

УДК 616.89-008.44-02-092:616.379-008.64-06

Канд. мед. наук О. В. ТКАЧЕНКО

ОСОБЛИВОСТІ РЕАГУВАННЯ НА ЗАХВОРЮВАННЯ У ХВОРИХ НА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ 2-ГО ТИПУ ЗАЛЕЖНО ВІД СТУПЕНЯ ЙОГО ТЯЖКОСТІ

ДЗ «Запорізька медична академія післядипломної освіти»

Проаналізовано максимальні та мінімальні показники глюкози крові у хворих на цукровий діабет 2-го типу залежно від ступеня тяжкості захворювання та їх зв'язок із комплаєнсом до терапії у пацієнтів. Установлено основні напрями порушення комплаєнсу до фармакотерапії у хворих, надано їх характеристики та простежено зв'язок із типом реагування на захворювання. Виділено фактори порушення комплаєнсу хворих до терапії цукрового діабету 2-го типу.

Ключові слова: цукровий діабет 2-го типу, комплаєнс, реагування на хворобу, глюкоза крові.

За даними останніх років, цукровий діабет (ЦД) 2-го типу є одним із найпоширеніших захворювань у світі [1]. За офіційними даними 2,4% населення України хворіє на діабет, але фактично цей показник у 2–4 рази вищий [2, 3].

Досягнення нормативних значень глюкози крові та попередження розвитку соматичних і психічних ускладнень ЦД 2-го типу напряму залежить від комплаєнсу хворих до терапії захворювання, у тому числі до фармакотерапії, дієтотерапії, модифікації способу життя тощо. Порушення комплаєнсу до терапії призводить до порушень глікемічного стану та виступає фактором ризику виникнення ускладнень, коморбідних ЦД 2-го типу [1, 4–10].

Суттєву роль у дотриманні хворими медичних рекомендацій відіграють особливості їх ставлення до свого захворювання, що виступає одним із основних факторів, які зумовлюють комплаєнс до терапії [11].

Мета дослідження — установити особливості реагування на захворювання у пацієнтів із ЦД 2-го типу залежно від ступеня його тяжкості.

На базі ДЗ «Запорізька медична академія післядипломної освіти МОЗ України» за умов усвідомленої інформованої згоди методом суцільної вибірки

було обстежено 543 хворих на ЦД 2-го типу. Середній вік пацієнтів становив $56,2 \pm 0,65$ року.

Хворих було розподілено на три групи відповідно до ступеня тяжкості ЦД. Першу клінічну групу (КГ-1) становили 57 хворих на ЦД 2-го типу легкого ступеня тяжкості, з тривалістю захворювання — від 3 до 10 років (середня тривалість — $7,89 \pm 0,26$ року). Другу клінічну групу (КГ-2) було сформовано із 312 пацієнтів із ЦД 2-го типу середнього ступеня тяжкості, тривалість захворювання — від 3 до 27 років (середня тривалість — $12,21 \pm 0,62$ року). До третьої клінічної групи (КГ-3) включено 174 хворих на ЦД 2-го типу тяжкого ступеня, тривалість захворювання — від 2 до 26 років (середня тривалість — $12,37 \pm 0,81$ року).

У дослідженні використовувалися анамнестичний, клінічний, лабораторний, клініко-психопатологічний, психодіагностичний методи.

У рамках лабораторного дослідження за межі нормативних значень приймалися показники глюкози венозної крові, взятої натщесерце, від 3,3 до 6,1 ммоль/л.

При психодіагностичному обстеженні використовувався Особистісний опитувальник Бехтеревського інституту (ООБІ, А. Є. Лічко, 1983)

Показники глюкози крові за даними лабораторного дослідження в обстежених пацієнтів із цукровим діабетом 2-го типу

Група	% осіб	Мінімальні показники глюкози крові (ммоль/л)			Максимальні показники глюкози крові (ммоль/л)		
		Min значення	Max значення	$\Sigma_{\text{ср}}$ значення	Min значення	Max значення	$\Sigma_{\text{ср}}$ значення
КГ-1	63,16	3,3	6,1	5,89±0,19	7,6	18,6	11,70±0,33
	36,84	6,2	9,0				
КГ-2	4,81	1,0	3,2	5,49±0,16	7,2	20,4	11,70±0,33
	64,42	3,4	6,1				
КГ-3	30,77	6,2	8,4				
	1,72	3,1	3,1	5,65±0,18	7,9	18,3	12,87±0,30
	68,97	3,7	6,1				
	29,31	6,2	8,9				

з метою визначення типу реагування на хворобу і наявних у пацієнтів патернів комплаєнтності [12].

Показники глюкози крові за даними лабораторних досліджень наведено у табл. 1.

Аналіз результатів дослідження дав змогу простежити залежність між мінімальними та максимальними показниками глюкози крові у хворих і комплаєнсом до терапії. Так, у пацієнтів із мінімальними показниками глюкози крові, що досягали рівня гіпоглікемії, вони були найнижчими з максимальних. У цих хворих спостерігалася тенденція до порушення комплаєнсу у вигляді самостійного збільшення дози прийому гіпоглікемічних препаратів або частоти їх прийому, що у всіх групах корелювало із наявністю тривожного типу ставлення до хвороби.

У хворих, у яких мінімальні показники глюкози крові досягали рівня гіперглікемії, її максимальні показники також були найвищими у групі. В їх анамнезі було зафіксовано неодноразові гіперглікемічні коми. Для цієї категорії хворих характерним було порушення комплаєнсу до терапії: епізоди пропуску прийому гіпоглікемічних препаратів або самостійне зменшення рекомендованої дози.

Таким чином, вдалося установити два основні напрямки порушення комплаєнсу до фармакотерапії у хворих на ЦД 2-го типу:

а) дефіцит виконання призначень, що виявлявся у:

- пропуску прийому препарату;
- зменшенні в часі прийому препарату в бік запізнення;
- зменшенні рекомендованих доз препарату;

б) профіцит виконання призначень, що характеризувався:

- самостійним збільшенням рекомендованої дози препарату;

- збільшенням частоти прийому препарату;
- зміщенням у часі прийому препарату в бік «попереджувачого».

До факторів порушення комплаєнсу у бік профіциту виконання призначень належали середній ступінь тяжкості ЦД 2-го типу; первинний перехід на прийом ін'єкційних препаратів; тривожний тип реагування на хворобу; неправильна інформованість хворого щодо нормативних значень глюкози крові та стратегії глікемічного контролю; формальні помилки прийому препарату як внаслідок неправильної обізнаності, так і когнітивної неспроможності контролю прийому.

Факторами порушення комплаєнсу у бік дефіциту виконання призначень були легкий та тяжкий ступені ЦД 2-го типу; вартість і доступність препарату, які зазвичай корелювали із соціальним станом хворих; ефективність препарату, що сприймалася суб'єктивно; довіра до лікаря; анозогностичний чи ейфоричний тип реагування на хворобу.

Як чинники порушення комплаєнсу у бік порушень дієти визначено:

- анозогностичний чи ейфоричний тип реагування на хворобу;

— зниження вольових якостей на тлі неготовності відмовлятися від звичайного життєвого устрою навіть задля збереження здоров'я;

— аутостигматизацію із побоюваннями алоштигматизації з боку мікросоціального середовища;

— анозогностичне ставлення до хвороби пацієнта з боку членів його сім'ї із потуранням і навіть домінуючим підштовхуванням до порушення дієти.

У більшості випадків порушення комплаєнсу до терапії ключову роль відіграло ставлення хворих до свого захворювання, що мало відмінності залежно від ступеня тяжкості ЦД 2-го типу.

Таблиця 2

Типи реагування на хворобу обстежених пацієнтів із цукровим діабетом 2-го типу

Тип реагування	Групи пацієнтів						Всього	
	КГ-1		КГ-2		КГ-3			
	абс. ч.	%	абс. ч.	%	абс. ч.	%	абс. ч.	%
Меланхолійний	6	10,53	26	8,33	34	19,54	66	12,15
Анозогнозичний	12	21,05	42	13,46	31	17,82	85	15,65
Неврастенічний	8	14,04	39	12,50	5	2,87	52	9,58
Апатичний	—	—	—	—	—	—	—	—
Тривожний	12	21,05	80	25,64	69	39,66	161	29,65
Сенситивний	2	3,51	8	2,56	—	—	10	1,84
Гармонійний	9	25,00	69	22,12	—	—	78	14,36
Ергопатичний	—	—	18	5,77	—	—	18	3,31
Іпохондричний	2	3,51	7	2,24	20	11,49	29	5,34
Обсесивно-фобічний	—	—	—	—	—	—	—	—
Егоцентричний	1	1,75	12	3,85	15	8,62	28	5,16
Ейфоричний	5	8,77	11	3,53	—	—	16	2,95
Паранояльний	—	—	—	—	—	—	—	—

Визначення реагування на хворобу у клінічних групах показало, що у КГ-1 домінували гармонійний (25,00%), анозогнозичний (21,05%), тривожний (21,05%) типи (табл. 2). У КГ-2 основними типами реагування на хворобу були тривожний (25,64%), гармонійний (22,12%), анозогнозичний (13,46%). Найпоширенішими у КГ-3 були тривожний (39,66%), меланхолійний (19,54%), анозогнозичний (17,82%) типи. Серед них найбільш дисконформанти вплив мали: у КГ-1 — анозогнозичний тип реагування на хворобу за рахунок нерозуміння, недооцінки чи відкидання уявлень про наслідки хвороби та важливість контролю рівня глюкози крові, ейфоричний — за рахунок викривленої реакції на хворобу та особливостей характеру, які призводили до дефіциту виконання лікарських призначень; у КГ-2 — анозогнозичний, ейфоричний, тривожний типи реагування на хворобу, причому останній призводив до патологічного профіциту виконання лікарських призначень за рахунок гіперінформованості хворого про ЦД 2-го типу із компонентами залякування наслідками гіперглікемічних станів; у КГ-3 представленість типів реагування на хворобу із дефіцитом виконання лікарських призначень звужувалася до анозогнозичного, генез якого визначався у площині когнітивного дефіциту, спровокованого психоорганічним синдромом.

У свою чергу, типи реагування на хворобу залежали від: статі хворих; особливостей особистості пацієнтів; реалізованої копінг-стратегії; притаманних хворим захисних механізмів; типу локус-контролю; обізнаності пацієнта щодо свого

захворювання та терапії; тривалості захворювання; когнітивної спроможності; наявності соматичних ускладнень ЦД та їх видів; наявних у хворих психопатологічних порушень; аутостигматизації; ставлення близьких до комплаєнсу хворого до терапії; складу родини; форми препарату; налаштованості на терапію; соціального та фінансового стану хворого; орієнтації на зміну звичайного життєвого устрою в рамках лікування.

У результаті дослідження встановлено домінуючу роль ставлення до захворювання у формуванні комплаєнсу до терапії ЦД 2-го типу.

Простежено фактори порушення комплаєнсу до терапії ЦД 2-го типу, основним із яких був тип реагування на захворювання.

Визначено два основні напрями порушення комплаєнсу до фармакотерапії у хворих на ЦД 2-го типу: дефіцит та профіцит виконання призначень. Причому перший корелював із середнім ступенем тяжкості ЦД 2-го типу та тривожним типом ставлення до захворювання; другий — був характерний для усіх ступенів тяжкості ЦД 2-го типу і корелював із анозогнозичним та ейфоричним типами реагування на захворювання. Результати дослідження варто враховувати при лікуванні хворих на ЦД 2-го типу.

Список літератури

1. Peiris D. Systematic medical assessment, referral and treatment for diabetes care in China using lay family health promoters: protocol for the SMART Diabetes cluster randomised controlled trial / D. Peiris, L. Sun,

- A. Patel [et al.] // Implement Sci.— 2016.— № 11 (1).— P. 116.
2. Протокол надання медичної допомоги хворим на неускладнений цукровий діабет. Затверджено наказом Міністерства охорони здоров'я України від 22.05.2009 р. № 356 в редакції наказу МОЗ України від 05.08.2009 р. № 574 [Електронний ресурс].— Режим доступу: http://www.moz.gov.ua/ua/portal/dn_20090805_574.html
 3. Уніфікований клінічний протокол первинної, екстреної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги «Цукровий діабет у молодих людей та дорослих». Затверджений наказом Міністерства охорони здоров'я України від 29.12.2014 р. № 1021 [Електронний ресурс].— Режим доступу: http://mtd.dec.gov.ua/images/dodatki/2014_1021_CD1_dor/2014_1021_nakaz_CD1_dor.pdf
 4. Діабетична кардіоміопатія / О. О. Сергієнко, А. С. Єфімов, Д. А. Єфімов, В. О. Сергієнко.— К.: Кварт, 2007.— 341 с.
 5. *Фуштей И. М.* Роль сахарного диабета в ускоренном развитии атеросклероза и его клинических проявлений / И. М. Фуштей, С. Л. Подсевахина, О. В. Ткаченко // Запорізький медичний журн.— 2006.— № 1.— С. 87–91.
 6. Особенности течения артериальной гипертензии у больных с инсулинорезистентностью / И. М. Фуштей, С. Л. Подсевахина, О. И. Паламарчук, О. В. Ткаченко // Профилактика і лікування артеріальної гіпертензії: матер. наук.-практ. конф.; 13–14 травня 2008 р., м. Київ.— К., 2008.— С. 122.
 7. Is adjunctive naturopathy associated with improved glycaemic control and a reduction in need for medications among type 2 Diabetes patients? A prospective cohort study from India // S. Bairy, A. M. Kumar, M. Raju [et al.] // BMC Complement Altern. Med.— 2016.— № 16 (1).— P. 290.
 8. A retrospective cohort analysis of hypoglycaemic and cardiovascular agent use in young adults in the Irish primary care setting / R. T. Grimes, K. Bennett, H. Hoey [et al.] // Ir. J. Med. Sci.— 2016.— URL; <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27534545>.
 9. Type 2 diabetes: A 21st century epidemic / L. M. Jaacks, K. R. Siegel, U. P. Gujral, K. M. Narayan // Best Pract. Res. Clin. Endocrinol. Metab.— 2016.— № 30 (3).— P. 331–343.
 10. *Weng J.* Evolution in the Chinese Diabetes Society Standards of Care for Type 2 Diabetes / J. Weng // Diabetes Metab. Res. Rev.— 2016.— № 32 (5).— P. 440–441.
 11. *Чугунов В. В.* Психотерапевтический диагноз / В. В. Чугунов.— 3-е изд., расшир.— Харьков: Наука, 2015.— 536 с.
 12. Експериментально-психологічне дослідження в загальній практиці — сімейній медицині: навч. посіб. для лікарів-інтернів і лікарів-слухачів закладів (факультетів) післядипломної освіти; за заг. ред. Б. В. Михайлова / Б. В. Михайлов, І. С. Вітенко, О. І. Сердюк [та ін.].— 3-е вид., стереотип.— Харків: ХМАПО, 2012.— 146 с.

ОСОБЕННОСТИ РЕАГИРОВАНИЯ НА ЗАБОЛЕВАНИЕ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2-го ТИПА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СТЕПЕНИ ЕГО ТЯЖЕСТИ

О. В. ТКАЧЕНКО

Проанализированы максимальные и минимальные показатели глюкозы крови у больных сахарным диабетом 2-го типа в зависимости от степени тяжести заболевания и их связь с комплаенсом к терапии у пациентов. Установлены основные направления нарушения комплаенса к фармакотерапии у больных, даны их характеристики и прослежена связь с типом реагирования на заболевание. Выделены факторы нарушения комплаенса у больных к терапии сахарного диабета 2-го типа.

Ключевые слова: сахарный диабет 2-го типа, комплаенс, реагирование на заболевание, глюкоза крови.

THE FEATURES OF RESPONSE TO DISEASE IN PATIENTS WITH TYPE 2 DIABETES DEPENDING ON THE DISEASE SEVERITY

O. V. TKACHENKO

Maximum and minimum indicators of blood glucose in patients with type 2 diabetes were analyzed depending on the disease severity and their relationship with compliance to therapy in patients. Main directions of violation of compliance to pharmacotherapy in patients were distinguished and characterized. Their relation to the type of reaction on the disease was traced. The factors of violation of compliance to treatment of type 2 diabetes were determined.

Key words: type 2 diabetes, compliance, attitude to the disease, blood glucose.

Надійшла 07.11.2016