

## Пути повышения эффективности обучения пациентов с сахарным диабетом 2 типа в условиях повседневной практики врача-эндокринолога

1 – Учреждение №1, ГБУЗ ТО Курганская областная клиническая больница, Курган; 2 – Учреждение №2, ФГБОУ ВО Тюменский государственный медицинский университет Минздрава России, Тюмень

Khieva E.V., Suplotova L.A., Raeva T.V.

### Assessment of the influence of attitude to the disease of patients with diabetes on the effectiveness of training in real clinical practice

#### Резюме

Личностные психологические особенности пациентов с СД являются одним из факторов, оказывающих влияние на гликемический контроль и эффективность обучения в ШД. Пациенты группы эффективного контроля имеют значимые различия по своим личностным психологическим особенностям в сравнении с пациентами группы неэффективного контроля.

**Ключевые слова:** сахарный диабет, обучение в школе диабета, индивидуальные психологические особенности пациентов.

#### Summary

Personal psychological characteristics of patients with SD are one of the factors influencing glycemic control and effectiveness of training in SD. It was revealed that the patients of the group of effective control have significant differences in their personal psychological characteristics in comparison with the patients of the group of ineffective control.

**Key words:** Diabetes, diabetes school education, individual psychological characteristics of patients

#### Введение

Сегодня одной из главных задач эндокринологии является поиск оптимальных лечебных подходов, повышающих эффективность лечения сахарного диабета (СД). В последние годы разрабатываются инновационные сахароснижающие препараты и аналоги инсулинов, произведенных методом биотехнологии, внедряется наиболее современный и удобный метод интенсивной инсулинотерапии – лечение с помощью инсулинового дозатора (инсулиновой «помпы»). В клинической практике широко используют профессиональный мониторинг глюкозы, но, несмотря на все достижения в эндокринологии, количество пациентов, достигающих целевых критериев углеводного обмена, остается невысоким. Так, по данным Федерального регистра больных сахарным диабетом в 2017 году при распределении пациентов по уровню HbA1c из базы 81 регионов, выявлено, что высокий процент остается без достижения целевых показателей. Среди пациентов с СД1 – 21,1%, а с СД2 – 8,7% пациентов имели уровень HbA1c  $\geq 9,0\%$  [1]. Эти данные могут свидетельствовать о недостаточной результативности лечебных мероприятий.

Первостепенное значение приобретает обучение больного СД, направленное на информирование пациен-

тов о заболевании и способах предотвращения его осложнений, создание у них стойкой мотивации к управлению своим заболеванием, к овладению методами контроля СД, а также к способам самостоятельной коррекции терапии [2, 3].

Образовательное сопровождение больных в настоящее время является важной частью практики для всех работников здравоохранения [4], оно стало краеугольным камнем самоконтроля диабета [5] и занимает центральное место в достижении улучшения результатов лечения. По мнению ряда авторов, это связано с недостаточным уровнем знаний пациентов об управлении СД в целом [6, 7].

Исследования, проводимые отечественными и зарубежными учеными, доказывают значимость программ обучения больных СД в профилактике осложнений данного заболевания, а также в удержании метаболических показателей пациентов в нормативном диапазоне. Эффективное образовательное сопровождение позволяет лицам с СД сохранять свою личностную и профессиональную активность [8]. Занятия в школе диабета (ШД) приводят к улучшению качества жизни пациентов [9, 10]. Однако повседневная медицинская практика показывает, что эффективность обучения лиц с СД зависит от различного рода факторов, определяемых не только профессионализмом врача-эндокринолога или используемыми им мето-

дами диагностики и терапии, а также его индивидуально психологическими особенностями самого больного [11].

Достижение терапевтических целей гликемического контроля – основная задача любой обучающей программы для больных СД. Взаимосвязь между HbA1c и психологическими характеристиками у лиц с СД была доказана результатами исследований, проведенных под руководством А.Ю. Майорова. Полученные данные позволили исследователям сделать вывод о том, что для повышения эффективности обучения больных СД необходимо выявлять и учитывать в медицинской практике психологические особенности пациентов [3].

Таким образом, становится актуальным в медицинской практике использование психодиагностических методик, которые позволили бы уточнять принятые методы клинического исследования лиц с СД, дополняя их оценкой психического состояния и изучением личностных особенностей больных применительно к задачам психогигиенических и медико-психологических исследований.

Цель. Изучение клинических и психологических особенностей пациентов с сахарным диабетом, а также их влияния на эффективность обучения в школе диабета.

## Материалы и методы

В амбулаторных условиях методом случайной выборки из лиц, проходящих обучение в ШД, сформирована группа - 76 человек с СД 2-го типа (СД2). Средний возраст пациентов -  $59,02 \pm 10,31$  лет, длительность заболевания составила -  $8,99 \pm 8,93$  года. Лица с СД2, вошедшие в I группу за 6 месяцев в процессе обучения смогли достичь индивидуальных целей гликемического контроля (с уровнем HbA1c < 7,0%). Во 2 группу отнесли пациентов, не достигших нормализации HbA1c (с уровнем HbA1c > 7,0%). С целью выявления психологических особенностей больные проходили обследование с использованием следующих методик: «Стандартизированный многофакторный метод исследования личности» (СМИЛ); «Тип отношения к болезни» (ТОБОЛ). Статистическая обработка данных проводилась с помощью пакета статистических программ SPSS 11.5. При анализе межгрупповых различий количественных показателей, измеренных по интервальной шкале, рассчитывалось значение t-критерия Стьюдента для независимых групп. Проводился корреляционный анализ с использованием коэффициента корреляции Пирсона. Различия оцениваемых показателей считались достоверными выше на уровне значимости  $p \leq 0,05$ .

Эффективность образовательного процесса оценивалась по уровню HbA1c, определяемого методом капиллярного электрофореза производства компании SEBIA (Франция) на приборе Capillarys 2 FP. В зависимости от достижения целевых показателей HbA1c через 6 месяцев обучения больные были разделены на две группы в соответствии с алгоритмами специализированной медицинской помощи больным сахарным диабетом (2017). Выбор индивидуальных целей лечения зависит от возраста пациента, ожидаемой продолжительности жизни, наличия тяжелых осложнений и риска тяжелой гипогликемии.

Исходно и через 6 месяцев после завершения обучения больные прошли клиническое и лабораторное обследование.

Все пациенты посещали занятия в ШД, которые проводились по адаптированной программе обучения в амбулаторных условиях. В основе программы модель, разработанная сотрудниками ФГБУ «НМИЦ эндокринологии» Минздрава России, с использованием принципов структуризации, предложенных проф. М. Бергером, в соответствии с рекомендациями ВОЗ. С учетом региональных особенностей Курганской области (сельскохозяйственная зона, удаленность доступа специализированной помощи) использована адаптированная программа обучения с введением дистанционного сопровождения.

Пациенты проходили обучение в ШД, главными задачами которого было создание у пациентов стойкой мотивации к управлению своим заболеванием, к овладению методами контроля СД, информирование пациентов о заболевании и способах предотвращения его осложнений, а также обучение методам самоконтроля и самостоятельной коррекции терапии.

На первом этапе исследования для изучения социальных характеристик пациентов были проанализированы следующие показатели: пол, возраст, образование, социальное и семейное положение. Перед включением в учебный процесс все пациенты проходили собеседование. На втором этапе проводилось изучение личностных особенностей пациентов с использованием методики СМИЛ, их отношение к болезни – методикой ТОБОЛ.

Критериями включения явились: возраст > 18 лет, диагноз СД 2 типа. Из обследования были исключены лица, страдающие тяжелыми декомпенсированными заболеваниями сердца, легких, печени, поджелудочной железы, кишечника, а так же лица с СД 1 го типа. От всех пациентов было получено письменное согласие на обследование и лечение. На базе ГБУ «Курганская областная клиническая больница» проводились обследование, лечение и обучение больных квалифицированным персоналом при использовании сертифицированного оборудования в соответствии с принятыми на территории Российской Федерации стандартами. Исследование проходило на протяжении 2 лет, в период 2016-2017 гг. в амбулаторных условиях. Всеми пациентами было подписано информированное согласие на публикацию данных, полученных в результате исследований, без идентификации личности. Получено заключение экспертной комиссии по вопросам медицинской этики ФГБОУ РНЦ «ВТО» им. академика Илизарова Минздрава РФ (Протокол заседания 1(56) от 19.02.2018г, утверждено директором А.В. Губиным).

## Результаты и обсуждение

В результате проведенного исследования методикой СМИЛ не выявлено значимых различий в личностном профиле пациентов групп 1 и 2 по отношению к контролю HbA1c, но личностные профили данных групп имели отличия.

Более наглядно сделать выводы о различиях профилей пациентов 1 и 2 групп можно благодаря способу коди-

рования по Уэлшу. У пациентов группы 1, достигшей за полгода нормативного уровня HbA1c (с уровнем HbA1c < 7,0%) профиль по Уэлшу выглядит так: 8<sup>2</sup>21973<sup>2</sup>465 – 0/F<sup>2</sup>LK/. Пациенты группы 2, не успевшие достигнуть нормативного уровня HbA1c (с уровнем HbA1c > 7,0%) - 8947<sup>2</sup>12 356 –0/ F<sup>2</sup>LK/ (по Уэлшу).

Выявлены существенные различия между группами по двум шкалам - достоверности F и 8 шкале. Более высокие показатели по шкале F в 1 группе могут свидетельствовать о более высоком уровне эмоциональной напряженности. При этом нередко встречаются профили, которые, несмотря на высокое F отражают реально существующие переживания обследуемого. Сочетание существенно повышенной 8 (усиливает индивидуальность) шкалой с пиками по 2 (шкала «слабого» регистра, отражающие гипостенические черты) и 1 (шкала «смешанного» типа реагирования) шкалам СМИЛ выявляет обособленно-созерцательную личностную позицию, аналитический склад мышления; для этих пациентов характерна склонность к раздумьям, которая превалирует над чувствами и действительной активностью. У них преобладает абстрактно-аналитический стиль восприятия, обращение особого внимания на субъективно-значимые аспекты, недостаточно сформирована реалистическая платформа, базирующаяся на житейском опыте, они больше ориентируются на свой субъективизм и интуицию. В силу того, что они оторваны от реальности, то в большей степени нуждаются в индивидуальном сопровождении специалиста. В процессе занятий в ШД у пациентов данного профиля более активно меняется защитный механизм, проявляющийся при трансформации тревоги. В процессе индивидуальных интернет-консультаций интеллектуальная переработка и уход в мир мечты и фантазий переводится в практическую деятельность по преодолению болезни.

В группе 2 профиль более сглаженный, определялись повышенная 8 шкала в сочетании с повышенной 9 и 4 (шкалы «сильного» регистра, выявляющие стеничные свойства личности). Такой профиль характерен для акцентуации черт характера по шизоидному-экспансивно типу, отличающемуся подчеркнутым неконформизмом

и противопоставлением своих субъективных установок, взглядов и суждений окружению, жесткостью и эгоцентризмом установок в сочетании с высокой личностной самооценкой, уверенностью в себе и своих возможностях. Эти характеристики делают пациентов группы 2 чуть менее чувствительными к работе с врачом и более кожными в формировании нового образа жизни.

В группе лиц с СД2 не выявлено значимых личностных различий между пациентами групп 1 и 2, различающиеся по успешности нормализации уровня HbA1c за полгода, позволяет предположить, что существует личностный профиль «пациента, больного сахарным диабетом», описанный выше, но этот профиль напрямую не влияет на эффективность контроля за HbA1c.

По данным методики «Диагностика типа отношения к болезни» пациентов групп 1 и 2 с СД2 было выявлено, что такие характеристики как, меланхоличность (сверхудрученность болезнью, неверие в выздоровление) ( $p \leq 0,05$ ), апатичность (утрата интереса к жизни) ( $p \leq 0,05$ ) являются характеристиками связанными со стереотипным поведением либо формирующимся в процессе болезни, ее осознании, могут благоприятствовать прогрессированию болезни, что представлено в таблице 1.

## Заключение

Таким образом, проведение терапевтического обучения с учетом психологических особенностей актуально в практике эндокринолога. Исследования в этой области диабетологии и разработка рекомендаций в отношении тактики ведения больных и их обучения, могут иметь большое значение для повышения эффективности лечебно-профилактической помощи больным СД. ■

*Хиева Екатерина Викторовна*, врач-эндокринолог [Khieva E.V.], адрес: 640000, Курган, ул. Томина, д. 63 [address: 63, Tomina st, Kurgan, 640000 Russian Federation]; телефон: 89088302987; e-mail: khieva@mail.ru

*Суплотова Людмила Александровна*, д.м.н., профессор [Suplotova L.A.];

*Раева Татьяна Викторовна*, д.м.н., доцент [Raeva T.V.];

**Таблица 1. Результаты показателей методики «Диагностика типа отношения к болезни» пациентов групп 1 и 2 с СД2**

Гармоничный	18,38±13,56	17,03±13,67
Эргопатический	17,13±11,69	17,05±12,04
Анозогностический	11,18±11,31	11,86±10,69
Тревожный	11,44±8,24	8,51±8,23
Ипохондрический	12,44±7,66	10,81±6,72
Неврастенический	11,15±7,35	8,81±6,70
Меланхолический	8,41±7,57	4,30±6,19*
Апатический	7,36±6,61	4,30±3,93*
Сенситивный	13,92±9,95	12,46±8,15
Эгоцентрический	9,67±6,86	8,89±6,36
Параноидальный	7,77±5,22	6,11±4,01
Дисфорический	6,41±6,41	4,97±4,53

Примечание: \* -  $p < 0,05$

**Литература:**

1. Дедов И. И., Шестакова М. В., Викулова О. К. Эпидемиология сахарного диабета в Российской Федерации: клинико-статистический анализ по данным Федерального регистра сахарного диабета. Сахарный диабет. 2017. 20; 1: 13-41.
2. Аметов А. С., Валитов Б. И., Черникова Н. А. Терапевтическое обучение больных: прошлое, настоящее, будущее. Сахарный диабет. 2012; 1:71-77.
3. Майоров А. Ю., Суркова Е. В., Мотовилин О. Г., Мельникова О. Г., Шишкова Ю. А. Обучение больных диабетом: синтез доказательной медицины и психологического подхода. Сахарный диабет. 2011. 1: 46-50.
4. Redman V.K. The practice of patient education: A case study approach. St. Louis: Elsevier Health Sciences, 2007.
5. Mensing C., Boucher J., Cypress M., Weinger K., Mulcahy K., Barta P., Hoseney G., Kopher W., Lasichak A., Lamb V. National standards for diabetes self-management education Diabetes Care. 2007. 30. 1:96-103.
6. Ибрагимова Л. И., Филиппов Ю. И., Майоров А. Ю. Гликемический контроль и качество жизни у больных сахарным диабетом 1 типа на помповой инсулинотерапии в зависимости от вида обучения. Сахарный диабет в 21 веке – время объединения усилий : сборник тезисов VI Всероссийского диабетологического конгресса. Москва, 2013.- 346.
7. Калашишникова М. Ф., Сунцов Ю. И., Белоусов Д. Ю., Кантемирова М. А. Анализ эпидемиологических показателей сахарного диабета 2 типа среди взрослого населения города Москвы. Сахарный диабет. 2014. 3: 5-16.
8. Мотовилин О.Г., Шишкова Ю.А., Суркова Е.В. Рациональный и эмоциональный компоненты отношения к болезни пациентов с сахарным диабетом 1 типа: взаимосвязь с психологическим благополучием. Сахарный диабет. 2014. 3: 60-69. Валитов Б. И. Роль терапевтического обучения пациентов на помповой инсулинотерапии : автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.01.02. Москва. 2013.
9. Шишкова Ю.А., Суркова Е.В., Мотовилин О.Г., Майоров А.Ю. Качество жизни при сахарном диабете: определение понятия, современные подходы к оценке, инструменты для исследования. Сахарный диабет. 2011. 3: 70-75.
10. Tsitlakidis Damianos, Sarafis P. Качество жизни больных сахарным диабетом. Проблемы эндокринологии. 2016. 62.5: 9-10.
11. Joanna L. Hudson, Chris Bundy, Peter A. Coventry, Chris Dickens. Exploring the relationship between cognitive illness representations and poor emotional health and their combined association with diabetes self-care. A systematic review with meta-analysis. Journal of Psychosomatic Research. 2014. 76 (4): 265-274.