МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

ХАРКІВСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

КАФЕДРА ПРОПЕДЕВТИКИ ВНУТРІШНЬОЇ МЕДЦИИНИ №2 ТА МЕДСЕСТРИНСТВА

ЗАЙЦЕВА АЛЬОНА МИКОЛАЇВНА

ЯКІСТЬ ЖИТТЯ ТА ПРИХИЛЬНІСТЬ ДО ТЕРАПІЇ ХВОРИХ НА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ

23З-медсестринство

Освітньо-кваліфікаційна робота

на здобуття ступеня магістра

Науковий керівник:

кандидат медичних наук,

доцент Чернякова І.О.

Харків - 2020

ЗМІСТ

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ.....3
ВСТУП.....4
РОЗДІЛ 1. Огляд літератури.....6
1.1 Сучасні уявлення про етіологію, патогенез,
клініку цукрового діабету.....6
1.2. Якість життя пацієнтів- парадигма сучасної медицини.....14
1.3.Прихильність до терапії - шлях до підвищення якості життя.....25
РОЗДІЛ 2. Матеріали і методи. Результати дослідження
2.1 Матеріали і методи дослідження.....34
2.2 Якість життя хворих на цукровий
діабет згідно сумарних шкал опитувальника MOS SF-36.....35
2.3 Оцінка окремих показників фізичного здоров'я
опитувальника MOS SF-36 у хворих на цукровий діабет.....41
2.4. Оцінка окремих показників психічного здоров'я
опитувальника MOS SF-36 у хворих на цукровий діабет.....45
2.5.Прихильність до терапії хворих на цукровий діабет.....50

РОЗДІЛ 3. Обговорення результатів дослідження.....53

ВИСНОВКИ.....60

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....61

ДОДАТКИ.....70

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ

АГ – артеріальна гіпертензія

ВООЗ – Всесвітня Організація Охорони Здоров’я

ІМТ – індекс маси тіла

ІХС – ішемічна хвороба серця

СН – серцева недостатність

PCS – сумарний показник фізичного здоров’я

MCS – сумарний показник психічного здоров’я

MOS SF-36 – коротка форма міжнародного загального опитувальника

ВСТУП

Актуальність теми

Цукровий діабет (ЦД) – хронічне захворювання, яке є значущою проблемою охорони здоров'я і одним із чотирьох пріоритетних неінфекційних захворювань (НІЗ), застосування заходів стосовно яких заплановано на рівні світових лідерів. Протягом останніх декількох десятиліть число випадків і поширення ЦД стрімко зростають.

Близько 3% населення Землі хворіє на цукровий діабет. Кожні 10-15 років кількість хворих діабетом у всіх країнах світу подвоюється. У зв'язку з великою поширеністю і збільшенням росту кількості хворих, цукровий діабет відносять до соціальних хвороб, він входить до тріади хвороб разом з онкологічними і серцево-судинними захворюваннями, які є основними причинами інвалідності й смертності. [1,2].

Останнім часом захворюваність на ЦД стрімко збільшується у країнах з низьким або середнім рівнем доходів у порівнянні з країнами з високим рівнем доходів. . ЦД і його ускладнення є причиною значних економічних втрат для людей з ЦД та їхніх сімей, а також для систем охорони здоров'я і національних економік.

ЦД значно погіршує якість життя (ЯЖ) пацієнтів, їх фізичний і психоемоційний стан, потребує постійної терапії, супроводжується розвитком тяжких ускладнень, коморбідності, обмежує життєдіяльність. Значний негативний внесок у ЯЖ належить неприхильності пацієнтів до терапії. Дослідження ЯЖ та прихильності до терапії можуть бути корисними для вирішення проблем, які виникають у пацієнтів, їхніх родин і всього суспільства, які виникають при ЦД. [3,4,5,6,7]. Ці дослідження проводяться лікарями, науковцями у всіх галузях медицини. У новій моделі сучасного медсестринства вивчення ЯЖ і прихильності до терапії мають бути прерогативою медичних сестер, бакалаврів, магістрів, які є обізнанаими у різних галузях медицини, психології, соціології,

фармакології, постійно знаходяться поруч з пацієнтами, ідеально підходять для спостереження за пацієнтами, оцінки результатів лікування, ЯЖ і прихильності до терапії.

Мета освітньо-кваліфікаційної роботи:

Оцінити якість життя і прихильність до терапії хворих на цукровий діабет.

Завдання дослідження:

1. З'ясувати вплив ЦД на сумарний показник фізичного здоров'я загального міжнародного опитувальника MOS SF - 36

2. Визначити вплив ЦД на окремі показники психічного здоров'я загального міжнародного опитувальника MOS SF-36

3.Установити вплив ЦД на сумарний показник психічного здоров'я загального міжнародного опитувальника MOS SF-36

4. З'ясувати вплив ЦД на окремі показники психічного здоров'я загального міжнародного опитувальника MOS SF-36

5. Визначити прихильність до терапії хворих на цукровий діабет за допомогою шкали Моріски-Гріна .

Об'єкт дослідження: якість життя і прихильність до терапії хворих на цукровий діабет.

Предмет дослідження: сумарні і окремі показники фізичного і психічного здоров я, прихильність до терапії.

Методи дослідження: загальноклінічні, антропометричні, анкетування, статистичні.

Наукова новизна: у роботі дістала подальший розвиток проблема оцінки ЯЖ і прихильності до терапії хворих на цукровий діабет.

Практичне значення отриманих результатів: підвищення прихильності до терапії хворих на цукровий діабет сприятиме покращенню ЯЖ пацієнтів.

РОЗДІЛ 1

ОГЛЯД ЛІТЕРАТУРИ

1.1.Сучасні уявлення про етіологію, патогенез, клініку цукрового діабету

Цукровий діабет натепер розглядається як гетерогенний синдром хронічної гіперглікемії. Експертами ВООЗ прийнята етіологічна класифікація порушень глікемії [8, 9].

1.Цукровий діабет типу 1 (деструкція β-клітин острівців Лангергансу, що звичайно призводить до абсолютної інсулінової недостатності)

А.Автоімунний.

Б.Ідіопатичний.

2.Цукровий діабет типу 2 (від переважання резистентності до інсуліну з відносною інсуліновою недостатністю до переважання секреторного дефекту з інсуліновою резистентністю або без неї)

3.Інші специфічні типи діабету:

А.Генетичні дефекти β-клітинної функції.

Б.Генетичні дефекти дії інсуліну.

В.Захворювання екзокринної частини підшлункової залози.

Г.Ендокринопатії.

Д.Діабет, індукований лікарськими засобами або хімічними речовинами.

Е.Інфекції.

Ж.Незвичайні форми імунноопосередкованого діабету.

І.Генетичні синдроми, поєднані з діабетом.

4.Цукровий діабет вагітних (гестаційний діабет)

Цукровий діабет типу 1 – це синдром гіперглікемії внаслідок руйнування β-клітин острівців Лангергансу підшлункової залози з розвитком інсулінової недостатності, кетоацидозу та діабетичної коми. Цей

тип цукрового діабету характеризується наявністю автоантитіл до глутаматдекарбоксилази, інсуліну, цитоплазматичних антитіл.

Ідіопатичний цукровий діабет типу 1 – це діабет з руйнуванням β-клітин, інсуліновою недостатністю без підвищення титру аутоантитіл.

Цукровий діабет типу 2 – це хронічна гіперглікемія з прогресуючим зниженням секреції інсуліну та резистентністю до інсуліну.

Гестаційний діабет (діабет вагітних) – тимчасове порушення вуглеводного обміну, що виникає під час вагітності та зникає після пологів.

Етіологія та патогенез цукрового діабету.

У новій класифікації діабету запропоновано опустити назви “інсулінзалежний” і “інсуліннезалежний” цукровий діабет і залишити только назви “діабет 1 і 2 типи”, для вказівки типу діабету використовувати арабські цифри. Виключення з назви захворювання прикметника - “інсулінзалежний” чи “інсуліннезалежний” зв'язане з тим, що до останнього часу підставою для відповідного діагнозу служила проведена терапія діабету, тобто необхідність застосування інсулінотерпії, а не дані його патогенезу[9].

1. Цукровий діабет 1 типу - порушення вуглеводного обміну, обумовлене деструкцією бета-клітин підшлункової залози з абсолютним чи відносним дефіцитом інсуліну і схильністю до кетоацидозу. У тому випадку, коли деструкція і зменшення кількості бета-клітин обумовлені імуним чи аутоімуним процесом, цукровий діабет вважається автоімуним чи імуно-опосередкованим. Зменшення чи зникнення бета-клітин веде до абсолютної інсулінопенії і повної залежності хворого від введення екзогенного інсуліну (інсулінозалежності). Без інсулінотерапії у хворого розвиваються кетоацидоз, кома і смерть. Більш 15% осіб із діабетом 1 типу вмирає після 25 років захворювання, тривалість життя скорочується на 15 років

Цукровий діабет 1 типу є гетерогенною групою – розходження стосуються темпів розвитку абсолютної інсулінової недостатності. При

швидкому темпі прогресування маніфестація відбувається в дитячому віці (ювенільний, швидкопрогресуючий діабет). При повільному темпі руйнування інсулярного апарату маніфестація порушень вуглеводного обміну відбувається вже в постпубертатному періоді (повільно прогресуючий цукровий діабет 1 типу дорослих, LADA).

Більш 90% дітей з цукровим діабетом страждають від цукрового діабету 1 типу. Серед дорослих, хворих на цукровий діабет у віці старше 35 років, частка цукрового діабету 1 типу складає близько 20%. Цукровий діабет 1 типу з однаковою частотою спостерігається серед чоловіків і жінок.

А. Автоімуний (імуно-опосередкований) цукровий діабет 1 типу характеризується наявністю аутоантитіл: антитіл до глютаматдекарбоксилази (GADантитіла), антитіл до інсуліну, цитоплазматичних і автоантител до тірозинфосфатази. Наявність аутоантитіл свідчить про автоімуний процес.

Б. Ідіопатичний цукровий діабет 1 типу діагностується в пацієнтів африканської чи азіатської популяції, коли спостерігається деструкція і зменшення числа бета-клітин з постійною інсулінопенією і схильністю до кетоацидозу, але етіологія і патогенез при тому невідомі. У цих хворі явища автоімуності й асоціація з генами системи HLA відсутні, але чітко прослідкується спадкова передача захворювання.

2. Цукровий діабет 2 типу - порушення вуглеводного обміну, обумовлене вираженою інсулінрезистентностью з дефектом секреції чи інсуліну, переважним порушенням секреції інсуліну і помірною інсулінорезистентностью.

Близько 95% усіх хворих на цукровий діабет страждають на цукровий діабет 2 типу.

Цукровий діабет 2 типу частіше зустрічається в людей похилого віку, трохи частіше в жінок.

Вірусіндукований цукровий діабет після перенесених вірусних інфекцій (вроджена краснуха, коксаки В3 і В4, цитомегаловирус,

епідемічний паротит, аденовірус і ін.) може сполучатися зі значною деструкцією бета-клітин і мати безпосередній вплив на розвиток цукрового діабету. Більшість таких хворих мають гени HLA і імунологічні маркери, характерні для цукрового діабету 1 типу.

У класифікаціях порушень вуглеводного обміну 1965 р. і 1985 р. був присутній термін “порушена толерантність до глюкози”, чи хімічний, прихований, латентний діабет. У класифікації ВООЗ 1999 р. відсутні терміни “порушена толерантність до глюкози” і “достовірні класи ризику”. Опущено клас порушення толерантності до вуглеводів тому, що епізодична гіперглікемія — сама по собі ще не є цукровим діабетом, а може бути відповідною реакцією на будь-які впливи. “Порушена толерантність до глюкози” розглядається як стадія “порушеної регуляції глюкози”, а не як самостійний клас порушень вуглеводного обміну. Термін "порушена регуляція глюкози", на думку експертів ВООЗ, адекватніше описує цей стан.

Різні фактори зовнішнього середовища відіграють роль в патогенезі цукрового діабету 1 типу. Більшість з цих факторів невідома. Однак вірусні інфекції (ентеровірус, вірус краснухи) і фактори харчування (наприклад, коров'яче молоко в ранньому дитячому віці) можуть включати автоимуний процес у схильних до цього осіб. Факторами ризику є віруси чи токсични речовини, що впливають на генетично детерміновані антигени системи HLA і викликають автоімунну деструкцію бета-клітин острівців Лангерганса. Незалежно від початкових механізмів (вірусіндукований, аутоімуний чи повільно прогресуючий) деструкції бета-клітин на наступних стадіях процесу відбувається зменшення їхньої кількості майже до повного зникнення бета-клітин з розвитком абсолютної інсулінової недостатності [10,11,12,13]. Патогенез цукрового діабету 1 типу можна розділити на 6 стадій, що повільно переходять одна в іншу:

1. Генетична схильність (обумовлена наявністю визначених гаплотипів генів HLA-системи I, II і III класу. HLA генотипи DR3 і DR4 зв'язані з підвищеним ризиком розвитку цукрового діабету I типу, тоді як HLA-DR2

генотип захищає від розвитку захворювання. Цукровий діабет 1 типу — ідіопатичний чи автоімуний, поєднаний з антигенами HLA-системы, DR, DRW 3-4, що асоціюються з генами локусу DQ генів Fas і Fas-L. Схильність до СД 1 типу пов'язується з генами комплексу HLA DR3, DR4 чи DR3/DR4 і визначеними генами локусу HLA DQ (DQA і DQB, DRB гени). Визначені алелі генів HLA-DR/DQ можуть опосредковувати схильність до розвитку діабету чи здійснювати протективну дію.

2. Ініціація імунних процесів: автоімунна природа руйнування бета-клітин обумовлена вродженою втратою толерантності до аутоантигенів. У хворих цукровим діабетом 1 типу виявляються різні антитіла до антигенів — компонентам острівців Лангергансу: цитоплазматичні, до поверхневого антигену бета-клітин, комплементзалежні цитотоксичні до інсуліну, проінсуліну. Віруси можуть індукувати автоімунну реакцію чи безпосередньо вражати бета-клітини, що призводить до швидкого розвитку діабету. До бета-цитотропних вірусів відносяться віруси Коксаки, епідемічного паротиту, вітряної віспи, кору, цитомегаловирус [12 13 14].

3. Стадія активних імунологічних процесів, незалежно від ініціюючих факторів і початкових механізмів діабету (вірусіндукований, автоімунний, швидкопрогресуючий чи повільнопрогресуючий): на наступних етапах в острівцях підшлункової залози спостерігається деструкція і прогресуюче зменшення кількості бета-клітин аж до повного їхнього зникнення і розвитку абсолютної інсулінової недостатності [15,16,17]. Останнім часом важливе значення в деструкції бета-клітин надають оксиду азоту (NO). NO утворюється в організмі з L-аргініну під впливом ферменту NO-синтетази. Оксид азоту (NO) - відносно стабільний вільний радикал, період напівжиття складає кілька секунд. У результаті окислювання NO утворюються високотоксичні речовини - нітрати і нітрити. Крім зазначених механізмів деструкції бета-клітин, велику роль грають автоімунні процеси, дисбіоз[18].

4. Прогресивне зниження першої фази секреції інсуліну, стимульованої внутрішньовенним уведенням глюкози, автоімунне руйнування бета-клітин

відбувається повільно, і можуть пройти місяці й роки до розвитку порушення вуглеводного обміну. Цю фазу хвороби відносять до доклінічного періоду.

5. Клінічно явний чи маніфестний діабет: тільки після руйнування 80-95% бета-клітин, коли виникає абсолютний дефіцит інсуліну, розвиваються важкі метаболічні порушення і клінічний період хвороби — маніфестний діабет.

6. Повна деструкція бета-клітин. При будь-якому патогенетичному варіанті розвивається деструкція бета-клітин. Повільно-прогресуючий діабет 1 типу (Latent Autoimmune Diabetes in Adults, LADA), має підтип - повільно прогресуючий цукровий діабет дорослих автоімунного генезу. Цей підтип цукрового діабету отримав назву Latent Autoimmune Diabetes in Adults (LADA) - автоімунний початок цукрового діабету в дорослих [19 – 25].

Цукровий діабет типу 2 – це генетичне захворювання, що характеризується порушенням інсулінової секреції, резистентністю до інсуліну в залежних від нього органах та тканинах: (м’язах, печінці, жировій тканині) та порушеннями засвоєння глюкози [12, 13, 14, 26].

Інсулінорезистентність – це сукупність патологічних явищ, коли порушуються біологічні ефекти інсуліну.

Патогенез цукрового діабету 2 типу включає два провідних фактори: резистентність до інсуліну і дефект секреції інсуліну, що присутні в кожного хворого, але в різних співвідношеннях.

Фактори ризику цукрового діабету 2 типу: ожиріння, неправильне харчування, гіподинамія, стреси, літній вік.

Доказом генетичної обумовленості цукрового діабету 2 типу є висока частота захворювання в найближчих родичів хворих (до 40%). На користь спадкової природи хвороби говорить і висока поширеність захворювання в деяких етнічних групах населення: серед індіанців Піма (Аризона, США) вона перевищує 50%.

При цукровому діабеті 2 типу спостерігаються два типи генетичних дефектів. Дефекти першого типу викликають інсулінорезистентність або ожиріння, що призводить до інсулиінорезистентності. Дефекти другого типу служать причиною зниженої секреторної активності бета--клітин, або їхньої нечутливості до гіперглікемії [21].

Інсулінорезистентність є одним з факторів, що викликають поганий метаболічний контроль, і може бути знижена в результаті втрати ваги пацієнта. Інсулінорезистентність обумовлена генетичними факторами і деякими факторами зовнішнього середовища, особливостями способу життя пацієнта (неправильний режим харчування, гіподинамія, стреси, літній вік).

Інсулінорезистентність призводить до компенсаторного посилення секреції інсуліну бета-клітинами, поки вони зберігають здатність до гіперсекреції інсуліну [10,11].

Ключовим дефектом, відповідальним за прогресування цукрового діабету 2 типу є не інсулінорезистентність, а зниження функції бета-клітин. При цукровому діабеті 2 типу спостерігається дефектний профіль секреції інсуліну - базальна секреція інсуліну не змінена, але секреція інсуліну у відповідь на прийом їжі (прандіальна секреція інсуліну) згладжена і відтермінована.

Фундаментальний аспект патофізіології цукрового діабету 2 типу - це прогресуюче зниження прандіальної інсулінової відповіді, особливо в ранній фазі. Відсутність зниження постпрандіальних піків глюкози в плазмі до фізіологічного рівня протягом постпрандіального періоду, призводить до виникнення постійної гіперглікемії. Бета-клітини нездатні визначати чи відповідати на зміни концентрації глюкози в плазмі крові і/чи нездатні компенсувати інсулінорезистентність підвищенням викиду інсуліну.

Особливо порушена рання фаза інсулінової відповіді: вона сповільнена і знижена в порівнянні з групою здорових осіб. Рання фаза прандіальної інсулінової відповіді відіграє провідну роль у пригнобленні ендогенної

продукції глюкози, а при цукровому діабеті 2 типу продукція ендогенної глюкози продовжується, незважаючи на прандіальне навантаження, і в сполученні з триваючою відносною недостатністю викиду інсуліну призводить до постпрандіальної гіперглікемії.

При цукровому діабеті 2 типу секреція інсуліну завжди недостатня стосовно наявної гіперглікемії. При важкому плині захворювання цей дефіцит стає абсолютним у порівнянні зі здоровими людьми. Найбільший розрив між секрецією інсуліну і метаболічною потребою в ньому завжди відзначається в прандіальний період (після їжі).

Прогресуючий характер захворювання в основному є результатом зниження функції бета-клітин. Погіршення функції бета-клітин доведено в пацієнтів з цукровим діабетом 2 типу зі збільшенням стажу захворювання, у той час як чутливість до інсуліну залишається практично незміненою протягом захворювання (за винятком випадків з успішною корекцією ваги, зміною характеру харчування і достатньою фізичною активністю). При прогресуванні цукрового діабету 2 типу, дефект прандіальної секреції інсуліну підсилюється, відбувається прогресуюче поступове неухильне зниження прандіальної секреції інсуліну

Високі постпрандіальні піки концентрації глюкози в плазмі можуть чинити безпосередню дію, що ушкоджує, на судини і підвищувати серцево-судинний ризик [8,10, 11,12,13].

Симптоматика цукрового діабету визначається станом компенсації вуглеводного обміну і наявністю ускладнень захворювання - проявів "пізнього діабетичного синдрому" [10, 11,25].

Клінічні симптоми декомпенсації вуглеводного обміну.

1. Гіперглікемія - клінічно виявляється спрагою (полідіпсією), відчуттям сухості слизової рота, поліурією, схудненням на тлі гіперфагії. Якщо хворий дотримується дієти і проводить адекватне лікування, рівень глюкози в крові нормалізується, клінічні ознаки гіперглікемії зникають - досягається стан компенсації цукрового діабету.

Гіперглікемія в хворих на цукровий діабет є наслідком гострого дефіциту інсуліну та/чи зниження афінітета (чутливості) тканевых рецепторів до гормону, що призводить до порушення вуглеводного, жирового, білкового, водно-сольового обміну. Дефіцит інсуліну блокує надходження глюкози в інсулінзалежні тканини, де виникає жорсткий енергетичний дефіцит.

2. Дегідратація, полідіпсія.

Гіперглікемія призводить до відносної й абсолютної дегідратації тканин. Глюкоза відрізняється високої осмолярністю - здатністю "зв'язувати" воду. Гіперглікемія супроводжується перерозподілом рідини в організмі - вода "іде" з тканин, розвивається відносна внутрішньоклітинна дегідратація. Значна кількість води виводиться із сечею, що є причиною абсолютної дегідратації організму.

Об'єктивні ознаки обумовлені гіперглікемією, дегідратацією - сухість шкіри і слизових оболонок, особливо слизової рота, зниження тургору шкіри і підшкірної жирової клітковини. При важкій декомпенсації сухість слизових оболонок рота викликає порушення артикуляції - пацієнт говорить із затрудненням, язик "прилипає" до піднебіння.

Дегідратація тканин викликає компенсаторне порушення центра спраги, розвивається полідіпсія - підвищене вживання рідини хворим. Потреби в рідині протягом доби є одним із клінічних критеріїв компенсації вуглеводного обміну і методом самоконтролю пацієнта. Обмеження вживання рідини неприпустимо - некомпенсована дегідратація приведе до розвитку важких ускладнень.

3. Глюкозурія, поліурія.

Значна гіперглікемія, що перевищує величину ниркового порога для глюкози, викликає глюкозурію - виділення глюкози із сечею. Глюкозурія внаслідок осмотичного ефекту глюкози призводить до поліурії. Поліурія частіше виражена помірно - 2,5-6л на добу. Добовий максимум поліурії залежить від коливань глікемії протягом доби. Величина діурезу є одним із

клінічних критеріїв компенсації вуглеводного обміну. Хворим рекомендують постійно визначати кількість сечі з метою самоконтролю захворювання.

4. Схуднення. Схуднення хворих, що спостерігається при досить тривалій декомпенсації вуглеводного обміну є наслідком активації процесів ендогенного глюконеогенеза. Утворення ендогенної глюкози відбувається за рахунок стимуляції розпаду глікогену печінки і м'язів, посиленого розпаду білків з наступним дезамінуванням глюкогенних амінокислот у печінці. В умовах дефіциту інсуліну основним енергетичним субстратом для деяких тканин (м'язів, міокарда, печінки) стають вільні жирні кислоти, що утворюються в жировій тканині в результаті посилення ліполізу. Негативний азотистий баланс, інтенсивний ліполіз є причиною схуднення хворих. Біохімічним маркером декомпенсації вуглеводного обміну й активації глюконеогенезу є накопичення в крові вільних жирних кислот, гліцерину і амінокислот .

1.2 Якість життя - парадигма сучасної медицини

Цукровий діабет є одним із хронічих неінфекційних захворювань, яке значно знижує ЯЖ людини. Концепція якості життя виникла у XX столітті як критерій оцінки ступеня задоволення фізичною, психічною, соціальною та духовною складовими життя суспільства з метою реального задоволення потреб людини і досягнення його благополуччя. Ця концепція викликала великий інтерес медичної спільноти, підняла на новий рівень дослідження впливу стану здоров’я на відчуття благополуччя і усвідомлення пацієнтом ступеня задоволення його фізичних, психічних і соціальних потреб.

Загальноприйнятого визначення ЯЖ не існує. ВООЗ рекомендує розуміти це поняття як суб’єктивне співвідношення положення індивідуума у суспільстві (з урахуванням культури та систем цінностей цього суспільства) з цілями індивідуума, його планами, можливостями і ступенем загальної невлаштованості. Це інтегральна характеристика фізичного,

психічного та соціального функціонування хворого на підставі суб'єктивного сприйняття. Іншими словами, ЯЖ – ступінь комфортності людини як усередині себе, так і в рамках свого суспільства, це ступінь розбіжності між сподіваннями та досягненнями людини.

У медицині застосовують термін «якість життя, що пов'язана зі здоров'ям», ЯЖПЗ, (в англомовній літературі – «health related quality of life», HRQL), під яким розуміють ступінь благополуччя та задоволення тими аспектами життя, на які впливає хвороба та її лікування. Вперше термін «ЯЖ» згадується у літературі в 1920 році, основоположником досліджень у медицині вважають D.A. Karnovsky (1947), який вивчав ЯЖ у хворих на саркоїдоз [27].

Відомо понад 50 наукових груп та інститутів, які розробляють методи дослідження ЯЖ. Загалом зареєстровано понад 1000 загальних і спеціальних опитувальників. У 1994 році створено Міжнародне товариство дослідження якості життя (International Society for Quality of Life Research — ISOQOL), яке об'єднує експертів різних країн та має 3 представництва: американське, азіатське та російське. Ці регіональні представництва мають на меті:

1) об'єднання у певному регіоні чи державі фахівців, які досліджують ЯЖ;

2) ініціація і координація наукових досліджень у сфері вивчення ЯЖ на певній території;

3) удосконалення методології дослідження ЯЖ;

4) упровадження стандартизованих інструментів оцінки ЯЖ і симптомів до клінічних досліджень і клінічної практики;

5) координація досліджень з культурної та мовної адаптації міжнародних інструментів оцінки ЯЖ і симптомів;

6) створення банку національних інструментів дослідження ЯЖ і симптомів;

7) розроблення і реалізація програм дослідження ЯЖ з метою покращення якості надання медичної допомоги;

8) проведення наукових конференцій і симпозіумів щодо дослідження ЯЖ.

Виділяють загальні та спеціальні опитувальники. Перші з них застосовуються для оцінювання ЯЖ як у здорових людей, так і у хворих, вони допомагають порівняти ЯЖ при певних захворюваннях з аналогічними показниками у популяції. Недоліком загальних опитувальників вважають неможливість оцінити вплив симптомів окремих захворювань на показники ЯЖ, тобто недостатня чутливість при конкретній нозології. Серед загальних опитувальників часто застосовують наступні: Sickness Impact Profile, McMaster Health Index Questionnaire, Nottingham Health Profile, General Health Rating Index, Quality of Life Index, EuroQoL15D, The World Health Organization Quality of Life Instruments (The WHO1 QOL1100 і WHOQOL – Brief), The Schedule for the Evaluation of Individual Quality of Life (SEIQoL), Medical Outcomes Study 36- Item Short-Form Health Status (MOS SF-36)

Одним з найбільш популярних при проведенні медичних, соціально-економічних досліджень є загальний опитувальник MOS SF-36, який був розроблений у Центрі Вивчення Медичних Результатів (США) у 1992 році J. E. Ware і C. D. Sherbourne [28]. Його популярність зумовлена тим, що дає змогу оцінити ЯЖ респондентів з різними нозологіями і порівнювати цей показник зі здоровими особами, дозволяє опрацьовувати відповіді респондентів віком від 14 років. Для інших загальних опитувальників (за винятком кількох спеціалізованих, розроблених для дітей чи батьків) мінімальний віковий рівень – 17 років. SF-36 має високу чутливість, короткий (складається з 36 питань), анкета може заповнюватися самим респондентом, з ним можна працювати по телефону, є електронні версії.

Опитувальник SF-36 було адаптовано для загальної популяції США і репрезентативних вибірок у переліку інших країн. Адаптація SF-36 на українську мову за процедурою міжнародного центру з вивчення якості

життя IQOLA (The International Quality of Life Assessment, Бостон, США) була проведена у 1998–2001 роках.

Оскільки опитувальник SF-36 вірогідно відображає стан фізичного та психічного здоров'я людини, хворої на ЦД з певними ускладненнями, грунтується на глибокому аналізі фізіологічних, психологічних, емоційних і соціальних проблем, його інтегральний показник може бути орієнтиром для вивчення ефективності запропонованої терапії

Специфічні інструменти орієнтовані саме на проблеми, що виникають при певних захворюваннях, використовуються для оцінювання впливу лікування на ЯЖ. Низкою досліджень доведена більша надійність цих опитувальників, зазвичай вони зручніші у використанні. На сьогодні спеціальні опитувальники розроблені для більшості захворювань. Наприклад, при серцево-судинних захворюваннях найефективнішим для вивчення якості життя при стенокардії вважають Seattle Angina Questionnaire (SAQ), при інфаркті міокарда – MacNew HD Questionnaire та MIDAS, при аритміях – Aquarel .

На сьогоднішній день загальноприйнята методологія дослідження ЯЖ пацієнтів з ЦД відсутня, не існує «золотого стандарту» дослідження ЯЖ при ЦД .

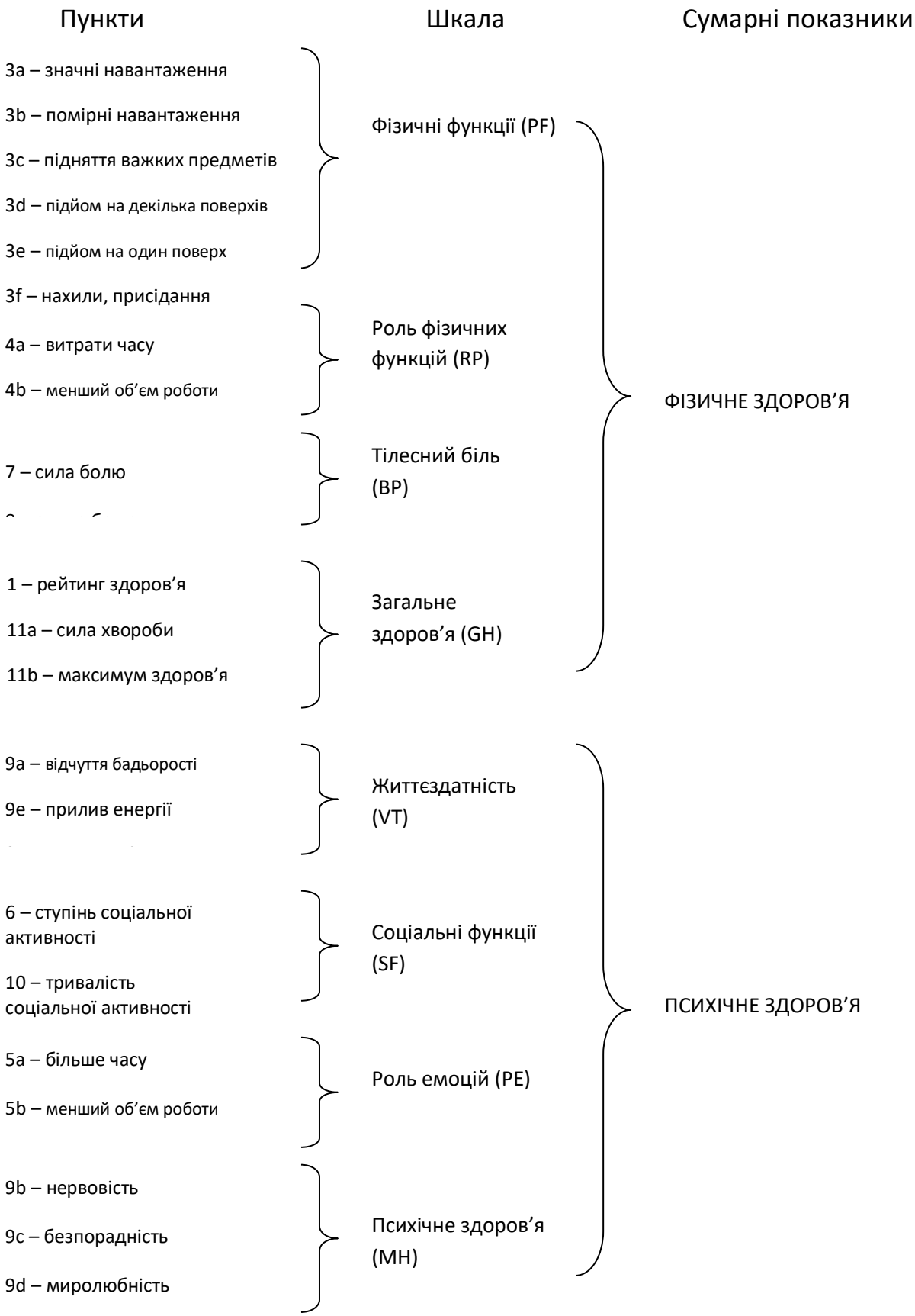


Рис. 1.2.1. Структура опитувальника SF–36.

Проте за два останніх десятиліття було створено достатньо багато опитувальників, які дозволяють оцінити різні аспекти ЯЖ при ЦД, а саме: The Diabetes Quality of Life Measure (DQOL), The Diabetes1Specific Quality of Life Scale (DSQOLS), Retinopathy1Dependent Quality of Life Questionnaire (RetDQoL), Renal Dependent Quality of Life (RDQoL), Diabetic Foot Ulcer Scale (DFS), The Neuropathy and Foot Ulcer1specific Quality of Life Instrument, The Appraisal of Diabetes Scale (ADS), ATT139, The Questionnaire on Stress in Patients with Diabetes – Revised (QSD1R), The Type 2 Diabetes Symptom Checklist, The Problem Areas in Diabetes Scale, Diabetes Care Profile (DCP), Diabetes Health Profile (DHP11, DHP118), Diabetes Impact Measurement Scales (DIMS), Well1being Enquiry for Diabetics (WED), Well1being Questionnaire (W1BQ122 и W1BQ112), Diabetes Treatment Satisfaction Questionnair, Treatment Satisfaction Questionnaire (RetTSQ), Renal Treatment Satisfaction Questionnaire (RTSQ), Diabetes Fear of Injecting and Self1 testing Questionnaire, Hypoglycemic Fear Survey.

Опитувальник The Audit of Diabetes – Dependent Quality of Life (ADDQoL) має всебічний підхід до оцінювання ЯЖ пацієнтів з ЦД, його можна успішно використовувати серед українських пацієнтів з ЦД, особливо в умовах впровадження уніфікованого клінічного протоколу, затвердженого наказом МОЗ України від 21 грудня 2012 р. № 1118 [29].

Отже, згідно з рекомендаціями секції ВООЗ, що вивчає проблеми ЯЖ, при її оцінці необхідно враховувати наступні критерії:

1) фізичний (сила, енергія, втомлюваність, біль, дискомфорт, сон, відпочинок);

2) психологічний (емоції, мислення, зовнішній вигляд, переживання);

3) рівень самостійності (повсякденна активність, працездатність, залежність від лікування та ліків);

4) громадське життя (особисті стосунки, сексуальна активність, суспільна цінність суб’єкта);

5) навколишнє середовище (побут, благополуччя, безпека, доступність та якість медичної та соціальної допомоги, забезпеченість, екологічна ситуація, можливість навчання, доступність інформації);

6) духовність (релігія, особисті переконання) [31].

У сучасних дослідженнях найчастіше звертають увагу на наступні компоненти ЯЖ: вплив симптомів на самопочуття та активність, тип відношення до хвороби, самооцінка загального стану здоров'я, ступінь фізичного, психічного, соціального благополуччя, обмеження соціальних функцій, зниження енергійності, інтелектуальний та емоційний фон, втрати або прибуток від хвороби тощо.

Для підвищення об'єктивності оцінки ЯЖ використовуються декілька специфічних опитувальників або визначають показники за допомогою як загальних, так і спеціальних інструментів. Але в такому випадку підвищення достовірності не завжди компенсує затрати часу і зусиль. Проте, незважаючи на певні труднощі, в останні десятиліття кількість досліджень ЯЖ в різних сферах медицини значно зростає.

В зв'язку з тим, що стандартні оригінальні опитувальники розробляються в країнах з іншим менталітетом та традиціями, дослідники в Україні стикаються з проблемами транскультурної, мовної адаптації та перевірки психометричних властивостей інструментів оцінки ЯЖ. Щоб запобігти втраті валідності, прийнята стандартна процедура перекладу та апробації опитувальників, науковий напрямок з розробки та впровадження національних інструментів оцінки ЯЖ є пріоритетним.

ЯЖ сьогодні є не тільки надійним, інформативним та економічним методом виміру здоров'я як на індивідуальному, так і на груповому рівні, але й важливим інструментом оцінки методів лікування, обстеження та підготовки медичного персоналу. Одночасно ЯЖ вважається першочерговим показником при порівнянні різних методів ведення пацієнтів та визначенні оптимальних лікувальних програм з точки зору їх ефективності та вартості.

У відповідності до нової парадигми, ЯЖ пацієнта є головною або додатковою метою лікування:

- Якість життя є головною метою лікування пацієнтів при захворюваннях, які не обмежують тривалість життя пацієнта.

- Якість життя є додатковою метою лікування за наявності захворювань, які обмежують тривалість життя.

- Якість життя є єдиною метою лікування хворих в інкурабельній стадії захворювання.

Сфери застосування дослідження ЯЖ в практиці охорони здоров'я численні. До найважливіших можна віднести наступні:

- стандартизація методів лікування;

- експертиза нових методів лікування з застосуванням міжнародних критеріїв, які прийняті в більшості розвинених країн;

- забезпечення повноцінного індивідуального моніторингу стану хворого з оцінкою ранніх та віддалених результатів лікування;

- розробка прогностичних моделей перебігу та наслідків захворювання;

-проведення соціально-медичних популяційних досліджень з виділенням груп ризику;

- забезпечення динамічного спостереження за групами ризику та оцінка ефективності профілактичних програм;

- підвищення якості експертизи нових лікарських засобів;

- економічне обґрунтування методів лікування з урахуванням таких показників, як «ціна-якість», «вартість-ефективність» та інших фармакоекономічних критеріїв [32-36].

Особливо важливими визнаються результати популяційних досліджень, які дозволяють оцінити особливості показників ЯЖ у різних регіонах та країнах і використовувати їх для порівняльної характеристики здоров'я різних груп населення, визначення динаміки й тенденцій ЯЖ на популяційному рівні [37].

Показники ЯЖ також мають застосовуватися як інструмент комплексної оцінки здоров'я дітей на індивідуальному, груповому та популяційному рівнях. Це пов'язано з тим, що традиційні профілактичні огляди ґрунтуються на визначенні тільки фізичного компонента здоров'я, а суб'єктивна складова благополуччя дитини залишається поза увагою. Проте відомо, що часто діти, які не можуть вважатися здоровими за лікарськими критеріями, успішно справляються з соціальними функціями [38, 39,40].

Дослідження ЯЖ, що використовуються при розробці різних медичних та соціальних програм, вважаються одним із найважливіших критеріїв оцінки їх ефективності. Наприклад, якщо лікування направлено виключно на збільшення тривалості життя (оперативне втручання, радіо-, хіміотерапія) та має безліч побічних ефектів, або необхідно тривале лікування на тлі суб'єктивно невиразних симптомів захворювання. Було виявлено, що прийом токсичних препаратів, незважаючи на уповільнення росту пухлин і збільшення тривалості життя, супроводжувався збільшенням числа суїцидів та відмов від лікування. В онкологічній практиці результати багатьох досліджень ЯЖ стали приводом для перегляду ролі та обсягу хірургічного втручання, доз рентгенотерапії, значення хіміо- та симптоматичної терапії тощо, це в свою чергу сприяє розробці нових підходів до лікування пацієнтів [41].

Відомо, що такі захворювання, як гіпертонічна хвороба (ГХ), хронічні форми ішемічної хвороби серця (ІХС) поряд із необхідністю зміни способу життя потребують постійного прийому лікарських препаратів для профілактики ускладнень та зменшення ризику смерті. Але не завжди терапія поліпшує загальний стан пацієнтів, а іноді навіть погіршує його. Цей факт обумовлює тісний зв'язок ЯЖ та прихильності до лікування, на яку впливають багато чинників, зокрема зміни самопочуття та побічні ефекти фармакологічних препаратів. Так, дані досліджень свідчать про те, що інгібітори АПФ, антагоністи кальцію, низка діуретиків (окрім гідрохлортіазиду) не погіршують, а в багатьох випадках поліпшують ЯЖ

пацієнтів з ГХ. Застосування органічних нітратів у пацієнтів з ІХС не впливає на «жорсткі кінцеві точки» – інвалідність та смертність, але їх сприятливий вплив на ЯЖ хворих зумовлює доцільність застосування цієї групи препаратів поряд з іншими антиангінальними засобами у разі недостатньої редукції симптомів [42- 46].

Багато досліджень присвячено вивченню ЯЖ при хворобах легень[47,48], захворювань травної системи [49,50], пацієнтів із хворобами нирок, які отримають замісну терапію гемодіалізом і перитонеальним діалізом, а також із трансплантованою ниркою [51-54].

Особливу увагу привертають дослідження ЯЖ при цукровому діабеті. Медичні і соціальні проблеми, пов'язані з ЦД, невпинно зростають, ВООЗ відносить вирішення цих проблем до першочергових завдань національних систем охорони здоров'я. У 2012р. МОЗ України затверджено уніфікований клінічний протокол надання первинної і вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги хворим на ЦД типу 2, а в 2014р. – протокол надання медичної допомоги дорослим пацієнтам, які страждають на ЦД типу 1 [29]. Одним з критеріїв оцінки ефективності надання медичної допомоги є ЯЖ. Підвищення ЯЖ пацієнтів з ЦД є одним з очікуваних кінцевих результатів реалізації усіх цільових програм лікування і профілактики діабету поряд зі збільшенням тривалості життя, зниженням частоти розвитку ускладнень, тощо [55-58]. Результати досліджень є неоднозначними і нерідко протиречними. Поєднаний вплив на ЯЖ хвороби, процесу постійного пожиттєвого лікування створює особливий новий спосіб життя, який підкорює собі всі сфери життєдіяльності людини. Так, показано негативний вплив ожиріння на ЯЖ [59], значення дієти та фізичної активності [60]. Аналіз отриманих результатів досліджень виявив залежність ЯЖ від клінічного перебігу, розвитку ускладнень, коморбідних захворювань (АГ, ІХС, СН), статі, віку, маси тіла, дозволив оцінити ефективність лікування, обгрунтувати корекцію терапії, профілактики, реабілітаційних та освітніх програм [61,62]. Ретельно вивчається вплив психоемоційних порушень на

ЯЖ при ЦД [63]. Лікування інсуліном, особливо у пацієнтів з діабетичною нефропатією, супроводжується зростанням відчуття важкості хвороби в зв'язку з почастішанням гіпоглікемичних станів, що значно знижує ЯЖ [64]. ЯЖ погіршується також при недостатній інформованості пацієнта про хворобу, обмеженні участі пацієнтів у прийманні рішень лікаря, недостатньому використанні освітніх програм для оптимізації ЯЖ при ЦД [65, 66]. Підтверджено значне зниження ЯЖ у всіх доменах, особливо, PCS, при наявності АГ, неврологічних і офтальмологічних порушень, гіперліпідемії, ампутацій кінцівок. Не виявлено впливу статі, віку, виду лікування на ЯЖ при ЦД типу 2 [67].

Порівняння інформативності опитувальників SF-36 та EuroQoL щодо конкретних чинників при ЦД типу 1 продемонструвало переваги SF -36 [68]. Оприлюднені дослідження ЯЖ пацієнтів з ЦД після трансплантації бета-клітин острівців Лангергансу при ЦД типу1. Показано, що така трансплантація є ефективним методом нормалізації глюкози у крові без ризику гіпоглікемії і значно покращує ЯЖ, не дивлячись на необхідність довічного приймання імуносупресивних препаратів. Багатоцентрові дослідження показали, що після трансплантації знижується рівень тривожності, турбот, пов'язаних з діабетом, а також з тяжкими гіпоглікемічними ускладненнями інсулінотерапії [69].

Вибір методів терапії з урахуванням впливу на ЯЖ та ставлення пацієнта до хвороби дозволяє підвищити прихильність хворих до лікування, тому що саме хворий є найкращим експертом щодо визначення ефективності терапії для нього.

1.3 Прихильність до терапії – шлях до підвищення якості життя.

Найбільш чітке визначення прихильності до терапії (adherence to therapy) було запропоновано експертами ВООЗ (2003): прихильність — це міра, до якої поведінка пацієнта відповідає призначеним медичним рекомендаціям. Поведінка пацієнта включає виконання режиму приймання медикаментів, дієти та виконання певних призначених змін способу життя.

У цьому документі термін compliance (піддатливість) був замінений на adherence, оскільки він більше точно характеризує активне виконання призначень лікаря. В українському перекладі він залишається без змін — «прихильність до терапії [70].

Прихильність до терапії розглядається як ступінь відповідності між поведінкою пацієнта і рекомендаціями лікаря.

Рівні прихильності для окремих пацієнтів звичайно визначають як відсоток призначених доз препарату, які насправді приймає пацієнт протягом визначеного періоду. Визначення прихильності доповнюється даними щодо прийнятої дози (прийом призначеної кількості таблеток щодня) і часу прийому ліків (у межах періоду дозування). Рівні прихильності звичайно вищі в пацієнтів з гострими станами порівняно з хронічними; при хронічних захворюваннях прихильність пацієнтів є надто низькою й особливо знижується після перших шести місяців терапії. Приблизно половина пацієнтів, які отримують терапію статинами, припиняють прийом ліків протягом шести місяців після початку лікування [71-75].

Середні рівні прихильності до терапії можуть бути надзвичайно високими у клінічних дослідженнях завдяки уваги до пацієнтів та їх відбору. Незважаючи на це, навіть у клінічних дослідженнях середні рівні прихильності при лікуванні хронічних станів становлять 43–78%. Нині немає стандартів щодо визначення адекватної прихильності: прийнятними вважаються рівні більше 80%, тоді як в інших дослідженнях для забезпечення адекватної прихильності обов’язково потрібно досягнути рівня понад 95%, особливо в пацієнтів із серйозними станами, наприклад, інфікуванням вірусом імунодефіциту людини (ВІЛ). Хоча дані про прихильність часто трактуються як дихотомічні змінні (прихильний чи неприхильний), прихильність може коливатись у межах від 0% до більше за 100%, оскільки пацієнти інколи приймають більше препаратів, ніж їм призначили.

Прихильність до лікування контролювали з часів Гіппократа, коли ефекти різних засобів реєстрували з одночасним нотуванням того, чи приймали їх пацієнти. Навіть нині повідомлення пацієнтів є простим та ефективним виміром прихильності до лікування. Кожний метод має переваги і недоліки, жоден з них не розглядається як „золотий стандарт". Для оцініки відповідності виконання пацієнтом призначень лікаря, (прихильність до терапії) використовуються різноманітні опитувальники, найпопулярнішим з яких завдяки простоті і доступності є шкала (тест) Моріски-Гріна (4-item Morisky Medication Adherence Scale, MMAC) [76].

Пацієнт є прихильним до терапії, якщо відповідає «ні» не менше , ніж на всі наступні чотири питанння:

1. Забували Ви коли-небудь прийняти ліки (ні/так)?

2. Не відноситися Ви інколи неуважно до годин приймання ліків (ні/так)?

3. Не пропускаєте прийом препаратів, якщо Ви почуваєте себе добре(ні/так)?

4. Якщо Ви відчуваєте себе погано після прийому ліків, не пропускаєте наступне приймання (ні/так)?

Якщо відповідь «ні» дана на 1-2 питання – пацієнт є неприхильним до терапії, якщо на три – недостатньо прихильним із ризиком переходу до неприхильності.

До методів прямої оцінки прихильності відносяться безпосереднє спостереження за лікуванням, електронні прилади контролю [77], вимірювання концентрації препарату або його метаболіту у крові чи сечі, а також вимірювання рівня у крові біологічного маркера, який додається до препарату [73]. Прямі підходи є досить дорогими, складними для пацієнта. Втім, для деяких препаратів вимірювання концентрації є надійним і поширеним засобом оцінки прихильності.

Непрямі методи оцінки прихильності включають запитання до пацієнта про те, чи нічого не утруднює прийом призначеного препарату, оцінку

клінічної відповіді, підрахунок таблеток, уточнення частоти виписування рецептів, використання опитульників пацієнтів, ведення пацієнтом щоденника прийому ліків, допомогу в оцінці прихильності дітей до лікування особами, які надають допомогу, шкільними медсестрами або вчителями, телефоний контроль. Опитування пацієнтів, ведення щоденника та оцінка клінічної відповіді — методи, які застосовуються порівняно легко, але при опитуванні пацієнта існує певна небезпека неправильної інтерпретації, що може призвести до переоцінки прихильності до лікування.

Використання клінічної відповіді пацієнта для вимірювання прихильності ускладнюється через вплив на клінічні результати багатьох факторів, інших, ніж прихильність до медикаментозного лікування. Найпоширеніший метод оцінки прихильності, крім опитування пацієнта, — підрахунок таблеток (тобто кількості таблеток, які залишаються в упаковці або посудин пацієнта). Простота та емпірична природа цього методу приваблюють багатьох дослідників, але при його використанні з’являється чимало проблем, оскільки пацієнти можуть знищувати таблетки перед візитами, щоб продемонструвати дотримання рекомендацій. Через це підрахунок таблеток не можна вважати надійним виміром прихильності. Крім того, цей метод не забезпечує жодної інформації про інші аспекти прийому препаратів, такі, як час дозування та тривалі перерви у прийомі ліків (наприклад, протягом трьох або більше днів поспіль), які можуть вплинути на клінічні результати.

Індикатори неприхильності до терапії є корисним джерелом інформації для лікарів, яке допомагає виявляти пацієнтів з найбільшою потребою у втручаннях для поліпшення прихильності до прийому ліків. Основні предиктори низької прихильності до лікування:

- психологічні проблеми, особливо депресія;
- когнітивні розлади;
- безсимптомний перебіг захворювання;
- неадекватне планування спостереження;

- побічні ефекти препаратів;
- відсутність віри пацієнта в успіх лікування;
- відсутність розуміння пацієнтом характеру хвороби;
- недостатній зв'язок пацієнта з особою, яка надає медичну допомогу;
- наявність перешкод у наданні допомоги або отриманні препаратів;
- пропуск візитів до лікаря;
- складність лікування;
- вартість препаратів та інших видів лікування [78].

Раса, стать і соціоекономічний статус не асоціювалися з рівнями прихильності до терапії.

Коли ці предиктори виявлені, лікарі мають передбачати можливість низької прихильності до лікування. Втім, навіть пацієнти без таких індикаторів часто пропускають прийом призначених препаратів. Тому варто завжди враховувати можливість неприхильності при відсутності відповіді на терапію.

У дослідженнях прихильності звичайно оцінювали перешкоди для прийому препаратів пацієнтами [79]. Переважно ці перешкоди перебувають під контролем пацієнтів, увага до них є необхідним і важливим кроком у поліпшенні прихильності до лікування. У відповідях на запитання опитувальника пацієнти вказували на такі причини пропуску прийому препаратів: забудькуватість (30%), інші пріоритети (16%), рішення пропустити прийом дози (11%), брак інформації (9%), емоційні фактори (7%); 27% респондентів не вказали причину неприхильності терапії. Лікарі сприяють низькій прихильності до лікування, коли призначають складні схеми терапії, не пояснюють достатньою мірою переваги та побічні ефекти препаратів, не звертають увагу на спосіб життя пацієнта або вартість препаратів, а також через недостатній контакт з пацієнтами.

Системи охорони здоров'я також створюють бар'єри для прихильності до лікування, обмежують доступ до медичних послуг, використовують

обмежені формуляри шляхом переходу на інший формуляр, а також через високу вартість препаратів та значні витрати на інші аспекти надання медичної допомоги. Для поліпшення здатності пацієнта дотримуватися схеми лікування слід розглядати всі потенційні перешкоди для податливості до лікування.

Найбільший ефект матиме підхід, який братиме до уваги здатність пацієнта дотримуватись схеми лікування, а також взаємодію між пацієнтом і медиком, пацієнтом і системою охорони здоров'я

Більшість методів, які застосовувались для поліпшення прихильності до лікування, включали поєднання втручань для корекції поведінки із забезпеченням зручності надання допомоги, наданням освітньої інформації про суть захворювання та його лікування, інші форми нагляду та уваги. Методи, які забезпечують успіх, є складними, необхідні інноваційні стратегії, зручні для рутинного клінічного застосування. З огляду на множинність чинників, від яких залежить прихильність ерапії , потрібен багатофакторний підхід.

Основні стратегії оптимізації здатності пацієнта дотримуватись режиму лікування:

- ідентифікувати неприхильність до терапії;

-пошук маркерів неприхильності: пропуск візитів до лікаря, відсутність відповіді на лікування, відсутність рецептів;

- наголосити значення та ефект дотримання режиму лікування;

- оцінити ставлення самого пацієнта до його здатності дотримуватись режиму лікування і, якщо це необхідно, застосовувати відповідні методи з метою поліпшення прихильності терапії;

- надавати прості, зрозумілі інструкції, спрощувати схему лікування;

- прислухатись до пацієнта та забезпечити відповідність схеми лікування потребам пацієнта;

- отримати допомогу від інших членів сім'ї, друзів і в разі необхідності соціальних служб;

- підтримувати бажану поведінку та підкреслювати отримані результати, якщо це потрібно;

- якщо забезпечити прихильність до терапії малоймовірно, варто розглянути можливість застосування тих препаратів, на ефективність яких пропуск дози або затримання її прийому не впливають: препарати з більшим періодом півжиття, форми депо (із сповільненим вивільненням), трансдермальні засоби [80-81].

Можливості лікарів діагностувати неприхильність є обмеженими, а втручання з метою поліпшення прихильності дали неоднозначні результати. Низька прихильність до схем медикаментозного лікування призводить до істотного погіршення перебігу захворювання, випадків смерті та суттєвого зростання витрат на лікування. Серед усіх надходжень у госпіталі, якимось чином пов'язаних з медикаментозним лікуванням, у США 33–69% зумовлені низькою прихильністю до лікування. Витрати на надання допомоги становлять приблизно 100 млрд доларів на рік. Учасники клінічних досліджень, які не виконують рекомендацій з прийому ліків (активних препаратів чи плацебо), мають гірший прогноз, ніж ті, які дотримуються відповідних рекомендацій. Отже, прихильність до терапії є предиктором кращих результатів, а отримання даних щодо прихильності є важливою частиною клінічних досліджень.

Експерти ВООЗ (2003) [70] запропонували стратегії, завдяки яким через вплив на фактори, що залежать від терапії, можна покращити прихильність хворого до лікування:

— спрощення режиму прийому препаратів;

— з'ясування причин попередніх невдач;

— вибір одноразового режиму прийому медикаментів на добу;

— уникнення частих змін у режимі лікування;

— намітити раціональні строки досягнення цілі лікування;

— запобігання появі побічних ефектів.

У цьому ж документі названі персональні фактори, що визначають прихильність терапії: якісний контакт між лікарем та хворим, довіра хворого до лікаря, роз'яснення хворому мети та завдань терапії, прості, чіткі інструкції для хворого, самоконтроль пацієнта та планове спостереження лікарем.

Ряд експертів із лікування АГ до цих рекомендацій додали ще одне положення: лікар не повинен заспокоюватися, поки не буде досягнуто мети лікування.

Однак, незважаючи на існуючі в літературі дані щодо предикторів порушення прихильності, наголошується необхідність визначення прихильності у конкретного пацієнта, особливо у випадку неефективного лікування. Отже, розробка доступних та зручних способів оцінки прихильності до лікування залишається актуальним завданням дослідників та практичних лікарів.

Опитувальники мають певний ступінь суб'єктивності, але залишаються одними із найпопулярніших способів оцінки прихильності до лікування завдяки зручності використання та доступності, можливості вивчення проблеми з урахуванням більшості складових прихильності, які стосуються не тільки прийому ліків, а й інформованості хворого, модифікації способу життя, задоволеності взаємовідносинами із лікарем та якістю медичної допомоги. Адже саме анкетування дозволяє якісно виявити складності адекватної прихильності певної когорти хворих з метою обґрунтування і розробки шляхів її покращення [81]. Безсумнівними перевагами шкали Моріски –Гріна є її універсальність, доступність, лаконічність, недоліками – невисока чутливість (44%) і специфічність (47%) [82]. Є варіант цієї шкали, який містить 8 питань, але її чутливість і специфічність залишаються невисокими (51% і 64% відповідно)

Дослідження прихильності до терапії пацієнтів з ЦД свідчать про те, що цей показник є низьким і коливається 38,6 до 63%.[79,81,82,83]. Для досягнення прихильності до терапії значення надається не тільки контролю

прихильності до терапії, але й навчанню пацієнтів , підвищенню їхньої інформованості про ЦД , шляхи досягнення прихильності до лікування для підвищення якості життя з хворобою. Ця проблема була дискусійною на початку століття [84]. Але натепер оприлюднено багато досліджень, які показують, що досягнення прихильності терапії хворих на цукровий діабет сприяє покращенню показників якості життя [85- 88).

РОЗДІЛ 2

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ. РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ

2.1. Матеріали та методи

Якість життя, пов'язана зі здоров'ям, досліджена у 28 хворих на ЦД, 20 жінок та 8 чоловіків, у віці від 20 до 70 років, у середньому 41,8±16,1 років. 14 хворих страждали на ЦД типу 1, 14 на ЦД типу 2. У 13 пацієнтів виявлено надлишкову масу тіла (індекс маси тіла, ІМТ, коливався від 32,5 до 50кг/м^2. АГ 2ст виявлено у 20 пацієнтів (від 140/90 до 160/100мм рт.ст).

Гіперглікемія була у всіх пацієнтів : рівень глюкози у крові коливався від 6,3 до 24,5 ммоль/л. ; глюкозурію виявлено у 19 хворих (від 1,1 до 9,8 ммоль). Спрага, поліурія, слабкість турбували усіх пацієнтів.

У групі пацієнтів із ЦД типа 2 хворі старших вікових груп складали 35 %, серед пацієнтів ЦД типа 1 75% складали хворі віком від 20 до 30 років (75 %). Надлишкова маса тіла при ЦД типа 2 складала у середньому 33,6 + 5кг/м2, при ЦД типа1-23,5+3,4кг/м2. .

Основним методом обстеження хворих був опитувальник SF – 36.

Крім того, було розроблено «Карту дослідження хворого на цукровий діабет» (додаток 3), яка заповнювалася на підґрунті даних «Медичної карти стаціонарного хворого» під час перебування пацієнтів у стаціонарі..

Результати дослідження ЯЖ пацієнтів опитувальником SF–36 опрацьовувалися за допомогою спеціальної комп'ютерної програми і оцінювалися в балах від 0 до 100 [www.sf-36.org/demos/SF-36.html].

Цифрові значення отриманих індексів опрацьовувалися статистично програмою Excel Windows XP.

2.2. Якість життя хворих на цукровий діабет згідно сумарних шкал опитувальника MOS SF-36

ЯЖ оцінювалася за показниками двох сумарних шкал опитувальника SF – 36 «Фізичне здоров'я», PCS, і «Психічне здоров'я», MCS. Ці показники у пацієнтів з ЦД в цілому пр групі є нижчими у порівнянні з відповідними показниками осіб без ЦД: PCS 36,2±5,6 бали, MCS – 32,0± 4,2 бали, в контрольній групі – 52,3±5,6 і 44,0±8,0 відповідно (мал. 2.2.1). .

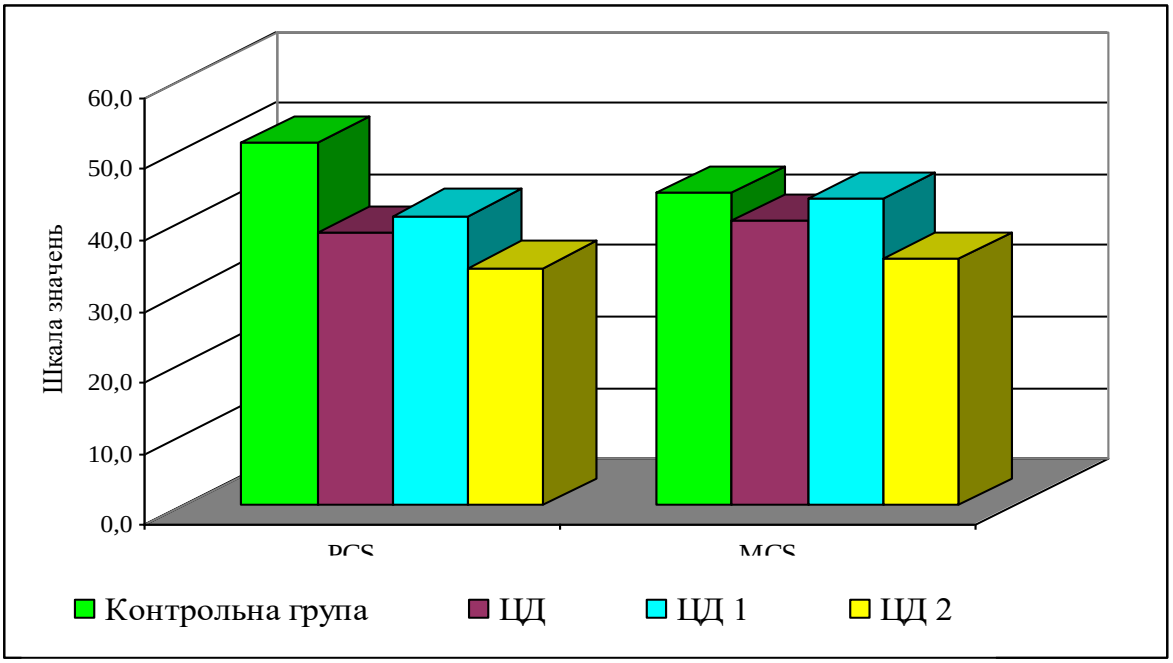


Рис. 2.2.1. Оцінка якості життя у хворих на ЦД за показниками сумарних шкал (PCS і MCS) опитувальника SF−36.

ЯЖ при ЦД типа 2 є нижчою, ніж при ЦД типа 1: PCS складає в середньому 32,4±5,8 і 43,7± 8,9 балів; MCS − 32,5± 4 и 44,8 ± 5,9 балів. Такі відмінності можуть пояснюватися із старшим віком, частотою АГ, ІХС, СН у пацієнтів з ЦД типа 2. Показник фізичного здоров'я є вищим, ніж

психічного, при ЦД типа 1. .

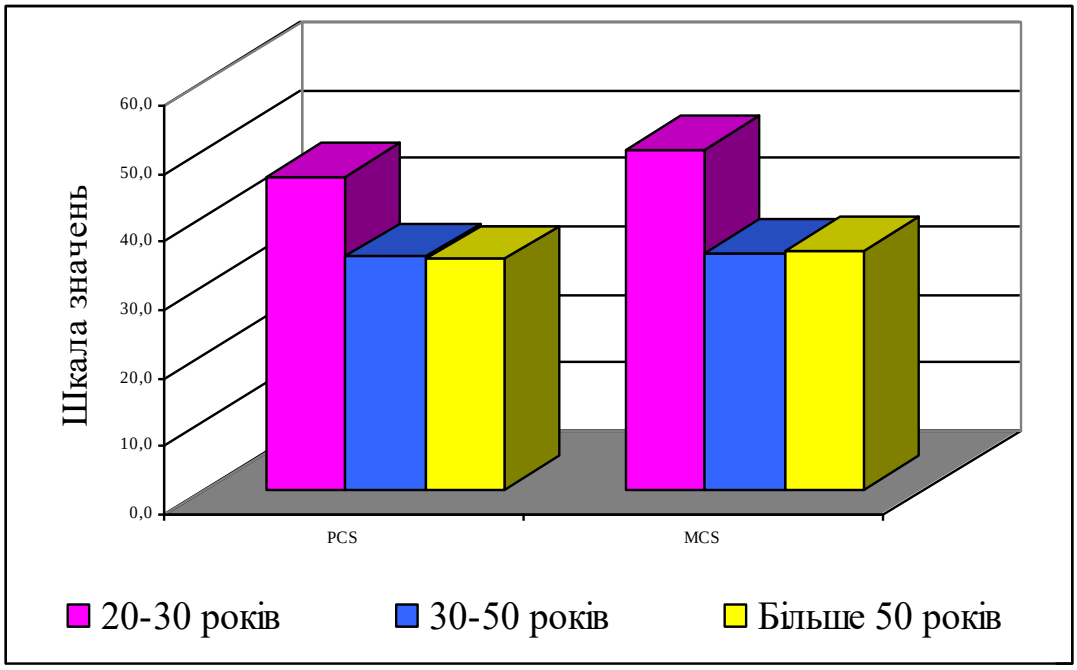


Рис. 2.2.2. Показники сумарних шкал (PCS і MCS) опитувальника SF−36 у хворих ЦД в залежності від віку.

Пацієнти були розподілені на 3 групи в залежності від віку: 20-30 років (1 група), 30-50 років (2 група), старші за 50 років (3 група).

У пацієнтів 1 групи PCS складав 45,0±7,6 бали, MCS – 48,9±6,8 бали. У 2 і 3 групах показники були значно нижчими: у 2 групі PCS − 33,5±8,4 бали, MCS – 33,7±6,0 бали, у 3 групі – PCS 34,6±6,9 бали, MCS – 37,1±10,5 бали (рис. 2.2.2).

Таким чином, зі збільшенням віку показники ЯЖ у хворих на ЦД прогресивно знижуються. Це ймовірно може бути бути пов’язаним з розвитком супутніх хвороб, вікового зниження адаптації

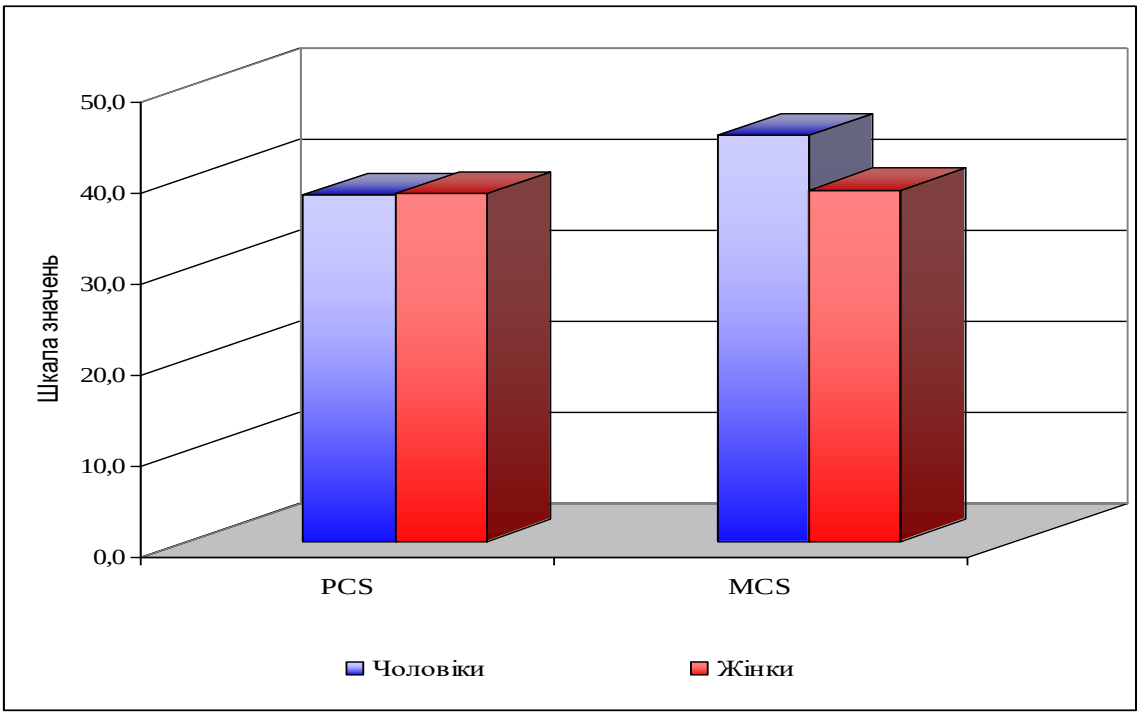


Рис. 2.2.3. Показники сумарних шкал (PCS і MCS) опитувальника SF−36 у хворих на ЦД в залежності від статі.

Аналіз ЯЖ в залежності від статі показав, що чоловіки вище оцінюють стан свого психічного здоров'я, ніж жінки: 42,4±6,4 й 37,96±9,3 балів відповідно (мал. 2.2.3). Показник фізичного здоров'я не відрізнявся в обох групах: 37,0± 8,8 и 38,2±9,3 балів.

Показники ЯЖ є вищими при ІМТ, меншим за 30 кг/м^2: PCS − 41,3 ±8,3 бали, MCS − 45,0±6,9 бали, у хворих з ІМТ, більшим за 30 кг/м^2, PCS смкладав 31,5±7,5; MCS − 35,1±1,0. (мал. 2.2.4).

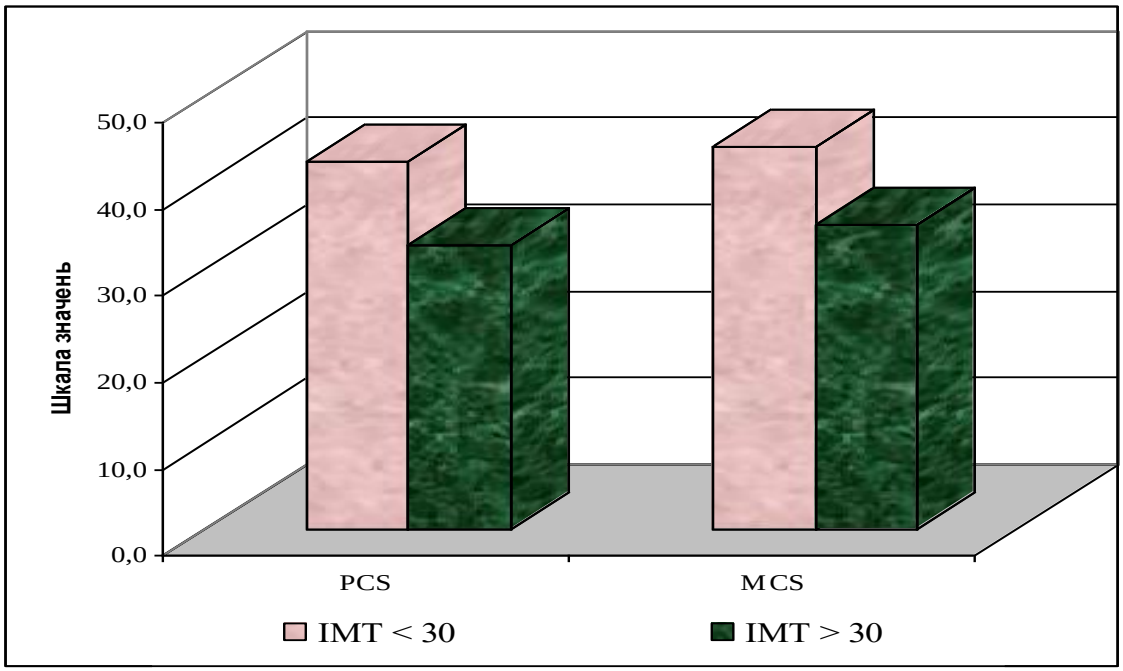


Рис. 2.2.4. Показники сумарних шкал (PCS і MCS) опитувальника SF−36 у хворих на ЦД в залежності від маси тіла.

Виявлено вплив АГ на фізичне і психічне здоров'я: у осіб з АГ PCS складає у середньому 36,0±9,3 балів, MCS − 38,3±11,3 бали; при нормальному АТ ці показники складають 43,0±7,6 і 45,5±9,7 (мал.2.2.5).

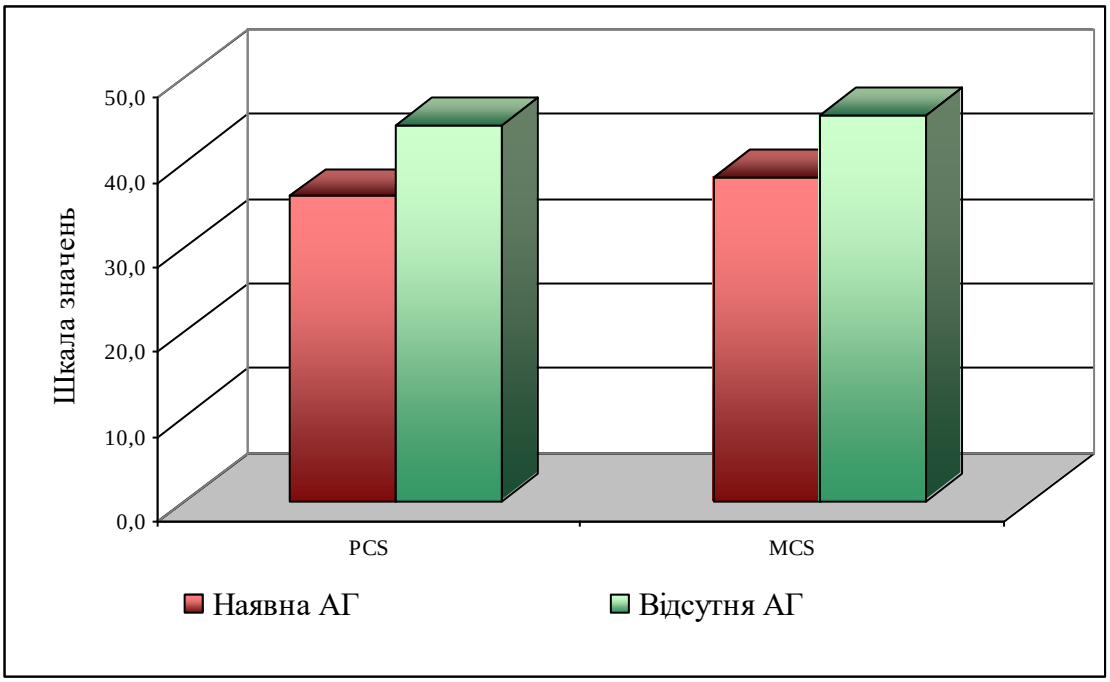


Рис. 2.2.5. Показники сумарних шкал (PCS і MCS) опитувальника SF−36 у хворих на ЦД в залежності від рівня АТ.

У пацієнтів з ЦД типу 1 PCS при АГ складає 34,7 бали, у пацієнтів з нормальним АТ – 44,6 балів; MCS складає 39,6 і 48,2 бали

2.3. Оцінка окремих показників фізичного здоров'я опитувальника MOS SF-36 у хворих на цукровий діабет.

Опитувальник SF−36 містить наступні показники фізичного здоров'я: «Фізичне функціонування» (PF), у пункті 3 опитувальника, та віддзеркалюють вплив стану здоров'я на фізичну активність; «Роль фізичних функцій» (RP), пункт 4 опитувальника, відбиває оцінку пацієнтом впливу фізичного стану на повсякденну активність; «Фізичний біль» (BP), пункт 7 та 8 й стосуються наявності болю, його інтенсивності й впливу болю на роботу; «Загальне здоров'я» (GH), 1 та 11, залежать від оцінки пацієнтом свого здоров'я у порівнянні з його рівнем рік тому, з хворобами інших пацієнтів та прогнозу перебігу хвороби.

Табл 2.3.1.

Показники фізичного здоров'я у здорових осіб та у хворих на цукровий діабет

Показники	**Контрольна група**	**ЦД**	**ЦД тип 1**	**ЦД тип 2**
PF	88,0±8,9	37,5± 9,2*	43,6±9,1,* **	30,5±8,1* **
RF	83,0±28,9	38,5±10,0*	42,7±10,1* **	34,7± 9,3* **
BP	44,0±10,0	43,7±11,3	48,5±9,4	34,7± 8,6* **
GH	63,0±17,8	34,8±7,8*	34,1±8,1*	32,6±9,4*

*Примітка: * - вірогідні відмінності у порівнянні з контрольною групою при p<0,05*

*** - вірогідні відмінності у порівнянні з іншими групами при p<0,05*

Показник фізичних функцій PF ґрунтується на аналізі оцінки пацієнтом впливу на його активність значних, помірних навантажень, підйому по сходах, нахилення, присідань, тривалих прогулянок, ванни, переодягання. В цілому по всій дослідженій групі пацієнтів цей показник склав 35,6±11,2 бали, в контрольній групі − 88±8,9 бали, p<0,05 (табл. 2.3.1) ; при ЦД типу 1 він складав у середньому 43,7±10,0, при ЦД типу 2 – 31,5±11,4 бали.

Таблиця 2.3.2

Вплив віку та статі на показники фізичного здоров'я у хворих на ЦД

Показники	**20-30 р.**	**30-50 р.**	**Більше 50 р.**	**Чоловіки**	**Жінки**
PF	48,4±6,0*	36,2±10,1*	32,7±11,4*	38,0±10,9	37,7±11,4
RF	51,2±5,4*	38,2±11,5*	34,7±12,3*	37,4±11,4	41,0±11,8
BP	52,6±5,9*	33,4±6,0*	37,5±10,8*	45,8±12,3	42,0±10,2
GH	36,3±5,4	37,7±6,2	32,5±9,8	38,9±11,21	31,7±8,1

*Примітка: * - вірогідні відмінності у порівнянні з іншими групами при p<0,05*

У залежності від ІМТ хворих було поділено на 2 групи: ІМТ>30 кг/м^2, ІМТ<30 кг/м^2. (табл. 2.3.3).

Таблиця .2.3.3

Вплив ІМТ та АГ на показники фізичного здоров'я у хворих на ЦД

Показники	**Наявна АГ**	**Відсутня АГ**	**ІМТ <30**	**ІМТ>30**
PF	34,2±10,8*	49,3±6,9*	45,7±11,0*	31,0±10,2*
RF	38,7±11,5*	46,7±11,4*	43,7± 8,4*	32,9±9,4*
BP	43,2±12,0*	46,4± 9,4*	47,3±11,0*	38,3±10,9*
GH	33,4±9,2	36,8±3,3	34,5±5,1	32,8±7,8

*Примітка: * - вірогідні відмінності у порівнянні з іншими групами при $p<0,05$*

Артеріальна гіпертензія чинить значний вплив на показник PF ЯЖ: у пацієнтів з підвищеним артеріальним тиском він складає в середньому 34,5±10,8 балів, при нормальному АТ – 47,5 ±8,9 балів (табл. 2.3.1, - 2.3.3)

.

Роль фізичних функцій (RF) оцінюється за витратами часу на роботу, обмеження у роботі, необхідності додавання більших зусиль під час виконання звичайної роботи.

Показник RF при ЦД типу 1 був вищим, ніж при ЦД типу 2; у віковій групі 20-30 років; гендерного впливу на цей показник не виявлено. Цей показник був зниженим при збільшенні ІМТ і АТ .

Показник фізичного болю (BP) віддзеркалює оцінку пацієнтом сили, інтенсивності болю, його впливу на звичайну роботу. Цей показник був знижений при ЦД 2 типу, у старших вікових групах.

Показник загального здоров'я (GH) ґрунтується на пунктах 1 та 11 опитувальника (рейтинг здоров'я, оцінка вираженості хвороби, прогнозування її перебігу). Цей показник був зниженим при обох типа хЦД і при ІМТ більше за 30 кг/м2. Нами не виявлено залежності цього показника від типу діабету, віку, статі пацієнтів.

2.4. Оцінка окремих показників психічного здоров'я опитувальника MOS SF-35 у хворих на цукровий діабет.

У опитувальнику SF−36 оцінка впливу психічного здоров'я на якість життя грунтується на 4 показниках: «Життєздатність» (VT), «Соціальні функції» (SF), «Роль емоцій» (RE), «Психічне здоров'я» (MH). Результати досліджень впливу показників психічного здоров я відбито у таблицях 2.4.1. – 2.4.3.

Показник життєздатності ґрунтується на відповідях пацієнта на питання пункту 9 (a, e, g, i), які оцінюють відчуття бадьорості, приливу енергії, виснаженості, втомленості.

Таблиця 2.4.1

Показники психічного здоров'я у здорових осіб та хворих на цукровий діабет

Показники	**Контрольна група**	**ЦД**	**ЦД тип 1**	**ЦД тип 2**
VT	67,0±13,0	44,8±10,3* **	48,0±9,0*	35,7±7,8*
SF	86,0±16,4	41,4±11,2* **	45,7±10,0*	37,2 ±11,6*
RE	75,0±31,5	34,7±10,3* **	38,3±11,6	33,4±13,4
MH	50,0±11,3	39,5±12,8* **	44,7±10,8*	27,5±12,5*

*Примітка: * - вірогідні відмінності у порівнянні з контрольною групою при p<0,05*

*** - вірогідні відмінності у порівнянні з іншими групами при p<0,05*

Таблиця 2.4.2

Вплив віку та статі на показники психічного здоров'я у хворих на ЦД

Показники	20-30 р.	30-50 р.	Більше 50 років	Чоловіки	Жінки
VT	54,2±6,5*	35,0±7,8*	35,5±10,7*	47,4±5,9	41,8±11,4
SF	52,4±7,8*	26,3±5,0*	38,4±11,8*	48,4±6,0	42,62±10,4
RE	48,2±6,6*	35,6± 9,0*	31,5±12,3*	33,1±11,6	37,4±11,5
MH	49,5±8,6*	33,5±8,3*	29,0±10,1*	46,8±9,4*	34,8±12,7*

*Примітка: * - вірогідні відмінності у порівнянні з іншими групами при $p<0,05$*

Показник соціальних функцій (SF) ґрунтується на аналізі пунктів 6 та 10 (ступінь та тривалість соціальної активності).

У кластері «психічне здоров'я» оцінюється також показник «Роль емоцій» (RE), який ґрунтується на пунктах 5a, в, с (більше часу на роботу, менший об'єм роботи, неможливість виконувати звичайну роботу).

Таблиця 2.4.3

Вплив ІМТ та АГ на показники психічного здоров'я у хворих на ЦД

Показники	Наявна АГ n=24	Відсутня АГ n=6	ІМТ <30 n=17	ІМТ>30 n=13
VT	41,7±11,1*	48,7±5,5*	47,2±9,6*	38,7±9,5*
SF	39,9±12,9*	49,0±6,6*	45,0±12,4*	38,7±11,5*
RE	33,0±12,8*	43,0±12,3*	39,9±11,9*	30,0±13,3*
MH	36,4±16,6*	44,0±7,2*	44,7±10,1*	30,2±16,1*

*Примітка: * - вірогідні відмінності у порівнянні з іншими групами при $p<0,05$*

Показник «Психічне здоров'я» (MH) ґрунтується на оцінюванні пункту 9 b, c, d, f, h (нервовість, безпорадність, миролюбність, зневіра,

пригніченість, відчуття щастя), необхідність збільшити кількість часу, який вони витрачали на роботу, виконували роботу не так ретельно, як завжди, виконували менше роботи, ніж завжди. Також пацієнти з гіршими показниками згідно цієї шкали значно рідше відчували себе бадьорими та енергійними, частіше – виснаженими та втомленими, відзначали ускладнення соціальних контактів у зв'язку з емоційним станом, нервовість, пригніченість, смуток.

2.5. Прихильність до терапії хворих на цукровий діабет

Прихильність до терапії оцінювалася за домогою шкали Моріски – Гріна: 4 «ні» у відповідях на питання шкали свідчили про повну прихильність, 3 «ні» - про недостатню, 2 та 1 «ні» розцінюються як ознака повної неприхильності до терапії . Аналіз прихильності до терапії в цілому у всіх 30 досліджених пацієнтів показав, що прихильними до терапії є 46,5%, недостатньо прихильними і неприхильними 53,9%. Найкращими показники прихильності виявилися при ЦД типу 1: прихильними до терапії були 62,5%, неприхильними і недостатньо прихильними було 37,5%

. При ЦД типу 2 є

прихильними до терапії були 28,5 %, недостатньо прихильними 71,4% пацієнтів.

Жінки були більше прихильними до терапії, ніж чоловіки прихильними були 54,5% жінок і 25% чоловіків, недостатньо прихильними і неприхильними 45,32% жінок і 75 % чоловіків.

Прихильність до терапії значно знижується у старших вікових групах пацієнтів: у групі 20-50 р. прихильними до терапії були 50% пацієнтів, недостатньо прихильними і неприхильними 49,9% . У групі пацієнтів, старших за 50р.) прихильними до терапії виявилися 25%, недостатньо прихильними і неприхильними 50%).

Прихильність до терапії проаналізована також в залежності від ІМТ. В групі пацієнтів з ІМТ < за 30кг/м^{2}прихильними терапії були 47%,

недостатньо прихильними і неприхильними 52,9% . У групі пацієнтів з ІМТ > за 30кг/м^2 прихильними до терапії було 23%, недостатньо прихильними і неприхильними 76,15%. аким чином, найнижча прихильність до терапії серед усіх пацієнтів виявлена у групі пацієнтів з ожирінням. Наймовірніше, це можна пояснити тим, що пацієнти з ожирінням страждали на ЦД типу2, належали до старшої вікової групи і мали підвищений артеріальний тиск.

Прихильність терапії значно знижується при артеріальній гіпертензії. У групі пацієнтів з АГ неприхильними до терапії і недостатньо прихильними були 79,1%, прихильними 20,8% В групі пацієнтів з нормальним АТ прихильними до терапії були 66%, недостатньо прихильними і неприхильними 32,1%.

Варто наголосити, що прихильність до терапії співпадає з показниками ЯЖ. Так, зниження якості життя і прихильності до терапії найбільше виражені при ЦД типу 2, у старших вікових групах, при ожирінні і особливо при АГ. Не виявлено зв'язку між прихильністю до терапії та ЯЖ в залежності від статі: прихільність до терапії у жінок була вище, ніж у чоловіків, сумарний показник фізичного здоров'я PCS у чоловіків і жінок був однаковим, сумарний показник психічного здоров'я MCS був вищим у чоловіків.

РОЗДІЛ 3
ОБГОВОРЕННЯ РЕЗУЛЬТАТІВ

Цукровий діабет (ЦД) – проблема глобального рівня, яка є тяжким людським та соціально-економічним тягарем для будь-якої країни світу, незалежно від рівня її економічного розвитку та доходів населення. Про це свідчать епідеміологічні дані щодо діабету, опубліковані у 2000 році в першому Атласі Діабету Міжнародної Діабетичної Федерації (IDF) та всіх його 6 наступних виданнях. Кінець XX і початок XXI ст. ознаменувалися значним поширенням цукрового діабету. Зростання захворюваності дає змогу говорити про епідемію цукрового діабету. Щорічно в світі

реєструється 3 млн смертей, обумовлених цукровим діабетом, тобто кожні 10 секунд помирає 1 хворий на цукровий діабет. Коментуючи висновки фахівців, директор Центру діабету при Всесвітній організації охорони здоров'я (ВООЗ) та Міжнародного інституту з дослідження діабету в Австралії П. Зіммет сказав: «Гряде глобальний цунамі діабету, катастрофа, яка стане кризою охорони здоров'я XXI століття, це може вперше за останні 200 років знизити тривалість життя в глобальному масштабі» [6].

Встановлено, що поширеність цукрового діабету зростає серед населення країн світу в залежності від регіону, рівня економічного розвитку країни, статі та віку. Так, за висновками IDF спостерігається тенденція найбільшого розповсюдження діабету серед урбанізованого (міського) працездатного населення країн, що розвиваються, у осіб віком 40–59 років приблизно однаково як чоловічої, так і жіночої статі. Прогнозується, що до 2030 року кількість хворих на діабет збільшиться до 552 млн, а до 2035 – до 592 млн. За даними IDF, у світі мешкає до 183 млн осіб із недіагностованим цукровим діабетом, що становить 50 % від діагностованих випадків. Якщо підсумувати кількість пацієнтів з цією патологією і порушенням толерантності до глюкози, то практично у кожного з 10–12 жителів планети існує порушення функції підшлункової залози. Існує так зване «правило половини», яке говорить про те, що із всіх осіб, хворих на діабет, діагноз встановлений тільки у 50 %. З тих, у кого діагноз встановлений, лікування отримують 50 %, з них тільки 50 % намагаються досягти цільових показників лікування і тільки 50 % дійсно домоглися бажаного результату лікування. Отже, із всіх хворих на ЦД тільки 6% пацієнтів мають бажаний результат лікування, що обумовлює велику кількість ускладнень діабету, випадків непрацездатності та смертності.

За даними Центру медичної статистики МОЗ України, станом на 2013 рік зафіксовано 1380047 хворих на цукровий діабет, вперше виявлений діабет у 123422 хворих, відповідно поширеність його 3041,6 на 100 тис. населення та первинна захворюваність – 272,0 на 100 тис. населення

України, в той час, як у 2003 році поширеність складала 1961,0 на 100 тис. населення, первинна захворюваність – 170,8 на 100 тис. населення. Приріст показника поширеності цукрового діабету за 2003–2013 рр. склав по Україні +55,1%, показник первинної захворюваності (виявлення) цукрового діабету за 2004–2013 роки в Україні зріс на 59,2 %. На 1 січня 2016 року в країні зареєстровано 1223604 хворих на цукровий діабет (дані надані без урахування статистики АР Крим та окупованих територій Донецької та Луганської областей). З них понад 200 тисяч пацієнтів є інсулінозалежними.

Отже, за останні 10–15 років захворюваність та поширеність цукрового діабету в Україні збільшилася у 2 рази, переважає захворюваність міського населення, що відповідає світовим тенденціям. Чисельність хворих збільшується, в основному, за рахунок хворих на цукровий діабет 2-го типу. Усе це дозволяє констатувати розвиток епідемії цукрового діабету в цілому світі й в Україні зокрема.

Обговорюються можливості управління цукровим діабетом, підвищення ефективності надання медичної допомоги, покращення ЯЖ хворих на цукровий діабет. Для дослідження якості життя застосовуються опитувальники, які відрізняються об’ємом досліджень, часом, необхідним для заповнення анкет, засобами заповнення і кількісною оцінкою показників ЯЖ [55, 56]. Найбільше популярним з опитувальників, які застосовуються для дослідження ЯЖ є SF -36, коротка міжнародна форма медичного дослідження, апробована для оцінки якості життя при дослідженні загальних і конкретних верств населення, в тому числі, у пацієнтів із ЦД. Отримані дані неоднозначні, тому продовження таких досліджень є актуальним і перспективним.

Ступінь зниження ЯЖ пропорційна тяжкості перебігу хвороби, показники ЯЖ змінюється з плином часу в залежності від стану пацієнта, що дозволяє здійснювати моніторинг перебігу хвороби, ефективність лікування, оцінити вплив хвороби на психіку, емоції, роль у соціумі, самооцінку пацієнта. Раціональне лікування зменшує прояви хвороби і

покращує ЯЖ. Обговорюється вплив на показники ЯЖ різних режимів лікування: безперервні підшкірні інфузії інсуліну, «консенсусна терапія», часті введення інсуліну, використання аналогів інсуліну, тощо. Показано, що інсулінотерапія може знижувати якість життя в зв'язку з гіпоглікемічними ускладненнями, відчуттям загрози тяжкості хвороби.

Одним із вагомих чинників, які знижують ЯЖ, є неприхильність пацієнтів до терапії. Прихильність до терапії ВООЗ визначає як ступінь відповідності поведінки пацієнта рекомендаціям лікаря. ВООЗ наголошує, що незадовільна прихильність є одним з факторів ризику при будь-яких захворюваннях, знижує ефективність і підвищує витрати на лікування, погіршує прогноз хвороби і життя.

Прихильність до терапії вивчається за допомогою прямих і непрямих методів: самостійна звітність, підрахування кількості звернення за ліками, вимірювання концентрації препарату або його метаболіту у крові чи у сечі,, вимірювання у крові біологічного маркера, який додається до препарату, тощо. Золотим стандартом вважаються мікроелектронні пристрої МЕМС та еВЕМ, які реєструють кожне відкриття упаковки препарату. Але всі прямі методи є досить коштовними, вимагають від пацієнта регулярного контролю біологічних рідин. Тому популярними є методи анкетування пацієнтів за допомогою тестів, шкал, індексів. Найпростішим з них і досить інформативним є шкала прихильності до терапії Моріски-Гріна, яка складається з 4-х або 8 питань до пацієнта. Дослідження прихильності до терапії дозволили виявити причини неприхильності, яка при ЦД коливається від 31до 60%: поліпрагмазія, небажані явища при вживанні препаратів,, тяжкий стан, погане самопочуття, забудькуватість, сумніви про корисність лікування, низька інформованість пацієнта про свою хворобу. Опрацьовуються шляхи підвищення прихильності, що є одним із ефективних засобів покращення здоров'я населення, яке може перевищувати усі методи лікування. Проблеми ЯЖ і прихильності до терапії містять багато аспектів, є багатофакторними і складними у діагностичному

аспекті. Оприлюднено дослідження, які показали залежність ЯЖ пацієнтів з ЦД від прихильності до терапії. Особливе значення надається дослідженням ЯЖ і прихильності до терапії при хронічних захворюваннях, що вимагають тривалого пожиттєвого лікування. Такою хворобою є цукровий діабет.

Досліджено ЯЖ і прихильність до терапії у 28 хворих на ЦД, 20 жінок і 8 чоловіків. У 14 пацієнтів діагностовано ЦД типу 1, у 14- ЦД типу 2. У всіх пацієнтів констатовано тяжку форму хвороби, ускладнену розвитком універсальної діабетичної нефропатії. Всі пацієнти отримували інсулінотерапію, частина хворих на ЦД типу 2 – комбіновану з пероральними цукрознижуючими препаратами.У всіх пацієнтів виявлено гіперглікемію (від 6,3 до 24,5 ммоль/л, глюкозурія констатована у 19 пацієнтів (1,1-9,8 ммоль/л). У 13 пацієнтів виявлено ожиріння, у 24 констатовано АГ.

ЯЖ досліджувалася за допомогою короткої форми загального міжнародного опитувальника SF–36, прихильність до терапії вивчалася за шкалою Моріски-Гріна (4-item Morisky Medication Adherence Scale, MMAS).

Згідно результатам проведеного дослідження, ЯЖ пацієнтів з ЦД діабетом була зниженою по двом сумарним показникам (PCS – «фізичне здоров'я», MCS − «психічне здоров'я»), особливо при ЦД типу2. Варто наголосити, що MCS є вищим за PCS при ЦД типу1, що свідчить про те, що молоді пацієнти, які страждають на ЦД1 типу, краще адаптуються до хвороби. Низькі показники ЯЖ при ЦД типу 2 можна пояснити тим, що у пацієнтів цієї групи частіше спостерігається АГ, ожиріння, ІХС, СН, вони відносяться до старшої вікової групи.

При аналізі впливу віку на ЯЖ виявлено, що найвищі показники спостерігаються в групі пацієнтів віком 20-30р. Зі збільшенням віку показники ЯЖ прогресивно знижуються. Це може віддзеркалювати природне зниження ЯЖ, пов'язане з розвитком коморбідних захворювань, вікових порушень адаптації .

Виявлено певні гендерні відмінності оцінки ЯЖ: чоловіки у цілому вище оцінюють стан психічного здоров'я, ніж жінки. Фізичне здоров'я обидві групи оцінюють однаково низько. Очевидно, жінки гірше адаптуються до хвороби, ніж чоловіки.

Надлишкова маса тіла, ожиріння, АГ знижують обидва сумарні показники ЯЖ.

Проаналізовано також окремі показники ЯЖ при ЦД. Виявлено значне зниження показнику фізичних функцій PF в цілому при ЦД, особливо при ЦД типа2. Цей показник погіршується з віком пацієнта, починається це погіршення після 30 років. Не виявлено гендерих відмінностей показника PF, але він значно погіршується у пацієнтів з надлишковою масою тіла, при АГ. Аналогічні зміни відбуваються у показнику ролі фізичних функцій RP.

Показник фізичного болю,BP, при ЦД типа1 знаходится на рівні показника контрольної групи, при ЦД типа 2 є достовірно зниженим, це можна пояснити наявністю у осіб старшого віку ішемічної хвороби серця, артритів, інших супутніх хвороби, які знижують цей показник ЯЖ.

Показник загального здоров я, GH, був зниженим незалежно від типу діабета, віка, статі, ІМТ, і навіть від АГ, яка впливає негативно на майже всі інші показники ЯЖ.

Окремі показники психічного здоров'я в цілому в обстежених пацієнтів були також зниженими, але значно менше, ніж показники фізичного здоров'я, за виключенням пацієнтів з ЦД типа 2. Показник життєздатності,VT, був найвищим у віковій групі 20-30р., у чоловіків був трохи вищим, ніж у жінок (недостовірно), значно зниженим при надлишковій масі тіла та ожирінні. АГ не впливає на цей показник.

Показник соціальних функцій , SF, значно знижений при ЦД типа 2, підвищеному ІМТ, у старших вікових групах, при АГ.

Показник «роль емоцій», RE, не залежить від типу діабету, статі пацієнтів. Цей показник значно знижується при АГ і у середній віковій

групі (30-50 р.).У старшій віковій групі (більше за 50р.) RE зростає. Можливо це пояснюється тим, що старші пацієнти призвичаюються до своєї хвороби, приймаютьїї як себе, усвідомлюють можливість існування разом з цією недугою, знаходять своє нове місце у житті.

Показник «Психічне здоровя», МН, був зниженим в усій групі досліджених пацієнтів, у пацієнтів з ЦД типу 2, при збільшеному ІМТ, у хворих, старших за 30 років,при АГ. Найвищим цей показник бів у пацієнтів з ЦД типу1, не дивлячись на те, що у них була універсальна діабетична ангіопатія та інші ускладнення ЦД.

Таким чином, ЯЖ була значно зниженою у пацієнтів із ЦД типу2, підвищеній маси тіла, при АГ. Необхідно звертати особливу увагу на стан психічного здоров я у пацієнтів віком від 30 до 50 років.

Аналіз показників ЯЖ за допомогою міжнародного загального опитувальника дозволяє оцінити внутрішню картину хвороби, як пацієнт ставиться до своєї хвороби, розуміє і сприймає її.

Аналіз прихильності до терапії за шкалою Моріски – Гріна хворих на цукровий діабет, показав, що тільки 45,5% пацієнтів з цукровим діабетом є прихильними до терапії. Особливо низькою прихильність до терапії відмічена у хворих на ЦД типу2: прихильними до терапії були тільки 28,5% хворих. При ЦД типу1 прихильними до терапії були 62,5% обстежених пацієнтів. Прихильність до терапії у жінок була вищою, ніж у чоловіків (54,5% і 25% відповідно). У пацієнтів з надлишковою масою тіла прихильність до терапії знижується. При АГ прихильність до терапії була найнижчою з пацієнтів усіх груп і складала 20,8%, у нормотензивних пацієнтів – 79,1% Ці розбіжності між показниками прихильності можуть пояснюватися поліпрагмазією в зв’язку з коморбідністю (всі пацієнти при ЦД типу 2 страждали на АГ, ІХС, мали надлишкову масу тіла та ожиріння, лікувалися у кардіолога), когнітивними розладами у пацієнтів старшого віку, економічними чинниками, бажанням «відпочити від лікування», побічними ефектами лікування, відсутністю віри пацієнта в ефективність

терапії. Бесіди з пацієнтами свідчили про їхню недостатню інформованість про хворобу, особливості лікування, способу життя при ЦД. Співставлення показників ЯЖ з результатами аналізу прихильності терапії показало, що неприхильність до терапії є однією з причин зниження ЯЖ: саме при ЦД типу 2 є найнижчими показники ЯЖ і прихильності до терапії. Велика роль у підвищенні прихильності до терапії належить лікарю і медичній сестрі: медична сестра має виявляти неприхильність пацієнта до терапії, аналізувати її причини, інформувати лікаря, оцінити ставлення пацієнта до режиму лікування, дати прості зрозумілі інструкції, обговорити з пацієнтом його потреби та побажання, при можливості урахувати їх, контролювати виконання режиму лікування. У досягненні прихильності до терапії важливими є відносини між лікарем, медичною сестрою і пацієнтом, довіра пацієнта до медичного персоналу. Шкала Моріски-Гріна є орієнтовним скринінговим методом дослідження прихильності в зв'язку з його недостньою чутливістю та специфічністю, але ця шкала є одним з найпопулярніших методів оцінки прихильності до лікування завдяки доступності, дозволяє виявити причини неприхильності до терапії, опрацювати підходи до її подолання. Необхідно підвищувати інформованість пацієнта про хворобу, методи лікування та профілактики, забезпечивати пацієнтів популярною літературою, тощо. При таких підходах навіть розвиток небажаних явищ може не призводити до відмови від лікування. Прихильність до терапії сприятиме підвищенню якості життя пацієнтів із цукровим діабетом. Сучасна медична сестра, бакалавр і магістр медсестринства, мають бути обізнанаными в проблемах дослідження ЯЖ і прихильності до терапії, володіти методиками дослідження, застосувавати ці методики у своїй професійній діяльності. При медсестринському втручанні особливу увагу необхідно приділяти дослідженню ЯЖ і прихильності терапії пацієнтів з ЦД типу2, старших вікових груп, хворих з високим ІМТ, АГ, які мають найгірші показники ЯЖ і прихильності до терапії.

ВИСНОВКИ

1. Якість життя і прихильність до терапії при цукровому діабеті є значно зниженими. Підвищення прихильності до терапії хворих на цукровий діабет може сприяти покращенню ЯЖ пацієнтів.

2. Якість життя і прихильність до терапії хворих на цукровий діабет залежать від типу діабету і є достовірно нижчими при ЦД типу 2, у пацієнтів старших вікових груп, при надлишковій масі тіла, ожирінні, артеріальній гіпертензії. У жінок були нижчими показники психічного здоров'я і вищою прихильність до терапії, ніж у чоловіків.

3. При ЦД типу 1 показники фізичного здоров'я ЯЖ є зниженими, показники психічного здоров'я знаходяться на рівні показників контрольної групи. Прихильність до терапії є достовірно вищою у порівнянні з показниками хворих на ЦД 2 типу.

4. MOS SF-36 і шкала Моріски-Гріна є ефективними і надійними інструментами дослідження якості життя і прихильності до терапії пацієнтів з цукровим діабетом.

5. Міжнародний загальний опитувальник SF-36 і шкала Моріски- Гріна можуть використовуватися у практичній і науковій діяльності магістрів медсестринства для моніторингу стану пацієнтів, оцінки фізичної, психічної, соціальної адаптації хворих, прихильності до терапії, ефективності медсестринського втручання при цукровому діабеті.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Глобальный доклад по диабету.World Health Organisation 2016, режим доступа www.who.int/diabetes /global report.

2. IDF Diabetes Atlas -7th Edition, 2016: http:// Electronic resourse- Mode acces: http: // www.diabetes atlas org / stash, ke NV3UJ4, dpbs.

3. Новик А.А. , Ионова Т.И. Руководство по исследованию качества жизни в медицине/ под ред. акад. РАМН Ю.Л. Шевченко.- Москва: ЗАО « Олма Медиа Групп», 2007.-2-е изд.-320с.

4. Гриб В.А. Якість життя хворих на цукровий діабет 2 типу, ускладнений поліневропатією // Український Вісник психоневрології.- 2013.- Т.21, вип.3. С. 13-19.

5. Кисляк О.А., МышляеваТ.О., Малышева Н.В. Сахарный диабет 2 типа и риск сердечно-сосудистых осложнений.// Сахарный диабет.-2008.- №1.-С.45-49.

6. Бездетко П.А., Горбачова Е.В. Эпидемиология и частота сахарного диабета и диабетической ретинопатии // Международный эндокринологический журнал – 2005- т. 4,3 6.-С. 37-45.

7. Ткаченко В.І. Аналіз поширеності та захворюваності на цукровий діабет серед населення світу та України за 2003- 2013рр. // Ліки України.- 2014.-№4 (21)- С. 55-59.

8. World Health Organisation: Definition, Diagnosis and Classification of diabetes mellitus and its Complications. Report of a WHO Consultation. Part 1. Diagnosis and Classification of Diabetes mellitus. Geneva, 1999.

9. World Health Organisation. Definition and Diagnosisof diabetes mellitus and intermediate hyperglycemia: report of WHO/IDF consultation. 1. Diabetes mellitus – diagnosis. 2. Diabetes mellitus – classification. 3. Hyperglycemia.4. Glucose tolerance test.1. World Health Organisation . 11. International Diabetes Federation- Genewa. WHO Press, 2006.-46p.

10. Ендокринологія / За ред А.С.Єфімова.- К.: Вища школа, 2003.

11. Дедов И.И., Александров А.А. Эндокринология. Национальное руководство. М., ГЭОТАР –Медиа, 2008.-с. 352-463.

12. Pickup J.C. Inflammation and activated innate immunity in the pathogenesis of type 2 diabetes // Diabet. Care. 2004.- №27.-P. 813-823.

13. Sjoholm A., Nystrom T. Endothelial inflammation in insulin resistance // Lancet.-2005.- 365 (12).-P. 610 – 612.

14. Sun Y. An association of Herpes Simplex virus type 1 infection with type 2 diabetes // Diabet. Car. 2005 - 28. -P. 435-436.

15. Ostergaard JA, Laugesen E, Leslie RD. Should There be Concern about Autoimmune Diabetes in Adults. Current Evidence and Controversies. Curr Diab Rep. 2016; 16(8): 82.

16. Richardson SJ, Rodrigues – CalvoT., Gerling IC, et al. Islet cell hyperexpression of HLA class 1 antigens: a defining feature in type 1 diabetes. Diabetologia. 2016; 65(10): 3104-3110.

17. Bluestone JA, Bucner JH, Fitch M., et al. Type 1 diabetes immunotherapy using polyclonal regulatory T cells.. Sci Transl Med. 2015; 7(315): 315ra 189.

18. Knip M., Siljander H. The role of the intestinal mickrobiota in type 1 diabetes mellitus. Nat Rev. Endocrinol.2016; 12(3): 154-167.

19. Maclaren NK, Lan MS, Schatz d. et al. Multiple autoantibodies as predictors of Type1 diabetes in a general population. Diabetologia. 2003; 46(6): 873-874.

20. Dagogo –Jack S. Predicting diabetes : our relentless quest for genomic nuggets Diabetes Care. 2012; 35(2): 193-195.

21. Nishi M., Nanjo K. Insulin gene mutation and diabetes. J. Diabetes Investig. 2011; 2(2): 92-100.

22. Zhou P.,Ten S., Sinha S. et al. Insulin receptor autoimmunity and insulin resistance. J Pediatr Endocrinol Metab. 2008; 21(4): 369-375.

23. Yau M, Maclaren N.K., Sperling M. Etiology and Pathogenesis of Diabetes mellitus in Children and Adolescents. Endotext [Internet]. February 13, 2018.

24. Согуйко Ю.Р., Логаш .В., Согуйко Р.Р. Основні молекулярні механізми розвитку діабетичних ускладнень.// Світ медицини та біології.- 2015.-№2(49). - С.214-217)

25. Шудин В.В. Новые аспекты этиологии и эпидемиологии аутоиммунного сахарного диабета. // Международный эндокринологический жуцрнал -2006.-№4.—С.56-63.

26. Уоткинс Дж.П. Сахарный диабет. Пер. с англ.М.И.Балаболкина.- [2-е изд.] – М.: БИНОМ, 2006.-134с.

27. World Health Organisation. Quality of life group. What is it Quality of life. Wid.Hth. Forum. 1995. V1.-p.29.

28. Karnovsky D.F. Evaluation of Chemoterapeutic agents/ Ed.by Macleod C.M., Columbia University Press, 1947, p.67.

29. Ware J.E., Sherbourne C.A. The MOS 36-item short form health survey (SF-36): conceptual frame work and item selection.// Med/Care.-1992.- Vol. 30.-P.473-483.

30. Наказ МОЗ України від 21.12.2012р. №118, « Про затвердження та впровадження медико-технологічнх документів зі стандартизації медичної допомоги при цукровому діабеті 2 типу.

31. Berra K. The effect of life style interventions on quality of life and patient satisfaction with health and health care.// J. Cardiovasc. Nurs.- 2003. Vol.18(4).-P.319-325.

32. Афанасьева Е.В. Оценка качества жизни, связанного со здоровьем // Качественная клиническая практика.- 2010.- №1.-С.36-38.

33. Гурылёва М.Э., Журавлёва М.В., Алеева Г.Н. Критерии качества жизни в медицине и кардиологии // Рос. мед. журнал.-2006- Т.14, №10. –С. 761-763.

34. Давыдов С.В. Медицинские аспекты качества жизни больных гипертонической болезнью// казанский медицинский журнал.-2001.-Т.82,№1.-С.35-37.

35. Марцияш А.А. Качество жизни в практике клинициста // Медицина в Кузбассе.-2006.-№6.-С.8-11.

36. McSweeny A.J., Creer T.L. Health-related - quality-of-life: assessment in medical care. // Dis. Month.- 1995; 16.-P.5-64.

37. Метелица В.И., ДудаС.Г., Островская Т.П. и др. Многоцентровое исследование «Каптоприл и качество жизни»;влияние антигипертензивнгых средств основных групп на качество жизни больных различных популяций // Тер. Архивю-1993.-№1.-С.33-35.

38. Черников В.В. Разработка русской версии опросника QUALIN для изучения качества жизни детей раннего возраста.//Вопросы современной педиатрии.-2009.-Т. 8 - №1.

39. Новик А.А., Ионова Т.И., Никитина Т.П. Концепция исследования качества жизни в педиатрии // Педиатрия.- 2002.-№6.- С.83-88

40. Matza L., Swensen A., Flood E., et al. Assessment of health-related quality of life sn children: A review of conceptual. Methodological and regulatore issues // Val in Health.-2004.-V.7.- 1.-P.79-92.

41. ЛисенкоД.А. Якість життя в онкогематології; сучасний критерій оцінки життєдіяльності пацієнта // Therapia. Укр. мед.вісник.-2011.-№11 (63).- С.61-64.

42. Андреева Г.Ф., Оганов Р.Г. Изучение качества жизни у больных гипертонической болезнью // Тер.архив.2002.-№1.-С. 8-16.

43. Захаревич О.А., Леонова М.В. Изучение качества жизни у больных артериальной гипертензией. Методы оценки и значение в клинической практике.// Международный мед. журнал.- 2001.-№5.-С.412-416.

44. Шляхно Е.В., Семерин Е.Н., Федотов П.Ф. и др. Клинико-экономическая экспертиза моно- и динитратов при стенокардии// Качественная клиническая практика.-2003.- №2.-С. 46-51.

45. Hayes D.K., Denny C.H., Keenan NL., et al. Health related quality of life and hypertension status, awareness, treatment, and control: national health and nutrition examination survey, 2001-2004// J. Hypertension.-2008.-Vol.26.-P. 641-647.

46. Li C., Ford E.S, Mocdad A.H. et al Clustering of cardiovascular disease risk factors and health-related quality of lifeamong us adults// Value Health.-2008. P.8-16.

47. Чучалин А.Г., Белевский А.С., Смоленов И.В. и др. Факторы, влияющие на качество жизни больных с бронхиальной астмой // Пульмонология .-2004.-№1.- С. 57-83.

48. Ospanova T.S., Pasieshvili T., Chernyakova A. Quality of life in asthma and overweight // Book of abstracts European Academy of Allergy and Clinical Immunology Congress.-2012.-Geneva, Switzerland.-P.28.

49. Гриневич В.Б., Успенский Ю.И,Ганчо В.Ю., Помогаева Н.С. Особенности психостатуса и качество жизни больных язвенной болезнью // Рос. Журнал гастроэнтер., гепатол., колопроктол..-2000.- Т.10,№5; прил. 11.-С. 19-23.

50. Borgaonkar M.R., Irvine E. Quality of life measurement in gastrointestinal and liver disorders //Gut.-2000.-Vol. 47, 3.-P. 444-454.

51. Петрова Н.Н.Концепция качества жизни у больных на заместительной почечной терапии // Нефрология и диализ.-2002.-Т.4, №1.-С. 9-14.

52. Оспанова Т.С., Котулевич Н.Я. Дислипидемия и качество жизни у больных, получающих лечени е программным гемодиализом // Нефрология и диализ.-2005.- Т.7, № 3.- С. 294-295.

53. Burra P, de Bonda M. Quality of life following organ transplantation // Transl. Inf.-2007.- Vol. 20(5).- P. 397- 409.

54. Mollaoglu M. Quality of life in patientlender going hemodialysis // Subjective Global Assessement (SGA) nutritional Status.-2013.-Vol.02.-P. 27.

55. Антонычев С.Ю., Мохор Т.В. Исследование качества жизни больных сахарным диабетом 1-го типа. // Мед.панорама,- 2003.- №3- С. 34-37.

56. Анциферов М.Б.,Ю Суркова Е.В., Майоров А.Ю. Критерии качества жизни при лечении больных сахарным диабетом.// Качество жизни.Медицина. -2003.- 31.-С. 69-71.

57. Pera P.I. Living with diabetes: quality of care and quality of life // Browse Journals «Patients preference and adherence» - 2011.- Vol.5.-P. 65-72.

58. Polonsky W.H. Understanding and Assessing Diabetes – Specific Quality of life //Diabetes Spectrum .-2000.-Vol.13.-P.36-40.

59. RejeskiW.J. Correlates of health- related quality of life in overweight and obese adults with type 2 diabetes // Obesity.-2006.-Nol 14(5).-P.870-883.

60. Smith D.W., McFall S.L. The relationship of diet and exercise for weight control and quality of life gap associated with diabetes // J. Psychosomatic Res.-2005.-Vol. 59(6).-P. 385-382.

61. Arnold S.V., Kosiborod M., Guire D.C. Effects of Ranolasine on quality of life among patients with diabetes mellitus and stable angina // JAMA Inter.Med.- 2014.-Vol.174(8).- P. 1403-1405.

62. Stoyanovic J. , Milosevic, Antovic et al. Different insulin treatment regimens in patient with diabetes mellitus type1: effects on quality of life // Vojnosanit Predgl. – 2012.-69(7).-569-575.

63. StrineT.W., BecklesG.A., Ocoro C.A. et al. Prevalance of CVD risk factors among adults with diabetes by mental distress status // Am. J. Health Behav. – 2004.-Vol. 28(5).-P. 464-470.

64. De los Rios J.L., SanchesJ.J., Barrios P., AvilaT.L. Quality of life in patients with diabetic nephropathy // Invest Educc. Enferm.- 2005.-Vol. 23(1).-P 30-43.

65. Faria H., Veras V., Xavier A. et al. Quality of life in patients with diabetes mellitus before and after their participation in an education program // Rev.esc. enferm USP.- 2013.-Vol.46, 2.

66. Tankova T., Dacovska G., Koev D. Education and quality of life in diabetic patients // Patient Educ. Couns.-2004.-Vol.42 (4).-P. 493-501.

67. Bosic- Zivanovic D., Medic-Stoyanoska M., Kovacev – Zavisic B. The quality of life in patients with diabetes mellitus type2. // Vojnosanit Predgl.-2012.-Vol.69(10).-P. 858- 863.

68. Hart H.E., Redecop W.K., Bilo H.J.G. Health related quality of life in patients with type 1 diabetes mellitus: generic et disease-specific measurement // Indian J. Med. Res. – 2007.- Vol. 125.- P. 203-216.

69. Мануилова А.А, Коренюк В.А., Сосновский Е.А, и др. Качество жизни пациентов после трансплантации островков Лангерганса при сахарном диабете 1 типа // Молодой учёный.-2018.-№16(202)

70. World Health Organisation. Adherence to long-term therapies: evidence for action WHO Library Cataloguing – in-Publication Data, Geneva, WHO, 2003; 211p.

71. Hill M., Houston N .Adherence to antihypertensive therapy. 2007;131: 390-392.

72. Лукина Ю.В., Кутишенко Н.П., Марцевич С.Ю. Приверженность лечению: современный взгляд на знакомую проблему. Кардиоваскулярная терапия - 2017; 16(1): 91-95.

73. Osterberg L., Blaschke T. Adherence to medication// The New England Journal of Medicine. 2005; 5:353: 487-497.

74. Hamoui I.A., Hamoui O., Hammoudeh A., Mallat S. Treatment, adherence and quality of life in patients on antihypertensive medications in a Middle Easterm population : adherence. Vasc. Health Risk Manag. 2016; 27(12): 407-413.

75. Марцевич С.Ю., Лукина Ю.В., Кутишенко Н.П. и др. Оценка приверженности к лечению и факторов, влияющих на неё, у пациентов со

стабильной ишемической болезнью сердца при назначении никорандила. Рациональная Фармакотерапия в кардиологии. 2017; 13(6): 776-786.

76. Morisky D.E., Green L.W., Levine D.M. Concurrent and predictive validity of a self – reported measure of medication adherence. Med Care. 1986; 24: 67-74.

77. VrijensB., Vincze G., Kristano P. et al. Adherence to prescribed antihypertensive drug treatments: a longitudinal study of electronically dosing histories. BMJ. 2008; 336: 1114-1117.

78. Лиходей Н.В., Калашникова М.Ф., Лиходей Е.М., Фадеев В.В. Анализ факторов, препятствующих формированию приверженности лечению среди больных сахарным диабетом, и стратегий, способствующих её повышению. //Сахарный диабет.- 2018.- Т.21.- №1.- С. 5-14.

79. Суркова Е.В., Мельникова О.Г. Некоторые аспекты приверженности медикаментозной терапии у больных сахарным диабетом 2 типа. Трудный пациент. Журнал для врачей, 2009, февраль.

80. Chao J., Nau D.P., Aikens J.E. Recommendations for improving adherence to type 2 diabetes mellitus therapy focus on optimising oral and non – insulin therapies. American Journal of Managed Care. 2012; 18: 49-54.

81. Яркова Н.А., Боровков Н.Н. Приверженность к лечению больных сахарным диабетом 2-го типа и пути её оптимизации. Клиническая медицина, 2016; 94(9): 688-692.

82. Лукина Ю.В., Марцевич С.Ю., Кутишенко Н.П. Шкала Мориски-Грина: плюсы и минусы универсального теста: работа над ошибками // Рациональная фармакотерапия в кардиологии.-2016; 12(1): 63-65.

83. Edelman St.V., Polonsky W.H. Type 2 Diabetes in the Real World: The Elusive Nature of glycemic Control. Diabetes Care. 2017 Nov;40(11): 1425-1432.

84. Cote I., Farris K., Feeny D. Is adherence to drug treatment correlated with healh-related quality of life. Quality of life Research. 2003; 12(6): 621-33.

85. Perwitasari D.A., Urbayatun S. Treatment Adherence and Quality of Life in Diabetes Mellitus Patients in Indonesia. SAGE Open. 2016: 1-7.

86. Zioga E., Kazakos K., Dimopoulos E., et al. Adherence and quality of life in patients with type 2 diabetes mellitus in northern Greece. Mater Sociomed. 2016; 40: 258-62.

87. Martinez Y.V., Prado-Aguilar C. A.,Rascon – Pacheco R.A., R.A., Valdivia-Martinez J.J. Quality of life associated with treatment adherence in patients with type 2 diabetes: a cross-sectional study BMC Health Serv Res. 2008; 30(8): 164

88. Saleh F., Mumu S. J., Ara F., et al. Non- adherence to self-care practices &medication and health related quality of life among patients with type 2 diabetes: A cross- sectional study BMC Public Health. 2014; 14: 431.

89. Sarkota S. A Systematic Review of interventions Addressing Adherence to Anti-Diabetic Medications in Patients with Type 2 Diabetes – impact on Adherence // PloS One. 2015. Vol 10. P. e0118296.

Додатки

Додаток А. Група експертів ВООЗ рекомендує наступні критерії діагностики цукрового діабету (1999).

Діагноз	Концентрація глюкози, ммоль/л (мг/дл)			
	Цільна кров		**Плазма**	
	Венозна	Капілярна	Венозна	Капілярна
Цукровий діабет:				
Натще	≥ 6,1 (≥110)	≥ 6,1 (≥110)	≥7,0 (≥126)	≥7,0 (≥126)
Через 2 години після навантаження глюкозою (75 г)	≥10 (≥180)	≥11,1 (≥200)	≥11,1 (≥200)	≥12,2 (220)
Порушення толерантності до глюкози:				
Натще	<6,1 (<110)	<6,1 (<110)	<7,0 (<126)	<7,0 (<126)
Через 2 години після навантаження глюкозою (75 г)	≥ 6,7 <10 (≥120 <180)	7,8-11,1 (≥140 <200)	≥7,8 <11,1 (≥140 <200)	≥8,9<12,2 (≥160<220)
Порушена глікемія:				
Натще	≥ 5,6 < 6,1 (≥ 100 < 110)	≥5,6 < 6,1 (≥ 100 < 110)	≥ 6,1 < 7 (≥ 100 < 126)	≥ 6,1 < 7 (≥ 100 < 126)
Через 2 години після навантаження глюкозою (75 г)	< 6,7 (< 120)	< 7,8 (< 140)	< 7,8 (< 140)	< 8,9 (< 160)

Додаток Б Перешкоди для прихильності до лікування

Аспекти забезпечення прихильності до лікування	Основні проблеми
Поганий контакт пацієнта з особою, яка забезпечує медичну допомогу	Недостатнє розуміння пацієнтом суті захворювання Недостатнє розуміння пацієнтом користі та ризику лікування Недостатнє розуміння пацієнтом способу правильного застосування препарату Лікар призначив надто складну схему лікування
Взаємодія пацієнта з системою охорони здоров'я	Поганий доступ або пропуск візитів до клініки Неадекватне лікування Недостатній доступ до препаратів Відсутність доступу до аптеки Висока вартість препаратів
Взаємодія лікаря з системою охорони здоров'я	Погане знання вартості препаратів Погане знання можливостей покриття витрат на придбання препаратів Низький рівень задоволення роботою

Додаток 3

Карта № **№ истории болезни**

исследование пациента страдающего сахарным диабетом на

Ф.И.О. Дата поступления в стационар
Возраст
Пол
Социальное положени: служащий - 1, рабочий - 2, пенсионер - 3, не работает - 4, прочее - 5.
Место жительства: г. Харьков - 1, районый центр - 2, село - 3.
Адрес
Место обследования
Дата обследования
Диагноз: СД тип 1 - 1, СД тип2 - 2. Впервые выявлен - 3. Средней тяжести - 4, тяжелый - 5. субкомпенсированный - 6, декомпенсированный - 7
Осложнения: диабетическая нефропатия - 1,хронический пиелонефрит - 2, ангиапатия нижних конечностей - 3, ангиапатия сетчатки - 4, полинейропатия - 5, инфекции - 6, другие (указать) - 7
ХБП: 1 стадия - 1, 2 стадия - 2, 3 стадия - 3.
АГ: пограничная - 1, легкая - 2, умеренная - 3, высокая - 4, нет - 5.
Осложнения АГ: инфаркт - 1, инсульт - 2, нефроангиосклероз - 3, СН - 4.
Протеинурия: выявлялась ранее - 1, не выявлялась - 2.
ХП: латентное течение - 1, рецедивирущее - 2, обострение - 3, ремисситя - 4.
Рост
Вес
ИМТ
Кожа: бледная - 1, гиперемия - 2, сухая - 3, влажная - 4, не изменена - 5.
Отеки: нижних конечностей - 1, туловища - 3, лица - 3.
1-й тон над верхушкой: не изменен - 1, ослаблен - 2, усилен - 3.
Акцент 2 тона над аортой: отсутствует - 1, имеется -2.
Акцент 2 тона над легочной артерией: отсутствует - 1, имеется - 2.
Сердечные шумы: отсутствуют - 1, имеются - 2.
Пульс: не изменен -- 1, частый -2, редкий - 3, аритмичный - 4
САД: справа, стоя, слева, лежа.
ДАД: справа, слева, стоя, лежа.
Печень: увеличина - 1, не увеличина - 2.

ЛАБОРОТОРНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ
общий анализ крови: изменен - 1, не изменен - 2. Эритроциты Нв Лейкоциты СОЭ
Общий анализ мочи: нет изменений - 1, есть изменения - 2. Отн. Плотность Белок Глюкоза Эритроциты лейкоциты Цилиндры
Креатин крови: повышен - 1, норма - 2,
Мочевина крови: повышена - 1, норма - 2
СКФ: снижена -1, норма - 2, повышена - 3,
Общий белок: снижен - 1, норма - 2.
Холестерин крови: повышен - 1, норма - 2.
Глюкоза крови: повышена - 1, норма - 2.
ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИ
УЗИ сердца: патология - 1, норма - 2. Указать
УЗИ почек: патология - 1, норма - 2. Указать.
ЭКГ: патология - 1, норма - 2. Указать.
Лечение
Комментария
Заключение