

<https://doi.org/10.29296/25877305-2019-01-10>

Приверженность лечению беременных с сахарным диабетом

О. Московцева¹, кандидат биологических наук,

Ю. Халтурина², кандидат медицинских наук

¹Приволжский исследовательский медицинский университет,
Нижний Новгород

²Нижегородская областная больница им. Н.А. Семашко,
Нижний Новгород

E-mail: j.zavialova@mail.ru

Приверженность лечению (комплаентность) – это степень соответствия поведения больного рекомендациям врача, касающихся приема препаратов, соблюдения диеты и других аспектов изменения образа жизни. По мнению экспертов ВОЗ, приверженность терапии может рассматриваться как важный индикатор эффективности системы оказания медицинской помощи. Особенно важен этот вопрос при лечении беременных с сахарным диабетом.

Ключевые слова: эндокринология, акушерство и гинекология, приверженность, комплаентность, беременность, сахарный диабет.

Для цитирования: Московцева О., Халтурина Ю. Приверженность лечению беременных с сахарным диабетом // Врач. – 2019; 30 (1): 52–55. <https://doi.org/10.29296/25877305-2019-01-10>

Проблема, связанная с наступлением беременности у женщин с сахарным диабетом (СД), требует особого внимания к мониторингованию состояния беременной, поскольку существует повышенный риск неблагоприятного исхода беременности как для женщины, так и для плода. Ежегодное увеличение числа больных СД, в том числе женщин репродуктивного возраста, повышает актуальность проблемы, связанной с приверженностью лечению больных данной категории [1–3].

Большую роль в сохранении качества жизни больных играет не только работа врача, но и готовность самих пациентов следовать предлагаемым назначениям и рекомендациям. Приверженность лечению (комплаентность) – это степень соответствия поведения больного рекомендациям врача по приему препаратов, соблюдению диеты и другим мерам изменения образа жизни [4–7].

Вопросы приверженности лечению широко обсуждались при сердечно-сосудистой патологии [4, 8, 9], однако не менее остро стоит эта проблема и при беременности у женщин с СД, вынужденных в этот период тщательно контролировать гликемию, строго соблюдать диету, правильно вводить инсулин и т.д.

Целью данного исследования было оценить приверженность лечению беременных с СД и наметить пути ее оптимизации.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Обследованы 68 беременных с СД, госпитализированных в эндокринологическое отделение ГБУЗ НО «Нижегородская областная больница им. Н.А. Семашко»: у 39 (57,3%) пациенток был СД типа 1, у 10 (14,7%) – СД типа 2 и у 19 (28%) – гестационный СД.

Средний возраст обследованных составил 33,2 (24; 39) года. Длительность заболевания 5,8 (0,8; 9,0) года. Средний уровень гликированного гемоглобина (HbA1c, %) при госпитализации составил 7,2 (6,9; 8,3)%. Пациентки получали следующее лечение: инсулинотерапию (базис-болюсное введение) – 89,5%, инсулинотерапию (болюсное введение) – 10,5%.

Диагноз СД устанавливали в соответствии с национальными стандартами по диагностике и лечению СД [1, 3, 10]. Всем больным было проведено полное клиническое и лабораторно-инструментальное обследование. Уровень HbA1c исследовали на анализаторе Д-10 производства Bio-Rad (Франция) со стандартными наборами.

Приверженность лечению больных СД оценивали с помощью анкет, специально разработанных для данного исследования, и общепринятого стандартизованного русскоязычного опросника Мориски–Грина [11]; в соответствии с предложенным в нем тестом пациентам предлагалось ответить на 4 вопроса:

- Забывали ли Вы когда-нибудь принять препараты?
- Не относитесь ли Вы иногда невнимательно к времени приема препарата?
- Не пропускаете ли Вы прием лекарств, если чувствуете себя хорошо?
- Если Вы чувствуете себя плохо после приема лекарств, не пропускаете ли Вы следующий прием?

Каждый отрицательный ответ оценивали в 1 балл. Пациентка, отрицательно ответившая >3 раз (>3 баллов), считалась приверженной лечению.

По данным шкалы приверженности лечению Мориски–Грина, 41 (60,4%) обследованная не выполняла рекомендации врача. Приверженными лечению оказались 27 (39,6%) пациенток. Анализ показал, что в эту группу вошли в основном беременные с гестационным СД, у которых компенсация осуществлялась с помощью диеты и редких подколов ультракороткого инсулина во время основного приема пищи.

Не приверженные лечению пациентки (n=41) были разделены методом случайной выборки на 2 группы, сопоставимые по возрасту, длительности заболевания, гликемии, уровню HbA1c, количеству баллов по опроснику Мориски–Грина. В 1-ю группу вошли 20 пациенток, прошедших обучение, во 2-й группе (n=21) после обучения проводили активный контроль (табл. 1).

Обследованные прошли обучение в школе больных СД, организованной на базе эндокринологического отделения. Им была выдана специализированная литература по СД и его осложнениям, питанию, изменению образа жизни и др.; обучающая литература – таблицы подсчета хлебных единиц, гликемического индекса продуктов и килокалорий, а также дневник самоконтроля уровня сахара крови, массы тела. Однако если в 1-й группе пациентки самостоятельно выполняли предложенные рекомендации, с контролем правильности заполнения дневника самоконтроля 1 раз в 3 мес и повторным обследованием в 34–35 нед беременности, то во 2-й группе проводился активный контроль, который, кроме изложенного выше, включал телефонные контакты 3–4 раза в месяц и возможность для пациентки позвонить врачу в любое время. В ходе таких контактов обсуждались правильность введения инсулина, соблюдение рекомендаций по питанию, изменению образа жизни и самоконтролю сахара крови. Каждые 3 мес пациентки приходили в центр для контроля уровня HbA1c, оценки объективного статуса; в ходе визитов анализировали также правильность и регулярность заполнения дневника самоконтроля.

От всех пациенток получено согласие на участие в исследовании. Статистическая обработка результатов проводилась с помощью Statistica 7.0. Характер распределения анализируемых признаков оценивали с использованием критерия Шапиро–Уилка. При анализе данных применяли методы непараметрической статистики в виде медианы и 25-го и 75-го процентилей (Me [25p; 75p]), достоверность отличий независимых групп по одному признаку определили методом ANOVA по Краскелу–Уоллису. Статистическим значимым для всех показателей считался критерий достоверности $p < 0,05$.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Анкетирование показало, что 60,4% пациенток не выполняли рекомендаций врача. В то же время по данным другого исследования, в котором анализировали

Показатель	1-я группа	2-я группа	p
Возраст, годы	32,8 [24,0; 38,7]	33,1 [24,8; 39,2]	0,2
Длительность СД, годы	5,2 [0,7; 9,0]	5,4 [0,9; 8,6]	0,3
Гликемия, ммоль/л: натощак	6,3 [6,1; 7,2]	6,3 [6,0; 7,3]	0,8
постприандиальная	8,2 [7,6; 9,2]	8,3 [7,2; 8,7]	0,7
HbA1c, %	7,2 [6,9; 8,0]	7,3 [6,8; 8,7]	0,6
Баллы по опроснику Мориски–Грина	2,2 [1,8; 2,6]	2,1 [1,8; 2,7]	0,7

комплаентность пациентов в зависимости от пола [12], приверженных лечению женщин оказалось больше, чем мужчин (соответственно 31 и 7,6%; $p=0,005$).

Анализ с учетом уровня образования пациенток продемонстрировал, что среди лиц с высшим образованием 23% полностью выполняют рекомендации врача, 6,8% – частично и только 1% были некомплаентны (см. рисунок).

Среди пациенток со средним специальным образованием полностью выполняли врачебные рекомендации 6,8%, частично – 20% и у 10% отсутствовала приверженность лечению. Чаще других полностью отсутствовала приверженность лечению у пациенток со средним уровнем образования – 19% ($p=0,038$), частичная приверженность лечению в этой категории наблюдалась в 4,6%. Таким образом, лица с более низким уровнем образования имели меньшую степень приверженности выполнению рекомендаций. Аналогичные результаты были получены в проведенном ранее исследовании Н.А. Ярковой и соавт., где обследовались и анкетировались 148 пациентов с СД типа 2 [5, 12].

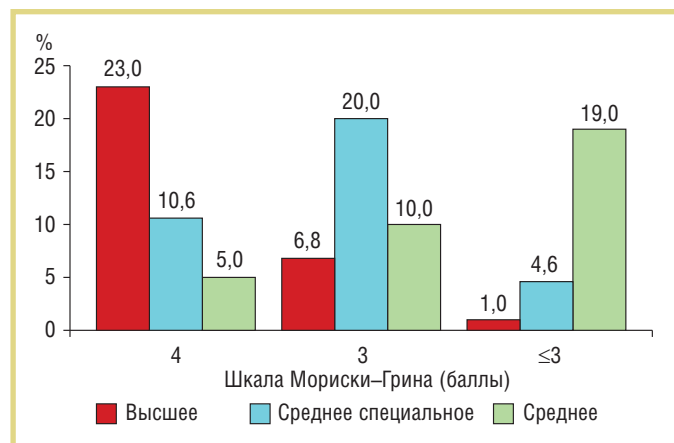
По данным проведенного исследования, к 34–35-й неделе беременности приверженность терапии пациенток СД по результатам теста Мориски–Грина выросла в целом во всей когорте. При этом в 1-й группе она возросла с 2,2 [1,8; 2,6] до 2,8 [2,52; 2,9] баллов ($p=0,06$), во 2-й отмечено достоверное увеличение баллов с 2,1 [1,8; 2,7] до 3,7 [2,9; 3,9] ($p=0,0001$). Одновременно улучшилась динамика клинических показате-

телей в исследуемых группах. Данные представлены в табл. 2.

При исследовании в сроки 34–35 нед беременности выявлена статистически значимая положительная динамика основных показателей у пациенток обеих групп, что еще раз доказывает высокую мотивированность будущих мам в сохранении и благоприятном разрешении беременности [1–3, 13].

Таким образом, при наличии СД на фоне наступившей беременности создаются условия для декомпенсации углеводного обмена, что резко отягощает прогноз и для матери, и для плода. Активный контроль и четкое ведение беременности у женщин с СД позволяет существенно улучшить ее исходы. Оптимизация контроля гликемии, выявление и стабилизация поздних осложнений и сопутствующих заболеваний – вот основные задачи при ведении женщин с СД еще до зачатия и на протяжении всей беременности. Приверженность лечению, как свидетельствуют данные исследования, прежде всего, определяется мотивированностью и готовностью будущих мам родить здоровых детей. Обучение беременных с последующим контролем выполнения рекомендаций со стороны медицинских работников способствует достижению терапевтических целей в лечении пациенток с СД, препятствует развитию и прогрессированию его осложнений.

Конфликт интересов не заявлен.



Выполнение рекомендаций врача с учетом уровня образования пациенток

Литература/Reference

1. Яркова Н.А., Григорьева Н.Ю., Власова Т.В. Особенности планирования и ведения беременности при сахарном диабете (обзор) // Медицинский альманах. – 2016; 45 (5): 63–7 [Yarkova N.A., Grigorieva N.Yu., Vlasova T.V. Peculiarities of planning and administration of pregnancy in the case of diabetes mellitus // Medicinskij al'manah. – 2016; 45 (5): 63–7. (in Russ.)] <http://dx.doi.org/10.21145/2499-9954-2016-5-63-67>
2. Арбатская Н.Ю. Сахарный диабет и беременность // Фарматека. – 2000; 5: 30–6 [Arbatskaya N. YU. Saharnyi diabet i beremennost' // Farmateka. – 2000; 5: 30–6 (in Russ.)].
3. Яркова Н.А., Боровков Н.Н., Соловьянова Е.Н., Занозина О.В. Сахарный диабет и беременность / Н.Новгород: Издательство НижГМА, 2017; с. 60 [Yarkova N.A., Borovkov N.N., Solov'yanova Ye.N., Zanozina O.V. Sakharnyy diabet i beremennost' / N.Novgorod: Izdatel'stvo NizhGMA, 2017; p.60 (in Russ.)].
4. Simpson S., Eurich D., Majumdar S. A meta-analysis of the association between adherence to drug therapy and mortality // BMJ. – 2006; 333 (7557): 15.
5. Яркова Н.А., Боровков Н.Н. Приверженность к лечению больных сахарным диабетом 2 типа и пути ее оптимизации // Клин. мед. – 2016; 94 (9): 688–92. [Yarkova N.A., Borovkov N.N. Adherence to the treatment in patients with type 2 diabetes mellitus and ways of its optimization // Klin. med. 2016; 94 (9): 688–92 (in Russ.)] DOI 10.18821/0023-2149-2016-94-9-688-692.
6. Алексеева Т.С., Огарков М.Ю., Скрипченко А.Е. и др. Факторы, влияющие на приверженность к модификации образа жизни в организованной популяции // Системные гипертензии. – 2013; 2: 19–22 [Alekseyeva T.S., Ogarkov M.Yu., Skripchenko A.E. et al. Factors influencing compliance with lifestyle modification in an organized population // System Hypertension. – 2013; 2: 19–22 (in Russ.)].

Динамика клинических показателей в исследуемых группах (Ме [25p; 75p])

Таблица 2

Гликемия, ммоль/л	1-я группа			2-я группа		
	исходно	в 34–35 нед беременности	p	исходно	в 34–35 нед беременности	p
Натощак	6,3 [6,1; 7,2]	5,2 [5,0; 6,9]	0,003	6,3 [6,0; 7,3]	5,0 [4,9; 5,2]	0,001
Постприандиальная	8,2 [7,6; 9,2]	7,3 [6,9; 7,4]	0,06	8,3 [7,2; 8,7]	7,1 [6,5; 7,1]	0,002

7. Atreja A., Bellam N., Levy S. Strategies to Enhance Patient Adherence: Making it Simple // *Medscape General Medicine*. – 2005; 7 (1): 4–9.

8. Ефремова Е.В., Шутов А.М., Сабитов И.А. Коморбидность и приверженность к лечению при хронической сердечной недостаточности // *Сердечная недостаточность*. – 2013; 14 (1): 40–6 [Efremova E.V., Shutov A.M., Sabitov I.A. Comorbidity and compliance at chronic heart failure // *Russian Heart Failure Journal*. – 2013; 14 (1): 40–6 (in Russ.)] DOI: 10.18087/rhfj.2013.1.1782.

9. Jackevicius C., Mamdani M. Adherence with statin therapy in elderly patients with and without acute coronary syndromes // *JAMA*. – 2002; 288 (4): 462–7.

10. Яркова Н.А., Боровков Н.Н., Занозина О.В. Основы лечения сахарного диабета / Н. Новгород: Изд. НижГМА, 2016; с. 52 [Yarkova N.A., Borovkov N.N., Zanozina O.V. *Osnovy lecheniya sakharnogo diabeta* / N.Novgorod: Izdatel'stvo NizhGMA, 2016; p. 52 (in Russ.)].

11. Morisky D., Green L., Levine D. Concurrent and predictive validity of a self-reported measure of medication adherence // *Med Care*. – 1986; 24 (1): 67–74.

12. Яркова Н.А., Боровков Н.Н., Занозина О.В. и др. Влияние пола и уровня образования на приверженность к лечению больных сахарным диабетом 2 типа. В кн.: Достижения персонализированной медицины сегодня – результат практического здравоохранения завтра Сб. тез. VII Всеросс. конгресса эндокринологов. ФГБУ «Эндокринологический научный центр» Минздрава России; Министерство здравоохранения Российской Федерации; Общественная организация «Российская ассоциация эндокринологов». 2016: 104 [Yarkova N.A., Borovkov N.N., Zanozina O.V. et al. Vliyaniye pola i urovnya obrazovaniya na priverzhennost' k lecheniyu bol'nykh sakharnym diabetom 2 tipa. In.: *Dostizheniya personalizirovannoy meditsiny segodnya – rezul'tat prakticheskogo zdravookhraneniya zavtra* Sb. tez. VII Vserossiyskogo kongressa endokrinologov. FGBU «Endokrinologicheskiy nauchnyy tsentr» Minzdrava Rossii; Ministerstvo zdravookhraneniya Rossiyskoy Federatsii; Obshchestvennaya organizatsiya «Rossiyskaya assotsiatsiya endokrinologov». 2016: p. 104 (in Russ.)].

13. DCCT Research Group. Effects of pregnancy on microvascular complications in the Diabetic Control and Complications Trial // *Diabetes Care*. – 2000; 23: 1084–100.

TREATMENT ADHERENCE IN PREGNANT WOMEN WITH DIABETES MELLITUS

O. Moskovtseva¹, *Candidate of Biological Sciences*; **Yu. Khalturina**², *Candidate of Medical Sciences*

¹*Volga Research Medical University, Nizhny Novgorod*

²*N.A. Semashko Nizhny Novgorod Regional Hospital, Nizhny Novgorod*

Treatment adherence (compliance) is the extent to which a patient's behavior matches the physician's advice, medication intake, dietary recommendations, and other aspects of lifestyle modifications. According to the WHO experts, compliance with therapy can be regarded as an important indicator for the effectiveness of the health care system. This issue is especially important in treating pregnant women with diabetes mellitus.

Key words: *endocrinology, obstetrics and gynecology, adherence, compliance, pregnancy, diabetes mellitus.*

For citation: *Moskovtseva O., Khalturina Yu. Treatment adherence in pregnant women with diabetes mellitus // *Vrach*. – 2019; 30 (1): 52–55. <https://doi.org/10.29296/25877305-2019-01-10>*