОЗВИТКУ ЦД 2 ТИПУ

У більшості випадків профілактика ЦД 2 типу ґрунтується на модифікації способу життя, включаючи харчування, фізичну активність та зниження маси тіла. Медикаментозні підходи мають додатковий характер і застосовуються лише у пацієнтів із високим ризиком розвитку ЦД 2 типу, коли немедикаментозні заходи є недостатніми або їх реалізація обмежена. Тому, медикаментозна профілактика не повинна розглядатися як перша або єдина стратегія. Для профілактики ЦД 2 типу у пацієнтів із високим ризиком може застосовуватися **метформін**.

Призначення метформіну можна розглянути для пацієнтів віком 29-59 років із високим ризиком розвитку ЦД 2 типу та:

- ІМТ більше 35
- якщо глюкоза натще ≥ 6 ммоль/л, або рівень глікованого гемоглобіну ≥ 6 %
- якщо в анамнезі – гестаційний діабет
- пацієнтам із предіабетом та СПКЯ
- якщо зміна способу життя не дала покращення у показниках глікемії
- пацієнт не може зараз змінити спосіб життя (наприклад, складно досягнути цільових рівнів фізичної активності через ампутацію кінцівки або складно змінити спосіб життя через депресію тощо).

Поясніть пацієнту усі переваги прийому препарату та можливі побічні дії. Починати слід із дози 500 мг та збільшувати до 1000 мг (або до 1500 мг – 2000 мг за потреби) протягом кількох тижнів.

При кожному візиті нагадуйте про зміну способу життя або пропонуйте почати ці зміни, якщо пацієнт раніше не міг цього зробити.

Зверніть увагу, що призначення метформіну за програмою «Доступні ліки» можливе при встановленому діагнозі ЦД 2 типу. Отже, для пацієнтів із предіабетом чи підвищеним ризиком розвитку ЦД 2 типу ці ліки не будуть підлягати реімбурсації.

Призначаючи цей препарат пацієнтам з метою профілактики, слід наголосити на тому, що їм потрібно буде купувати його в аптеках за повну вартість, ймовірно, досить тривалий період, та що прийом ліків не заміняє інших методів профілактики, а лише доповнює їх, тому **зміна способу життя залишається основним методом зменшення ризику розвитку захворювання**.

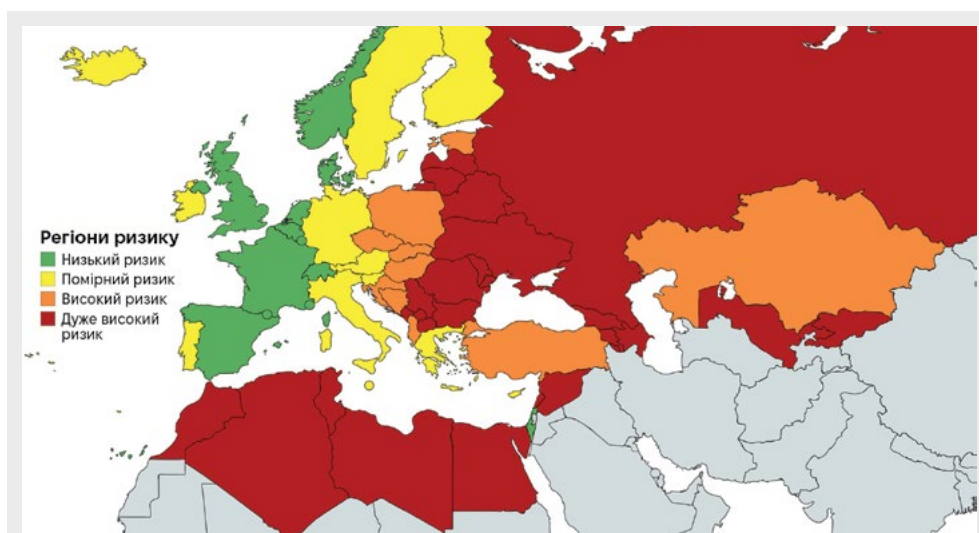
► ПРОФІЛАКТИКА ССЗ У ЛЮДЕЙ ІЗ ВИСОКИМ РИЗИКОМ ЦД 2 ТИПУ АБО ПРЕДІАБЕТОМ

Пацієнти із предіабетом мають підвищений ризик розвитку серцево-судинних захворювань (ССЗ). Великою мірою це пояснюється наявністю спільних факторів ризику розвитку цих захворювань. Зміна способу життя – найважливіший метод профілактики як ЦД 2 типу, так і ССЗ.

Для того, щоб обговорювати з пацієнтом рекомендації щодо профілактики, можна спочатку оцінити серцево-судинний ризик (ССР). Для оцінки ризику розвитку ССР впродовж наступних 10 років у практично здорових людей ми використовуємо шкали у вигляді калькуляторів чи візуального відображення (останнє, згідно досліджень, пацієнти розуміють краще, ніж відсоткове відображення ризику):

- алгоритм SCORE2 для практично здорових людей віком 40-69 років;
- алгоритм SCORE-OP для практично здорових людей віком ≥ 70 років

Врахуйте, що для цих шкал важливий регіон проживання людини. Україна належить до регіону дуже високого серцево-судинного ризику (рис. 6).



Країни були згруповані у чотири регіони ризику відповідно до останніх звітів ВООЗ про загальні показники смертності від ССЗ, стандартизовані за віком та статтю, на 100 000 населення (розділ 9, I00-I99 МКХ). Чотири групи були: низький ризик (<100 смертей від ССЗ на 100 000 осіб), помірний ризик (від 100 до <150 смертей від ССЗ на 100 000 осіб), високий ризик (від 150 до <300 смертей від ССЗ на 100 000 осіб) та дуже високий ризик (≥ 300 смертей від ССЗ на 100 000 осіб).

Рисунок 6. Регіони ризику на основі стандартизованих показників смертності від ССЗ.

До того ж, у шкалах ви можете зустріти показник Холестерин не-ЛПВЩ (або Не ХС-ЛПВЩ), його розраховують, як **Холестерин не-ЛПВЩ = Загальний холестерин – ХС-ЛПВЩ**.

Використовувати калькулятори можна онлайн на сайтах та у додатках на телефоні, для яких не потрібне підключення до інтернет мережі.

Якщо ви використовуєте калькулятор, який вказує ризик лише у відсотках, що може бути недостатньо інформативно для пацієнта, звірте результат розрахунку із таблицею, наведеною нижче (табл. 10).



**SCORE2-OP.
MDCalc**



**SCORE2.
MDCalc**



Онлайн-калькулятор
від Європейської асоціації профілактичної кардіології з візуалізацією для пацієнтів

Таблиця 10. Категорії ризику серцево-судинних захворювань на основі SCORE2 та SCORE2-OP у практично здорових людей, залежно від віку

Категорія ризику	< 50 років	50–69 років	≥ 70 років
Низький або помірний ризик ССЗ: лікування факторів ризику зазвичай не рекомендується	< 2,5 %	< 5 %	< 7,5 %
Високий ризик ССЗ: слід розглянути лікування факторів ризику	від 2,5 % до < 7,5 %	від 5 % до < 10 %	від 7,5 % до < 15 %
Дуже високий ризик ССЗ: план лікування факторів ризику рекомендується	≥ 7,5 %	≥ 10 %	≥ 15 %

Замість калькуляторів можна користуватись візуальним зображенням цих шкал, яке наведено нижче та можна знайти за QR-кодом (рис. 7).



ДІЕМО ДЛЯ ЗДОРОВ'Я

Українсько-швейцарський проєкт

Шкали SCORE 2 і SCORE 2-OP (old people) для оцінки загального ризiku розвитку ССЗ

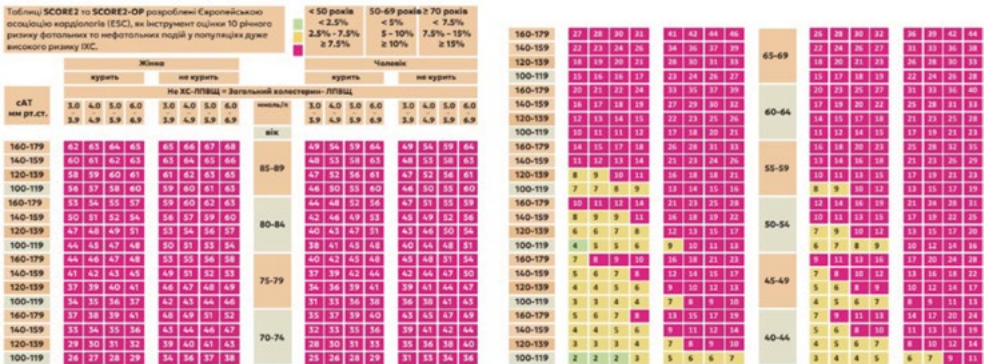


Рисунок 7. SCORE2 та SCORE2-OP для оцінки ризику фатальних та нефатальних (інфаркт міокарда, інсульт) серцево-судинних захворювань.

Розглянемо клінічний випадок:

Пацієнтка Олена приходить на повторну консультацію до медичного брата Олега 1 раз на кілька місяців. Разом вони обговорюють її результати у зміні способу життя та коригують рекомендації. Цього року Олена проходила профілактичне обстеження, під час якого було виявлено предіабет, після цього лікар надав основні рекомендації та скерував на подальше спостереження до медичного брата, який у них в закладі має навички роботи із пацієнтами, яким потрібна зміна способу життя.



Олег відмітив, що Олені важко дотримуватись рекомендацій, вона часто «зривається» (знову починає курити), після чого у неї знижується впевненість у своїх силах на шляху до змін і вона припиняє будь-які кроки для профілактики. Цього разу вона каже, що взагалі не до кінця розуміє, для чого працювати так важко, якщо діабет у неї все одно розвинеться, вона боялась сказати це лікарю, тому продовжує приходити на призначені ним консультації зі зміни способу життя.

— Олено, вам не потрібно боятись висловити свою думку вашому лікарю чи мені. Я розумію, що вносити зміни у своє життя може бути складно. Якщо у вас є вагання чи запитання, я допоможу вам зі всім розібратись.

— Я вас дуже поважаю, тому нічого не казала. Але я знаю людей, які живуть з діабетом, і в них все добре. В мене дуже стресова робота, для мене важко кинути курити, я намагалась вже 5 разів! Не знаю, чи варто далі продовжувати.

— Давайте сьогодні обговоримо це запитання. Я помітив, що ваша мотивація дещо знижена, обговорював це з вашим лікарем. Ми подумали, що буде корисно також розрахувати ваш серцево-судинний ризик. Чи ви знаєте що це означає?

— Напевно, так. Це яка ймовірність, що в мене буде інфаркт?

— Так, і це також. Розрахунок за шкалою допоможе нам зрозуміти з якою ймовірністю у наступні 10 років пацієнт буде мати хвороби серцево-судинної системи, в тому числі ті, які можуть призвести до смерті.

Пацієнтка народилась у березні 1985 року, її АТ підвищується до 130/85 мм.рт.ст. щонайменше 4 рази на тиждень, вона знову почала курити (хоч і набагато менше, ніж до того, як лікар надав рекомендації), її загальний холестерин – 6 ммоль/л, а ЛПВЩ – 2 ммоль/л. Лікар обертає монітор комп'ютера до пацієнтки та вводить ці дані.

Спробуйте розрахувати самостійно. Використайте один із QR-кодів з посиланнями на калькулятори вище. Якщо вам некомфортно працювати англійською, використайте автоматичний переклад сторінки на українську мову в налаштуваннях браузера (рис. 8.1.).



Ваш 10-річний ризик летальних та нелетальних серцево-судинних подій становить *:

5,6%



Для особи вашого віку, згідно з Керівними принципами, 10-річний ризик серцево-судинних захворювань вважається високим, якщо він перевищує:

2,5%

Рисунок 8.1. Результати розрахунків (автоматичний переклад)

Медичний брат звіряється із таблицею і каже, що 5,6 % є високим ризиком для людини віком 41 рік.

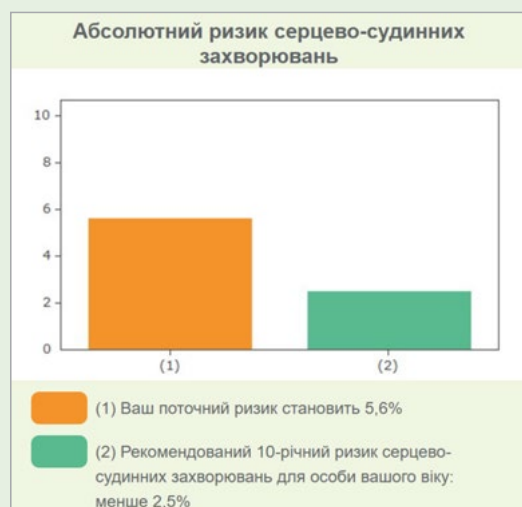
— Чи правильно я розумію, що мій ризик мати інфаркт чи інсульт до 51 року є майже 6 %?

— Все вірно.

— Не може бути. Але я ще дуже молода для цього. У мого дідуся був інсульт аж у 89 років.

— Олено, це може бути неприємною інформацією. Ми зробили ці розрахунки не для того, що вас лякати, а щоб вам було більш зрозуміло, для чого ви так багато працюєте над зміною способу життя. У діабету та серцево-судинних захворювань більшість факторів ризику є спільними, тож коли ви працюєте над профілактикою діабету, ви одночасно зменшуєте і свій ризик, наприклад, інфаркту чи інсульту. Давайте подивимось, як можна покращити результати.

Пацієнтка та медичний брат разом переглядають рекомендації, надані під розрахунком. Також там є відображення, як знизиться ризик, якщо досягнути цілей здоров'я (рис. 8.2.).



Олена дякує за консультацію. Вона каже, що, хоч їй і тяжко дотримуватись усіх рекомендацій, вона спробує ще, адже хоче жити довго заради себе та своїх дітей, і що візуалізація того, який ССР у неї може бути, коли вона все ж продовжить зміни, їй дуже допомогла окреслити свої цілі здоров'я.

Рисунок 8.2. Результати зниження ССР при досягненні цілей здоров'я

► ЯК ІНТЕГРУВАТИ ПРОФІЛАКТИЧНЕ КОНСУЛЬТУВАННЯ У ЩОДЕННУ ПРАКТИКУ

Нерідко лікарі, медичні сестри та медбрати уникають детально обговорювати тему здорового способу життя, обмежуючись загальними фразами про «необхідність правильно харчуватися і достатньо рухатися». Таку комунікацію можна зрозуміти, враховуючи високе навантаження на медиків, необхідність ведення великого обсягу документації замість того, щоб приділяти більше часу пацієнтам, обмежений час на консультацію одного пацієнта, часто повільну роботу ЕКОЗ та відсутність можливості зробити повноцінну перерву між прийомами. Крім того, комунікація з пацієнтами часто продовжується і в позаробочий час.

Звісно, обговорення здорового способу життя з індивідуальним підходом займає дуже багато часу, зусиль, а часто ще й приносить розчарування у власних силах, коли пацієнт зрештою не дотримується рекомендацій попри витрачені час та зусилля медичного працівника.

Разом із тим, належна комунікація надзвичайно важлива, адже чим більше уваги приділяємо профілактиці сьогодні, тим менше ресурсів і зусиль знадобиться для лікування у майбутньому. Тому важливо знайти баланс та правильні рішення для подолання перешкод:

- Різні аспекти здорового способу життя можна обговорювати на різних консультаціях.
- Під час консультацій використовуйте різноманітні матеріали, брошури, посилання на статті, відео, калькулятори та додатки створені МОЗ, ВООЗ, ЦГЗ та партнерами, які працюють у сфері профілактики захворювань. Слід завжди перевіряти репутацію організацій та не поширювати матеріали від фармакологічних компаній.
- Створіть папку на робочому комп'ютері або у хмарному сервісі з різним набором рекомендацій, наприклад, «Здорове харчування», «Як збільшити свою фізичну активність», «Прості кроки у відмові від куріння» та надсилайте своїм пацієнтам для самоосвіти. На візитах можна запитувати, що пацієнти зрозуміли із прочитаного, та чи є у них запитання. Це скоротить тривалість часу, витраченого на пояснення.
- Медичні сестри/медбрати, фахівці навколомедичних спеціальностей мають залучатись до проведення профілактичної роботи із пацієнтом. Медична сестра чи медичний брат принесуть набагато більше користі суспільству, проводячи окремий прийом у власному кабінеті із пацієнтами, яким потрібно провести профілактичне консультування, ніж вносячи записи в ЕКОЗ під час спільного прийому із лікарем.
- Використовуйте формат групових навчань або шкіл для пацієнтів. Для людей зі схожими запитаннями можна організовувати короткі спільні зустрічі або онлайн-сесії, де обговорюватимуться практичні аспекти зміни способу життя та надаватимуться відповіді на поширені запитання.
- Запропонуйте керівництву закладу створити відеоматеріали з різних питань профілактики, щоб полегшити вашу роботу (такі відео можна транслювати в зонах очікування пацієнтів або поширювати на офіційних сторінках закладу чи громади). Доцільно залучати медичних працівників закладу до створення або озвучення таких матеріалів, що підвищує їхню достовірність та довіру

пацієнтів. Якщо такої можливості немає, можна використовувати відео, які уже розроблені авторитетними організаціями.

Пам'ятайте про важливість спільного прийняття рішень та підтримки пацієнтів у формуванні відповідальності за своє здоров'я. Ви можете порадити те, що буде найбільш корисним для людини, проте результат буде залежати і від неї самої.

Подбайте про своє психічне здоров'я, адже продуктивність роботи може знижуватись при професійному вигоранні, особливо у людей медичних спеціальностей, де є високий рівень відповідальності.

Вторинна та третинна профілактика (тактика лікування та профілактика ускладнень і станів, які виникають при ЦД 2 типу)

Вторинна профілактика застосовується до людей, у яких уже є діагноз цукрового діабету або його початкові прояви (наприклад, поліурія, полідипсія тощо) без встановленого діагнозу. Вона включає програми раннього виявлення, стабілізації стану та лікування до появи виражених клінічних проявів захворювання чи ускладнень.

Третинна профілактика застосовується до пацієнтів, які мають встановлений діагноз ЦД 2 типу з вираженими симптомами, ознаками впливу на органи-мішені та ускладненнями. Третинна профілактика необхідна для запобігання інвалідизації таких пацієнтів та покращення якості їх життя.

Добре проведена вторинна профілактика може запобігти необхідності або відтермінувати потребу в третинній профілактиці. Разом з тим і вторинна, і третинна профілактика передбачають проведення наступних заходів:

- контроль рівня глікемії, ліпідного обміну, функції нирок;
- контроль АТ;
- регулярний скринінг діабетичної ретинопатії, периферичної нейропатії;
- огляд стоп для профілактики синдрому діабетичної стопи;
- навчання пацієнта самоконтролю рівня глюкози та здорового способу життя;
- своєчасне призначення та корекція препаратів;
- лікування супутніх станів (АГ, дисліпидемії).

Тому в цьому розділі ми розглянемо тактику ведення і профілактику різних ускладнень та станів, що можуть виникати при вже наявному ЦД 2 типу, об'єднавши заходи вторинної та третинної профілактики.

► КРИТЕРІЇ ДОСЯГНЕННЯ ЦІЛЮВИХ РІВНІВ ГЛІКЕМІЇ

Перед тим, як розглядати тактику ведення станів, які виникають при ЦД 2 типу, звернімо увагу на цільові рівні глікемії для таких пацієнтів. Цукровий діабет визначається наявністю гіперглікемії. Багато механізмів можуть опосередковувати вплив хронічної гіперглікемії на розвиток ускладнень, серед яких глікування, ліпоксидация, запалення, апоптоз, а також епігенетичні та інші внутрішньоклітинні процеси.

Хронічна гіперглікемія є найбільш достовірно встановленим супутнім фактором ризику, пов'язаним із розвитком мікросудинних ускладнень (наприклад, діабетичної ретинопатії та нейропатії).

Оптимізація глікемічного контролю (тактики ведення) має сприятливий вплив, оскільки запобігає або сповільнює прогресування мікросудинних захворювань при діабеті.

При веденні пацієнтів з ЦД 2 типу рекомендовано намагатися досягти таких цільових показників глікемічного контролю:

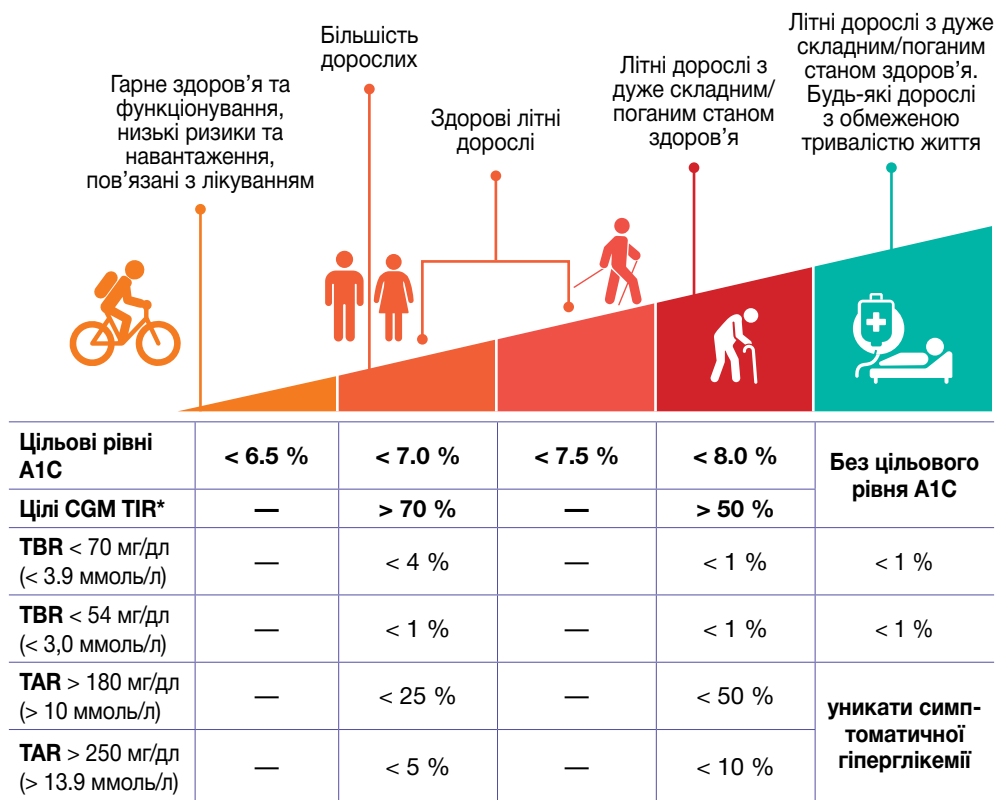
- **рівень HbA1c < 7 % (< 53 ммоль/моль)** доцільний для більшості невагітних дорослих пацієнтів за відсутності важких гіпоглікемій або гіпоглікемій, що погіршують стан здоров'я чи якість життя.
- **час у цільовому діапазоні (Time in Range, TIR) > 70 %** доцільний для більшості невагітних дорослих пацієнтів, які застосовують безперервний моніторинг глюкози (БМГ).

З метою профілактики гіпоглікемії пацієнтам, які застосовують БМГ, рекомендовано цільовий час перебування з рівнем глюкози < 3,9 ммоль/л (< 70 мг/дл) на рівні < 4 % (або < 1 % для пацієнтів літнього віку), а цільовий час із рівнем < 3,0 ммоль/л (< 54 мг/дл) — на рівні < 1 %¹².

Залежно від індивідуальних особливостей пацієнта можуть бути доцільними такі **підходи до визначення цільових рівнів глікемії та корекції терапії**:

- **більш жорсткі цільові рівні HbA1c** (наприклад, < 6,5 % (< 48 ммоль/моль)) можуть бути доцільними для пацієнтів із цукровим діабетом із задовільним станом здоров'я, збереженим функціональним статусом, низьким ризиком ускладнень від терапії (наприклад, гіпоглікемії) та низьким ризиком обтяжуючих станів, пов'язаних із лікуванням (див. рис. 9);
- **менш жорсткі цільові рівні глікемії** можуть бути доцільними для пацієнтів із вираженими когнітивними та/або функціональними порушеннями, синдромом старечої астенії, важкими коморбідними станами, або у випадках, коли потенційна шкода від лікування (включно з гіпоглікемією) перевищує очікувану користь;
- **потрібно зменшити інтенсивність терапії препаратами**, які індукують гіпоглікемію (інсуліни, похідні сульфонілсечовини або меглітиніди), або перевести пацієнта на клас препаратів із нижчим ризиком гіпоглікемії, якщо він має високий ризик гіпоглікемічних станів, залишаючись у межах індивідуалізованих цільових рівнів глікемії;
- **потрібно зменшити інтенсивність цукрознижувальної терапії** у пацієнтів, для яких потенційна шкода та/або обтяжуючі стани, пов'язані з лікуванням, можуть перевищувати користь, залишаючись у межах індивідуалізованих цільових рівнів глікемії;
- **цільові рівні глікемії потрібно визначати** під час планових контрольних клінічних візитів (консультацій) для покращення результатів лікування. Також необхідно проводити переоцінку цільових рівнів глікемії на основі індивідуалізованих критеріїв, наведених на рис. 9.

¹²https://diabetesjournals.org/care/article/49/Supplement_1/S132/163927/6-Glycemic-Goals-Hypoglycemia-and-Hyperglycemic



*CGM (continuous glucose monitoring) — безперервний моніторинг глюкози
TAR (time above range) — час вище цільового діапазону;
TBR (time below range) — час нижче цільового діапазону;
TIR (time in range) — час у цільовому діапазоні 3,9–10,0 ммоль/л. Для більшості пацієнтів, мета — мати > 70 % дня в цьому діапазоні, щоб зменшити ускладнення. Він вимірюється за допомогою безперервного монітора глюкози (CGM).

Модифікуючі фактори

Сприяє встановленню більш жорстких цілей	Сприяє встановленню менш жорстких цілей
Коротка тривалість діабету	Тривала тривалість діабету
Низький ризик гіпоглікемії	Високий ризик гіпоглікемії
Низькі ризики та навантаження, пов'язані з лікуванням	Високі ризики та навантаження, пов'язані з лікуванням
Фармакотерапія з серцево-судинними, нирковими перевагами, перевагами для зниження ваги або іншими перевагами	Фармакотерапія без неглікемічних переваг
Відсутність серцево-судинних ускладнень	Встановлені серцево-судинні ускладнення
Мало або незначні супутні захворювання	Важкі супутні захворювання, що обмежують тривалість життя

Рисунок 9. Індивідуалізовані цільові рівні глікованого гемоглобіну та БМГ (безперервного моніторингу глюкози) для невагітних дорослих.

Частота моніторингу рівня глюкози в крові при ЦД 2 типу не є універсальним показником для всіх. Вона має бути суворо індивідуалізованою залежно від фармакологічного режиму пацієнта, його клінічного стану та цільових показників глікемії. Згідно з основними клінічними настановами, стратегії моніторингу загалом класифікуються наступним чином:

1. Визначення рівня HbA1c

- стабільні пацієнти, які досягають цілей лікування: щонайменше двічі на рік;
- пацієнти, які не досягають цільових показників глікемії, або яким нещодавно було змінено терапію: щокварталу (кожні 3 місяці).

2. Самоконтроль рівня глюкози в крові або безперервний моніторинг глюкози. Частота щоденного капілярного або сенсорного моніторингу значною мірою залежить від схеми лікування:

- **інтенсивна інсулінотерапія (багаторазові щоденні ін'єкції або помпа):**
 - пацієнти повинні регулярно контролювати рівень глюкози кілька разів на день;
 - стандартний час тестування: перед прийомами їжі та перекусами, перед сном, перед фізичними навантаженнями, при підозрі на гіпоглікемію, після лікування гіпоглікемії (до досягнення нормоглікемії) та іноді після їжі (постпрандіально).
- **базальний інсулін з пероральними препаратами або без них:**
 - рівень глюкози в крові натще слід вимірювати щодня для контролю титрування дози базального інсуліну;
 - додаткове тестування може знадобитися при підозрі на гіпоглікемію, або якщо рівень HbA1c залишається підвищеним, незважаючи на досягнення цільових показників натще (що свідчить про необхідність постпрандіального моніторингу).
- **безінсулінова терапія (пероральні препарати, агоністи рецепторів глюкагоноподібного пептиду-1 (арГПП-1) або лише медична дієтотерапія):**
 - регулярний, структурований щоденний самоконтроль у пацієнтів, які отримують безінсулінову терапію (особливо препаратами, що не викликають гіпоглікемії, такими як метформін або інгібітори натрій-глюкозного котранспортера 2 типу (НЗКТГ-2), має обмежену довгострокову клінічну користь, якщо пацієнт досягає цільових показників HbA1c.

Однак епізодичний або цільовий моніторинг може бути надзвичайно корисним для:

- контролю корекції доз препаратів;
- отримання зворотного зв'язку щодо впливу конкретних прийомів їжі, фізичної активності або стресу на коливання рівня глікемії;
- ведення пацієнтів під час інтеркурентних захворювань (дні хвороби).

3. Інтеркурентні захворювання (правила «днів хвороби»). Під час гострих захворювань або інфекцій рівень глюкози в крові слід контролювати набагато частіше (часто кожні 4–6 годин), незалежно від базової схеми лікування, через високий ризик розвитку стрес-індукованої гіперглікемії та потенційну необхідність тимчасової інсулінотерапії. Цільові рівні глікемії для більшості невагітних дорослих наведені в табл. 10.

Таблиця 10. Зведені дані щодо цільових рівнів глікемії для більшості невагітних дорослих з діабетом

Показник	Цільове значення
Глікований гемоглобін (HbA1c)	< 7,0% (< 53 ммоль/моль)
Препрандіальна глюкоза капілярної плазми (перед прийомом їжі)	4,4–7,2 ммоль/л (80–130 мг/дл)
Пікова постпрандіальна глюкоза (після прийому їжі) капілярної плазми	< 10,0 ммоль/л (< 180 мг/дл)

Встановлені цільові рівні мають забезпечувати профілактику як симптоматичної гіпоглікемії, так і гіперглікемії, а також сприяти безпеці лікування та покращенню прихильності до терапії (комплаєнсу), особливо при зміні клінічного стану пацієнта.

Доведено, що встановлення конкретних цілей лікування під час консультацій покращує результати глікемічного контролю у пацієнтів із цукровим діабетом. Важливо також враховувати ресурси та рівень підтримки пацієнта для безпечного досягнення цільових значень, а також його індивідуальні уподобання та цілі. Рекомендується залучати пацієнта до спільного прийняття рішень.

Розглянемо клінічний випадок:

Пацієнтка Стефанія, 58 років, яка вже 2 роки має встановлений діагноз ЦД 2 типу і приймає метформін, звертається на прийом зі скаргами на періодичну втому, загальну слабкість та сухість у роті.

Ви оглядаєте пацієнтку і перевіряєте результати її аналізів: рівень HbA1c становить 8,4 %. Ви кажете Стефанії, що її показники занадто високі, вона не досягає цільових рівнів лікування, і якщо нічого не змінити зараз, то існує високий ризик розвитку серцево-судинних ускладнень та проблем із нирками.

Ви коригуєте основні помилки в харчуванні, надаєте наочні приклади з використанням друкованих інформаційних матеріалів, а також просите не забувати регулярно дотримуватись призначеного лікування. Пацієнтка погоджується, що потрібно щось змінювати. Ви домовляєтесь, що вона прийде «через деякий час», коли знову здасть аналізи, щоб перевірити, чи знизились показники HbA1c.

Що, на вашу думку, можна було б покращити у такій комунікації? Яку інформацію слід додати?

Пацієнтка приходить до вас на прийом через 7 місяців. Вона каже, що прийшла «як тільки змогла після дачного сезону та свят», що для неї цілком



відповідає поняттю «через деякий час». Ви дивитесь нові результати аналізів: HbA1c — 8,2 %.

Стефанія дуже здивована та розчарована, адже, за її словами, вона «кардинально змінила підхід до здоров'я». З гордістю вона розповідає, що повністю відмовилася від звичайного білого цукру і тепер додає у чай лише мед або фруктозу з відділу для людей з діабетом, бо «вони натуральні і безпечні». Також вона прочитала на форумі, що постійний прийом хімічних препаратів «знищує печінку», тому вона приймає метформін лише в ті дні, коли відчуває сильну сухість у роті або бачить високі цифри на глюкометрі. В інші ж дні вона п'є спеціальний «діабетичний фіточай», який їй радила сусідка для очищення судин.

Ви чудово знаєте, що фруктоза та мед так само підвищують рівень глюкози в крові та сприяють інсулінорезистентності, як і білий цукор, фіточаї не мають жодної доказової бази для контролю ЦД 2 типу, а цукрознижувальні препарати вимагають регулярного щоденного прийому, а не ситуативного «збивання».

Очевидно, що ваша пацієнтка справді доклала зусиль і намагалася дотримуватися ваших порад, але через нестачу достовірної інформації стала жертвою поширених міфів.

Тож Ви детально, але доступно мовою, пояснюєте базові принципи лікування. Ви скеровуєте Стефанію до медичної сестри, яка ознайомить пацієнтку з методом Тарілки здорового харчування, пояснить різницю між типами вуглеводів та розповість, чому прийом ліків має бути безперервним. Під час цієї консультації пацієнтка отримує друковані матеріали з доказових джерел із наочними картинками щодо харчування.

Ви обговорюєте з Стефанією конкретну клінічну ціль — досягнення рівня HbA1c < 7,0 % — і пояснюєте, що саме означає ця цифра.

Ви кажете пацієнтці, що плануєте наступний візит рівно через 3 місяці для оцінки динаміки глікованого гемоглобіну (та одразу записуєте її на прийом, попросивши поставити нагадування у телефоні). Також пропонуєте їй записувати всі запитання щодо харчування чи ліків у блокнот, щоб обговорити їх на наступній зустрічі з вами.

► НАДМІРНА МАСА ТІЛА ТА ОЖИРІННЯ: ОЦІНКА СТАНУ І ПРИНЦИПИ ВЕДЕННЯ

Ожиріння – це хронічне рецидивуюче захворювання та один із ключових факторів розвитку і прогресування ЦД 2 типу, серцево-судинних захворювань та хронічної хвороби нирок. Існують переконливі докази того, що лікування ожиріння може відтермінувати прогресування предіабету до ЦД 2 типу та суттєво покращити перебіг уже наявного діабету.

Ожиріння та ЦД 2 типу взаємно посилюють одне одного. Надмірна маса тіла сприяє розвитку інсулінорезистентності та погіршенню контролю глікемії, тоді як деякі цукрознижувальні препарати (зокрема інсулін, препарати сульфонілсечовини та піоглітазон) можуть сприяти збільшенню маси тіла. У результаті формується порочне коло, що підвищує ризик розвитку мікросудинних і макросудинних ускладнень. Тому контроль маси тіла має бути

однією з основних цілей лікування людей із ЦД 2 типу поряд із контролем глікемії.

Усім людям із предіабетом та ЦД 2 типу рекомендовано щонайменше один раз на рік проводити вимірювання маси тіла та зросту для розрахунку індексу маси тіла (ІМТ). За можливості доцільно також оцінювати обхват талії або співвідношення окружності талії до стегон для визначення абдомінального розподілу жирової тканини.

Під час активного зниження маси тіла антропометричні показники слід оцінювати щонайменше один раз на три місяці для контролю ефективності втручань та корекції лікування. За наявності супутньої серцевої недостатності, ризику затримки рідини або різкої нез'ясованої зміни маси тіла може бути необхідний більш частий моніторинг. За наявності відповідних ресурсів для уточнення складу тіла пацієнта можуть застосовуватися біоімпедансний аналіз або двоенергетична рентгенівська абсорбціометрія.

Планування зниження маси тіла. Лікар має оцінити готовність пацієнта до змін та спільно з ним, на основі принципів спільного прийняття рішень, розробити індивідуальну стратегію лікування. Вона може включати модифікацію харчування, підвищення рівня фізичної активності, поведінкове консультування, сучасну фармакотерапію, використання медичних пристроїв або метаболічну хірургію. Початковий і подальший вибір терапії має бути індивідуалізований з урахуванням анамнезу пацієнта, життєвих обставин та його уподобань.

З огляду на зростаючу доступність ефективних методів лікування, людей із діабетом та надмірною масою тіла або ожирінням слід інформувати про потенційні переваги як помірного, так і більш суттєвого зниження маси тіла, а також ознайомлювати з доступними варіантами лікування. Доцільно пояснювати пацієнтам конкретні клінічні переваги залежно від рівня втрати маси тіла.

Таблиця 11. Цілі зниження маси тіла при ожирінні у людей з ЦД 2 типу та очікувані клінічні ефекти

Цільове зниження маси тіла	Клінічний ефект
Помірне зниження (5–7 % від початкової маси тіла)	При предіабеті – знижує ризик прогресування до ЦД 2 типу. При ЦД 2 типу – покращує показники глікемії, АТ та ліпідного профілю, а також може зменшувати потребу в медикаментозній терапії.
Суттєве зниження (> 10 % від початкової маси тіла)	• Забезпечує більш виражений контроль глікемії. • Покращує перебіг коморбідних станів, зокрема MASH (стеатогепатиту), апное уві сні та хронічного запалення жирової тканини. • Знижує ризик смертності через серцево-судинні події. • Може сприяти ремісії ЦД 2 типу протягом 2–5 років за умови невеликої тривалості захворювання та збереженої функції β-клітин.

Харчові рекомендації при зниженні маси тіла. Для досягнення клінічно значущого зниження маси тіла за допомогою модифікації способу життя рекомендовано створити дефіцит енергії приблизно на 500–750 ккал/добу. Для більшості жінок це відповідає споживанню близько 1200–1500 ккал/добу, а для більшості чоловіків — 1500–1800 ккал/добу, з урахуванням початкової маси тіла та рівня фізичної активності.

Зниження маси тіла менш ніж на 5 % зазвичай не супроводжується суттєвим покращенням глікемії, ліпідного профілю або артеріального тиску. Для досягнення метаболічних покращень зазвичай необхідна втрата щонайменше 5 % початкової маси тіла. Водночас більш інтенсивне зниження маси тіла (> 7 %, > 10 %, > 15 %) може забезпечувати додаткові переваги для здоров'я за умови безпечного досягнення таких цілей.

Вибір моделі харчування має ґрунтуватися на стані здоров'я людини, соціальних детермінантах, культурних особливостях та індивідуальних уподобаннях. Низьковуглеводні моделі харчування залишаються предметом інтересу, однак сучасні дані свідчать, що вони не мають суттєвих переваг порівняно зі збалансованим споживанням вуглеводів з метою зниження маси тіла або рівня HbA1c.

Доцільно також зменшити споживання оброблених та ультраоброблених продуктів, це може сприяти покращенню метаболічних показників і зменшенню накопичення вісцерального жиру.

Слід зазначити, що наразі немає переконливих доказів ефективності харчових добавок (трав, вітамінів, мінералів, амінокислот, ферментів чи антиоксидантів) для лікування ожиріння або зниження маси тіла. Водночас під час зниження маси тіла важливо контролювати повноцінність харчування для профілактики дефіциту поживних речовин. Полівітамінні або мінеральні добавки можна розглядати для осіб, які:

- споживають менше ніж 1200 ккал/добу;
- виключають окремі групи продуктів;
- дотримуються суворого вегетаріанського харчування;
- мають захворювання, що супроводжуються порушенням всмоктування;
- старші за 50 років;
- мають швидку втрату маси тіла.

Особи, у яких спостерігається значна (> 20 %) або швидка (> 4 % на місяць) втрата маси тіла, мають проходити скринінг на дефіцит мікронутрієнтів, зокрема заліза, кальцію, магнію, цинку, вітамінів А, D, Е, К, В1, В12 і С. Крім того, важливо контролювати достатнє споживання білка для збереження м'язової маси, а також клітковини та рідини для профілактики закрепів.

Фізична активність у лікуванні ожиріння. Активність є важливою складовою лікування та профілактики ускладнень ЦД 2 типу не лише через вплив на масу тіла. Вона сприяє покращенню якості життя, кардіореспіраторної витривалості, контролю глікемії та зниженню смертності. Людям із надмірною масою тіла або ожирінням слід рекомендувати ті види активності, які їм подобаються та є реалістичними для регулярного виконання. Кінцевою метою – досягти щонайменше 150 хвилин фізичної активності помірної інтенсивності на тиждень. Підходи до консультування щодо фізичної активності можуть бути подібними до тих, що використовуються під час первинної профілактики, оскільки ре-

комендації ВООЗ для людей із хронічними захворюваннями загалом відповідають рекомендаціям для населення без таких захворювань, з урахуванням індивідуальних особливостей та обмежень пацієнта.

Довгострокове підтримання маси тіла. Підтримання досягнутої маси тіла є одним із найскладніших етапів лікування ожиріння та ЦД 2 типу. Саме тому людям із ЦД 2 типу, яким вдалося знизити масу тіла, слід пропонувати довгострокові (≥ 1 року) комплексні програми підтримки. Вони повинні включати:

- контакт із фахівцями (нутриціологом, психологом, фізичним реабілітологом тощо) щонайменше щомісяця;
- постійний моніторинг маси тіла (щотижня або частіше);
- відстеження споживання їжі та рівня рухової активності (наприклад, кількості кроків);
- високий рівень ФА (200–300 хвилин на тиждень).

Фармакотерапія ожиріння. Фармакотерапія ожиріння – це ефективний інструмент лікування, який застосовується як доповнення до модифікації способу життя у людей із надмірною масою тіла або ожирінням, зокрема у пацієнтів із ЦД 2 типу. З появою нових класів препаратів можливості медикаментозного зниження маси тіла суттєво розширилися, що дозволяє досягати клінічно значущої втрати ваги та покращення метаболічних показників.

Фармакотерапію слід розглядати у пацієнтів з $IMT \geq 30 \text{ кг/м}^2$ або $\geq 27 \text{ кг/м}^2$ за наявності супутніх станів, пов'язаних із ожирінням (зокрема ЦД 2 типу, артеріальна гіпертензія, дисліпідемія), якщо немедикаментозні втручання є недостатніми для досягнення цільових показників маси тіла та метаболічного контролю. У пацієнтів із ЦД 2 типу та надмірною масою тіла або ожирінням доцільно розглядати її на ранніх етапах лікування як доповнення до модифікації способу життя.

Вибір препарату має базуватися на індивідуальній оцінці ефективності, безпеки, супутніх захворювань, доступності та вподобаннях пацієнта. Перевагу слід надавати препаратам із доведеною ефективністю щодо зниження маси тіла та покращення глікемічного контролю, зокрема арГПП-1 або подвійним агоністам рецепторів глюкозозалежного інсулінотропного поліпептиду (ГІП) та арГПП-1 з більшою ефективністю щодо зниження маси тіла (тобто семаглутид або тірзепатид). Ці препарати демонструють не лише зниження маси тіла, але й додаткові кардіометаболічні переваги, зокрема зниження ризику серцево-судинних подій.

Управління з контролю за харчовими продуктами та лікарськими засобами США (FDA) схвалило кілька препаратів для лікування ожиріння як доповнення до низькокалорійного плану харчування та підвищеної фізичної активності для осіб з $IMT \geq 30 \text{ кг/м}^2$ або $\geq 27 \text{ кг/м}^2$ за наявності одного чи кількох супутніх захворювань, пов'язаних з ожирінням (наприклад, ЦД 2 типу, АГ та/або дисліпідемії).

Важливо, що більшість сучасних препаратів для лікування ожиріння також сприяють покращенню глікемічного контролю у пацієнтів із ЦД 2 типу та можуть уповільнювати прогресування предіабету до діабету. Перед початком терапії необхідно обговорити з пацієнтом очікувані ефекти, можливі побічні реакції, альтернативні варіанти лікування та узгодити реалістичні цілі зниження маси тіла. Детальніша характеристика лікарських засобів для лікування ожиріння наведена в таблиці 12.

Таблиця 12. Характеристика лікарських засобів для лікування ожиріння

Назва препарату та клас	Група лікування; зниження маси тіла від початкового рівня	Тривалість лікування (тижні)*	Поширені побічні ефекти
Орлістат <i>Інгібітор ліпази</i>	120 мг 3 р/добу; 9,6 % Плацебо; 5,6 %	52	Біль у животі, метеоризм, імперативні позиви до дефекації
Ліраглутид <i>арГПП-1</i>	3,0 мг 1 р/добу; 6 % 1,8 мг 1 р/добу; 4,7 % Плацебо; 2 %	56	Шлунково-кишкові побічні ефекти (нудота, блювання, діарея, гастроезофагальний рефлюкс, запор)
Семаглутид <i>ар ГПП-1</i>	2,4 мг 1 р/тиждень; 9,6 % 1,0 мг 1 р/тиждень; 7 % Плацебо; 3,4 %	-	Шлунково-кишкові побічні ефекти (як зазначено вище)
Тірзепатид <i>Подвійний агоніст рецепторів ГП та арГПП-1</i>	15 мг 1 р/тиждень; 14,7 % 10 мг 1 р/тиждень; 12,8 % Плацебо; 3,2 %	72	Шлунково-кишкові побічні ефекти (нудота, блювання, діарея, гастроезофагальний рефлюкс, запор)

Можливі ризики для безпеки та застереження

Протипоказано при холестазі.

Потенційне порушення всмоктування жиророзчинних вітамінів (А, D, Е, К) та деяких ліків (циклоспорину, тиреоїдних гормонів, протисудомних препаратів).

Повідомлялося про рідкісні випадки тяжкого ураження печінки.

Ризик жовчнокам'яної хвороби та нефролітіазу (контролювати функцію нирок, відмінити при оксалатній нефропатії).

Наведене нижче стосується всіх арГПП-1:

- відмінити перед хірургічним втручанням для зниження ризику легеневої аспірації при загальній анестезії/седації.
- панкреатит: не розпочинати при високому ризику, відмінити при підозрі.
- захворювання жовчовивідних шляхів: уникати в осіб із групи ризику, обстежити при підозрі на холецистит.
- шлунково-кишкові розлади (тяжкий закреп, кишкова непрохідність). Не рекомендовано при гастропарезі.
- діабетична ретинопатія: ретельний моніторинг в осіб із високим ризиком.
- ризик передньої ішемічної оптичної нейропатії (рідко)
- ризик гіпоглікемії (при комбінації з інсуліном/сульфонілсечовиною)
- можливе порушення всмоктування пероральних ліків під час титрування дози.

Суворе попередження: ризик С-клітинних пухлин ЩЗ (встановлено на гризунах). Протипоказано при медулярному раку ЩЗ або синдромі МЕН-2 в анамнезі.

Див. профіль безпеки та застереження для ліраглутиду вище (стосується всіх арГПП-1).

Те саме, що й для арГПП-1, з додаванням наступного:

Контролювати дію пероральних препаратів із вузьким терапевтичним вікном (варфарин).

Жінкам, які приймають пероральні контрацептиви, рекомендується перейти на непероральний метод або додати бар'єрний метод контрацепції на 4 тижні після початку лікування та на 4 тижні після кожного підвищення дози.

Метаболічна хірургія. Такий тип хірургії розглядається як частина комплексного лікування пацієнтів, у яких інші методи недостатньо ефективні. Її слід розглядати для пацієнтів із ЦД 2 типу з ІМТ $\geq 30,0$ кг/м², які за іншими критеріями є придатними кандидатами для хірургічного втручання.

Перед прийняттям рішення про хірургічне втручання необхідна мультидисциплінарна оцінка, яка передбачає оцінку соматичного стану, психологічного профілю, харчової поведінки, а також соціальних та життєвих обставин пацієнта.

Пацієнт повинен бути повністю поінформованим про потенційні переваги, ризики та необхідність довгострокового спостереження після операції. Обов'язковою умовою є довготривала післяопераційна підтримка, що включає медичний, нутритивний та поведінковий супровід.

Після метаболічної хірургії необхідний регулярний моніторинг маси тіла, метаболічних показників та рівня мікронутрієнтів. Також рекомендовано періодичний скринінг психоемоційного стану та харчової поведінки.

У пацієнтів, які перенесли метаболічну хірургію, можливими довгостроковими ускладненнями є дефіцит вітамінів і мінералів, анемія, остеопороз, демпінг-синдром та постпрандіальна гіпоглікемія.

Демпінг-синдром зазвичай виникає через 10–30 хв після прийому їжі та проявляється нудотою, діареєю, серцебиттям, слабкістю. У більшості випадків він носить транзиторний характер і зменшується з часом.

Постпрандіальна гіпоглікемія зазвичай розвивається через 1–3 роки після операції та пов'язана зі швидким всмоктуванням глюкози та надмірною інсуліновою відповіддю. Клінічні прояви включають тремор, пітливість, серцебиття, когнітивні порушення, аж до втрати свідомості. Діагностика ґрунтується на клінічній оцінці, аналізі харчової поведінки та виключенні інших причин гіпоглікемії (лікарські препарати, недостатнє харчування, інсулінома).

Пацієнти після метаболічної хірургії потребують регулярного довгострокового спостереження з оцінкою нутритивного статусу, психічного здоров'я та ризику повторного набору маси тіла. У разі недостатньої втрати ваги або її відновлення слід розглянути додаткові втручання, зокрема фармакотерапію ожиріння.

► СЕРЦЕВО-СУДИННІ ЗАХВОРЮВАННЯ І ЦД 2 ТИПУ: ОЦІНКА ССР І ПРИНЦИПИ ЛІКУВАННЯ

Люди з ЦД 2 типу мають у 2–4 рази вищий ризик розвитку ССЗ протягом життя, зокрема ІХС, інсульту, серцевої недостатності (СН), фібриляції передсердь (ФП) та захворювань периферичних артерій (ЗПА). ЦД 1 типу, ЦД 2 типу та предіабет є незалежними факторами ризику ССЗ атеросклеротичного генезу. У жінок із ЦД 2 типу ризик розвитку інсульту особливо високий.

У пацієнтів із ЦД 2 типу часто одночасно наявні інші фактори ризику ССЗ, зокрема артеріальна гіпертензія, дисліпідемія, ожиріння та хронічна хвороба нирок (ХХН), що додатково підвищує ризик серцево-судинних подій. Частина пацієнтів із уже встановленими ССЗ можуть мати недіагностований ЦД 2 типу, тому в обох групах пацієнтів важливо своєчасно оцінювати фактори ризику та стан серцево-судинної системи.

Оцінка серцево-судинного ризику (ССР) є ключовою складовою ведення пацієнтів із ЦД 2 типу та дозволяє:

- визначити індивідуальний ризик розвитку серцево-судинних подій;
- встановити цільові рівні ХС-ЛПНЩ;
- визначити потребу в ліпідознижувальній терапії;
- адаптувати вибір цукрознижувальної терапії;
- визначити інтенсивність контролю факторів ризику.

Головна мета такої оцінки — попередити розвиток фатальних та нефатальних серцево-судинних подій ще до того, як з'являться перші клінічні симптоми.

При оцінці СС-ризiku у пацієнтів із ЦД 2 типу важливо враховувати медичний та сімейний анамнез, наявні симптоми, результати фізикального огляду, лабораторних та інших діагностичних тестів, а також наявність документально підтвердженого атеросклеротичного серцево-судинного захворювання (АСС-С3) або тяжкого ураження органів-мішеней (УОМ).

Пацієнти із документованим АССС3 або тяжким УОМ автоматично належать до групи дуже високого ризику та не потребують додаткового розрахунку ризику за допомогою стандартизованих шкал чи калькуляторів.

Таблиця 13. Критерії тяжкого ураження органів-мішеней

Категорія	Критерії та показники	Опис / Додаткові умови
Ниркова функція (швидкість клубочкової фільтрації)	$< 45 \text{ мл/хв/1,73 м}^2$	Незалежно від рівня альбумінурії
Ниркова функція, комбінований показник	$45\text{--}59 \text{ мл/хв/1,73 м}^2 +$ мікроальбумінурія	Співвідношення альбумін/креатинін (САК) $30\text{--}300 \text{ мг/г}$ (стадія А2 ХХН)
Альбумінурія / Протеїнурія	$\text{САК} > 300 \text{ мг/г}$	Стадія А3 ХХН
Мікросудинні ускладнення	Наявність у ≥ 3 різних ділянках одночасно	Наприклад: стадія А2 ХХН + ретинопатія + нейропатія

Пацієнтам із ЦД 2 типу віком 40-69 років без встановленого діагнозу АССС3 або тяжкого УОМ рекомендовано оцінювати 10-річний ризик СС3 за допомогою алгоритму SCORE2-Diabetes. Слід пам'ятати, що пацієнти віком до 40 років, не оцінюються за SCORE2-Diabetes. За QR кодом ви можете знайти онлайн калькулятор, який допоможе оцінити ризик.

Окрім результату SCORE2-Diabetes, при визначенні кінцевої категорії ризику необхідно враховувати тривалість ЦД, рівень глікемічного контролю, наявність УОМ та супутні



**SCORE2-
Diabetes**

фактори ризику ССЗ. Пацієнти з нетривалим перебігом ЦД (< 10 років), без УОМ та з належним глікемічним контролем можуть належати до групи помірного ризику. Наявність УОМ підвищує категорію ризику до високого, а тяжке УОМ або АСССЗ — до дуже високого ризику.

Нижче відображено алгоритм-схему, що підсумовує оцінку ССЗ у пацієнтів з ЦД 2 типу (рис. 10).

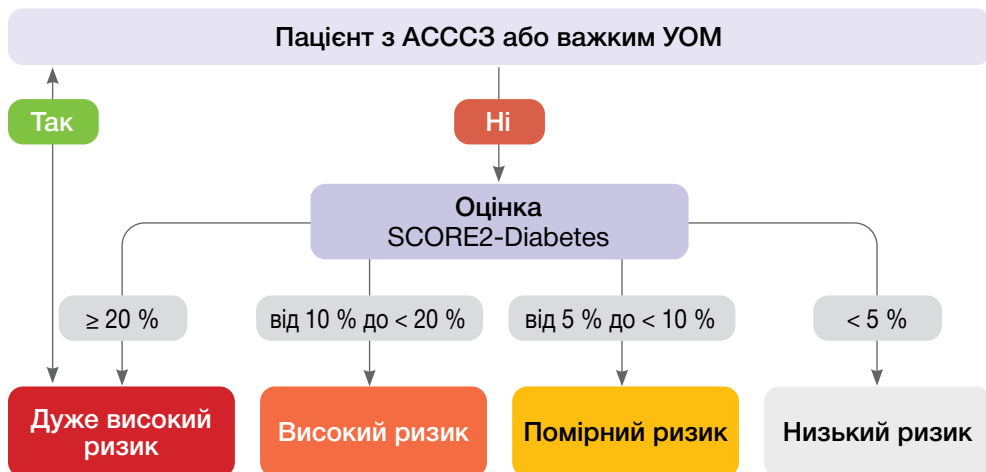


Рисунок 10. Категорії ризику ССЗ у пацієнтів із ЦД 2 типу

Після визначення категорії ССР, сімейний лікар приймає три ключові клінічні рішення:

- 1. Встановлює цільовий рівень ХС-ЛПНЩ.** Цільові показники ХС-ЛПНЩ визначаються залежно від категорії ризику (рис.11).

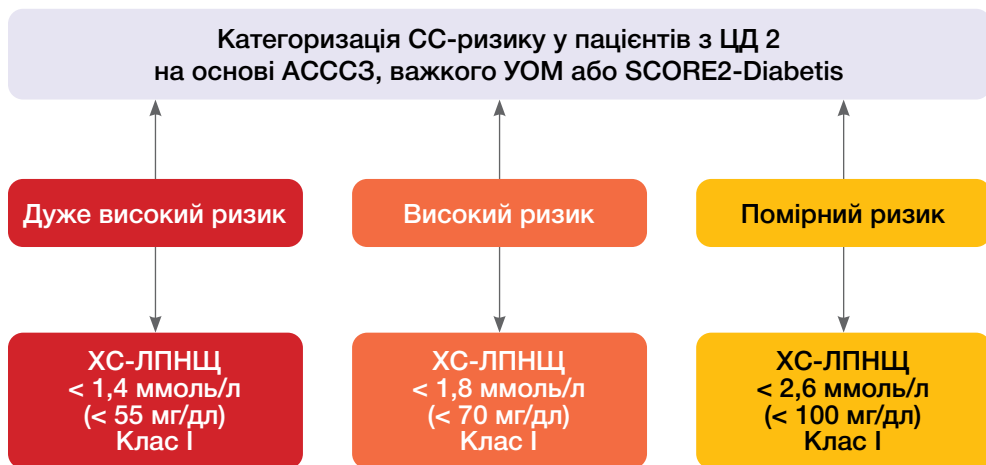


Рисунок 11. Рекомендовані цілі для ХС-ЛПНЩ за категоріями ризику серцево-судинних захворювань у пацієнтів із ЦД 2 типу.

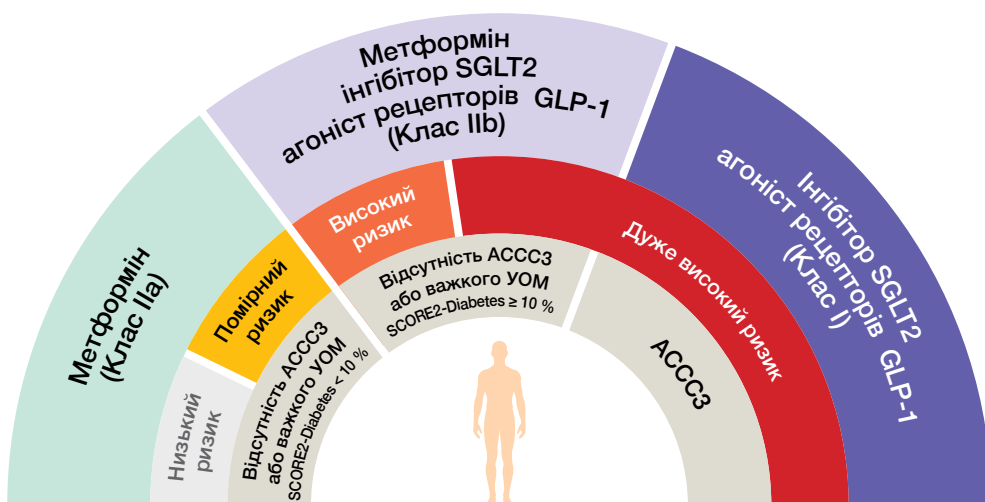
2. Визначає потребу в ліпідознижувальній терапії. Визначається необхідність початку медикаментозної терапії (статини) або можливість початку з немедикаментозних методів (модифікація способу життя та харчування) залежно від категорії ССР.

3. Адаптує вибір цукрознижувального препарату. Наявність високого ССР впливає на вибір препаратів із доведеною кардіопротекторною дією.

Рекомендації щодо ведення залежно від показника, отриманого в SCORE-2 Diabetes:

- **Низький або помірний ризик:** план лікування факторів ризику зазвичай не рекомендується.
- **Високий ризик:** слід розглянути план лікування факторів ризику (а саме, контроль АТ та рівня ХС-ЛПНЩ).
- **Дуже високий ризик:** план лікування факторів ризику слід рекомендувати (а саме, контроль АТ та рівня ХС-ЛПНЩ, а також додавання інгібіторів НЗК-ТГ-2 або арГПП-1, якщо пацієнт їх ще не приймає).

Вибір препарату для перорального лікування ЦД 2 типу в залежності від результату оцінки ССР відображений нижче (рис. 12.1, рис 12.2).



Оцінка ризику для пацієнтів з ЦД 2 типу на основі наявності АССС3/важкого УОМ та оцінки 10-річного ризику СС3 за шкалою SCORE2-Diabetes

Рисунок 12.1. Вибір цукрознижувального препарату в залежності від категорії ССР



Рисунок 12.2. Підбір цукрознижувальної терапії для пацієнтів із ЦД 2 типу для зниження серцево-судинного ризику на основі наявності атеросклеротичного ССЗ/важкого ураження органів-мішеней та оцінки 10-річного серцево-судинного ризику за шкалою SCORE2-Diabetes.

При високому і дуже високому ССР з'являється необхідність призначення медикаментозної терапії для досягнення відповідних цільових рівнів ЛПНЩ. Більш детально про ліпідознижувальні препарати та їх ефективність поговоримо далі.

Препарати ліпідознижувальної терапії, що застосовуються при ЦД 2 типу:

Статини. Залишаються терапією першого ряду для зниження рівня ХС-ЛПНЩ у пацієнтів із ЦД 2 типу завдяки доведеній ефективності у зниженні ризику серцево-судинних подій та смертності. Високоінтенсивні статини (розувастатин та аторвастатин) рекомендовані пацієнтам із діабетом високого або дуже високого СС-ризиків, оскільки вони знижують рівень ХС-ЛПНЩ на 40–63 % та значно зменшують частоту основних церебральних і коронарних ускладнень.

Статини безпечні та зазвичай добре переносяться. Суб'єктивні побічні ефекти (втом, міалгії) частіше пов'язані з ефектом «ноцебо». У більшості ви-

падків міопатії або рабдоміолізу спостерігалися лікарські взаємодії, використання доз, вищих за стандартні, або комбінація з гемфіброзілом. Дані вказують, що 70–90 % пацієнтів, які повідомляють про непереносимість статинів, здатні приймати їх після повторної спроби. Таблиця 14 відображає очікувану ефективність різних доз статинів залежно від дозування.

Таблиця 14. Очікуваний ефект зниження ХС-ЛПНЩ на терапії статинами

Високоінтенсивна статинова терапія	Середньоінтенсивна статинова терапія	Низькоінтенсивна статинова терапія
Зниження ХС-ЛПНЩ ≥ 50 %	Зниження ХС-ЛПНЩ 30–50 %	Зниження ХС-ЛПНЩ < 30 %
Аторвастатин 40–80 мг Розувастатин 20–40 мг	Аторвастатин 10–20 мг Розувастатин 5–10 мг Симвастатин 20–40 мг Правастатин 40–80 мг Ловастатин 40 мг Флувастатин XL 80 мг Флувастатин 40 мг 2 р/д Пітавастатин 2–4 мг	Симвастатин 10 мг Правастатин 10–20 мг Ловастатин 20 мг Флувастатин 20–40 мг Пітавастатин

Езетиміб. Зниження ХС-ЛПНЩ можна посилити, додавши до статину езетиміб, який гальмує всмоктування холестерину в клубовій кишці. Комбінація статину з езетимібом рекомендована пацієнтам із діабетом та нещодавнім гострим коронарним синдромом, якщо цільового рівня ХС-ЛПНЩ не вдається досягти лише на терапії статинами.

Інгібітори PCSK9. Інгібітори пропротеїнової конвертази субтилізин-кексинового типу 9 (еволокумаб та алірокумаб) – це моноклональні антитіла, які потужно знижують рівень ХС-ЛПНЩ у плазмі, та можуть застосовуватись у пацієнтів із дуже високим ССР, коли цільові рівні ХС-ЛПНЩ не досягаються на максимально переносимій терапії статинами та езетимібом.

Фібрати. Фібрати мають обмежене застосування через невелику доказову базу щодо зниження СС-ризиків та ризик побічних ефектів при комбінації зі статинами. У пацієнтів із підвищеним рівнем тригліцеридів на фоні терапії статинами можна розглянути застосування ікосапент етилу* (2 г два рази на добу), який показав сприятливий вплив на СС-наслідки у дослідженні REDUCE-IT.

Інклісиран. Інклісиран пригнічує синтез PCSK9 у печінці та має тривалий ефект. У дослідженнях ORION-10 та ORION-11 додавання інклісирану забезпечило додаткове зниження ХС-ЛПНЩ на 50 %. Цей ефект був стабільним і у пацієнтів із діабетом.

Бемпедосєва кислота* Це препарат, який знижує синтез холестерину, інгібуючи АТФ-цитратліазу, з мінімальними побічними ефектами з боку м'язів. Дослі-

*станом на березень 2026 року дані препарати відсутні в аптеках

дження CLEAR Harmony та CLEAR Outcomes показали ефективність бемпедоєвої кислоти у зниженні рівня ХС-ЛПНЩ та зменшенні частоти СС-подій без негативного впливу на обмін глюкози.

На рисунку 13 підсумована очікувана ефективність у зниженні ХС-ЛПНЩ окремих препаратів та їх комбінацій.

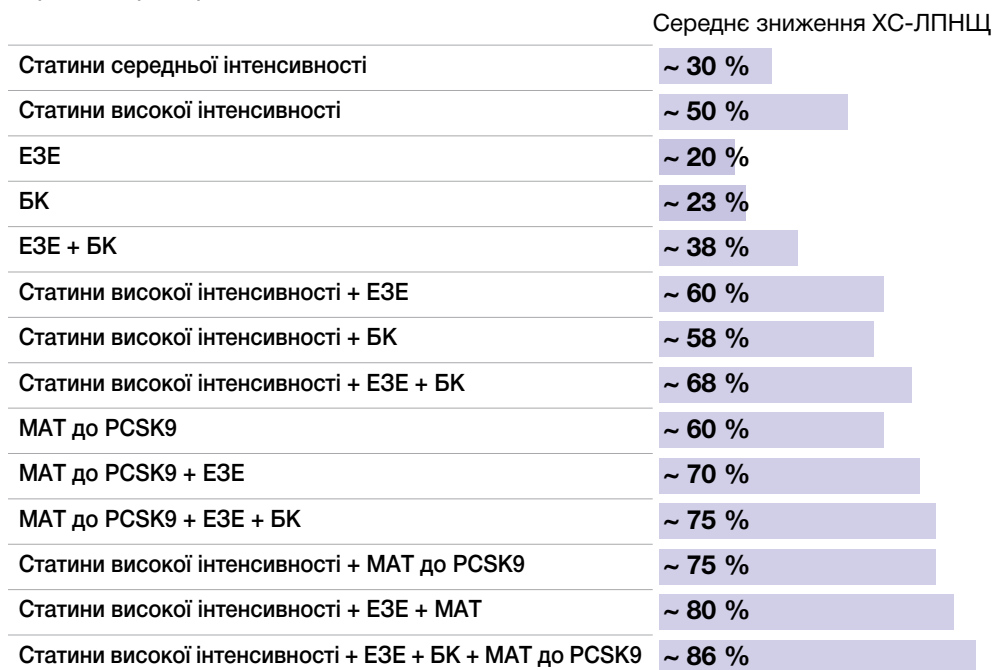


Рисунок 13. Ефективність фармакотерапії у зниженні ХС-ЛПНЩ

Цукровий діабет супроводжується протромботичним станом, який значно підвищує ризик розвитку гострих серцево-судинних ускладнень. Розвиток атеротромбозу при ЦД є наслідком складної взаємодії між метаболічними порушеннями, дисфункцією ендотелію, гіперреактивністю тромбоцитів та змінами в системі згортання крові. З огляду на підвищений атеротромботичний ризик, у певних категорій пацієнтів із ЦД може розглядатися антитромбоцитарна терапія для профілактики серцево-судинних подій.

У пацієнтів з ЦД 2 типу без симптоматичних атеросклеротичних ССЗ можна розглянути призначення ацетилсаліцилової кислоти (АСК) (75–100 мг один раз на добу) для первинної профілактики серцево-судинних подій після індивідуальної оцінки ризику кровотеч. Ці рекомендації мають клас доказовості IIb та рівень доказовості – А.

У пацієнтів з діабетом та безсимптомним перебігом атеросклеротичних ССЗ (зокрема задокументованою ІХС, підтвердженою методами візуалізації) та вищим СС-ризиком, чиста користь від інгібування тромбоцитів за допомогою АСК може бути більшою, тому терапія має бути індивідуалізованою.

У таблиці 15 узагальнено поетапні цілі профілактики та лікування пацієнтів із ЦД залежно від категорії серцево-судинного ризику: Етап 1 включає першочергові цілі та заходи для їх досягнення, а Етап 2 — інтенсифіковані або додаткові профілактичні втручання.

Таблиця 15. Цілі профілактики та лікування пацієнтів із ЦД залежно від категорії серцево-судинного ризику

Категорія пацієнтів	Цілі профілактики (ЕТАП 1)	Інтенсифіковані / додаткові цілі профілактики (ЕТАП 2)
Добре контрольований нетривалий ЦД 2 типу (наприклад, < 10 років), без ознак УОМ і без додаткових факторів ризику АСССЗ	Відмова від куріння та оптимізація способу життя	
Без встановлених АСССЗ або тяжкого УОМ	Відмова від куріння та оптимізація способу життя САТ < 140 до 130 мм рт. ст., якщо переноситься ХС-ЛПНЩ < 2,6 ммоль/л (100 мг/дл) HbA1c < 53 ммоль/моль (7,0 %)	САТ < 130 мм рт. ст., якщо переноситься ХС-ЛПНЩ < 1,8 ммоль/л (70 мг/дл) і зниження на ≥ 50 % Інгібітор НЗКТГ-2 або арГПП-1
Зі встановленими АСССЗ та/або тяжким УОМ	Відмова від куріння та оптимізація способу життя САТ < 140 до 130 мм рт. ст., якщо переноситься ХС-ЛПНЩ < 1,8 ммоль/л (70 мг/дл) HbA1c < 64 ммоль/моль (8,0 %) Інгібітор НЗКТГ-2 або арГПП-1 ССЗ: антитромбоцитарна терапія	САТ < 130 мм рт. ст., якщо переноситься ХС-ЛПНЩ < 1,4 ммоль/л (55 мг/дл) і зниження на ≥ 50 % Інгібітор НЗКТГ-2 або арГПП-1, якщо ще не приймається <i>Можна додатково розглянути нові перспективні методи лікування: ПАТТ, подвійне інгібування шляхів, колхіцин, ікозапент етил</i>
Пацієнти зі встановленими АСССЗ	Відмова від куріння та оптимізація способу життя САТ < 140 до 130 мм рт. ст., якщо переноситься Інтенсивна пероральна ліпідознижуюча терапія, спрямована на зниження ХС-ЛПНЩ на ≥ 50 % та ХС-ЛПНЩ < 1,8 ммоль/л (70 мг/дл) Антитромбоцитарна терапія	САТ < 130 мм рт. ст., якщо переноситься ХС-ЛПНЩ < 1,4 ммоль/л (55 мг/дл) <i>Можна додатково розглянути нові перспективні методи лікування: ПАТТ, подвійне інгібування шляхів, колхіцин, ікозапент етил тощо.</i>

► ДІАБЕТИЧНА РЕТИНОПАТІЯ

Діабетична ретинопатія – це специфічне нейроваскулярне ускладнення цукрового діабету, ризик розвитку якого зростає із тривалістю діабету та рівнем хронічної гіперглікемії. Вона є найчастішою причиною нових випадків втрати зору серед дорослих віком 20–74 років у країнах із високим рівнем доходу.

Слід зазначити, що ретинопатія і макулярні зміни можуть тривалий час мати безсимптомний перебіг, а втрата зору відбувається на пізніх стадіях. Діти та підлітки з ЦД 1 або 2 типу також мають ризик розвитку діабетичної ретинопатії і потребують відповідного офтальмологічного моніторингу.

На ранніх стадіях діабетична ретинопатія характеризується мікроаневризмами, після чого виникають ретинальні крововиливи (крововиливи в сітківку) та ішемія. У відповідь на ішемію може розвиватися неоваскуляризація – проліферативна діабетична ретинопатія (ПДР). На будь-якому етапі цього захворювання із судин сітківки може просочуватися ексудат, що призводить до розвитку діабетичного макулярного набряку (ДМН).

До інших офтальмологічних ускладнень цукрового діабету належать крововилив у склисте тіло (гемофтальм) та тракційне відшарування сітківки. Також у пацієнтів з діабетом частіше, ніж у людей без ЦД, виникає глаукома та катаракта.

Основними факторами ризику розвитку та прогресування діабетичної ретинопатії є:

- хронічна гіперглікемія;
- тривалість цукрового діабету;
- артеріальна гіпертензія;
- нефропатія;
- дисліпідемія.

Інтенсивний контроль діабету з метою досягнення цільових рівнів глікемії знижує ризик розвитку та прогресування діабетичної ретинопатії, а також потребу в офтальмологічних втручаннях у майбутньому.

Діабетична ретинопатія може бути діагностована за наявності специфічних аномалій сітківки при огляді очного дна з розширенням зіниці (мікроаневризми, кровотечі, нерівномірність забарвлення вен, тверді ексудати, ватоподібні плями та неоваскуляризація) або макулярного набряку (потовщення сітківки).

Скринінг на діабетичну ретинопатію слід проводити з використанням валідованих підходів та методологій. Пацієнтів, які повідомляють про погіршення зору під час будь-якого візиту, а також пацієнтів, які не проходили огляд очного дна протягом попередніх двох років, слід направляти до офтальмолога.

Інтервали скринінгу необхідно коригувати залежно від наявності специфічних факторів ризику. Частіші обстеження в офтальмолога потрібні у разі прогресування ретинопатії або за наявності таких факторів, як недосягнення цільових рівнів глікемії, важкі стадії ретинопатії або наявність діабетичного макулярного набряку (ДМН).

Усім пацієнтам із ЦД 2 типу рекомендовано проходити первинний скринінг діабетичної ретинопатії на момент встановлення діагнозу. За відсутності ознак ретинопатії та за умови належного контролю глікемії подальші офтальмологічні огляди проводять щорічно або кожні 1–2 роки.

Пацієнтів із виявленою діабетичною ретинопатією слід направляти до офтальмолога для подальшого спостереження. Частота контрольних оглядів визначається індивідуально залежно від стадії ретинопатії, наявності діабетичного макулярного набряку та інших факторів ризику прогресування захворювання.

Телемедицина та штучний інтелект мають значний потенціал у скринінгу діабетичної ретинопатії, особливо в регіонах з обмеженим доступом до офтальмологічної допомоги. Фотографування сітківки з подальшою дистанційною оцінкою дозволяє виявляти більшість клінічно значущих випадків ДР. Інтерпретацію зображень мають проводити кваліфіковані офтальмологи, спеціалізовані центри або валідовані системи штучного інтелекту. Серед платформ, схвалених FDA для скринінгу ДР, — AEYE Diagnostic Screening (AEYE-DS), EyeArt та LumineticsCore. Водночас фотографії сітківки не замінюють повного офтальмологічного обстеження з розширенням зіниці, яке має виконуватися на етапі первинної діагностики, а надалі — регулярно за показаннями.

Належний контроль глікемії, а також артеріального тиску та дисліпідемії може сповільнити прогресування діабетичної ретинопатії та макулярного набряку. Своєчасне лікування ретинопатії із застосуванням лазерної фотокоагуляції може знижувати ризик втрати зору.

Лазерна фотокоагуляція (панретинальна або фокальна) — традиційний метод лікування проліферативної ДР та макулярного набряку. Знижує ризик важкої втрати зору, і є методом вибору під час вагітності.

Анти-VEGF терапія (інтравітреальні ін'єкції) препаратами (афліберцепт, ранібізумаб) блокує фактор росту ендотелію судин і сприяє регресу патологічної неоваскуляризації. Такі пацієнти потребують ін'єкцій кожні 4–8 тижнів протягом першого року лікування, а пропуски візитів можуть призводити до швидкого погіршення зору. Завдання сімейного лікаря полягає у тому, щоб підтримати прихильність пацієнта до лікування.

Супутня терапія передбачає контроль АТ, при якому зниження АТ сповільнює прогресування ретинопатії, однак надмірно жорсткі цілі (систолічний АТ < 120 мм рт. ст.) не мають додаткової користі. Аспірин не підвищує ризик ретинальних крововиливів і може застосовуватися з кардіопротекторною метою. Статини знижують кардіоваскулярний ризик і мають позитивний вплив на перебіг ДР при ЦД 2 типу. Фенофібрат може сповільнювати її прогресування, тоді як дані щодо тіазолідиндіонів залишаються суперечливими через можливий зв'язок із розвитком або погіршенням ДМН.

Пацієнти з втратою зору внаслідок цукрового діабету потребують офтальмологічної реабілітації та оцінки функціональних обмежень. Офтальмологічна реабілітація спрямована на відновлення максимально можливого рівня функціонування, незалежності та покращення якості життя пацієнтів і їхніх родин.

► ХРОНІЧНА ХВОРОБА НИРОК

Хронічну хворобу нирок (ХХН) діагностують за наявності стійкого підвищення екскреції альбуміну із сечею (альбумінурії), розрахункової швидкості клубочкової фільтрації (рШКФ) < 60 мл/хв/1,73 м² або інших проявів ураження нирок.

У цьому розділі ми розглянемо ХХН, пов'язану із цукровим діабетом у дорослих, яка виникає у 20–40 % пацієнтів із діабетом. У пацієнтів із ЦД 1 типу ХХН зазвичай виникає після 10 років ЦД 1 типу; найчастіше прояви виникають

через 5–15 років після встановлення діагнозу, тоді як при ЦД 2 типу ХХН може бути наявна вже на момент встановлення діагнозу. ХХН може прогресувати до ниркової недостатності, яка потребує проведення діалізу або трансплантації нирки. Крім того, серед осіб із ЦД 1 або 2 типу наявність ХХН значно підвищує серцево-судинні ризики.

Для своєчасного виявлення ХХН оцінюйте функцію нирок за допомогою визначення САК у разовій порції сечі та рШКФ щонайменше один раз на рік в осіб із ЦД 1 типу з тривалістю захворювання ≥ 5 років та в усіх осіб із ЦД 2 типу незалежно від лікування.

У пацієнтів із ХХН потрібно контролювати рівень екскреції альбуміну із сечею (наприклад, САК у разовій порції сечі) та рШКФ 1–4 рази на рік залежно від стадії захворювання нирок (табл. 16).

Таблиця 16. Ризик прогресування ХХН, ризик ССЗ та рівень смертності; частота візитів і направлення до нефролога залежно від ШКФ та альбумінурії.

				Категорії альбумінурії		
				Опис і діапазон		
				A1	A2	A3
				Від нормального до незначного підвищення	Помірно підвищена	Значно підвищена
				< 30 мг/г < 3 мг/ммоль	30–299 мг/г 3–29 мг/ммоль	≥ 300 мг/г ≥ 30 мг/ммоль
ХХН класифікується на основі:						
- ШКФ (G) - Альбумінурія (A)						
Категорії ШКФ (G) мл/хв/1,73 м² Опис і діапазон	G1	Нормальна або підвищена	≥ 90	Скринінг 1	Лікування 1	Лікування та направлення 2
	G2	Незначно знижена	60–89	Скринінг 1	Лікування 1	Лікування та направлення 2
	G3a	Від незначного до помірного зниження	45–59	Лікування 1	Лікування 2	Лікування та направлення 3
	G3b	Від помірного до значного зниження	30–44	Лікування 2	Лікування та направлення 3	Лікування та направлення 3
	G4	Значно знижена	15–29	Лікування та направлення 3	Лікування та направлення 3	Лікування та направлення 4+
	G5	Ниркова недостатність	< 15	Лікування та направлення 4+	Лікування та направлення 4+	Лікування та направлення 4+

Низький ризик (за відсутності інших маркерів захворювання нирок ХХН немає)
 Помірно підвищений ризик
 Високий ризик
 Дуже високий ризик

Як користуватися таблицею:

- Цифри у клітинках (1, 2, 3, 4+)** вказують на рекомендовану мінімальну кількість візитів на рік для моніторингу пацієнта.
- Кольори** відображають ризик прогресування ХХН та визначають тактику лікаря:

-  **Зелена зона (низький ризик):** ознак ХХН немає. Показаний рутинний скринінг 1 раз на рік.
-  **Жовта зона (помірно підвищений ризик):** наявна ХХН початкових стадій. Показане лікування та моніторинг 1 раз на рік.
-  **Помаранчева зона (високий ризик):** показане інтенсивніше лікування та моніторинг 2 рази на рік. На цьому етапі слід розглянути направлення до нефролога.
-  **Червона зона (дуже високий ризик):** висока загроза термінальної ниркової недостатності та гострих серцево-судинних ускладнень. Необхідне спільне ведення з нефрологом (направлення) та частий моніторинг від 3 до 4+ разів на рік (кожні 1–3 місяці).

Наведені інтервали – базовий експертний орієнтир. Частоту моніторингу необхідно підбирати індивідуально залежно від швидкості прогресування ХХН, наявності супутніх захворювань (наприклад, серцевої недостатності, тяжкої анемії, гіперпаратиреозу) та ризику ускладнень, що можуть вимагати зміни тактики ведення конкретного пацієнта.

Скринінг на альбумінурію рекомендовано проводити за допомогою визначення САК у разовій порції сечі. Порівняно зі збором сечі протягом певного часу або за 24 години, цей метод простіший і зручніший для клінічної практики.

Дослідження разової порції сечі лише на альбумін (за допомогою імуноаналізу або чутливої тест-смужки, специфічної для альбумінурії) без одночасного вимірювання креатиніну в сечі дешевший метод, але він може давати хибно-негативні чи хибнопозитивні результати через коливання концентрації сечі залежно від стану гідратації.

Тому, напівкількісний або якісний скринінг (за допомогою тест-смужок) потребує підтвердження за допомогою визначення САК сечі в акредитованій лабораторії.

Класифікація рівнів альбумінурії:

- нормальний або дещо підвищений рівень: < 30 мг/г креатиніну
- помірно підвищена альбумінурія: від ≥ 30 до < 300 мг/г креатиніну
- значно підвищена альбумінурія: ≥ 300 мг/г креатиніну

Через високу біологічну варіабельність (> 20 %) між вимірюваннями екскреції альбуміну з сечею, перш ніж вважати, що особа має помірно або значно підвищену альбумінурію, два з трьох зразків САК сечі, зібраних протягом 3–6 місяців, повинні мати відхилення від норми.

На результати визначення САК, незалежно від наявності ураження нирок, можуть впливати фізичні навантаження протягом останніх 24 годин, інфекція, лихоманка, серцева недостатність, виражена гіперглікемія, менструація та виражена АГ.

Оцінка розрахункової швидкості клубочкової фільтрації зазвичай визначають на основі рівня сироваткового креатиніну в стабільному стані за допомогою валідованої формули. Лабораторії зазвичай зазначають рШКФ у результатах аналізів разом із рівнем сироваткового креатиніну, а калькулятори для розрахунку рШКФ доступні онлайн (наприклад, на сайті www.kidney.org/professionals/gfr_calculator).

Основні критерії та інструменти оцінки рШКФ:

- для оцінки ШКФ у всіх пацієнтів рекомендовано використовувати рівняння **СКД-ЕРІ** (Chronic Kidney Disease Epidemiology Collaboration) для креатиніну 2021 року
- стійке зниження рШКФ < 60 мл/хв/1,73 м² та/або рівень альбуміну в сечі > 30 мг/г креатиніну (САК сечі) вважаються відхиленням від норми. Проте оптимальні порогові значення для клінічної діагностики у дорослих старше 70 років досі залишаються предметом дискусій.

Оцінка рШКФ на основі сироваткового креатиніну може бути неточною в окремих групах пацієнтів, зокрема при змінній м'язовій масі або порушенні синтезу креатиніну. У таких випадках додатково може використовуватися цистатин С — низькомолекулярний білок, що виробляється всіма ядерними клітинами і виводиться нирками. Його можна використовувати для розрахунку рШКФ у певних випадках:

- **показання:** особливо доцільно в осіб зі змінним процесом вироблення креатиніну (наприклад, після ампутації, за наявності старечої астеної, низької м'язової маси або захворювань печінки).
- **обмеження:** на рівень цистатину С також можуть впливати фактори, не пов'язані з функцією нирок, такі як запальні процеси, вік, стать, розміри тіла, функція ЩЗ та наявність діабету.

Використання комбінації обох маркерів фільтрації (креатиніну та цистатину С) є найбільш точним методом і сприяє прийняттю більш обґрунтованих клінічних рішень порівняно з використанням будь-якого з цих маркерів окремо.

Діагностика хронічної хвороби нирок у людей із цукровим діабетом.

ХХН у людей з діабетом зазвичай є клінічним діагнозом, який встановлюється на основі наявності альбумінурії та/або зниженої рШКФ за відсутності ознак чи симптомів інших первинних причин ураження нирок.

Вважається, що типова клінічна картина ХХН у людей з діабетом включає:

- тривалий анамнез діабету;
- наявність діабетичної ретинопатії;
- альбумінурію без макрогематурії (видимої крові в сечі);
- поступово прогресуюче зниження рШКФ.

Однак при ЦД 2 типу ознаки ХХН можуть бути присутні вже на момент встановлення діагнозу або протікати без ретинопатії. Зниження рШКФ без альбумінурії часто фіксується при ЦД 1 та 2 типу і з часом стає все більш поширеним явищем.

Атипові ознаки або «червоні прапорці», які вказують на альтернативні або додаткові причини захворювання нирок:

- активний сечовий осад (що містить еритроцити, лейкоцити або клітинні циліндри);
- швидке зростання альбумінурії або загальної протеїнурії;
- наявність нефротичного синдрому;
- швидке зниження рШКФ;
- відсутність ретинопатії (особливо при ЦД 1 типу).

При ЦД 2 типу наявність ретинопатії має лише помірну чутливість і специфічність як індикатор того, що ХХН спричинена саме діабетом (що підтверджено даними біопсії нирок). Водночас не можна стверджувати з абсолютною впевненістю, що у пацієнта з діабетом і ХХН ураження нирок є виключно діабетичним, оскільки можуть існувати інші (або множинні) причини. Тому пацієнта слід направити до нефролога для подальшої діагностики, якщо є будь-які підстави підозрювати альтернативну етіологію ХХН, зокрема за наявності атипичних ознак або супутніх захворювань, а також для вирішення питання щодо необхідності проведення біопсії нирки.

Ознаки, що можуть свідчити про недіабетичне захворювання нирок у пацієнта з ХХН та цукровим діабетом:

- тривалість ЦД 1 типу < 5 років або відсутність ретинопатії;
- активний сечовий осад (наприклад, наявність еритроцитів або клітинних циліндрів);
- тривало добре контрольований рівень глюкози в крові (досягнення цільової глікемії);
- швидке зниження рШКФ;
- швидке зростання або дуже високий показник САК сечі (> 300 мг/г) або співвідношення білок/креатинін у сечі (> 500 мг/г).

Моніторинг пацієнтів із ХХН. У пацієнтів із ХХН та альбумінурією ≥ 300 мг/г, рекомендовано намагатись досягти зниження рівня альбумінурії на ≥ 30 %, щоб уповільнити прогресування ХХН.

Як альбумінурію, так і рШКФ слід контролювати щорічно, щоб забезпечити своєчасну діагностику ХХН, здійснювати моніторинг її прогресування, виявляти приєднання інших захворювань нирок включно з гострим пошкодженням нирок, оцінювати ризик ускладнень ХХН, належним чином дозувати медикаменти та визначати необхідність направлення до нефролога. В осіб із наявним захворюванням нирок рівні альбумінурії та рШКФ можуть змінюватися внаслідок прогресування ХХН, розвитку окремої додаткової причини захворювання нирок, гострого пошкодження нирок або впливу інших ефектів лікарських засобів, як зазначалося вище.

Рівень калію в сироватці крові також слід контролювати в осіб, які отримують лікування діуретиками, оскільки ці препарати можуть спричиняти гіпокаліємію, що асоціюється із серцево-судинним ризиком та смертністю.

В осіб із рШКФ < 60 мл/хв/1,73 м², які приймають інгібітори ангіотензинперетворюючого ферменту (АПФ), блокатори рецепторів ангіотензину (БРА) або антагоністи мінералокортикоїдних рецепторів (АМР), слід періодично вимірювати рівень калію в сироватці крові для своєчасного виявлення гіперкаліємії. Крім того, у пацієнтів із цим нижчим діапазоном рШКФ необхідно перевіряти правильність дозування ліків, мінімізувати вплив нефротоксичних чинників (наприклад, нестероїдних протизапальних препаратів та йодовмісного контрасту), а також обстежувати їх на наявність потенційних ускладнень ХХН (табл. 17).

Таблиця 17. Скринінг на окремі ускладнення ХХН

Ускладнення	Фізикальне та лабораторне обстеження
Артеріальний тиск > 130/80 мм рт. ст.	АТ, маса тіла, ІМТ
Перевантаження об'ємом (гіперволемія)	Анамнез, фізикальне обстеження, маса тіла
Електролітні порушення	Електроліти сироватки крові
Метаболічний ацидоз	Електроліти сироватки крові
Анемія	Гемоглобін; залізо, насичення залізом, феритин (за показаннями)
Метаболічні захворювання кісток	Кальцій сироватки, фосфати, ПТГ, вітамін 25(ОН)D

Примітка: Ускладнення ХХН зазвичай стають поширеними, коли розрахункова швидкість клубочкової фільтрації падає нижче 60 мл/хв/1,73 м² (стадія ХХН G3 або вище), і стають більш частими та тяжкими по мірі прогресування ХХН. Оцінка щодо підвищеного АТ та перевантаження об'ємом має проводитися під час кожного можливого клінічного контакту з пацієнтом; лабораторні дослідження зазвичай показані кожні 6–12 місяців для стадії G3 ХХН, кожні 3–5 місяців для стадії G4 ХХН та кожні 1–3 місяці для стадії G5 ХХН, або за показаннями для оцінки симптомів чи змін у терапії. 25(ОН)D — 25-гідрокси-вітамін D; ПТГ — паратгормон.

Щорічна кількісна оцінка САК сечі необхідна для діагностики альбумінурії, призначення терапії інгібіторами АПФ або БРА в максимально переносимих дозах та досягнення цільових показників АТ. Ранні зміни функції нирок можна виявити за підвищенням рівня альбумінурії ще до зміни рШКФ, і це також суттєво впливає на серцево-судинний ризик. Подальше спостереження дозволяє оцінити як відповідь на терапію, так і прогресування захворювання, а також може допомогти в оцінці прихильності до лікування інгібіторами АПФ або БРА.

Крім того, у клінічних дослідженнях терапії інгібіторами АПФ або БРА в осіб із ЦД 2 типу зниження альбумінурії до рівня < 300 мг/г креатиніну або на > 30 % від початкового рівня асоціювалося з покращенням ниркових та серцево-судинних клінічних результатів. Це зумовило появу рекомендації щодо необхідності титрування доз препаратів для максимального зниження САК сечі, оскільки за підвищеного рівня САК сечі зберігається залишковий ризик. Зниження альбумінурії також важливе для оцінки ефективності препаратів, призначених для нефропротекції, оскільки більша частина сприятливого ефекту як інгібіторів НЗКТГ-2, так і фінеренону пов'язана саме зі зниженням альбумінурії.

Втручання, що знижують альбумінурію:

- контроль рівня глюкози в крові (контроль глікемії);
- контроль АТ;
- лікування інгібіторами АПФ або БРА;
- відмова від куріння;
- зниження маси тіла;
- зміни в характері харчування (зменшення споживання солі та/або білка);
- фізична активність;
- лікування інгібіторами НЗКТГ-2, АМР або арГПП-1.

Поширеність ускладнень ХХН корелює з рШКФ. Коли рШКФ становить < 60 мл/хв/1,73 м², показаний скринінг на ускладнення ХХН.

Рання вакцинація проти вірусу гепатиту В показана особам із високою ймовірністю прогресування до ниркової недостатності.

Єдиними втручаннями з доведеною ефективністю для первинної профілактики ХХН у людей із цукровим діабетом є контроль рівня глюкози в крові (цільовий рівень HbA1c — 7 %) та контроль АТ (< 130/80 мм рт. ст.).

Немає доказів того, що інгібітори РАС або будь-які інші втручання запобігають розвитку ХХН за відсутності гіпертензії або альбумінурії. Американська діабетична асоціація не рекомендує рутинне застосування цих препаратів виключно з метою профілактики розвитку ХХН.

► ДІАБЕТИЧНА НЕЙРОПАТІЯ

Діабетична нейропатія — це одне з найпоширеніших ускладнень цукрового діабету, яке виникає внаслідок уражень нервової системи. Вона включає гетерогенну групу порушень із різноманітними клінічними проявами. Найбільш поширеними формами є:

- дистальна симетрична периферична нейропатія, яка переважно супроводжується сенсорними порушеннями;
- вегетативна нейропатія, що вражає вегетативну нервову систему та може впливати на роботу внутрішніх органів.

Раннє розпізнавання та належне ведення діабетичної нейропатії важливі для попередження прогресування ураження нервової системи, розвитку ускладнень та зниження якості життя пацієнтів.

Діабетична периферична нейропатія. Пацієнти з ЦД 1 типу тривалістю понад 5 років, а також усі пацієнти з ЦД 2 типу повинні щорічно проходити обстеження на наявність діабетичної периферичної нейропатії (ДПН) за допомогою ретельного збору анамнезу та проведення простих клінічних тестів.

Клінічні прояви ДПН залежать від типу уражених нервових волокон. Ранніми симптомами часто є біль, печіння, поколювання та інші дизестезії. У міру прогресування можуть виникати оніміння, порушення рівноваги, нестійкість під час ходьби та втрата захисної чутливості (ВЗЧ). ВЗЧ є одним із ключових факторів ризику розвитку виразок діабетичної стопи через схильність до непомічених дрібних травм.

Для оцінки функції нервових волокон і захисної чутливості застосовують такі клінічні тести:

- **функція тонких волокон** – оцінка больової (укол голкою) та температурної чутливості;
- **функція товстих волокон** – оцінка рефлексів на нижніх кінцівках, вібраційної чутливості (за допомогою камертона 128 Гц), пропріоцепції та тест із 10-грамовим монофіламентом;
- **захисна чутливість** – тест із 10-грамовим монофіламентом – Іпсвічський тест дотику.

Зазначені тести дозволяють не лише виявити дисфункцію периферичних нервів, але й прогнозувати ризик розвитку ускладнень.

У пацієнтів із цукровим діабетом необхідно виключати й інші можливі причини нейропатій, зокрема:

- вплив токсинів (наприклад, зловживання алкоголем);
- нейротоксичні лікарські засоби (наприклад, хіміотерапія);
- дефіцит вітаміну В12 (особливо при тривалому прийомі метформіну) та інші аліментарні дефіцити;
- гіпотиреоз і термінальні стадії захворювань нирок;
- злоякісні новоутворення;
- інфекції (ВІЛ, гепатит С);
- хронічна запальна демієлінізуюча полінейропатія, спадкові нейропатії та васкуліти.

Діабетична автономна (вегетативна) нейропатія. Пацієнти з ЦД 1 типу тривалістю понад 5 років, а також всі пацієнти з ЦД 2 типу повинні щорічно проходити обстеження на наявність автономної (вегетативної) нейропатії. Симптоми та клінічні ознаки слід активно виявляти під час збору анамнезу та фізикального огляду.

Діабетична автономна (вегетативна) нейропатія може уражати серцево-судинну, шлунково-кишкову, сечостатеву та інші системи організму. Основні клінічні прояви включають:

- тахікардію у спокої;
- ортостатичну гіпотензію;
- гастропарез;
- закрép або діарею;
- нетримання калу;
- еректильну дисфункцію;
- нейрогенний сечовий міхур;
- судомоторну дисфункцію (посилене або знижене потовиділення).

За наявності симптомів призначаються додаткові обстеження залежно від ураженого органу-мішені, зокрема кардіоваскулярні вегетативні тести, тести на потовиділення, уродинамічні дослідження, оцінка часу спорожнення шлунку та ендоскопічні дослідження.

Порушення контррегуляторної відповіді на гіпоглікемію при ЦД 1 та 2 типів може призводити до синдрому нерозпізнання гіпоглікемії, проте це не має прямого зв'язку з автономною нейропатією.

Різновиди проявів діабетичної автономної (вегетативної) нейропатії

1. Кардіоваскулярна автономна нейропатія

Кардіоваскулярна автономна нейропатія (КАН) підтверджено асоціюється з підвищеним ризиком смертності незалежно від наявності інших серцево-судинних факторів ризику.

На ранніх стадіях КАН може мати безсимптомний перебіг і виявлятися лише за зниженням варіабельності серцевого ритму під час тесту з глибоким диханням.

На пізніх стадіях КАН супроводжується стійкою тахікардією у спокої (>100 уд/хв) та ортостатичною гіпотензією (зниження систолічного АТ на > 20 мм рт. ст. або діастолічного на >10 мм рт. ст. при переході у вертикальне положення без відповідного компенсаторного збільшення частоти серцевих скорочень).

2. Гастроінтестинальні нейропатії (нейропатії ШКТ)

Гастроінтестинальні нейропатії є діагнозом виключення. Під час оцінки симптомів необхідно враховувати можливі побічні ефекти лікарських засобів, зокрема метформіну та препаратів на основі арГПП-1. Ураження може охоплювати будь-який відділ шлунково-кишкового тракту та проявлятися:

- дисмоторикою стравоходу;
- гастропарезом;
- біліарною дисфункцією;
- закрепом, діареєю;
- нетриманням калу.

Гастропарез слід підозрювати у пацієнтів із виражено варіабельним глікемічним контролем або симптомами з боку верхніх відділів ШКТ без іншої встановленої причини. «Золотим стандартом» діагностики гастропарезу є сцинтиграфічна оцінка швидкості спорожнення шлунка після прийому твердої їжі. Альтернативний метод – дихальний тест з ^{13}C -октановою кислотою.

Перед встановленням діагнозу гастропарезу або призначенням специфічних тестів необхідно виключити зворотні/ятрогенні причини (наприклад, застосування опіоїдів або деяких препаратів арГПП-1), а також органічну патологію, зокрема обструкцію вихідного відділу шлунка чи виразкову хворобу. Для цього застосовують ендоскопічні дослідження та/або дослідження методом візуалізації.

3. Сечостатеві порушення

Діабетична автономна (вегетативна) нейропатія може спричиняти сексуальну дисфункцію та дисфункцію сечового міхура. У чоловіків вона може проявлятися еректильною дисфункцією та/або ретроградною еякуляцією. Жіноча сексуальна дисфункція може включати: зниження сексуального потягу, посилення болю під час статевого акту (диспареунія), зниження сексуального збудження, недостатню лубрикацію.

Дисфункція сечового міхура може проявлятися наступними симптомами:

- нетримання сечі;
- ніктурію (нічне сечовипускання);
- часте сечовипускання;
- імперативні позиви до сечовипускання;
- слабкий струмінь сечі.

Оцінку функції сечового міхура слід проводити пацієнтам із цукровим діабетом за наявності рецидивуючих інфекцій сечовивідних шляхів, пієлонефриту, нетримання сечі або якщо сечовий міхур пальпується під час об'єктивного огляду.

Лікування діабетичної нейропатії. На сьогодні не існує специфічного лікування, здатного повністю відновити пошкоджені нервові волокна при цукровому діабеті. Основними цілями терапії є сповільнення прогресування нейропатії, вплив на фактори ризику та зменшення симптомів.

Глікемічний контроль. Оптимальний глікемічний контроль, впроваджений на ранніх етапах захворювання, дозволяє відтермінувати або запобігти розвитку діабетичної периферичної нейропатії та кардіоваскулярної нейропатії у пацієнтів із ЦД 1 типу. При ЦД 2 типу ефект є менш вираженим, однак належний контроль рівня глюкози може сповільнювати прогресування нейропатії.

Контроль маси тіла та фізична активність. Ожиріння асоціюється з підвищеним ризиком розвитку нейропатій. Зниження маси тіла, здорове харчування та регулярна фізична активність можуть сприяти зменшенню симптомів, покращенню балансу та функціонального стану пацієнтів.

Контроль ліпідного обміну та артеріального тиску. Артеріальна гіпертензія є незалежним фактором ризику розвитку ДПН та КАН, тому контроль АТ – це важлива складова профілактики прогресування нейропатії. Дисліпідемія, особливо підвищений рівень тригліцеридів, також асоціюється з розвитком нейропатії при ЦД 2 типу. Водночас застосування статинів або фібратів не продемонструвало переконливої ефективності щодо лікування чи профілактики ДПН.

Важливими складовими ведення пацієнтів є також контроль нейропатичного болю, профілактика уражень стоп та навчання пацієнтів самоконтролю і догляду за стопами.

Нейропатичний біль – один із найбільш поширених і клінічно значущих проявів діабетичної нейропатії. Він може суттєво впливати на якість життя, порушувати сон, обмежувати рухливість та сприяти розвитку депресії і тривожності. Оскільки глікемічний контроль або модифікація способу життя зазвичай не забезпечують достатнього зменшення больового синдрому, для лікування нейропатичного болю застосовують фармакотерапію. Вибір препарату залежить від віку пацієнта, супутніх захворювань, порушень сну, психоемоційного стану та профілю безпеки.

До препаратів першого ряду належать:

- габапентиноїди (прегабалін, габапентин);
- інгібітори зворотного захоплення серотоніну та норадреналіну (дулоксетин, венлафаксин);
- трициклічні антидепресанти (амітриптилін).

У пацієнтів літнього віку лікування слід розпочинати з низьких доз із поступовою титрацією через ризик побічних ефектів. За недостатнього ефекту монотерапії можлива комбінація препаратів у менших дозах.

Опіоїди (включно з трамадолом і тапентадолом) не рекомендуються для тривалого лікування нейропатичного болю через ризик залежності, передозування та відсутності доведеної довгострокової ефективності.

Профілактика ураження стоп. Втрата захисної чутливості (ВЗЧ) при діабетичній периферичній нейропатії є одним із ключових факторів ризику розвитку виразок стопи. Поєднання периферичної нейропатії, незначної травми та деформації стопи суттєво підвищує ризик розвитку виразок.

Для оцінки ВЗЧ рекомендується тест із 10-грамовим монофіламентом у поєднанні щонайменше з одним додатковим методом неврологічного обстеження (оцінка больової чутливості, температурної або вібраційної чутливості, ахілових рефлексів). Відсутність чутливості до монофіламента разом із відхиленнями при додатковому тестуванні підтверджує наявність ВЗЧ.

Водночас тест із 10-грамовим монофіламентом не слід використовувати як єдиний метод діагностики ДПН, оскільки він краще виявляє пізні стадії нейропатії та ризик утворення виразок і не дозволяє надійно виявити осіб із ранньою стадією захворювання.

У деяких країнах, зокрема Великій Британії, для оцінки ризику діабетичної стопи також використовують Іпсвічський тест дотику, який базується на оцінці ВЗЧ за допомогою легкого дотику пальцем.

Важливою складовою оцінки ризику ураження стопи є виявлення захворювань периферичних артерій (ЗПА), які асоціюються із порушенням загоєння виразок та підвищеним ризиком ампутацій.

Початковий скринінг на ЗПА повинен включати збір анамнезу щодо втомлюваності ніг, переміжної кульгавості та болю у спокої, що полегшується при опусканні кінцівки. Фізикальне обстеження на ЗПА має включати оцінку пульсації на нижніх кінцівках, часу капілярного наповнення, почервоніння при опусканні кінцівки, збліднення при її піднятті та часу венозного наповнення.

Пацієнтів із ознаками або симптоми ЗПА слід направляти на неінвазивні судинні дослідження, зокрема ультразвукову доплерографію з реєстрацією об'єму пульсу (об'ємною сфігмографією).

Хоча кісточно-плечовий індекс широко застосовується для оцінки периферичного кровообігу, у людей з діабетом його результати можуть бути неточними через нестисливість судин. Більш точним показником у таких випадках є систолічний тиск на пальцях стопи. Значення < 30 мм рт. ст. свідчить про наявність ЗПА та порушення загоєння виразок стопи.

Осіб із відхиленнями на кривих реєстрації об'єму пульсу та тиском на пальцях < 30 мм рт. ст. за наявності виразок на стопі слід направляти на повноцінну оцінку стану судин та ангіографію.

Зважаючи на високу поширеність ЗПА у людей з діабетом, настанови Товариства судинної хірургії та Американської подіатричної медичної асоціації рекомендують усім людям з діабетом віком > 50 років проходити скринінг за допомогою неінвазивних досліджень артерій. Якщо результати в нормі, такі обстеження слід повторювати кожні 5 років.

Для оцінки тяжкості ураження та прогнозування загоєння виразок дедалі частіше застосовується система стадіювання Wlfl (Wound Ischemia foot Infection – Рана, Ішемія, Інфекція стопи), яка також дозволяє оцінити ризик ампутації. За QR-кодом ви можете знайти онлайн-калькулятор Wlfl.



Система стадіювання Wlfl

Навчання пацієнтів самоконтролю та догляду за стопами. Усі люди з діабетом повинні проходити комплексне обстеження стоп щонайменше 1 раз на рік, а пацієнти групи високого ризику – під час кожного візиту. Раннє виявлення факторів ризику дозволяє запобігти розвитку виразок, інфекцій та ампутацій. **Обстеження стоп повинно включати:**

- огляд шкіри;
- оцінку деформації стопи;
- оцінку захисної чутливості;
- оцінку стану периферичного кровообігу.

Під час збору анамнезу слід звернути увагу на:

- попередні виразки або ампутації;
- стопу Шарко;
- симптоми нейропатії (наприклад, біль, печіння, оніміння);
- симптоми ЗПА (швидка втомлюваність ніг, переміжна кульгавість, біль у спокої);
- ретинопатію та захворювання нирок;
- куріння.

Пацієнтів із ВЗЧ, ЗПА, структурними аномаліями стопи або ускладненнями з боку нижніх кінцівок в анамнезі слід направляти до спеціалістів з догляду за стопами для постійного профілактичного догляду та позитивного спостереження. Фізикальне обстеження дозволяє стратифікувати людей з діабетом за різними категоріями та визначити частоту цих візитів (табл. 18).

Таблиця 18. Система стратифікації ризику Міжнародної робочої групи з проблеми діабетичної стопи (IWGDF) та відповідна частота скринінгу стоп

Категорія	Ризик розвитку виразки	Характеристики	Частота огляду
0	Дуже низький	Відсутність ВЗЧ та ЗПА	Щорічно
1	Низький	ВЗЧ або ЗПА	Кожні 6–12 місяців
2	Помірний	ВЗЧ + ЗПА, або ВЗЧ + деформація стопи, або ЗПА + деформація стопи	Кожні 3–6 місяців
3	Високий	ВЗЧ або ЗПА у поєднанні з одним чи кількома факторами: • виразка стопи в анамнезі • ампутація • ниркова недостатність	Кожні 1–3 місяці

Пацієнтам, які курять, необхідно надавати інформацію про важливість відмови від куріння та вживання нікотинових виробів, а також проводити консультування щодо відмови від куріння.

Усіх людей з діабетом необхідно навчати профілактичному щоденному догляду за стопами, включаючи візуальний огляд стоп за допомогою дзеркала, що не б'ється, а також пальпацію.

Пацієнтам із високим ризиком утворення виразок, зокрема особам із ВЗЧ, деформаціями стопи, мозолями (гіперкератозом), порушенням периферичного кровообігу або ампутаціями в анамнезі, рекомендується використання спеціалізованого терапевтичного взуття.

Для пацієнтів із хронічними діабетичними виразками стопи, які не загоюються на фоні стандартного лікування, слід розглянути додаткове (ад'ювантне) лікування, зокрема вакуумну терапію ран, різноманітні замінники шкіри або місцеву оксигенотерапію.

Мультидисциплінарний підхід за участю подіатра (подолога) спільно з іншими відповідними членами команди рекомендується для осіб із виразками стопи та високим ризиком ураження стоп.

Виразки стопи, інфекції та ампутації – це тяжкі ускладнення цукрового діабету, що найчастіше пов'язані з периферичною нейропатією, захворюваннями периферичних артерій та деформаціями стопи. Раннє виявлення груп ризику, передвиразкових уражень і своєчасне лікування виразок та інших ускладнень нижніх кінцівок дозволяють відтермінувати або запобігти несприятливим наслідкам. Водночас інфекція при нейроішемічному ураженні стопи може швидко прогресувати та бути однією з основних причин ампутацій нижніх кінцівок.

Четвертинна профілактика

Визначення концепції четвертинної профілактики було сформульоване ще в 1986 році і звучить так: *«Дії лікаря (а також іншого медичного персоналу чи системи охорони здоров'я загалом), спрямовані на попередження гіпердіагностики та поліпрагмазії (одночасного невинновданого або нерационального призначення пацієнту великої кількості лікарських засобів та процедур) та для того, щоб запропонувати пацієнтові етично прийнятні втручання»¹³.*

Цей термін не широко поширений в медичній освіті України, проте останнім часом четвертинній профілактиці приділяють все більше уваги.

Четвертинна профілактика важлива з таких причин:

1. зменшує витрати коштів пацієнта та держави;
2. зменшує навантаження на систему охорони здоров'я;
3. запобігає ускладненням від проведення зайвих втручань чи призначення зайвих ліків;
4. зменшує ймовірність хибнонегативних та хибнопозитивних результатів;
5. визначає, які втручання дадуть найкращий результат, а які – не змінять клінічну тактику чи рішення щодо лікування.

Разом з тим, відмова від проведення досліджень чи призначення ліків без обґрунтування не є четвертинною профілактикою. Важливу роль тут відіграє

¹³Wonca International Dictionary for General/Family Practice

комунікація з пацієнтом, пояснення йому доступних опцій, переваг чи недоліків певного втручання чи лікування, а також використання надійних джерел доказових медичних даних (офіційні настанови, протоколи, якісні дослідження, висновки професійних організацій, наприклад, таких як ADA, яку ми вже неодноразово згадуємо в цьому посібнику).

В контексті профілактики ЦД 2 типу четвертинна профілактика розглядає такі питання:

Обґрунтований скринінг	Тему скринінгу та раннього виявлення ми уже розглянули у розділах вище («Скринінг» та «Раннє виявлення»). Не слід проводити дослідження частіше, у більшому об'ємі чи групам пацієнтів, що не належать до груп ризику, це може призвести до хибнопозитивних результатів та запустити каскад зайвих втручань та призначень.
Належна комунікація щодо предіабету	Важливо пояснювати пацієнтам, що предіабет це стан, а не хвороба. Це буде знижувати тривожність пацієнтів (критерії предіабету ми розглядали вище). При виявленні цього стану першочерговою тактикою завжди є зміна способу життя. Не слід пропонувати пацієнтам першим або єдиним варіантом прийом препаратів. Якщо метформін все ж буде призначено, то слід наголосити, що це не лікування, а один із способів профілактики розвитку ЦД 2 типу. Покази до призначення ми розглядали раніше у розділі «Первинна профілактика».
Відмова від використання ліків та БАДів, що не мають доведеної ефективності у профілактиці та лікуванні діабету	Не слід призначати інші препарати та БАДи, що не мають доведеної ефективності у профілактиці ЦД 2 типу. Якщо пацієнт уже приймає такі препарати, які призначив собі самостійно, слід знижувати його очікування від результату та заохочувати слідувати доведеним методам профілактики та лікування.
Уникнення надмірного лабораторного контролю	Не слід визначати рівні глікованого гемоглобіну та інших показників глікемії занадто швидко після початку лікування та зміни способу життя. Позитивні зміни можуть зайняти певний час, а відсутність покращення у показниках може демотивувати пацієнта продовжувати діяти. Не слід визначати показники занадто часто – це буде підвищувати тривожність пацієнта, його родини і лікаря. Пацієнтам із ЦД 2 типу не рекомендовано проводити самостійний щоденний моніторинг глікемії за допомогою глюкометра (виключенням є пацієнти з ЦД 2 типу, що використовують інсулін, приймають цукрознижуючі препарати, що можуть викликати гіпоглікемію, представники деяких професій (напр., пов'язаних з керуванням транспортом, роботою з механізмами, на висоті, у силових та аварійно-рятувальних службах), жінки, що планують вагітність та ін.)

Персоналізація рекомендацій	Слід враховувати індивідуальні особливості і цілі пацієнта, а також прогнозовану тривалість його життя, при призначенні втручань та лікування. Наприклад, пацієнтам із тяжкою депресією та предіабетом не слід посилювати інтенсивність втручання до того, як буде забезпечено належне лікування психічного розладу.
Уникнення каскаду втручань	Якщо якийсь із результатів досліджень неочікувано поганий чи навпаки – занадто добрий, краще повторити це дослідження (можливо, з використанням іншого тесту, тест-системи, в іншій лабораторії, або переконавшись, що було дотримано правила підготовки до дослідження) перед тим, як запускати каскад подальших обстежень. Адже кожне дослідження може мати хибнопозитивний чи хибнонегативний результат.

У 2012 році Фонд ABIM запустили кампанію Choosing Wisely (Обираючи з розумом – перекл. з англ.), мета якої – сприяти діалогу між пацієнтами та системою охорони здоров'я щодо тестів, втручань, обстежень та лікування, дотримуючись, в тому числі, принципів четвертинної профілактики.

В інформаційних матеріалах кампанії пацієнтам пропонують задавати деякі питання своїм лікарям перед призначенням певного втручання. Ми пропонуємо використовувати цей інструмент і лікарям, і медичним сестрам/медбратам. Для того, щоб зрозуміти доцільність певного призначення, спробуйте самостійно відповісти на ці 5 запитань:

1. Чи пацієнту насправді потрібне це втручання?
2. Які можуть бути побічні ефекти або ризики від проведення цієї процедури чи втручання?
3. Чи існують простіші та безпечніші опції?
4. Що трапиться, якщо пацієнт не отримає цього призначення?
5. Скільки це буде коштувати для пацієнта, закладу охорони здоров'я та держави? Яка частка витрат може бути покрита програмою медичних гарантій (інтерпретовано автором, враховуючи український контекст) чи іншими видами страхування?



Кампанія
Choosing Wisely

► НАВЧАННЯ ПАЦІЄНТІВ ТА ЗМІНА СТАВЛЕННЯ

Ми живемо у світі, де кожної хвилини отримуємо потік інформації із різних джерел (соціальні мережі, медіа, онлайн-платформи та чати).

Разом з тим, критичне мислення, на жаль, не завжди встигає розвиватись разом із кількістю даних навколо. Тому на нашу думку, навчання пацієнтів буде відігравати дуже важливу роль у їх здоров'ї і, зокрема, в профілактиці ЦД 2 типу.

У цьому контексті розвиток медичної грамотності населення – один з ключових елементів профілактики неінфекційних захворювань, зокрема ЦД 2 типу.

Багато хто може не погодитись з цим твердженням, вважаючи, що освіта пацієнта про його здоров'я – це не завдання лікаря. Очевидно, формування медичної грамотності не може бути виключно завданням системи охорони здоров'я. Це міжсекторальний процес, який починається значно раніше — зокрема в системі освіти, ще зі дошкільного віку, та продовжується протягом усього дорослого життя. Ключову роль в освіті населення все ж повинна відігравати держава, а саме державні установи та організації (наприклад, Міністерство охорони здоров'я, Міністерство освіти, Центр громадського здоров'я, тощо), а також проактивне суспільство – громадські організації та об'єднання, пацієнтські групи, громади.

Разом з тим, робота медиків первинної ланки не може обійтись без навчання та просвітницької діяльності, і це має свої переваги, а саме: кращі результати профілактики та лікування, зниження тривожності пацієнта за стан свого здоров'я через розуміння свого стану та алгоритму дій, активні та автономні пацієнти, а у перспективі – скорочення тривалості прийомів та їх кількості (адже пацієнт, наприклад, вміє правильно «збивати» температуру своїй дитині та знає, як розпізнати «червоні прапорці», і куди звертатись у випадку їх виникнення).

Крім того нам дуже важливо дати пацієнтам зрозуміти, що вони також несуть відповідальність за своє здоров'я, а інформація, яку ми надаємо пацієнтам слугує їм інструментом для покращення свого стану.

Ще однією перевагою освіти пацієнта є те, що таким чином ми можемо боротись із медичними міфами та дезінформацією за допомогою достовірних джерел і підвищення довіри до медичної науки.

Освіта пацієнта не завжди повинна відбуватись під час консультації сімейного лікаря чи лікарки. Важливими учасниками профілактики є також медичні сестри і медичні брати, які можуть проводити консультування зі здорового способу життя, відмови від шкідливих звичок, моніторингу та ведення хронічних станів.

Такий підхід є індивідуальним, ефективним, проте досить ресурсозатратним. Тому його слід комбінувати з іншими формами освіти пацієнтів:

- навчальні відео в соціальних мережах та на платформах (наприклад, відео про Тарілку здорового харчування, яке ми уже згадували раніше);
- освітні курси (наприклад, курс з мотиваційними відео від ЦГЗ про відмову від куріння);
- групові формати роботи (наприклад, коли медична сестра чи медбрат пояснює всю інформацію про профілактику розвитку ЦД 2 типу для групи пацієнтів, які попередньо були відібрані за належністю до груп ризику);
- онлайн навчання (вебінари та лекції від лікарів чи професійних медичних спільнот; лікар також може рекомендувати пацієнтам перевірені подкасти, освітні ресурси чи блоги, які висвітлюють теми профілактики і розвінчують поширені міфи про харчування, цукровий діабет та серцево-судинні захворювання);
- посібники, брошури, рекомендації, відповіді на найпоширеніші запитання, розроблені закладами та організація-



Посібник «Для тих, кому лише спитати. Відповіді лікарів на 100 найпоширеніших запитань батьків»

ми для пацієнтів (наприклад, посібник від Дитячої міської поліклініки №6 м. Одеса «Для тих, кому лише спитати. Відповіді лікарів на 100 найпоширеніших запитань батьків», розроблений у співпраці з UNICEF; або посібник «Інструменти ефективної профілактики артеріальної гіпертензії» для осіб із груп ризику та пацієнтів із встановленим діагнозом, який розроблено ЦГЗ);

- групи рівних для пацієнтів – ще один цікавий формат роботи, коли пацієнти можуть самостійно здобувати та ділитись в групі інформацією щодо здоров'я за підтримки модератора;
- інформаційні матеріали для пацієнтів від пацієнтських та професійних організацій щодо різних станів (наприклад «Посібник для пацієнтів з цукровим діабетом 2 типу», створений Інтегрованим медичним центром Дублін Норт



Посібник для пацієнтів «Інструменти ефективної профілактики артеріальної гіпертензії»



Посібник для пацієнтів з цукровим діабетом 2 типу

Вест (HSE, Ірландія) у співпраці з громадською організацією Cairde (2023)). Або посібник від громадської організації «Діа-Дзен» «Діабет 2 типу: посібник для всіх кого це стосується», який допоможе краще розуміти свій стан, відрізнити корисні рекомендації від міфів і впевнено брати участь у власному лікуванні.

Важливо підготувати ці матеріали наперед та визначити їх достовірність та доступність для розуміння пацієнтами.



Діабет 2 типу: посібник для всіх кого це стосується

Розглянемо клінічний випадок:

Пацієнт Андрій, 45 років, звертається на прийом з кашлем, що триває більше тижня. Ви розпитуєте та оглядаєте пацієнта, на вашу думку – це залишковий кашель після перенесеного гострого респіраторного захворювання і ви не бачите «червоних прапорців», адже кашель стає з часом менш частим та інтенсивним, загальне самопочуття пацієнта відносно добре, сатурація 97 %. При зборі анамнезу ви запитуєте пацієнта про куріння і він каже, що курить по 1 пачці на добу уже протягом 20 років, а також ви бачите, що він має надмірну масу тіла і його батько також ваш пацієнт, у якого ЦД 2 типу, тож ви приймаєте рішення обговорити з ним здоровий спосіб життя.



Ви кажете Андрію, що якщо він не хоче мати цукровий діабет, як його батько, йому слід відмовитись від куріння, почати харчуватись краще та збільшити фізичну активність. Пацієнт не проти цього, навпаки, він втішений, що лікар про нього дбає, тож ви домовляєтесь про повторну консультацію через кілька місяців для того, щоб Андрій пройшов обстеження за програмою «Скринінг здоров'я 40+».

Що, на вашу думку, можна було б покращити у такій комунікації? Яку інформацію слід додати?

Пацієнт приходить до вас на прийом через 9 місяців, каже що прийшов «через кілька місяців», як і пропонував лікар, принаймні для нього це означало «більше 2 місяців».

Ви заповнюєте разом із пацієнтом опитувальники та видаєте скерування на додаткові дослідження, а також запитуєте про його успіхи у модифікації способу життя.

Андрій задоволений собою, з його слів, він перестав курити, останні 6 місяців використовує лише електронні сигарети, він прочитав статтю про те, що вони менш шкідливі і не несуть ризиків, як звичайні сигарети. Також Андрій почав харчуватись краще, хоч це дається і важко, але відмовився від усього смаженого і тепер часто їсть морську капусту і приймає риб'ячий жир у капсулах, його остеопат, сказав, що ці продукти позитивно впливають на щитовидну залозу, печінку і серце.

Ви знаєте, що використання електронних сигарет в жодному разі не є «здоровим замінником» сигарет, а також, що здорове харчування – це не про відмову від якогось типу їжі та не про прийом БАДів. Очевидно, що ваш пацієнт, отримав інформацію з недостовірних джерел або невірно її інтерпретував, проте він справді намагався покращити своє здоров'я.

Тож ви пропонуєте йому після додаткових досліджень повторно прийти до вас на консультацію щодо здорового способу життя. Під час консультації пацієнт отримує друковані інформаційні матеріали з чіткішими поясненнями і зрозумілими подальшими кроками щодо модифікації факторів ризику. Ви одразу записуєте його на прийом через 3 місяці і просите поставити собі нагадування у телефоні про візит до лікаря.

Ви пропонуєте дотримуватись наданих рекомендацій, а якщо будуть запитання по цьому, тоді краще звернутись до вас.

Пригадайте, чи зустрічали ви у своїй практиці пацієнтів, які невірно інтерпретували ваші рекомендації чи рекомендації ваших колег? Подумайте, що, на вашу думку, можна зробити, щоб надана вами інформація сприймалася більш однозначно?

IV. ПСИХІЧНЕ ЗДОРОВ'Я І ПРОФІЛАКТИКА ЦД 2 ТИПУ

Ключові повідомлення:



Психічне здоров'я є важливою складовою профілактики, лікування та довготривалого ведення пацієнтів із ЦД 2 типу.



Наявність психічних розладів асоціюється з підвищеним ризиком розвитку ЦД 2 типу, нижчою прихильністю до лікування та вищим ризиком виникнення ускладнень.



Своєчасне виявлення та належне ведення поширених психічних розладів на первинному рівні медичної допомоги може покращити результати профілактичних та лікувальних втручань при ЦД 2 типу.



Під час консультування пацієнтів важливо враховувати психосоціальні чинники, емоційний стан, життєві обставини та їх можливий вплив на поведінкові фактори ризику і здатність дотримуватися рекомендацій.

За визначенням ВООЗ, **здоров'я** – це стан повного фізичного, психічного та соціального добробуту, а не лише відсутність хвороб чи вад.

Тому медичні працівники повинні оцінювати людину комплексно, а не лише за наявністю скарг чи результатів аналізів. Саме первинна ланка медичної допомоги найчастіше й дотримується цих принципів – допомагаючи пацієнтам та їх сім'ям не тільки із фізичним здоров'ям, а враховуючи психосоціальний контекст.

Дослідження вказують на існування взаємозв'язку між проблемами із психічним здоров'ям та ЦД 2 типу:

- люди із ЦД 2 типу у 2-3 рази частіше мають депресію, ніж люди без діабету;
- у людей із ЦД 2 типу на 20 % більша ймовірність тривожного розладу;
- у 33-50 % людей, які живуть із діабетом, протягом періоду хвороби виникає діабетичний дистрес (сильний емоційний дистрес, спричинений тягарем захворювання та необхідністю постійного самоконтролю);¹⁴
- загалом 77 % людей з діабетом мали депресію, тривожність чи інші проблеми із психічним здоров'ям, що були пов'язані із діабетом;
- шизофренія, біполярний розлад, депресія, тривожний розлад та розлади сну значно підвищують ризику розвитку ЦД 2 типу;¹⁵
- у людей з депресією ризик ЦД 2 типу підвищується на 60 %.¹⁶

¹⁴Poole L, Hackett R, Diabetes distress: the psychological burden of living with diabetes. The Lancet Diabetes & Endocrinology, 2024; 12, 439-441

¹⁵Lee M, Lee S, Sohn S, Ahn J, Han K, Lee J. Type 2 Diabetes and Its Association With Psychiatric Disorders in Young Adults in South Korea. JAMA Netw Open. 2023;6(6):e2319132. doi:10.1001/jamanetworkopen.2023.19132

¹⁶The role of depression and anxiety in onset of diabetes in a large population-based study. Engum A. J Psychosom Res. 2007;62:31-38. doi: 10.1016/j.jpsychores.2006.07.009.

Стан психічного здоров'я може впливати на всі аспекти життя людини, в тому числі на харчування, фізичну активність, вживання психоактивних речовин, мотивацію до зміни способу життя чи прийому ліків, соціальну сферу, може обмежувати контакти людини із системою охорони здоров'я. Разом з тим, ці аспекти є також етіологічними чинниками розвитку ЦД 2 типу.

Тому розглянемо можливі труднощі людей із проблемами з психічним здоров'ям на різних етапах профілактики діабету:

1. Первинна профілактика

Розгляньте проблеми із психічним здоров'ям у ваших пацієнтів, як один із чинників ризику розвитку діабету. Проводьте скринінги на психічні розлади для груп ризику: зверніть увагу на вагітних жінок та породіль, людей, які зазнають домашнього насилля або зазнавали інших видів насилля в минулому, внутрішньо переміщених осіб, військових та ветеранів, людей, які пережили втрату, людей, у яких був психічний розлад у минулому.

При виявленні проблем ведіть стани, які можете, самостійно (на первинній ланці медичної допомоги) або скеровуйте до відповідних фахівців.

Якщо людина з психічним розладом уже має підвищений ризик розвитку ЦД 2 типу, то прихильність такого пацієнта до зміни способу життя може бути значно знижена, отже без адекватного ведення стану психічного здоров'я майже неможливо досягнути добрих результатів профілактичних втручань.

2. Вторинна та третинна профілактика

Зверніть увагу, що у пацієнтів із психічними розладами та ЦД 2 типу буде менша прихильність до лікування та дотримання рекомендацій лікаря у порівнянні із пацієнтами без психічних розладів. Тому ризик прогресування захворювання та виникнення ускладнень ЦД 2 типу буде підвищуватись. Отже адекватне ведення психічних розладів буде як вторинною, так і третинною профілактикою, адже буде попереджати виникнення ускладнень та інвалідизації у пацієнтів із ЦД 2 типу.

3. Четвертинна профілактика

Пацієнти із різними проблемами з психічним здоров'ям (не тільки із тривожним розладом) часто можуть мати підвищену тривожність, яка в свою чергу впливатиме на тривогу за стан власного здоров'я. Це може підвищувати бажання робити додаткові дослідження, частіше контролювати показники, такі пацієнти можуть звертатись до лікарів частіше та займати більше часу під час консультації.

Більше дізнатись про ведення поширених психічних розладів на первинному рівні медичної допомоги із використанням керівництва mhGAP ви зможете на курсі Академії НСЗУ.



**Ведення
поширених
психічних розладів
на рівні ПМД із
використанням
керівництва
mhGAP**

Розглянемо клінічний випадок:

Катерина, віком 30 років, звертається на прийом до сімейної лікарки з болем та важкістю в шлунку, який виникає після прийомі їжі. Ви збираєте анамнез та детальніше розпитуєте про симптоми, їх тривалість та інтенсивність. Ви запитуєте про вживання алкоголю чи куріння, і Катерина каже, що не курить і вживає не більше 1 бокалу (250 мл) червоного сухого вина на день до вечері щодня, лише у п'ятницю і суботу може бути трохи більше – 1,5 – 2 бокали. Ви рахуєте кількість одиниць спожитого за середньостатистичний тиждень алкоголю за допомогою калькулятора, та бачите, що це в середньому 24 стандартні порції алкоголю на тиждень (при максимальній допустимій кількості 14). При огляді ділянка епігастрію чутлива при пальпації, ІМТ – 34, АТ – 140/80 мм.рт.ст., інших змін при первинному фізикальному обстеженні не виявлено.



Ви запитуєте про харчування та фізичну активність. Катерині складно відповісти на ці запитання, їй здається, що харчується вона нормально, фізичної активності у неї ніколи не було багато. Ви знаєте, що близько 1,5 років тому пацієнтка втратила батька через потрапляння ворожого дрону в їх будинок і після цього була внутрішньо переміщена до вашого міста. Ви запитуєте, як вона справляється з цим, і Катерина починає плакати.

Ви дозволяєте їй плакати, потім кажете, що вам дуже шкода, що з нею це трапилось, і що ваша розмова буде конфіденційною. Пропонуєте пройти опитувальник на депресію, який показує 15 балів та те, що ці симптоми значно впливають на повсякденне функціонування пацієнтки. У неї є проблеми зі сном (важко заснути, часто прокидається, загалом спить 4-5 годин на добу), з апетитом (часто виникають нічні переїдання під час безсоння, після чого вона відчуває провину), а також думки, про те, що було б краще, якби вона не прокинулась (що ви розцінюєте як суїцидальне мислення).

Яку проблему, виявлену під час консультації, ви будете вирішувати у першу чергу: біль в шлунку, ожиріння, підвищений АТ, підвищений ризик ЦД 2 типу (підвищений ІМТ + підвищений АТ + недостатня фізична активність), надмірне вживання алкоголю, депресивний синдром чи суїцидальне мислення?

Чи можна сказати точно, яка проблема зі всіх є первинною, тобто спричинила розвиток інших проблем?

Ви розумієте, що у пацієнтки наявні різні чинники ризику, які взаємопов'язані, що слід враховувати контекст (а саме, її психосоціальні фактори – внутрішнє переміщення, втрата дому, горювання), і за 1 візит не зможете вирішити усі проблеми.

Тож приймаєте рішення на цьому візиті спробувати дати раду із двома проблемами – тією, що найбільше турбує пацієнтку (тобто те, з чим вона безпосередньо звернулась – болем в шлунку) та тією, що, на вашу думку, є найбільш небезпечною (суїцидальне мислення).

Ви призначаєте Катерині додаткові дослідження щодо болю в шлунку та

препарати для симптоматичного лікування. Ви кажете, що відмова від вживання алкоголю разом із лікуванням може значно полегшити симптоми, з якими вона звернулась.

Ви також пояснюєте, що з великою ймовірністю у Катерини може бути депресія, і що вас насторожує наявність суїцидального мислення. Тому ви просите пацієнтку отримати консультацію лікаря-психіатра, одразу записуєте її на консультацію до цього фахівця та просите прийти до вас на візит повторно після отримання результатів досліджень та консультації. Також ви надаєте Катерині контакти національної гарячої лінії запобігання суїциду 7333 на випадок виникнення думок чи безпосередніх планів про самоушкодження.

Катерина приходить до вас через 1 місяць. Вона отримала результати фіброгастроскопії та інших досліджень, які підтверджують діагноз гастриту не асоційованого із гелікобактерною інфекцією. Ви призначаєте лікування на основі отриманих результатів.

Пацієнтка також була у психіатра, який підтвердив діагноз депресії та запропонував почати прийом антидепресантів, на що пацієнтка погодилась. Вона також була попереджена про необхідність відмови від вживання алкоголю щонайменше на період лікування, вона каже, що так і робить, правда, іноді дозволяє собі бокал вина не частіше 1 разу на тиждень. Її симптоми все ще виражені, проте вона краще спить, і через це зменшилась кількість нічних переїдань.

Ви хвалите пацієнтку за результати та заохочуєте надалі дотримуватись рекомендацій та плану лікування.

На цьому візиті ви пропонуєте обговорити зміну способу життя, що буде корисно як для стану психічного здоров'я, так і для профілактики розвитку ЦД 2 типу.

Ви розповідаєте про здорове харчування та фізичну активність та разом з Катериною складає подальший план дій і встановлюєте її цілі здоров'я на найближчі пів року.

Ви просите Катерину записатись на онлайн чи офлайн консультацію до медичного брата Олега для обговорення зміни способу життя та самопочуття кожні 1-2 місяці та кажете, що будете разом із медбратом, за її згоди, обговорювати результати цих зустрічей.

Через 2 місяці ви обговорюєте з медичним братом підсумки повторного візиту Катерини. З його слів, пацієнці все ще дуже складно дотримуватись рекомендацій з харчування і фізичної активності. Разом з тим її стан психічного здоров'я значно покращився, вона все ще приймає антидепресанти, відмовилась від вживання алкоголю зовсім та спить 7 годин на добу. Під час останнього візиту її ІМТ – 33, маса тіла знизилася на 5 % за 2 місяці лише за рахунок відмови від алкоголю та відсутності нічних переїдань, що є гарними результатами. Проте необхідна подальша постійна робота над своїм здоров'ям.

Чи зменшився ризик ЦД 2 типу у Катерини? Чи можливими були б ці зміни, на вашу думку, без ведення проблем із психічним здоров'ям? Чому?

V. РОЛЬ ГРОМАД В ПРОФІЛАКТИЦІ ЦД 2 ТИПУ

Ключові повідомлення:



Профілактика ЦД 2 типу потребує комплексного підходу, який поєднує індивідуальні профілактичні втручання із формуванням середовища, яке підтримує вибір здорових поведінкових практик серед населення.



Умови проживання в громаді, зокрема доступність здорових продуктів харчування, можливостей для фізичної активності, соціальної підтримки та послуг у сфері психічного здоров'я, можуть суттєво впливати на ризик розвитку ЦД 2 типу та інших НІЗ.



Ефективна профілактика ЦД 2 типу потребує міжсекторальної взаємодії системи охорони здоров'я, органів місцевого самоврядування, освітнього сектору, соціальних служб, громадських організацій.



Медичні працівники первинної ланки можуть відігравати важливу роль у адвокації здоров'я на рівні громади, ініціюючи профілактичні зміни та використовуючи локальні дані й практичний досвід для обґрунтування потреб населення.

Як зазначалося у попередніх розділах, основою профілактики ЦД 2 типу є зміна способу життя та вплив на етіологічні чинники. Роль медиків та закладів охорони здоров'я, а також пацієнтів і їх сімей є визначальною; ми розглянули її у попередніх розділах. Водночас ефективність цих втручань значною мірою залежить від середовища, в якому живе людина.

Навіть найкращі рекомендації щодо харчування, фізичної активності чи відмови від вживання нікотинових виробів можуть залишатись нереалізованими, якщо середовище не підтримує ці зміни.

Саме тому громада – у широкому розумінні цього поняття – є ключовим рівнем впливу на формування здорової поведінки населення цієї громади. Разом з тим роль громад у профілактиці неінфекційних захворювань, зокрема ЦД 2 типу, недостатньо розкрита та не завжди повною мірою усвідомлюється як на рівні місцевого самоврядування, так і серед медичних працівників громади.

Профілактика ЦД 2 типу повинна виходити за межі закладу охорони здоров'я і бути спільною відповідальністю системи охорони здоров'я, органів місцевого самоврядування, освітніх закладів, соціальних служб, громадських організацій, бізнесу та самих мешканців громади.

Громада визначає, наскільки легко людині:

- обрати здорову їжу
- бути фізично активною

- отримати інформацію та підтримку щодо свого стану чи змін організму
- зберігати соціальні зв'язки та психічне благополуччя.

Поведінкові зміни – це тривалий процес, який потребує не лише мотивації, але й відповідних умов. Людина значно частіше обирає здорову поведінку тоді, коли вона доступна, зручна та соціально підтримана.

Одним із ключових напрямів діяльності громади є **промоція здоров'я**. Вона включає комплекс заходів, спрямованих на створення умов, за яких люди мають можливість та мотивацію дбати про власне здоров'я. Для цього громади можуть впроваджувати управлінські рішення та місцеві політики, що підтримують здоровий спосіб життя населення. Такі рішення формують «правила гри» на рівні громади та сприяють формуванню середовища, у якому здоровий вибір стає простішим і доступнішим для людей. Практичними прикладами таких рішень можуть бути:

- створення та розширення просторів, вільних від куріння;
- підтримка доступності здорового харчування, зокрема овочів, фруктів і питної води;
- співпраця з місцевими закладами торгівлі щодо популяризації здоровіших харчових виборів;
- розвиток пішохідної та велосипедної інфраструктури;
- облаштування громадських просторів і зон для фізичної активності;
- підтримка місцевих виробників продуктів харчування або фермерів, які вирощують овочі та фрукти, зокрема через надання пільг або локальних програм співпраці;
- включення заходів із профілактики неінфекційних захворювань до місцевих програм та бюджетів громад.

Дієвим механізмом для системного впровадження таких заходів може бути розробка та реалізація **місцевих стратегій або програм профілактики неінфекційних захворювань**, де чітко буде визначено активності та основних зацікавлених сторін, відповідальних за реалізацію та впровадження.

Не менш важливий напрям – це підвищення медичної грамотності населення. Навіть за наявності ресурсів людина не завжди обирає здорову поведінку, якщо не розуміє її значення або не має практичних навичок для її впровадження. Громади можуть сприяти підвищенню обізнаності населення через інформаційні кампанії, місцеві медіа, соціальні мережі, заходи до днів здоров'я, освітні активності у школах, а також використання бібліотек, центрів надання адміністративних послуг та інших громадських просторів як платформ для поширення інформації про здоров'я.

Концепція «здорової громади» передбачає створення середовища, у якому здоровий вибір стає простішим для людини. Це може бути озеленення територій, розвиток пішохідних зон, встановлення вуличних тренажерів, підтримку спортивних гуртків, створення безпечних маршрутів для велосипедистів, розвиток громадського транспорту, а також забезпечення доступу до послуг у сфері психічного здоров'я.

Розробці даного посібника передували результати дослідження, метою якого була оцінка готовності та спроможності



Ініціатива
«Здорова
громада»

закладів первинної медичної допомоги надавати послуги з профілактики, скринінгу та контролю ЦД 2 типу серед осіб із підвищеним ризиком його розвитку. З описом методології та повними результатами дослідження можна ознайомитися за QR-кодом.



**Результати
дослідження**

Результати дослідження дозволили виявити низку бар'єрів, які свідчать про багаторівневий характер викликів у профілактиці ЦД 2 типу. Частина з них пов'язана з організацією медичної допомоги, частина — з індивідуальними особливостями пацієнтів, однак значна кількість бар'єрів формується саме на рівні громади та соціального середовища.

Одним із механізмів системного подолання таких бар'єрів є впровадження місцевих програм та стратегій у сфері громадського здоров'я. Саме вони дозволяють координувати діяльність різних секторів, визначати пріоритети, планувати ресурси та забезпечувати сталість профілактичних заходів.

Щоб оцінити, наскільки питання профілактики неінфекційних захворювань інтегровані у діяльність територіальних громад, у межах дослідження було проведено аналіз місцевих програм у громадах Хмельницької області.

Аналіз показав, що із 60 територіальних громад області 31 громада є засновником та утримувачем 32 закладів первинної медичної допомоги. Усі ці громади мають затверджені програми розвитку та підтримки закладів охорони здоров'я. Водночас лише в одній громаді було виявлено окремий план заходів із профілактики неінфекційних захворювань, а жодна з програм не була присвячена виключно профілактиці та контролю ЦД 2 типу.

У більшості випадків питання профілактики ЦД 2 типу інтегровані до ширших програм у сфері неінфекційних захворювань та представлені фрагментарно. Наведений нижче клінічний випадок демонструє, як фактори середовища можуть впливати на здоров'я людини та обмежувати ефективність навіть якісних медичних рекомендацій.

Розглянемо клінічний випадок:

Пацієнтка пані Параска, 78 років, жителька села, приходить на консультацію до сімейного лікаря за електронним рецептом на препарати від гіпертонії за програмою «Доступні ліки». Останнім часом їй тиск коригується недостатньо добре, також з'явилась більша, ніж зазвичай задишка. Терапевтка Соломія уважно вислуховує пацієнтку та задає додаткові запитання, щоб зрозуміти, чому тиск більше не коригується.



Зі слів пані Параски, останнім часом вона менше рухається, раніше у неї був невеликий город, а тепер їй важко за ним доглядати, тож вона посіяла лише квіти. Їй не цікаво готувати собі страви, часто вона просто обідає чи вечеряє хлібом з маслом та медом або макаронами чи кашею з маслом, бо

це не потребує зусиль для приготування, а так як кількість овочів та фруктів на столі зменшилась, через відсутність власної городини, то й різноманітність страв зменшилась. Раніше пані Параска була активною учасницею громади, дуже любила готувати різноманітні страви та випічку. За останній рік померли дві її подруги, з якими вони збирались кілька разів на тиждень та пили чай і обговорювали новини. Родина пацієнтки виїхала за кордон і зараз може відвідувати маму і бабусю значно рідше. Пані Параска більше не відчуває ніякого задоволення від життя, вона мала прекрасний настрій двічі цього року – коли приїхали її внуки на її день народження та Різдво і вона наготувала повний стіл наїдків для рідних.

Соломія відмічає збільшення ваги пацієнтки на 10 кг за останній рік, під час цього прийому її глюкоза натще визначена глюкометром – 5,9%. Лікарка розуміє, що проблема у недостатній фізичній активності, незбалансованому харчуванні, що призвело до збільшення ваги, погіршення контролю тиску та предіабету. До того ж стан психічного здоров'я пацієнтки викликає занепокоєння.

Соломія рекомендує збільшити фізичну активність, наприклад, додати ходьбу, а також додати більше овочів та фруктів у свій раціон.

Пані Параска засмучена, з її слів, їй немає де ходити, зараз весною до рога до її будинку в болоті, а навіть якщо вона дійде до головної вулиці села – там немає тротуарів, щоб ходити. Навіть до церкви в неділю їй складно потрапити, через що вона пропустила уже 5 тижнів. Овочі і фрукти можна додати, лиш слід піти до магазину, може вона попросить сусідського хлопчика їй допомогти, разом з тим, зараз ці продукти досить дорогі. Скринінг на стан психічного здоров'я показує ймовірну депресію у пацієнтки, Соломія може із цим допомогти, але потрібно буде більше візитів, і, скоріше за все, консультацію фахівця у сфері психічного здоров'я, якого в селі немає.

В даному випадку, Соломія, як лікарка, добре зробила свою роботу. Разом з тим, її дії значно обмежені через відсутність можливостей в громаді. Лікар може надати найкращі рекомендації щодо здоров'я пацієнта, але середовище надзвичайно важливе, і роль громади тут найбільша.

В Україні процес децентралізації створює різні умови для розвитку громад. Частина органів місцевого самоврядування вже усвідомлює значення інвестицій у здоров'я населення як довгострокового ресурсу розвитку громади. Водночас існують громади, де пріоритетність профілактики неінфекційних захворювань, зокрема ЦД 2 типу, залишається недостатньою.

Саме тому важливо поступово інтегрувати поняття здоров'я, профілактики та відповідальності за власне здоров'я у повсякденне життя людей, освітнє середовище та діяльність громад. Такий підхід є безпосередньо пов'язаним із розвитком медичної грамотності населення, про яку йшлося у попередніх розділах посібника.

Недостатня пріоритетність профілактики у частині розвитку громад часто пов'язана з обмеженим рівнем обізнаності щодо економічних і соціальних переваг профілактичних втручань. До них належать зниження захворюваності

на рівні громади, зменшення витрат громади на систему охорони здоров'я та підвищення продуктивності населення даної громади.

У цьому контексті важливого значення набуває адвокація здоров'я на рівні громади, зокрема з боку медичних працівників первинної ланки. Саме медики можуть відігравати ключову роль у формуванні змін на рівні громади, адже можуть виступати посередниками між системою охорони здоров'я та органами місцевого самоврядування, використовуючи дані скринінгу, локальну статистику та практичний досвід для обґрунтування необхідності профілактичних заходів.

Додатковим ресурсом є залучення партнерів у межах громади — освітніх закладів, бібліотек, соціальних служб, представників бізнесу та самих пацієнтів. Такі міжсекторальні зв'язки можуть посилювати ефективність інформаційних та поведінкових втручань, навіть якщо вони є локальними та невеликими за масштабом.

Завдяки довірі з боку пацієнтів і знанню локальних проблем, які пов'язані із здоров'ям, медики можуть виступати адвокатами здоров'я (health advocates), впливаючи на рішення поза межами закладу охорони здоров'я.

Це може включати:

- участь у робочих групах та засіданнях громади
- комунікацію з органами місцевого самоврядування щодо потреб населення
- використання даних скринінгу та спостережень для обґрунтування змін
- партнерство зі школами, соціальними службами та громадськими організаціями
- ініціювання локальних профілактичних програм.

Кейс. Продовження

Лікарці Соломії дуже прикро, що її зусиль не може бути достатньо для допомоги її пацієнтці. Вона звертається до керівника амбулаторії Ігоря, який уже давно помічає проблеми в громаді, але, на жаль, не має часу та ресурсів з цим боротись. Проте після спільного обговорення та заручившись підтримкою керівництва ЦПМСД команда медиків звертається до адміністрації громади з переліком проблем, що значною мірою погіршують здоров'я людей в громаді.



Адміністрація громади стверджує, що ніколи не чула про ці проблеми, але можливо обговорення може допомогти спланувати зміни, до того ж, якраз влітку буде обговорюватись бюджет громади на наступний рік, і ці активності можна було б закласти в кошторис при плануванні.

За наступні місяці у громаді створюється робоча група, яка складається з представників адміністрації громади, медиків, соціальних працівників, представників від освіти, ветеранської спільноти та простих мешканців громади.

Комісія визначає перелік проблем та їх можливі рішення. Уже цього року будуть залучені експерти з планування доріг, громадських просторів. Багато активностей заплановано на наступний рік, в тому числі, створення посади медичного працівника в громаді та робочого місця для психолога та психіатра, що прийматимуть в селі 1 раз на тиждень на безоплатній для мешканців громади основі та багато іншого.

Соломія радіє, що тепер пацієнти, як пані Параска, зможуть отримати більше турботи.

А поки великі зміни потребують часу та зусиль, керівниця громади на зборах села ініціює створення волонтерських груп, що складаються зі школярів старших класів, які щонеділі допомагатимуть літнім людям з покупками або просто поспілкуватись, щоб збільшити соціальну підтримку, а за це громада організує усім дітям, що були у волонтерській групі, поїздку для оздоровлення в Карпати.

Наступного тижня пані Параска разом з волонтеркою Марічкою поїдуть до церкви, їх завезе своїм авто батько Марічки, а по дорозі назад вони придбають овочі та інші продукти, і школярка допоможе приготувати сусідці смачний обід.

Тепер у пані Параски гарний настрій кожного тижня, вона більше рухається та має мотивацію щось змінювати на краще для себе.

VI. ПРИНЦИПИ КОМУНІКАЦІЇ З ПАЦІЄНТАМИ ЩОДО ПРОФІЛАКТИКИ ЦД 2 ТИПУ

Ключові повідомлення:



Ефективна комунікація є невід'ємною складовою профілактики ЦД 2 типу, яка може суттєво впливати на прихильність пацієнта до профілактичних втручань, зміни способу життя і подальшого спостереження.



Повідомлення пацієнту про предіабет або підвищений ризик розвитку ЦД 2 потребує емпатійного, зрозумілого та пацієнт-орієнтованого підходу із врахуванням індивідуальної ситуації пацієнта.

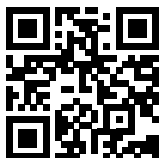


Використання інструментів ефективної комунікації, зокрема активного слухання, відкритих запитань, спільного прийняття рішень, методу «teach-back», може покращувати розуміння пацієнтом свого стану та підвищувати ефективність профілактичних втручань.



Формування реалістичних і досяжних цілей, а також забезпечення подальшого супроводу пацієнта, є важливими складовими профілактики ЦД 2 типу.

Як і будь-яка комунікація з пацієнтом, розмова щодо профілактики ЦД 2 типу повинна базуватись на таких принципах, як **Повага та Емпатія**. Також важливо використовувати ефективні інструменти комунікації, а саме – активне слухання, підсумовування, відкриті та закриті запитання, зворотній зв'язок, подальший супровід, інклюзивну лексику, незасуджуючу поведінку тощо. Це потрібно для кращої прихильності пацієнта до лікування, профілактики чи дотримання рекомендацій загалом. Детальніше про таку комунікацію можна дізнатись на онлайн-курсах, за успішне проходження яких можна отримати бали безперервного професійного розвитку.



Словник
безбар'єрної
мови

Іноді повідомлення інформації людині про те, що у неї є підвищений ризик ЦД 2 типу або її стан відповідає критеріям предіабету може бути складнішим, ніж ми очікуємо. Кожен пацієнт реагуватиме та таку інформацію по-різному. Тому рекомендуємо після прочитання цього розділу також ознайомитись із методикою повідомлення поганих новин.



М'які навички
лікаря ПМД,
20 балів БПР



Повідомлення
про важкий
діагноз, курс із
балами БПР

Розглянемо клінічний випадок 1:

Лікар Олекса проводить профілактичний огляд для пацієнта Ігоря та визначає, що його стан відповідає критеріям предіабету.

Лікар: *Ваші аналізи погані, і за результатами обстежень і огляду у вас предіабет.*

Пацієнт: *О, я такого не очікував. Але я почуваюсь добре, у мене не може бути діабету.*

Лікар: *Результати обстежень кажуть інше. Крім того, у вас ще нема діабету, але ви дуже близько до цього. Вам потрібно краще дбати про своє здоров'я.*

Пацієнт: *А що таке «предіабет»?*

Лікар: *Я ж кажу, що це вже за крок до діабету. Якщо не почнете вести здоровий спосіб життя, то завтра вже може бути пізно.*

Пацієнт: *Але я не курю і не вживаю алкоголю, приймаю вітаміни. Не знаю, що я маю зробити для свого здоров'я. Може є якісь ліки, щоб не розвинувся діабет?*

Лікар: *Може і призначимо вам ліки пізніше. Зараз вам треба буде більше фізичної активності, наприклад, в спортзал підіть, і нормально харчуватись – не їсти жирного, смаженого, солодкого. І треба схуднути. А через рік ви прийдете на повторний профілактичний огляд, і подивимось, чи вам вдалося. Чи вам все зрозуміло?*

Пацієнт: *Напевно, так. Тоді мені прийти наступного року?*

Лікар: *Так, до зустрічі наступного року.*

Як ви думаєте, чи ефективною була така комунікація? Чи ви колись зустрічались із подібною комунікацією, коли були у ролі пацієнта? Якщо так, то що вам хотілося б змінити?

Що, на вашу думку, можна покращити у такій комунікації?



У кейсі поданому вище лікар визначив, що у пацієнта є підвищений ризик розвитку ЦД 2 типу, повідомив про це пацієнта, а також наголосив на тому, що потрібна зміна способу життя і подальше спостереження, а також не призначив одразу медикаменти з метою профілактики, що загалом є правильною стратегією.

Разом з тим, малоімовірно, що такий пацієнт дійсно змінить спосіб життя, і що його результати значно покращаться до наступного візиту, тому цю комунікацію можна дещо змінити, щоб вона стала більш ефективною.

Сьогодні є досить поширеним міф, що використання добрих навичок комунікації неможливе через брак часу на консультації, і в цей час не вдасться «втиснути» всю інформацію. Дійсно, брак часу та надмірна завантаженість медичних працівників є перешкодою. Разом з тим дослідження вказують на те, що використання ефективних навичок комунікації скорочує тривалість прийому та покращує його ефективність.

Приблизна структура консультації пацієнта з високим ризиком розвитку ЦД 2 типу у частині профілактики захворювання може бути такою:

1. Повідомлення пацієнту інформації щодо підвищеного ризику розвитку ЦД 2 типу.

2. Пояснення, що підвищений ризик та предіабет не хвороба, а лише стан, який піддається коригуванню при спільних зусиллях медиків та пацієнта.
3. Пояснити пацієнту, що зміна способу життя – це основний метод зменшення ризику, і це насправді працює.
4. Запитати в пацієнта про його розуміння ситуації.
5. Разом із пацієнтом скласти план змін, які потрібно зробити, або перенаправити пацієнта до фахівця, який зробить це на окремій консультації (наприклад, медична сестра чи медичний брат).
6. Запланувати подальший супровід.

Обговорюючи план змін, ми можемо діяти за методикою SMART. Це додасть зрозумілості подальших дій для пацієнта, і збільшить ймовірність досягнення мети за визначений час. Згідно цієї методики ціль повинна бути:

S — Specific (конкретна): описує конкретний бажаний результат, а не розмиту ідею.

M — Measurable (вимірювана): є конкретні дані, що допоможуть зрозуміти ступінь виконання (наприклад, «збільшити у 2 рази», «зменшити на 10 %»).

A — Achievable (досяжна): досягнення мети має бути реальним, враховуючи контекст.

R — Relevant (актуальна/значуща): сприяє досягненню більшої мети.

T — Time-bound (обмежена в часі): встановлені часові рамки.

При цьому не обов'язково одразу встановлювати «велику» ціль, наприклад: «Зменшити ризик розвитку ЦД 2 типу». Можна розбити цю ціль на дрібніші кроки. Наприклад: «Збільшити фізичну активність (конкретна) до 300 хв помірної фізичної активності на тиждень (вимірювана) за наступні 6 місяців (обмежена у часі), виконуючи 2 60-хвилинні силові тренування у спортзалі та щонайменше 30 хвилин ходьби на день (досяжна), щоб зменшити ризик розвитку ЦД 2 типу (значуща, сприяє досягненню більшої мети)».

Розглянемо клінічний випадок 2:

Лікар Олекса проводить профілактичний огляд для пацієнта Ігоря та визначає, що його стан відповідає критеріям предіабету.

Лікар: Ігорю, добре, що ви знайшли час пройти профілактичне обстеження. Я бачу, що ви дбаєте про своє здоров'я. Майже усі результати аналізів та додаткових досліджень добрі, я надрукую їх в огляді, а також внесу в електронну картку та опишу частоту подальшого проведення цих досліджень для профілактики. Разом з тим, я хочу обговорити результати, які мене насторожують. Ваш показник глікованого гемоглобіну – 6,3 %, що може свідчити про наявність такого стану, як предіабет. Також ваш індекс маси тіла дещо підвищений – 29 при нормі до 25, що також може бути одним із чинників ризику.

Пацієнт: О, я такого не очікував. Але я почуваюсь добре, у мене не може бути діабету.



Лікар: Розумію, що це може бути неочікувано для вас. Предіабет не хвороба, це лише стан, при якому ваш ризик розвитку цукрового діабету 2 типу є вищим, ніж якби предіабету не було. Разом з тим, це добре, що ми виявили це вчасно, бо тепер ми можемо разом скласти план дій, щоб хвороба не розвинулась. Що думаєте про це?

Пацієнт: А що саме треба буде робити?

Лікар: Основний метод зменшення ризику у цьому випадку – зміна способу життя.

Пацієнт: Але я не курю і не вживаю алкоголю, приймаю вітаміни. Не знаю, що я маю зробити для свого здоров'я. Може є якісь ліки, щоб не розвинувся діабет?

Лікар: Дуже добре, що ви не курите і не вживаєте алкогось, це правильний вибір. Ліки не першочерговий вибір у цьому випадку. Ми зможемо обговорити призначення ліків, якщо у цьому ще буде потреба після того, як ми «приберем» чинники ризику, наявні у вас. Коли я проводив вам опитування сьогодні, я звернув увагу, що у вас мало фізичної активності протягом тижня, також ви нечасто вживаєте овочі та рибу, надаєте перевагу червоному м'ясу, а також п'єте солодкі напої практично щодня у офісі. Це відповідає дійсності?

Пацієнт: Напевно, так. Я не задумувався, що це буде мати аж такий вплив на моє здоров'я. В мене і так зараз багато всього, якщо я ще сяду на дієту....Не знаю як я з цим впораюсь, може, зараз не час.

Лікар: Для того ми це і обговорюємо, щоб я, як фахівець, надав вам актуальну інформацію щодо вашого здоров'я. Я розумію, що зараз у вас складний період і, можливо, швидкі і радикальні зміни можуть бути недоречними. Давайте почнемо з чогось, що зараз вам під силу, і будемо рухатись у комфортному темпі. Що зараз ви могли б змінити?

Пацієнт: Не знаю. Зараз літом буду пробувати більше рухатись, може піду в спортзал рази 2 на тиждень. Цього буде достатньо?

Лікар: Чудово. Так, це може бути гарним початком. Найкраща кількість фізичної активності для вас – 300 хвилин на тиждень, і це не обов'язково має бути спортзал. Додавайте рух там, де можете, наприклад, піти сходами замість ліфту, кілька разів на тиждень ходити на роботу пішки, на вихідні робити піші прогулянки з родиною в парк чи їздити на велосипеді або збирати ягоди чи гриби у лісі. Подумайте, яку фізичну активність ви будете робити з радістю.

Пацієнт: Це треба подумати зараз?

Лікар: Ні, ви можете подумати про це після консультації, можливо, захочете обговорити з сім'єю. Отже давайте заплануємо так: «За наступні 3 місяці потрібно збільшити фізичну активність до 300 хв помірної фізичної активності на тиждень, виконуючи 2 60-хвилинних тренування у спортзалі та щонайменше 30 хвилин ходьби чи іншої активності на день, щоб зменшити ризик розвитку цукрового діабету 2 типу». На вашу думку це досяжно?

Пацієнт: Так, цілком, і мені зрозуміло, я думаю, що зможу це зробити, лікарю, дякую. Ви дуже просто і доступно мені пояснили. Я все не міг збільшити кількість фізичної активності, бо думав, що це дуже складно, а виявляється, прогулянки в ліс теж рахуються.

Лікар: Кожен крок рахується. Я радий, що зміг вам допомогти. Протягом цих 3 місяців ви зустрінетесь із нашим медичним братом Петром, який обговорить з вами ваші результати і розповість про здоровий спосіб харчування, також обговорите сон і стан вашого психічного здоров'я, якщо будете готові. Запишіться до нього через реєстратуру та одразу поставте нагадування в телефоні про візит. Якщо будуть питання – можете звертатись і до мене в робочий час.

Другий діалог в ідеальних умовах може тривати близько 4 хвилин, що значно менше за перший. Разом з тим, використання згаданих вище інструментів комунікації буде мати свої переваги: по-перше, краща прихильність пацієнта до рекомендованих змін, по-друге, людина краще зрозуміла, що і коли їй потрібно зробити, і який саме це вплив буде мати, по-третє, одразу узгоджений подальший супровід, що допоможе динамічно спостерігати за змінами стану пацієнта.

Не обов'язково обговорювати одразу всі аспекти зміни способу життя під час першого візиту.

Дуже добре, якщо у вашому закладі є інші фахівці, які можуть надати консультації окремо на тему здорового способу життя: наприклад, медичні сестри чи медбрати.

Іноді, при подальших візитах виявляється, що пацієнт зовсім не дотримувався ваших рекомендацій з різних причин. Якщо ви бачите значну перевагу для пацієнта у цих втручаннях, то можна використати методику мотиваційного інтерв'ю. Цю техніку може використовувати лікар, медична сестра чи медбрат, психолог та інші фахівці медичних та навколомедичних спеціальностей. Пропонуємо детальніше ознайомитись із мотиваційним інтерв'ю в додатку «Мотиваційне інтерв'ю» та у навчальному курсі Центру громадського здоров'я на платформі Youtube. Підсумуємо принципи такої комунікації в таблиці 19.¹⁷



**Основи
мотиваційного
інтерв'ю.
Youtube
канал Центру
громадського
здоров'я.**

Таблиця 19. Принципи ефективної комунікації з пацієнтом із предіабетом

Рекомендується	Не рекомендується
Можна використовувати термін «предіабет», пояснить, що це не хвороба, а медичний стан, який потребує уваги.	Не використовуйте розмиті фрази, як «майже діабет», «трішки підвищений цукор» або «схильність до цукру». Це дезорієнтує пацієнта.
Запитуйте про почуття та побоювання. Дізнайтеся, що пацієнт думає про цей діагноз, і що його найбільше турбує.	Не робіть припущень, що ви знаєте точно, яка буде реакція пацієнта. Не слід очікувати, що кожен пацієнт одразу все зрозуміє правильно.

¹⁷National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases. DOs & DON'Ts for the Initial Conversation about Prediabetes.

Рекомендується	Не рекомендується
Наголошуйте на значущості стану. Поясніть, що це серйозний сигнал, але водночас добре, що ви виявили цей стан, бо тепер розвиток ЦД 2 типу можна зупинити або відстрочити.	Не кажіть, що за цим треба просто «спостерігати» або перевірити ще раз наступного року. Це створює хибне враження, що активні дії зараз не потрібні.
Говоріть про реальні ризики. Поясніть, що предіабет значно підвищує ймовірність розвитку діабету 2 типу та серцево-судинних захворювань.	Не занурюйтеся у складні статистичні відсотки, якщо пацієнт про це не просить. Забагато цифр часто лише заплутують і лякають.
Акцентуйте увагу на досяжних цілях.	Не кажіть, що «з цим нічого не вдієш» або що змінити спосіб життя «дуже легко». Визнайте, що це виклик, який потребує підтримки, але підтримайте пацієнта у його можливості це зробити.
Надавайте конкретні ресурси. Направляйте до інших фахівців.	Не давайте загальних порад на кшталт «просто менше їжте і більше рухайтесь» без конкретного плану дій та інструментів контролю.
Використовуйте метод «Teach-back». Попросіть пацієнта пояснити своїми словами, як він зрозумів діагноз, і якими є подальші кроки.	Не ставте закритих питань, наприклад: «Вам усе зрозуміло?». Більшість пацієнтів механічно скажуть «так», навіть якщо мають сумніви.

VII. ДОДАТКИ

ФОРМА ОЦІНКИ РИЗИКУ ЦУКРОВОГО ДІАБЕТУ 2 ТИПУ

FINDRISC (Finnish Diabetes Risk Score) – фінська шкала для оцінки 10-річного ризику розвитку цукрового діабету 2 типу

Оберіть варіант відповіді та підсумуйте свої бали

1. Вік

0 балів до 45 років

2 бали 45-54 роки

3 бали 55-64 роки

4 бали понад 64 роки

2. Чи маєте ви щодня принаймні 30 хв фізичної активності на роботі та/або у вільний час (включно зі звичайною щоденною активністю)?

0 балів Так

2 бали Ні



3. Індекс маси тіла (ІМТ)

Для розрахунку ІМТ використайте формулу

ІМТ = маса тіла (кг) ÷ зріст² (м²)

або використайте таблицю

0 балів нижче 25 кг/м²

1 бал 25-30 кг/м²

3 бали більше 30 кг/м²

Недостатня вага

Зайва вага

Нормальна вага

Ожиріння

Таблиця ІМТ для дорослих

Зріст (см)	Маса тіла (кг)																	
	45	50	55	60	65	70	75	80	85	90	95	100	105	110	115	120	125	
140	23	26	28	31	33	36	38	41	43	46	48	51	54	56	59	61	64	
145	21	24	26	29	31	33	36	38	40	43	45	48	50	52	55	57	59	
150	20	22	24	27	29	31	33	36	38	40	42	44	47	49	51	53	56	
155	19	21	23	25	27	29	31	33	35	37	40	42	44	46	48	50	52	
160	18	20	21	23	25	27	29	31	33	35	37	39	41	43	45	47	49	
165	17	18	20	22	24	26	28	29	31	33	35	37	39	40	42	44	46	
170	16	17	19	21	22	24	26	28	29	31	33	35	36	38	40	42	43	
175	15	16	18	20	21	23	24	26	28	29	31	33	34	36	38	39	41	
180	14	15	17	19	20	22	23	25	26	28	29	31	32	34	35	37	39	
185	13	15	16	18	19	20	22	23	25	26	28	29	31	32	34	35	37	
190	12	14	15	17	18	19	21	22	24	25	26	28	29	30	32	33	35	
195	12	13	14	16	17	18	20	21	22	24	25	26	28	29	30	32	33	
200	11	12	14	15	16	17	19	20	21	22	24	25	26	27	29	30	31	
205	11	12	13	14	15	17	18	19	20	21	23	24	25	26	27	29	30	
210	10	11	12	14	15	16	17	18	19	20	20	23	24	25	26	27	28	
215	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	21	22	23	24	25	26	27	

4. Окружність талії, виміряна нижче ребер (зазвичай на рівні пупка)

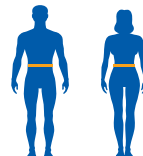
Чоловіки

Жінки

0 балів менше 94 см менше 80 см

3 бали 94-102 см 80-88 см

4 бали більше 102 см більше 88 см



5. Як часто ви їсте овочі, фрукти чи ягоди?

- | | |
|---------|----------------|
| 0 балів | Кожного дня |
| 1 бал | Не кожного дня |



6. Чи приймали ви коли-небудь регулярно ліки від високого артеріального тиску?

- | | |
|---------|-----|
| 0 балів | Ні |
| 2 бали | Так |



7. Чи виявляли у вас коли-небудь підвищений рівень глюкози в крові (наприклад, під час медичного огляду, хвороби або вагітності)?

- | | |
|---------|-----|
| 0 балів | Ні |
| 5 балів | Так |



8. Чи був у когось із ваших близьких родичів або інших родичів діагнований цукровий діабет 1 або 2 типу?

- | | |
|---------|---|
| 0 балів | Ні |
| 3 бали | Так: у дідуса/бабусі, тітки, дядька або двоюрідного брата/сестри, але не у батьків, братів, сестер чи дітей |
| 5 балів | Так: у батьків, братів, сестер або дітей |

Загальна оцінка ризику



Загальний бал

Оцінка ризику розвитку цукрового діабету 2 типу протягом 10 років

- | | |
|-------------------|---|
| менше ніж 7 балів | Низький ризик: приблизно у 1 із 100 розвинеться захворювання (1%) |
| 7–11 балів | Дещо підвищений ризик: приблизно у 1 із 25 розвинеться захворювання (4%) |
| 12–14 балів | Помірний ризик: приблизно у 1 із 6 розвинеться захворювання (16%) |
| 15–20 балів | Високий ризик: приблизно у 1 із 3 розвинеться захворювання (33%) |
| більше 20 балів | Дуже високий ризик: у 1 із 2 розвинеться хвороба (50%) |

МОТИВАЦІЙНЕ ІНТЕРВ'Ю



Мотиваційне інтерв'ю – це вид консультування, спрямований на рішення типової проблеми амбівалентності, формування та посилення внутрішньої мотивації до зміни, і надання пацієнту допомоги в прийнятті рішень. Обов'язковою характеристикою є співпраця з клієнтом, зворотній зв'язок, взаємність.



Мотиваційне інтерв'ю можна використовувати у випадку низької прихильності пацієнта до лікування, для відмови від вживання психоактивних речовин (алкоголь, тютюн та нікотин, наркотики), для кращого дотримання рекомендацій щодо зниження маси тіла, проходження профілактичних обстежень, здорового способу життя, для збільшення прихильності до вакцинації пацієнтів, що вагаються.

ЕТАПИ МОТИВАЦІЙНОГО ІНТЕРВ'Ю

Етап 1: Усвідомлення потреби в змінах



1. Надайте людині зворотний зв'язок про ризики, пов'язані із саме її моделлю поведінки, а також про окремі види шкоди, яких людина зазнає сама або спричиняє іншим.



2. Заохочуйте людину брати на себе відповідальність за вибір моделі поведінки, а також за вибір, звертатися чи ні за допомогою. Робіть це, ставлячи запитання про те, наскільки її непокоїть така поведінка.

Наприклад: «Ви сказали мені, що ви вживаєте пиво щовечора, тому що вам здається, що це єдине, що розслабляє вас. Чи це коли-небудь викликало у вас занепокоєння?»



3. Розпитайте людину про причини такої поведінки (зокрема, це може бути відповіддю на інші питання, пов'язані із психічним здоров'ям або конкретними стресогенними чинниками), а також про те, які, на її думку, переваги такої моделі поведінки.

Наприклад: «Ми вже обговорили з вами, що вас непокоїть погане самопочуття при підвищенні тиску. Чи є якась конкретна причина, чому ви не приймаєте ліки?»



4. Запитайте пацієнта про його власне сприйняття позитивних і негативних наслідків такої поведінки. Можна запропонувати разом або перед наступною консультацією заповнити схему «Баланс рішень», щоб надати пацієнту час для осмислення та прийняття зваженого рішення.

Переваги
прийняття
рішення про
лікування

Недоліки
прийняття
рішення про
лікування

Переваги
відмови від
лікування

Недоліки
відмови від
лікування

Схема «Баланс рішень»

Етап 2. Планування і впровадження змін



5. Розпитайте людину про її власні цілі і те, як її модель поведінки впливає на них.

Наприклад: «Ви казали, що хочете якнайдовше залишатись активними та незалежними від своїх дітей. Як ви думаєте, неконтрольований цукровий діабет буде сприяти чи заважати цьому?»



6. Обговоріть, які є варіанти змін, обираючи реалістичні цілі, та спробуйте розробити план дій, із яким ви обидва погодитеся. Обговоріть порядок і терміни впровадження змін.

Наприклад: «Давайте цього тижня ви почнете з того, що будете ходити по 45 хв на добу тричі на тиждень та налаштуєте нагадування на телефоні, щоб вчасно приймати ліки, а через 2 тижні ми з вами телефоном обговоримо подальші кроки?»

Етап 3. Підтримка змін



7. Підтримайте людину у втіленні цих змін, говорячи з нею про вашу впевненість у тому, що вона зможе принести позитивні зміни у своє життя, надаючи їй інформацію про необхідні подальші кроки, а також надаючи людині інформаційні матеріали або посилання на статті, які вона зможе почитати вдома, якщо такі є в наявності.

Слід хвалити людину за ті зміни, які їй вдалися, та не засуджувати за ті, котрі не вдалися.

Матеріал підготували:

Експерти ДУ «Центр громадського здоров'я МОЗ України»:

Тетяна Руда, головна фахівчиня відділу профілактики неінфекційних захворювань

Наталія Гриб, фахівчиня відділу профілактики неінфекційних захворювань

Зовнішні експерти:

Анастасія Ходан, сімейна лікарка та співзасновниця у свої.рідні, національна майстер-тренерка з психічного здоров'я за програмою MHGap

Соломія Крута, лікарка-терапевтка та кардіологиня у свої.рідні, членкиня АСМУ, тренерка за програмою PEN (Основні втручання щодо НІЗ) ВООЗ

Літературне редагування: Ольга Скрибенко

Дизайн посібника: Ярослав Гаврилюк

Замовник – ДУ «Центр громадського здоров'я МОЗ України»

Наклад – 100 примірників

