

УДК 13058

**ПЕРСПЕКТИВИ ТА ЗАГАЛЬНИЙ ПІДХІД ДО ЛІКУВАННЯ ДІАБЕТУ У
ПАЦІЄНТІВ, ЯКІ ОТРИМУЮТЬ ПАЛІАТИВНУ ДОПОМОГУ**

Марченко Анастасія Сергіївна

асистент

Замора Сергій Сергійович,

Пашко Андрій Костянтинівич

Студенти

Харківський національний медичний університет
м. Харків, Україна

Анотація: Поступове старіння населення та збільшення хронічних захворювань означає, що ми стикаємося з дедалі більшою кількістю пацієнтів, які потребують паліативної допомоги. Для пацієнтів з цукровим діабетом, оцінка їхнього прогнозу та лікування повинна бути посилена для всіх, хто вступає у фазу догляду наприкінці життя, щоб мінімізувати побічні ефекти та ускладнення.

Ключові слова: діабет, поліпатологія, паліативна допомога, термінальна допомога, план лікування.

Метою цього огляду є описання взаємозв'язку між цукровим діабетом і супутніми захворюваннями, його вплив на прогноз і різні стратегії виконання плану лікування пацієнтів, які отримують паліативну допомогу.

Діабет є серйозною надзвичайною ситуацією у сфері охорони здоров'я 21-го століття. За оцінками, 425 мільйонів людей у всьому світі мають діабет, а очікується, що до 2045 року їх буде приблизно 693 мільйони.[1] Це хронічне захворювання, яке пов'язане з численними ускладненнями внаслідок хронічної гіперглікемії та пов'язане з різними супутніми захворюваннями. [2, 3] Крім того, діабет пов'язаний із підвищеним ризиком розвитку деяких видів раку.[2, 4]

Діабет входить до десятки основних причин смерті в усьому світі [1] ,

враховуючи, що кожні 6 секунд у світі один пацієнт помирає від діабету [5] , а в поєднанні з серцево-судинними захворюваннями, раком і респіраторними захворюваннями становить понад 80% смертей від неінфекційних захворювань. [1] Існує величезна кількість літератури, яка пов'язує діабет із збільшенням захворюваності та передчасної смерті [6], скорочення очікуваної тривалості життя до 6 років у людей старше 50 років порівняно з людьми без діабету [7] і, хоча менша кількість людей помирає рано, до 90% людей помирає після тривалого розвитку хвороби. [8] Більший відсоток смертей пов'язаний із серцево-судинними та нирковими ускладненнями; і лише невеликий показник до 3% безпосередньо пов'язаний із захворюванням. [6] Хоча серцево-судинні захворювання не є окремим елементом діабету, проте на них припадає до 75% смертей у пацієнтів з діабетом, [6] і це було підтверджено кількома дослідженнями, в яких згадується, що діабет подвоює або вчетверо збільшує ризик серцево-судинних захворювань. [9, 10]

Захворюваність на діабет зростає з віком. Згідно з даними Міжнародної діабетичної федерації, понад 35% людей похилого віку хворіють на діабет, і вважається, що від 20 до 30% мають переддіабет. [5] Така висока поширеність пов'язана з фізіологічними змінами, які призводять до збільшення резистентності до інсуліну та порушення функції підшлункової залози. Літні люди з цукровим діабетом більш схильні до ризику розвитку ускладнень, пов'язаних з ампутаціями, нирковою недостатністю та інфарктом міокарда, порівняно з іншими віковими групами. Усе це робить діабет значним тягарем для самообслуговування з часом, а потреби в догляді в кінці життя дуже складні для людей з діабетом. [3] До набору навичок самообслуговування, пов'язаного з діабетом, [15] подальше погіршення стану додається до інших супутніх захворювань і ускладнень самого діабету.[3] Крім того, у літніх людей збільшується наявність геріатричних синдромів, які включають слабкість, падіння, депресію, нетримання сечі та поліпрагмазію. [14]

Реалізація плану паліативної допомоги на ранній стадії, навіть інтегрована в звичайний план лікування діабету, може підготувати пацієнта та

членів його родини до необхідних змін у лікуванні, коли наближається кінець життя. [5, 6] Таким чином, паліативна допомога може мати позитивний вплив на хворобу, функцію, якість життя, який виникає внаслідок позитивного лікування. [5]

Паліативна допомога для людей з діабетом може бути більш вимогливою з багатьох причин: вони зазвичай потребують більш тривалої госпіталізації порівняно з людьми без діабету, вони демонструють більшу клінічну нестабільність, що вимагає більше часу для допомоги порівняно з людьми без діабету щодо рівня глюкози; спостерігається більш висока поширеність ускладнень і супутніх захворювань, а також пов'язана з ними поліпрагмазія; все це підвищує ризик ускладнень, пов'язаних з лікуванням, і взаємодій, пов'язаних з гіперглікемією та гіпоглікемією. Літні люди з астенією та цукровим діабетом більш вразливі до несприятливих наслідків ліків, таких як гіпоглікемія та інші стани, які слід враховувати (синдром падінь, поліпрагмазія, порушення функції нирок, когнітивні зміни, порушення зору та соціальні умови, такі як самотнє життя). [2] Таким чином, лікування діабету у людей похилого віку представляє важливі виклики, які вимагають оцінки перешкод і викликів для досягнення адекватного лікування.

Паліативна допомога визначається як підхід, який покращує якість життя пацієнтів і сімей, які живуть із небезпечною для життя хворобою. Метою є профілактика, полегшення страждань через раннє виявлення проблем через оцінку та заохочення участі особи та опікунів у прийнятті рішень. [8] Лікування цукрового діабету є проблемою, особливо коли йдеться про кінець життя. Найкращий час для початку паліативної допомоги, коли люди перебувають у стабільній фазі захворювання та здатні приймати обґрунтовані рішення. [5] Це слід робити на ранніх стадіях, навіть з моменту встановлення діагнозу діабету, а не лише у тих, хто близький до смерті. [3] Проте паліативна допомога та допомога наприкінці життя не розглядаються в більшості настанов щодо діабету як частина звичайного догляду за пацієнтами.

Наявність діабету зазвичай асоціюється з мультиморбідністю; [2] це

збільшується з віком, будучи більш поширеним у людей старше 65 років. [7] Необхідно забезпечити мультидисциплінарну допомогу шляхом покращення ефективної комунікації, щоб уникнути фрагментованої уваги до догляду за пацієнтами в кінці життя. [43] Догляд включає стратегію, за якої спілкування між різними членами команди охорони здоров'я працює разом з пацієнтами та членами сім'ї для досягнення інформованих домовленостей і в той же час визнає емоційне розуміння через формування співчуття. [4] Багатьом фахівцям важко спілкуватися з іншими фахівцями та пацієнтами. [3] Тому необхідно озброїти їх необхідними для цього навичками, які можна реалізувати навіть в академічних установах. Вони повинні включати не лише клінічні навички, а й емоційні та комунікативні навички. [4]

Підхід і зміни в лікуванні та терапевтичному веденні хворих наприкінці життя повинні бути спрямовані на оцінку потреб пацієнтів, щоб мати змогу покращити результати лікування пацієнтів з діабетом. [9] Діабет часто співіснує з іншими невиліковними захворюваннями. Лікування необхідно підбирати індивідуально для кожного пацієнта. [5]

Основною метою лікування діабету є контроль глікемії. [7] Немає консенсусу щодо цілей глікемії у пацієнтів наприкінці життя [9] , але вважається, що рівень глюкози в крові, виміряний у крові, повинен підтримуватися між 108 мг/дл (6 ммоль/л) і менше 27 мг/дл (15 ммоль/л) [8] і, хоча багато авторів вважали це нерелевантним, [5] існують дослідження, які вказують на те, що значення HbA1c вище або нижче 7,5% є прогностичним показником для пацієнтів з раком і діабетом 2 типу, які потрапляють у хоспіси; [5] тому можна взяти до уваги цільове значення HbA1c більше або дорівнює 8%. [4] Ці значення дозволили б уникнути гіпоглікемії або осмотичних симптомів внаслідок гіперглікемії у цього типу пацієнтів.

Немає рандомізованих контрольованих досліджень щодо лікування пацієнтів із діабетом 1 типу наприкінці життя. Пацієнти з діабетом 1 типу можуть продовжувати лікування інсуліном навіть на останніх стадіях, оскільки ці пацієнти мають високий ризик розвитку кетоацидозу, навіть якщо вони

припиняють їсти. [5] Можливо, необхідно використовувати спрощені схеми, зменшити дозу, щоб уникнути гіпоглікемії, [9] особливо при втраті маси тіла, нудоті, блюванні. Пацієнти з діабетом 2 типу мають нижчий ризик таких ускладнень, як гіпоглікемія та кетоацидоз, порівняно з пацієнтами з діабетом 1 типу. Основною проблемою гіперглікемії є гіперосмолярний стан із вищим ризиком у літніх людей, тому коригування ліків у догляді наприкінці життя є важливим. Лікування інсуліном можна спростити або припинити, якщо виникає симптоматична гіпоглікемія та відповідно до клінічного статусу та тих, хто близький до смерті.

Ніхто не готовий померти. Тому необхідно розглянути питання про включення паліативної допомоги на ранніх стадіях діабету, посилити стратегії мультидисциплінарного догляду, щоб приймати обґрунтовані рішення на користь особистісно орієнтованої допомоги. Важливо використовувати існуючі інструменти для раннього виявлення тих пацієнтів, які отримають користь від паліативної допомоги, а також для виявлення тих, хто потрапляє до закладів догляду з метою надання ефективного лікування, щоб допомогти пацієнтам покращити якість життя та загальне самопочуття.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. IDF. IDF diabetes Atlas. 8th ed. IDF; 2017. 150 p.
2. Claydon A, Spencer K. Improving diabetes care at the end of life. Nurs Stand. 2015;30(6):37–42.
3. Dunning T, Martin P. Palliative and end of life care of people with diabetes: Issues, challenges and strategies. Diabetes Res Clin Pract. 2017;S0168-8227(17)31269-X.
4. Kondo S, Kondo M, Kondo A. Glycemia control using A1C level in terminal cancer patients with preexisting type 2 diabetes. J Palliat Med. 2013;16(7):790–793.
5. Dunning T, Duggan N, Savage S. Caring for people with diabetes at the end of life. Curr Diab Rep. 2016;16(11):103.

6. Johnston GM, Lethbridge L, Talbot P, et al. Identifying persons with diabetes who could benefit from a palliative approach to care. *Can J Diabetes*. 2015;39(1):29–35.
7. Rao Kondapally Seshasai S, Kaptoge S, Thompson A, et al. Diabetes mellitus, fasting glucose, and risk of cause-specific death. *N Engl J Med*. 2011;364(9):829–841.
8. Dunning T. Integrating palliative care with usual care of diabetic foot wounds. *Diabetes Metab Res Rev*. 2016;32 Suppl 1:303–310.
9. Sarwar N, Gao P, Seshasai SR, et al. Diabetes mellitus, fasting blood glucose concentration, and risk of vascular disease: A collaborative meta-analysis of 102 prospective studies. *Lancet*. 2010;375(9733):2215–2222.
10. Tancredi M, Rosengren A, Svensson A-M, et al. Excess mortality among persons with type 2 diabetes. *N Engl J Med*. 2015;373(18):1720–1732.
11. Baena-Díez JM, Peñafiel J, Subirana I, et al. Risk of cause-specific death in individuals with diabetes: a competing risks analysis. *Diabetes Care*. 2016;39(11):1987–1995.
12. Dionisio R, Giardini A, Cata P de, et al. Diabetes management in end of life: a preliminary report stemming from clinical experience. *Am J Hosp Palliat Care*. 2015;32(6):588–593.
13. Kirkman MS, Briscoe VJ, Clark N, et al. Diabetes in older adults: A consensus report. *J Am Geriatr Soc*. 2012;60(12):2342–2356.
14. Munshi MN, Florez H, Huang ES, et al. Management of diabetes in long-term care and skilled nursing facilities: a position statement of the american diabetes association. *Diabetes Care*. 2016;39(2):308–318.
15. Hunt KJ, May CR. Managing expectations: Cognitive authority and experienced control in complex healthcare processes. *BMC Health Serv Res*. 2017;17(1):459.