



Как найти подход к пациентам с сахарным диабетом. Психологические аспекты работы врача эндокринолога

16 декабря 2021

В декабре 2021 г. в онлайн-формате при поддержке компании Abbott прошел круглый стол «Как найти подход к пациентам с сахарным диабетом. Психологические аспекты работы врача эндокринолога», в рамках которого было представлено два доклада, посвященных этой актуальной теме.

Коммуникационная стратегия подхода к общению с пациентами с сахарным диабетом

Медицинский психолог (ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр эндокринологии» Минздрава России) **Ольга Юрьевна Шавеко** рассказала, что психологические особенности формируются в зависимости от возраста человека. Наиболее длительный период жизни человека – это период взрослости, в котором, как правило, выделяют три стадии, или субпериода: ранней взрослости (от 20 до 40 лет), средней взрослости (от 40 до 60 лет) и поздней взрослости (от 60 лет и старше).

В субпериоде ранней взрослости психология пациента существует в системе, в основе которой лежит осознание себя человеком, членом семьи, установление своей идентичности в близких отношениях с другими людьми и трудовой деятельности.

Если в период взрослости возникает какое-либо заболевание, то такая ситуация часто становится травмирующей и с точки зрения потребностей, и с точки зрения семьи и работы. Реакция на утрату значимого объекта – это специфический процесс, развивающийся по своим законам. Суть этого процесса универсальна, неизменна и зависит от того, что именно утратил субъект. Переживание горя всегда протекает одинаково. Различаются только его длительность и интенсивность, которые зависят от значимости утраченного объекта и от особенностей личности человека. При развитии сахарного диабета (СД), т.е. потере здоровья, первый этап, который человек переживает, заключается в дезориентации и непонимании, что делать и как жить дальше. Адекватный ответ на данную утрату – эмоциональный отклик, но если его нет, что бывает часто, когда включается рациональность, в дальнейшем эмоциональный отклик неизбежно наступит.

Э. Кюблер-Росс выделял стадии процесса горевания: отрицание, гнев/озлобленность, торг/стадия переговоров, депрессия, принятие/адаптация. Такая стадийность характерна и для психологических переживаний у больных СД. Особое внимание следует уделять стадии торга, когда пациент рационально рассуждает, стремится компенсировать СД, начинает разбираться в своем заболевании и все понимать. Однако такое поведение на стадии торга имеет свои подводные камни: врач видит положительную динамику, однако пациент считает, что в данный момент нужно компенсировать заболевание, а дальше все пройдет само собой. И в результате незавершенная терапия, дальнейшее развитие болезни способно разочаровать па-

циента и определить переход его к следующей стадии – депрессии, на которой приходит понимание, что жизнь изменилась.

О.Ю. Шавеко рассказала о психологии здоровья – области психологического знания, посвященной проблеме сохранения здоровья, проведения профилактических программ и организации превентивных мер в отношении различных заболеваний. От того, как человек воспринимает свое здоровье, зависит его возможность выделять ресурсы на поддержание своего здоровья, борьбу с болезнью. Также это зависит и от внутренней картины болезни (ВКБ), которая представляет собой интегральную многоуровневую систему личности больного, сформировавшуюся вследствие динамического психического отражения ее актуального состояния, включающую в себя такие компоненты, как знания, представления, оценки, эмоциональные реакции, чувства, мотивационные тенденции, поведенческие стратегии, механизмы защиты в связи с заболеваниями. ВКБ – не константа, она претерпевает изменения в связи с развитием человека с возрастом.

Для подростков и лиц молодого возраста (14–45 лет) чаще характерна переоценка своего здоровья и недооценка болезни, неверие в возможность тяжелого заболевания, инвалидности. Люди этой возрастной группы тяжело реагируют на госпитализацию, недостаточно активно выполняют терапевтические назначения. Наиболее значимы для таких пациентов болезни, оказывающие влияние на внешний вид человека, даже если с медицинской точки зрения они не несут непосредственной угрозы для жизни.

Очень важен вопрос определения степени адекватности реакции на болезнь. Так, можно выделить адекватную (гармоничную) оценку, переоценку тяжести заболевания (уход в болезнь, депрессивное состояние, госпитализм), наоборот, недооценку тяжести заболевания (включая анозогнозии), а также осознанное искажение оценки болезни (агравация, симуляция, диссимуляция).

О.Ю. Шавеко рассказала, какие стратегии коммуникации с больным СД возможны. Следует говорить на «языке» пациента, учитывая задачи возраста. Горе – это процесс, которому необходимо время, поэтому нужна нормализация эмоций пациента. Следует также помогать пациенту в формировании адекватной ВКБ.

Психологический портрет пациента с СД.

Клинический случай

Заведующая кафедрой эндокринологии лечебного факультета ФГАОУ ВО «РНИМУ им. Н.И. Пирогова», Председатель секции по ожирению и метаболическому синдрому Российской ассоциации эндокринологов, член Президиума Российского медицинского научного общества терапевтов (РМНОТ), д-р мед. наук, проф. **Татьяна Юльевна Демидова** отметила, что жизнь пациента с СД 1-го типа, необходимость осуществления постоянного контроля своего состояния, с наличием осложнений или без таковых, является психологически сложной задачей и оказывает влияние на эмоциональное здоровье и социальные функции пациента. СД 1-го типа у детей и молодых взрослых может ассоциироваться с когнитивными нарушениями легкой и средней степени, отмечается замедление обработки информации. Так, результаты метаанализа 33 исследований показали снижение когнитивных способностей, что проявлялось замедлением скорости обработки информации, а также дефицитом внимания и управляющей функции. Исследования DCCT/ADIC продемонстрировали незначительное, но клинически значимое снижение скорости обработки и визуально-пространственной обработки у пациентов с $HbA_{1c} \geq 8,8\%$.

Такое снижение скорости обработки информации у пациентов коррелирует с ранее существовавшей микро- и макроангиопатией, систолическим артериальным давлением и длительностью СД 1-го типа. Показано, что у 20% пациентов с СД 1-го типа нарушена осведомленность о гипогликемии, что подвергает их повышенному риску тяжелой гипогликемии, особенно у пожилых пациентов.

Для пациентов с СД 1-го типа характерны нарушения эмоционального статуса. Так, распространенность тревожности и депрессии у пациентов с СД 1-го типа в Испании составляет 19,5% и 24%, соответственно. Наиболее высокий уровень тревожности был выявлен в группе пациентов среднего возраста (26–45 лет), самый высокий уровень депрессии – у пациентов старшей возрастной группы (46–65 лет). Кроме того, с высоким уровнем тревожности и депрессии ассоциируется наличие микро- и макрососудистых осложнений, причем независимо от возраста.

Т.Ю. Демидова привела показательный клинический случай пациентки 22 лет (студентка, инвалидность III группы) с СД 1-го типа длительностью 10 лет, с уровнем HbA_{1c} 8,9%. Из анамнеза: пациентка с 2011 г. находилась на базисно-болюсной инсулинотерапии, с 2015 г. – на помповой инсулинотерапии. Осложнения: диабетическая препролиферативная ретинопатия обоих глаз, диабетическая дистальная полинейропатия нижних конечностей, сенсомоторная форма, автономная; диабетическая нефропатия, хроническая болезнь почек стадии 1. Обращает на себя внимание особенность пациентки: она не желает предпринимать необходимые действия для достижения компенсации, поскольку боится развития гипогликемии. Действительно, хорошо известно, что люди, перенесшие гипогликемию, начинают ее бояться. Однако сегодня существуют технические возможности, позволяющие помочь таким пациентам. Так, система Flash-мониторинга FreeStyle Libre освобождает широкий круг пациентов от сложностей, связанных с гипогликемией. Система позволяет упростить понимание тенденций

гликемии и принятие клинических решений. Для анализа данных, полученных с помощью системы FreeStyle Libre, на практике применяется алгоритм 5 шагов: проводится оценка качества данных, времени в диапазоне, гипогликемий, вариабельности гликемии, стабильности профиля глюкозы. Пациентке в представленном клиническом случае было предложено использовать Flash-мониторинг FreeStyle Libre, и на сегодняшний день гипогликемических событий не отмечается.

Разбирая отдельно шаги анализа амбулаторного гликемического профиля (АГП) и остановившись на качестве данных (Шаг 1), Т.Ю. Демидова отметила, что, согласно рекомендациям Международного консенсуса, использование непрерывного мониторинга глюкозы (НМГ) более 70% времени в течение последних 14 дней в значительной степени коррелирует с тремя месяцами измерения среднего уровня глюкозы, времени нахождения в диапазонах и показателями гипергликемий. У пациентки в представленном случае доля хорошего качества данных составила 92%, снижение контроля было отмечено в ночное время, поскольку пациентка забывала о необходимости считывания данных после пробуждения. Сделан вывод, что пациентка в целом привержена к сканированиям. При оценке Шага 2 было выявлено, что время в целевом диапазоне у пациентки было очень низким (33%). Основная проблема заключалась в низких значениях времени в целевом диапазоне за счет увеличения времени выше диапазона. Во главу угла встает проблема декомпенсации. Кроме того, при оценке Шага 5 (оценка стабильности) отмечено, что медианная кривая на протяжении практически всего «модального дня» располагается выше целевого диапазона.

Выявленные отклонения в гликемическом профиле пациентки указывали на некорректные (сниженные) дозы инсулина по причине неверного расчета хлебных единиц (ХЕ) и страха гипогликемии, выявлены длительные эпизоды гипергликемии и отсутствие коррекции доз инсулина.

Анализируя представленный случай, медицинский психолог О.Ю. Шавеко отметила, что следует уточнить у пациентки о личном опыте гипогликемий. Встречаются случаи, когда первый опыт гипогликемии при СД 1-го типа случается в детстве, а в этом возрасте пугаются в первую очередь родители, которые гипогликемию и боялись. Поэтому при возможном ответе пациентки, что опыта гипогликемий она не помнит, можно говорить о переносе страха гипогликемий от родителей. В случае если опыт гипогликемий у пациентки есть, следует уточнить, что конкретно происходило, что пациентка помнит, какова была последовательность событий. Задавая такие вопросы, можно показать пациентке, что негативные воспоминания (страх гипогликемий) связаны с эмоциональной стороной, поскольку опыт происходил вне мониторинга, в других условиях, в другой ситуации, возможно, без помповой терапии на шприц-ручках, а то, что происходит сейчас, это уже иная ситуация. С этого момента можно начинать разговаривать и проговаривать с пациентом реальную текущую ситуацию.

Т.Ю. Демидова представила также клинический случай пациента А.Ю., 30 лет, с СД 1-го типа длительностью 15 лет и диабетическими



ческой дистальной симметричной полинейропатией и периферической ангиопатией. Пациент получает помповую инсулинотерапию (суточная доза инсулина лизпро 54 ЕД). Уровень гликемии в течение дня от 4,2 до 8 ммоль/л. Пациент старается соблюдать диету. При поступлении в стационар гликемия составила 5,8 ммоль/л, HbA_{1c} – 6,7%, глюкоза – 7,1 ммоль/л. У пациента ожирение 3-й степени (индекс массы тела – 40,7 кг/м²), 15 кг он набрал за время карантина. Пациент обучен правилам здорового питания и подсчету ХЕ. С момента госпитализации отмечены периодические гипогликемические реакции (пропуск ужина или замена его на фрукт, подколки инсулина, несоответствующие потреблению углеводов в ХЕ). За время госпитализации пациент потерял 3–4 кг.

При анализе гликемического профиля с использованием системы FreeStyle Libre в течение 28 дней было показано удовлетворительное качество данных (Шаг 1), так как измерения проводились регулярно (данные датчика 80%), ежедневно проводилось не менее 7 сканирований. Шаг 2: расчетный HbA_{1c} составил 6,0%. Целевой диапазон был установлен 3,9–8,0 ммоль/л, время в целевом диапазоне – 53%, время в гипогликемии составило 14%, время выше диапазона – 33%. Выявлена периодичность гипогликемических реакций (Шаг 3): 28 эпизодов гипогликемии (в том числе в ночное время) средней длительностью 187 мин. У пациента отмечена высокая вариабельность гликемии (Шаг 4), широкий IDR-диапазон преимущественно в утренние и вечерние часы, что связано с избыточным употреблением углеводов на завтрак и ужин. Стабильность (Шаг 5) оценить не удалось по причине высокой вариабельности.

Пациенту показано:

- в связи с наличием гипогликемических реакций снижение скорости подачи базального инсулина под контролем гликемии;

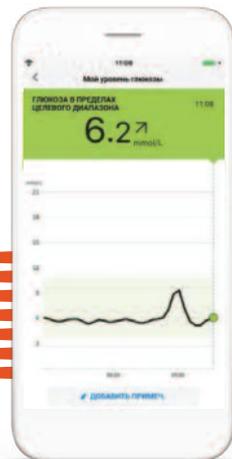
- расчет прандиальной дозы инсулина проводить с учетом ХЕ, углеводного коэффициента, коррекционной дозы;
- снижение калорийности пищи, соблюдение правил здорового питания, увеличение физических нагрузок;
- сканирование датчика FreeStyle Libre не менее 7 раз в сутки с перерывом не более 8 ч для получения более точной картины гликемического профиля, а также с целью профилактики гипогликемических состояний.

О.Ю. Шавеко заметила, что в данном клиническом случае манифестация СД была в 15 лет, что в психологическом плане протекает сложнее, чем в 12 лет, как в первом клиническом случае, поэтому следует уточнить у пациента, какую поддержку он получал и какое было психологическое состояние родителей. Скорее всего, у пациента есть установка, что достижение любой ценой низких значений гликированного гемоглобина – это хорошо, поэтому задача врача – интегрировать возможности Flash-мониторинга с целью продемонстрировать пациенту ценность новых параметров. Так, если 15 лет назад не было доступной возможности продемонстрировать, какой ценой достигаются целевые значения, то сегодня такая возможность доступна широкому кругу пациентов в виде Flash-мониторинга, и пациента можно ориентировать на НМГ, тем более что он целенаправленно стремится достигнуть целевых показателей гликированного гемоглобина. С другой стороны, эти целевые показатели способны продемонстрировать пациенту, что компенсация – это не только гликированный гемоглобин, но и время в целевом диапазоне, отсутствие гипогликемии, нормализация показателей вариабельности глюкозы и т.д.

В заключение круглого стола проф. Т.Ю. Демидова особо подчеркнула, что ведение пациентов с СД требует персонализации, тем более что каждый пациент сам по себе является очень важным участником в управлении своим заболеванием.



ПАЦИЕНТЫ МОГУТ ЭТО ДЕЛАТЬ В ЛЮБОЕ ВРЕМЯ*, В ЛЮБОМ МЕСТЕ**



- Измерять свой уровень глюкозы с помощью телефона¹
- Делиться своими результатами с врачом и близкими²

Приложение FreeStyle LibreLink доступно



Узнайте больше на FREESTYLEDIABETES.RU



Abbott

*При установке нового датчика требуется 60 минут для адаптации датчика к Вашему телу, измерения уровня глюкозы не доступны в течение этого 1 часа. **Датчик водостоек, однако не погружайте датчик FreeStyle Libre в воду на глубину более 1 метра и не держите его под водой дольше 30 минут. Не используйте FreeStyle Libre на высоте более 3 048 метров. 1. Приложение FreeStyle LibreLink и сканер FreeStyle Libre имеют схожие, но не идентичные функции. Требуется определение уровня глюкозы с помощью глюкометра в периоды резких его колебаний, так как уровень глюкозы в интерстициальной жидкости может не точно отражать уровень глюкозы в крови, а также в случаях гипогликемии или ее угрозы, сообщаемой приложением FreeStyle LibreLink, и в случаях, когда симптомы не соответствуют показаниям приложения. Датчик FreeStyle Libre взаимодействует со сканером FreeStyle Libre или с приложением FreeStyle LibreLink, запустившим этот датчик. Датчик, запущенный сканером FreeStyle Libre, будет также работать с приложением FreeStyle LibreLink. Приложение FreeStyle LibreLink совместимо только с определенными мобильными устройствами и операционными системами. Проверьте на сайте информацию о совместимости устройств перед использованием. Для использования FreeStyle LibreLink требуется регистрация в LibreView. 2. Делиться своими результатами можно через программное обеспечение LibreView и приложение LibreLinkUp.

©2021 Эбботт. FreeStyle, Libre и связанные с ними торговые марки являются собственностью компании Эбботт. Иные товарные знаки принадлежат другим соответствующим правообладателям. ООО «Эбботт Лэбораториз», 125171, Москва, Ленинградское шоссе 16А, стр.1, ОГРН 1077746154859.

Сканер FreeStyle Libre системы Flash мониторинга глюкозы FreeStyle Libre с принадлежностями РУ № РЗН 2018/6766 от 11.12.2020 (выдано взамен РУ № РЗН 2018/6766 от 11.03.2020). Датчик FreeStyle Libre системы Flash мониторинга глюкозы FreeStyle Libre РУ № РЗН 2018/6764 от 11.12.2020 (выдано взамен РУ № РЗН 2018/6764 от 12.03.2020).

Фото предоставлено только для иллюстрации и не изображает реальных пациентов и их данные. Ухаживающее лицо не моложе 18 лет должно контролировать, проводить измерения, помогать ребенку с использованием системы FreeStyle Libre и интерпретацией показаний.

ИНФОРМАЦИЯ ТОЛЬКО ДЛЯ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ. ADC-36747 v2.0