

4. Денисова А.Г. Структурно-функциональное remodelирование сердца при сахарном диабете: клиничко-инструментальная оценка / А.Г. Денисова, И.П. Татарченко, Н.В. Позднякова // Эндокринология: новости, мнения, обучение. – 2016. – №3. – С. 94-99
5. Маль Г.С. // Современное использование опросника sf-36 у больных ИБС для оценки качества жизни. / Г.С. Маль // Парадигма – 2016.– №2 – С.598-604
6. Показатели качества жизни у больных сахарным диабетом 2-го типа, получающих пероральную сахароснижающую терапию / Ионова Т.И. [и др.] // Вестник межнационального центра исследования качества жизни. – 2013. – С.56-63
7. Germanyuk T.A. SF-36 questionnaire as the instrument of the life quality assessment in patients with diabetes mellitus type 2 / T.A. Germanyuk, T.I. Ivko // ВІСНИК ФАРМАЦІЇ – 2014. – P.78-82
8. Huber A. International sf-36 reference values in patients with ischemic heart disease / A Huber, S. Höfer, N. Oldridge // Quality of life research.– 2016. – P.2787-2798

ПРИВЕРЖЕННОСТЬ К ЛЕЧЕНИЮ БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА

Северина Т.И., Глазунова Ю.В.

ФГБОУ «Уральский государственный медицинский университет Минздрава РФ», г.Екатеринбург

Актуальность. Численность больных сахарным диабетом (СД) в мире за последние 10 лет увеличилась более чем в 2 раза, и к концу 2017 года достигла 425 млн. человек. Согласно прогнозам Международной диабетической федерации к 2045 году количество пациентов с СД может достичь 629 млн. [6].

В Российской Федерации, как и во всех странах мира, отмечается значимый рост распространенности СД. По данным федерального регистра СД в РФ на окончание 2016 г. состояло на диспансерном учете 4.35 млн. человек (3,0% населения), из них: 92% (4 млн.) – СД 2 типа, 6% (255 тыс.) - СД 1 типа и 2% (75 тыс.) - другие типы СД. Однако эти данные недооценивают реальное количество пациентов, поскольку учитывают только выявленные и зарегистрированные случаи заболевания [1].

По данным экспертов ВОЗ при длительности заболевания СД более 20 лет 10% больных становятся нетрудоспособными из-за нарушения зрения, 50% — погибают вследствие хронической почечной недостаточности.

Среди пациентов с большим стажем в 5 раз чаще диагностируется инфаркт миокарда, в 3 раза чаще — инсульт. Смертность среди больных СД в 20 раз превышает таковую в общей популяции [7].

Приверженность пациентов к лечению является ключевым фактором успешности терапии и позволяет существенно снизить риск развития сердечно-сосудистых осложнений [2].

По данным многочисленных исследований приверженность и дальнейшее применение терапии существенно уменьшаются через 12 месяцев лечения (61,8% для удержания и 57% для приверженности). Пациенты, которые получали терапию в течение 1 года, в 50% случаев прекращают лечение в последующие 2 года. Все это требует повышения приверженности пациентов к сахароснижающей терапии [5].

Цель исследования. Изучение приверженности к терапии больных СД 2 типа, выявление наиболее распространенных причин нарушения режима приема лекарственных препаратов (ЛП) и немедикаментозных методов лечения, влияния рекомендаций врача на приверженность к терапии.

Материалы и методы. Проведено анкетирование 100 пациентов СД 2 типа в возрасте от 40 до 82 лет (средний возраст 60,57 лет, 65 женщин и 35 мужчин) на амбулаторном приеме в эндокринологическом отделении консультативно-диагностической поликлиники СОКБ №1, г. Екатеринбург. Длительность заболевания $17 \pm 1,4$ года. Все пациенты получали терапию пероральными сахароснижающими препаратами в монотерапии (59%) и в комбинации с инсулином (41%).

Пациенты заполняли опросники Мориски – Грина (модифицированный перевод для русскоязычных пользователей) по оценке приверженности к назначенному лечению [4]. Была использована 4-вопросная версия опросника, определяющая общую приверженность к рекомендованному лекарственному лечению, включающая следующие вопросы:

- Забываете ли Вы когда-либо принять лекарства?
- Нарушаете ли Вы время приема лекарства?
- Пропускаете ли Вы прием препаратов, если чувствуете себя хорошо?
- Если Вы чувствуете себя плохо после приема препаратов, пропускаете ли Вы следующий прием?

У этих пациентов проведён также анализ суточного рациона и уровень физической активности.

Статистическая обработка результатов проводилась с помощью Microsoft Excel для Windows с определением средних и ошибки средней, расчетом t-критерия Стьюдента, коэффициента корреляции.

Результаты и обсуждение. Все обследованные пациенты имеют избыточную массу тела и ожирение (индекс массы тела $30,8 \pm 0,8$ кг/м², окружность живота $111,7 \pm 1,2$ см).

Данные клинико-лабораторных исследований свидетельствуют о том, что у большинства пациентов не достигнуты целевые значения HbA1c ($9,1 \pm 0,43\%$), АД (САД $146 \pm 3,4$ мм рт. ст., ДАД $85 \pm 2,2$ мм рт. ст.).

Забывают принять ЛП 31% пациентов, нарушают время приема ЛП 56% пациентов, не принимают ЛП при хорошем самочувствии — 35% пациентов, не принимают ЛП при плохом самочувствии после приема ЛП — 28% пациентов. (рис.1)

Нарушения режима приёма препаратов



Рис.1. Характеристика нарушений приёма лекарственных препаратов (ЛП)

У 62% пациентов встречаются несколько вариантов нарушений приема. Наиболее распространенными сочетаниями являются: забывают принять препарат и не принимают, если чувствуют себя хорошо, нарушают время приема и не принимают, если чувствуют себя хорошо, забывают принять препарат и нарушают время приема.

Таким образом, комплаентная приверженность к лечению (4 балла) отмечается у 26% пациентов, частично комплаентная (3 балла) у 20% пациентов, некомплаентная (менее 3 баллов) у 42% пациентов.

Дневники питания вели только 24 пациента, что объяснялось личной неорганизованностью и недостаточной мотивацией.

При анализе суточного рациона в беседе установлено что 68% пациентов допускали погрешности в питании.

Только 8 % пациентов регулярно занимались физической активностью.

Основные меры улучшения приверженности к лечению: [3]

1. Общегосударственные мероприятия, направленные на повышение информированности населения о социально значимых заболеваниях, изменение общественного сознания в плане отношения к здоровью, а также изменение системы финансирования лекарственного обеспечения.

2. Практические меры повышения комплаентности - совершенствование лекарственных форм препаратов, оптимизация режима дозирования. Ретардированные формы или гастроинтестинальные системы способствуют повышению комплаентности за счёт уменьшения частоты приёма и упрощения схемы лечения. Специальная упаковка с указанием дней недели для приёма препарата может стать эффективным напоминанием больному о необходимости лечения. Внешний вид препарата и его органолептические характеристики также играют немаловажную роль в формировании комплаентности. Использование фиксированных лекарственных комбинаций, включающих два или более ЛС, а также блистеры, содержащие несколько препаратов для одновременного приёма, также повышают комплаентность.

3. Повышение доступности медицинской помощи и улучшение взаимопонимания между врачом и пациентом.

4. Образовательные мероприятия для пациентов и/или членов их семей, включающие индивидуальное и групповое обучение больных в школах пациента, контакт лицом к лицу, обучение в аудиовизуальной, письменной форме, по телефону, электронной почте или во время домашних посещений. Обеспечение высокой приверженности можно достичь с помощью специальных методов, не позволяющих больному пропустить приём очередной дозы препарата. Например, можно посоветовать пациенту связать приём ЛС с каким-либо привычным действием в режиме дня. Чрезвычайно полезным может быть напоминание о приёме препарата по телефону или электронной почте.

5. Комплаентность невозможна без установления результативного контакта между пациентом и врачом. Больные различаются социальным статусом, образованием, культурой, этнической принадлежностью, и этим определена их способность обсуждать проблемы. С другой стороны, врачи также различны по готовности и возможности получать, а также предоставлять пациенту необходимую информацию. Затруднение контакта между врачом и пациентом может возникнуть при длительном ожидании приёма в поликлинике, недоброжелательной атмосфере в лечебном учреждении, ограничении времени визита или больших перерывах между посещениями врача. Устранение этих причин способствует повышению комплаентности.

Выводы:

1. Пациенты, получающие рекомендации специалистов, часто нарушают режим приема ЛП, что свидетельствует о низкой комплаентности в системе «врач-пациент».

2. Наблюдается сочетание причин нарушений режима приема ЛП. У больных СД с низким уровнем комплаентности гликемический контроль ухудшается, нивелируя все усилия врача по улучшению качества ведения больного и делая малоэффективными любые, даже самые современные ЛП.

3. Низкая комплаентность, ухудшая результаты лечения, существенно увеличивает финансовые расходы на фармакотерапию. Повышение комплаентности – ключевая стратегия здравоохранения.

4. Необходимо мотивировать пациента на достижение целевых значений гликемии, повышать уровень приверженности пациента к проводимой терапии, что в перспективе уменьшит риск развития осложнений и улучшит прогноз заболевания.

5. В целях реального повышения показателей заболеваемости и смертности необходимо существенно улучшить отношение к приверженности не только пациентов, но и врачей..

Список литературы

1. Алгоритмы специализированной медицинской помощи больным сахарным диабетом: Клинические рекомендации/ под ред. И.И. Дедова, М.В. Шестаковой. – Вып. 8// Сахарный диабет.- 2017. 20 (IS) -112 с.
2. Аметов А.С. Сахарный диабет 2 типа. Проблемы и решения. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015, - Т.2. – 280 с.
3. Дедов И. И., Мельниченко М. В. Сахарный диабет типа 2: от теории к практике. М.: ООО «Издательство «Медицинское информационное агентство», 2016. 576 с.;
4. Домбровский В.С., Омеляновский В.В. Медицинские технологии: оценка и выбор.- 2015.№2.- С.16-21.
5. Donnan P.T., Mac Donald T.M., Morris A.D. Adherence to prescribed oral hypoglycaemic medication in a population of patients with type 2 diabetes: a retrospective cohort study//Diabetic Med. Vol.19, 2002. №4. P. 279-284.
6. IDF//www.idf.org/2017.
7. International Diabetes Federation. Global Guideline for Type 2 diabetes. 2018.