

ВІД РЕДАКТОРА



Сучасна ендокринологія — галузь медицини з найбільш динамічним розвитком, що йде пліч-о-пліч із генетикою, молекулярною біологією, іншими фундаментальними науками, а також із кардіологією, нефрологією, імунологією, психіатрією, акушерством і гінекологією і багатьма іншими клінічними дисциплінами. Однією з важливих проблем на шляху до поліпшення результатів ведення хворих на цукровий діабет (ЦД) залишається їх недостатня прихильність до лікування, або низька комплаєнтність. Комплаєнтність (від англ. *compliance* — згода, відповідність, виконання, дотримання) лежить в основі успішної терапії більшості хронічних захворювань, які потребують від пацієнта тривалої, іноді довічної, активної, усвідомленої й відповідальної участі в лікуванні.

Комплаєнтність включає когнітивний (пізнавальний) і поведінковий компоненти, тобто її можна розглядати одночасно як ставлення пацієнта до лікування і як таку, що обумовлена поведінкою. Когнітивний компонент комплаєнтності полягає в бажанні або намірі

пацієнта дотримуватися рекомендацій, що стосуються його здоров'я (згода), а комплаєнтність як поведінка характеризує реальне виконання цих рекомендацій в повсякденному житті (дотримання).

Незадовільна комплаєнтність стосовно багатьох аспектів ведення цукрового діабету і його ускладнень спостерігається в 30–75 % хворих. Комплаєнтність до прийому або введення антидіабетичних препаратів безпосередньо впливає на показник довготривалої компенсації вуглеводного обміну — глікований гемоглобін. Відомо, що поліпшення комплаєнтності пацієнтів до різних складових терапії цукрового діабету (із 50 до принаймні 80 %) зменшує прогнозовану ймовірність мікро- і макросудинних ускладнень майже на 30 %.

На комплаєнтність впливає велика кількість різних чинників, починаючи з віку, особливостей психологічного статусу пацієнта, його самопочуття й закінчуючи особливостями терапії, що полягають у складності схеми лікування, числі призначених препаратів, кратності

їх прийому і навіть зовнішньому вигляді упаковки. Сучасний багатокомпонентний підхід до терапії цукрового діабету й профілактики його ускладнень зумовлює необхідність призначення кожному пацієнтові декількох лікарських засобів. Тому не дивно, що хворим на цукровий діабет важче дотримуватися всіх терапевтичних рекомендацій порівняно з людьми з іншими хронічними захворюваннями.

Якщо в пацієнта, крім цукрового діабету, наявні інші захворювання, що потребують медикаментозної терапії, наприклад артеріальна гіпертензія, то комплаєнтність до прийому цукрознижувальної й антигіпертензивної терапії вища, якщо обидва види препаратів призначає один і той же лікар.

У середньому людині з ЦД призначається щоденний прийом 4–5 препаратів (навіть не рахуючи ін'єкції інсуліну). Тому зрозуміло, що пацієнт, якому призначено таку кількість препаратів, сам вирішує, які з них він приймає, а які — ні, причому це рішення може бути зовсім не на користь препаратів із реальною доказовою базою. У зарубіжних дослідженнях встановлено, що в середньому пацієнти з цукровим діабетом купують в аптеках лише половину від місячної потреби в препаратах. Чим складніший режим дозування препарату, тим нижча комплаєнтність. Так, комплаєнтність знижується приблизно на 22 % з кожним збільшенням кратності прийому на добу. Комплаєнтність до пероральних цукрознижувальних препаратів становить від 79 % для засобів із прийомом 1 раз на добу до 38 % для медикаментів із прийомом тричі на добу.

Комплаєнтність хворих на цукровий діабет 2-го типу навіть до монотерапії пероральними цукрознижувальними препаратами дуже низька і становить від 31 % (препарат сульфонілсечовини) до 34 % (метформін), причому найбільш незадовільні показники відзначаються в людей похилого віку і при зростанні числа препаратів, що одночасно приймаються для лікування супутніх захворювань. При одночасному призначенні препарату сульфонілсечовини й метформіну цей показник знижується до 13 %. Комплаєнтність щодо інсулінотерапії також перебуває в межах від 20 до 80 %, що пов'язане з різними підходами до вимірювання та інтерпретації цього параметра. У хворих на цукровий діабет найнижча комплаєнтність до рекомендацій щодо зміни способу життя: харчування — від 1 до 20 % і фізичного навантаження — від 19 до 30 %.

У той же час нижча комплаєнтність до амбулаторної медикаментозної терапії супроводжується збільшенням витрат на госпіталізацію й невідкладну допомогу з приводу цукрового діабету й асоційованих станів. Можна без перебільшення стверджувати, що тривале й стовідсоткове виконання лікарських рекомендацій в повсякденному житті взагалі мало реальне і людина пристосовує рекомендації лікаря до своєї конкретної соціально-економічної, освітньої й культурної ситуації.

Як бачимо, поняття комплаєнтності охоплює не лише дотримання схеми медикаментозної або дієтотерапії. Воно набагато ширше й відображає комплекс аспектів поведінки пацієнта, який збігається з отри-

маними медичними рекомендаціями. Ці поведінкові аспекти специфічні для людей із цукровим діабетом і позначаються як «поведінка, пов'язана з діабетом» (*diabetes-related behavior*). У зарубіжній літературі ця проблема обговорюється з кінця 1970-х рр. У вітчизняних публікаціях терміни *compliance*, «комплаєнтність», і «поведінка, пов'язана з діабетом» використовуються з 1994–1995 рр. Слід зазначити, що в нашій медицині панував і дотепер панує патерналістський тип ставлення лікаря до пацієнта, що припускає виконання рекомендацій без обговорень і роздумів і зайвих пояснень і, по суті, знімає з хворого відповідальність за результати лікування.

Останніми роками в зарубіжній літературі термін «комплаєнтність» замінили терміном «дотримання» (*adherence*). Диференціювати їх україномовному читачеві непросто, оскільки прямий переклад терміна *compliance* українською мовою не повністю розкриває його смисл, а новий термін більше відповідає саме буквальному значенню англійського слова *adherence* — «дотримання». На сьогодні в англійській літературі термін *compliance* має на увазі поведінку пацієнта, обмежену медичними рекомендаціями й визначену лікарем. На відміну від цього його альтернатива — *adherence* — припускає, що хворі отримують більше автономії в ухваленні терапевтичних рішень і самопомоги.

Для позначення повсякденної поведінки хворих на цукровий діабет також запропоновані терміни *self-care* («самопоміг») і *self-management* («самоведення»), які були схвалені Американською діабетичною асоціацією. Зміна термінології вказує на зміну парадигми у взаєминах лікаря й пацієнта з пасивної слухняності на активну й усвідомлену участь навченого пацієнта в процесі лікування. Ураховуючи відсутність в українській мові термінів, які б точно передавали особливості англійських оригіналів, а також існування поняття, що скомпрометувало себе («самолікування»), проти чого вітчизняна медицина боролася впродовж тривалого часу, доцільним можна вважати термін «поведінка, пов'язана з діабетом», а замість терміна «самолікування» користуватися терміном «самопоміг».

Багато людей з цукровим діабетом не надають своєму захворюванню достатнього значення, оскільки суб'єктивна симптоматика яскраво не виражена, ускладнення тривало перебігають безсимптомно, і тому хворі зазнають особливих труднощів у сприйнятті діагнозу й виконанні рекомендацій, пов'язаних із довічною терапією та зміною способу життя. У такій ситуації імперативні рекомендації лікаря, свого роду натиск, особливо на тлі страхітливої інформації стосовно прогнозу захворювання, можуть мати лише дуже нетривалу мотивуючу дію, яку швидше можна назвати псевдомотивацією.

Частіше бачимо зворотну картину: психіка пацієнта не витримує високого рівня тривоги й після короткого періоду суворого дотримання рекомендацій відбувається витіснення неприємної інформації зі свідомості пацієнта й повернення до низької комплаєнтності.

У багатьох країнах, у тому числі й в Україні, доведена висока ефективність використання програм терапевтичного навчання хворих на цукровий діабет 1-го і 2-го типів, кращі зразки яких містять не лише інформаційний, але й поведінковий і психотерапевтичний компоненти. Ці програми допомагають вирішити (хоча не повністю) проблему низької комплаєнтності: добре інформований пацієнт сам бере участь у постановці своїх власних завдань лікування й виборі тих методів лікування, які він зможе тривало застосовувати. Уже не викликає сумнівів, що участь хворого на цукровий діабет в ухваленні терапевтичних рішень або розділена з лікарем відповідальність можуть поліпшити ступінь дотримання медичних рекомендацій.

Саме ця особливість відрізняє пацієнторієнтований підхід до терапевтичного навчання хворих, спрямований на підвищення рівня автономії хворого: адекватно інформовані пацієнти самі вирішували, до якого рівня компенсації вуглеводного обміну (та інших чинників ризику) вони прагнуть, враховуючи ступінь ризику, на який вони готові йти, і зусиль, які вони готові докласти.

У цій ділянці залишається дуже багато невирішених питань, наприклад підходи до корекції поведінки, пов'язаної з діабетом, у найбільш проблемних хворих на цукровий діабет, які страждають від депресивних та інших психічних розладів.

Отже, у хворих на цукровий діабет із низьким рівнем комплаєнтності глікемічний контроль погіршується, нівелюючи всі зусилля лікаря стосовно поліпшення якості надання медичної допомоги хворим, коли мало-ефективні навіть найсучасніші пероральні цукрознижувальні препарати. Подальші дослідження повинні враховувати всю складність і різноманіття чинників,



що мають відношення до пацієнта, лікаря, системи організації діабетологічної допомоги і зрештою покращують клінічні результати ведення цукрового діабету.

Вітання зі столиці Китаю — мегаполісу з багатою історією й 21-мільйонним населенням. Найбільша у світі площа Тяньаньмень у центрі Пекіна має площу 400 тисяч квадратних метрів. Тут одночасно може поміститися до мільйона осіб. У перекладі назва площі означає «ворота небесного спокою», походить від назви головного входу в імператорський палац. У центрі площі розміщені мавзолей Мао Цзедун і монумент народним героям.

Багато подій пов'язані з головною площею Китаю: саме тут Мао Цзедун проголосив декларацію про створення КНР, саме тут у ніч з 3 на 4 червня 1989 року армійські підрозділи відкрили вогонь по демонстрантах, які вимагали політичних реформ. Були вбиті сотні людей.

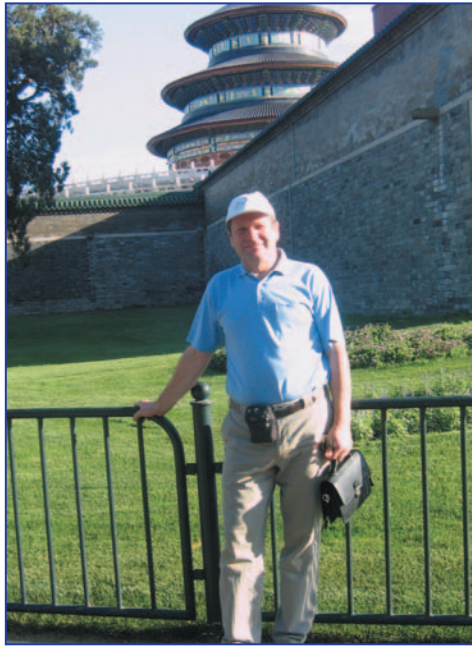
Один із спогадів із раннього дитинства автора, десь із 60-х років минулого століття: на екрані маленького чорно-білого телевізора вулицею Китаю їде вагоз з опущеними бортами. На його платформі величезна купа мертвих... горобців. Відомо, що в 1958 році Великий керманіч Мао проголосив: «Три роки завзятої праці — 10 000 років щастя». Загнаних до «народних комун» сотні мільйонів китайських селян «звільнили» від «буржуазного» принципу «від кожного — за здібностями, кожному — за потребами», було запроваджено справедливий принцип — усе порівну. Коли ж у країні замість достатку запанував голод, через який у 1959–1961 рр. загинуло



від 20 до 30 мільйонів людей, було знайдено винних: горобці, ховрахи та миші розкрадають народний хліб із народних полів! Китайські біологи неспростовно довели, що горобець не може триматися в повітрі довше 15 хвилин — впаде знесилений. Головне — не давати йому сісти цей час. Сотні мільйонів людей цілими тижнями з тріскачками в руках на вулицях і в полях ганяли горобців і винищили їх практично по цій країні. Усе це було б дуже смішно, якби не було так страшно...

Натомість сьогодні бачимо сучасну країну, де міста потопають у зелені та квітах, хмарочоси сусідять з імператорськими палацами, стародавні монастирі оточені університетами, а феншуй поєднується з ультрасучасними технологіями. Найбільше вражає світлий блиск у поглядах більшості китайців. Здається, вони живуть не лише цією хвилиною, а й своєю історією, і пишуть її днем сьогоднішнім та завтрашнім.

Китай посідає перше місце у світі за чисельністю населення і третє — за площею. Це одна з країн, які найбільш динамічно розвиваються не лише в Південно-Східній Азії, а й на усій планеті. Минуле й сього-



дення тут так переплелися, що іноді складно зрозуміти, у якому столітті ти перебуваєш.

У нинішньому Китаї буквально все робиться за феншуйем. Це даоська практика пошуку сприятливих потоків енергії, за допомогою якої вибирають найкраще місце для будівництва споруди й ведення бізнесу, проведення весілля та облаштування домашнього побуту. Усе на благо людини.

Будь-який китаець знає практично все про їжу, виховання дітей, здоров'я. **Умерти треба молодим і намагатися зробити це якомога пізніше — основа основ щоденного самовиховання.** Тому не дивно, що вранці на спортивних майданчиках, яких у Пекіні безліч, можна побачити і літніх, і зовсім юних громадян країни.

Крилатий латинський вислів «У здоровому тілі — здоровий дух» у тутешньому варіанті звучить як **«Здоров'я і щастя не живуть одне без одного».**

**З найкращими побажаннями,
головний редактор
професор Володимир Іванович Паньків ■**

