

22. Яхно, Н. Н. Актуальные вопросы нейрогеронтологии // Достижения в нейрогеронтологии / Н. Н. Яхно; под ред. Н. Н. Яхно, И. В. Дамулина. — М: ММА им. И. М. Сеченова. — 1995. — С. 9–29.

23. Сосудистая когнитивная недостаточность / Ж. Т. О Брайн [и др.] // Ланцет неврологический. — 2003. — Т. 2, № 2. — С. 89–98.

24. Берна, Ж. Л. Повреждение мозга, обусловленное недостаточностью кровоснабжения / Ж. Л. Берна. — Цереброваскулярные болезни. — Лондон, 1997. — С. 289–293.

25. Каплан, Л. Р. Хронические сосудистые болезни головного мозга / Л. Р. Каплан. — Цереброваскулярные болезни. — Лондон, 1997. — С. 307–312.

26. Худец, А. С. Микроциркуляция головного мозга / А. С. Худец. — Цереброваскулярные болезни. — Лондон, 1997. — С. 45–51.

27. Раджамани, К. Обзор атеросклероза / К. Раджамани, М. Фишер. — Лондон, 1997. — С. 145–148.

Поступила 12.02.2008

УДК 616. 379

ПРОБЛЕМА ОЦЕНКИ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПОДРОСТКОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 1 ТИПА В ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Е. В. Москалёва¹, М. Г. Русаленко², Т. М. Шаршакова³, Т. В. Мохорт⁴

¹Гомельский государственный университет им. Ф. Скорины

²Республиканский научно-практический центр радиационной медицины и экологии человека, г. Гомель

³Гомельский государственный медицинский университет

⁴Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск

В обзоре литературы показаны современные возможности оценки качества жизни подростков с сахарным диабетом 1 типа, как комплексного показателя физического, психологического и социального здоровья. Представлены результаты исследований по изучению влияния психологических и социальных факторов на течение болезни у подростков и закономерность развития осложнений.

Ключевые слова: подростки, сахарный диабет 1 типа, осложнения, качество жизни, социально-психологическая адаптация.

A PROBLEM IN ESTIMATION OF ADOLESCENCE QUALITY LIFE WITH TYPE 1 DIABETS IN PSYCHOLOGICAL PRACTICE

E. V. Moskaliyova¹, M. G. Rusalenko², T. M. Sharshakova³, T. V. Mokhort⁴

¹Gomel State University it. F. Skorina

²Republican Research Center For Radiation Medicine And Human Ecology, Gomel

³Gomel Medical State University

⁴Belarusian State Medical University, Minsk

The modern possibilities of an estimation of teenagers quality life with a type 1 diabetes mellitus as a complex indicator of physical, psychological and social health are reviewed. The results of researches on studying influence of psychological and social factors on current illness of adolescence and appropriateness of complications development are presented.

Key words: adolescents, type 1 diabetes mellitus, complications, life quality, psychological adaptation.

Введение

Сахарный диабет (СД) — одно из самых распространенных заболеваний в мире, причем наиболее тяжелой формой диабета, поражающей детей, подростков и молодых взрослых, является СД 1 типа (СД 1) [1]. Несмотря на то, что доля заболевших СД 1 составляет не более 10–15% от общего числа больных СД, именно это заболевание относят к важнейшим медико-социальным проблемам здравоохранения. Это обусловлено тем, что его манифестация в детском и юношеском возрасте характеризуется тяжестью течения, требует пожизненной заместительной терапии инсулином, но несмотря

на это приводит к развитию инвалидизирующих осложнений и, соответственно, ограничению жизнедеятельности и преждевременной летальности [2, 3, 4].

Несмотря на превалирование в структуре нарушений углеводного обмена сахарного диабета типа 2, в большинстве стран отмечается небольшой, но постоянный прирост количества вновь диагностированных случаев диабета в год, особенно в младшей возрастной группе [5, 6]. По данным эпидемиологических исследований, в Республике Беларусь на конец 2006 года зарегистрировано более 15 тыс. больных СД 1, в том числе около 1,5 тыс. из них — дети и подростки.

Исследованиями 2004 года в Беларуси показано значительное ускорение роста заболеваемости СД 1 среди детей и подростков Гомельской области в период 1980–1986 гг. ($3,22 \pm 0,33$) и в период 1987–2001 гг. ($7,7 \pm 0,58$), при этом отмечено «омоложение» манифестации [7].

Несмотря на появление новых, зачастую дорогостоящих лекарственных препаратов, множество современных методик терапии, до сих пор не найден радикальный метод излечения диабета. Основной целью ведения диабета является профилактика развития инвалидизирующих осложнений, основанная на длительном поддержании нормогликемии в отсутствие гипогликемий, что требует от пациента постоянного внимания и контроля адекватности заместительной инсулинотерапии и, соответственно, приводит к нарушению процессов адаптации в социальной среде. Темпы увеличения численности заболевших СД 1, высокие требования к контролю над болезнью, к строгому соблюдению диеты, регулярной инсулинотерапии и обязательный врачебный контроль порождают социально-психологические проблемы, которые затрагивают не только самих больных, но и их семьи и государство в целом [8]. Поэтому при отсутствии возможностей и способов излечения от СД 1 оценка и улучшение качества жизни (КЖ) таких больных является одной из актуальных и решаемых задач современной медицинской и психологической науки [9, 10].

Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) определяет КЖ как «восприятие индивидами их положения в жизни в контексте культуры и систем ценностей, в которых они живут, и в соответствии с их собственными целями, ожиданиями, стандартами и заботами». В соответствии с рекомендациями ВОЗ изучаются различные критерии КЖ:

- физические (сила, энергия, усталость, боль, дискомфорт, сон, отдых);
- психологические (положительные эмоции, мышление, запоминание, изречение, концентрация, самооценка, внешний вид, негативные переживания);
- уровень самостоятельности (будничная активность, работоспособность, независимость от лекарств и лечения);
- общественная жизнь (личные взаимоотношения, общественные ценности субъекта);
- окружающая среда (благополучие, безопасность, быт, обеспеченность, доступность и качество медицинской помощи, социального обеспечения, доступность информации, возможность обучения и повышения квалификации, досуг, экология);
- духовность (религия, личные убеждения).

СД, несмотря на то, что является синдромом генетически, патофизиологически и клини-

чески неоднородным, однозначно создает условия для развития психологических расстройств [11–14]. Известно, что больной СД описывается как личность с чувством хронической неудовлетворенности. М. В. Богомоловым с соавт. в 1996 году [15] были установлены этапы психологического отношения больного к своему хроническому неизлечимому заболеванию: первый — потрясение и отрицание заболевания («Это не я, я буду здоров, врачи ошиблись»); второй — реагирование и поиск причины («Почему это случилось со мной?») и третий — осознание своего заболевания и формирование внутренней картины болезни. Доказано, что безучастное отношение пациента к лечению при СД приводит его к депрессии, уходу в болезнь, препятствует ведению полноценного образа жизни, способствуя социальной дезадаптации [16]. Изучение психологической картины пациентов, страдающих СД, очень важно, так как отношение больного к своему состоянию сказывается на дальнейшем течении болезни и успешном лечении [16–18].

Пубертатный период сам по себе — время увеличивающейся независимости, конфликтов между молодыми людьми и их родителями, часто возникающими на фоне многих аспектов жизни подростка, включая необходимость более пристального внимания к болезни. Интенсивное лечение СД 1 зачастую препятствует обычной жизни подростка, требует от больного и его родителей поведения, сосредоточенного на болезни (многократное введение инсулина; регулирование соотношения дозы инсулина и углеводов в рационе; учет физических нагрузок и времени приема пищи и т.д.), что потенциально воздействует на КЖ [20–22]. Следовательно, становится важным оценить КЖ подростка с диабетом, выявить психологические особенности данной возрастной группы, попытаться стабилизировать и социально адаптировать таких пациентов в обществе [1, 16, 23]. Медицинское сопровождение больных СД направлено, прежде всего, на обучении принципам самоконтроля, а значит, важная цель медработника — помочь пациенту осознать собственную болезнь, принять этот факт, научиться жить с диабетом. Изменение деструктивных копинг-стратегий может быть достигнуто реализацией образовательных программ, которые должны привести в действие механизмы, направленные на глубокие изменения в поведении подростков [24, 25].

Чтобы оценить состояние физического, психологического и социального здоровья подростка, необходим комплексный показатель, каковым и является показатель КЖ. В современной науке разработаны ряд опросников, предназначенных для изучения КЖ разных возрастных категорий.

Опросники по оценке КЖ у детей и подростков подразделяются на 2 группы: общие и специальные. Общие опросники могут быть использованы для получения базовой информации о нормативных показателях КЖ здоровых детей, для сравнительного анализа показателей у детей, проживающих в разных регионах страны, для поиска закономерностей изменения КЖ при различных заболеваниях или пограничных состояниях здоровья, для мониторинга КЖ в процессе лечения и динамического наблюдения.

Специальные опросники чувствительны к минимальным клиническим изменениям в состоянии здоровья детей и подростков, предназначены для изучения КЖ с определенными формами заболеваний, патологических состояний или клинических симптомов [26, 27].

Одним из наиболее известных опросников для оценки КЖ в педиатрии является опросник Pediatric Quality of Life Inventory — PedsQL™4.0 (Varni J. et al, 2001), имеющий общие шкалы в отдельной версии — PedsQL™4.0 Generic Core Scales и модули для использования при различных заболеваниях — PedsQL™4.0 Disease Specific Modules. Экспертами Межнационального центра исследования КЖ в 2002 году осуществлен перевод, культурная адаптация и оценка психометрических свойств опросника PedsQL™4.0 Generic Core Scales для детей 8–12 лет и подростков 13–18 лет. Версия PedsQL объединяет влияние наследственных факторов и факторов, определенных болезнью, в сравнении с показателями здоровых детей и демонстрирует высокую чувствительность, реактивность и влияние на принятие определенных решений [30]. Однако отметим, что в психологических исследованиях данных опросников не достаточно, поскольку они не отражают в полной мере психологический аспект КЖ, поэтому в исследованиях помимо PedsQL™ рекомендовано использовать методику «Шкалы психологического благополучия», предложенную К. Рифф. Методика получила широкое признание за рубежом и применяется в научных исследованиях, направленных на изучение различных сфер психологического благополучия.

Исследования КЖ подростков с СД 1 свидетельствуют о наличии различных методологических подходов. Так, Varni и др. в 1998 году исследовали КЖ подростков с СД 1 с акцентом на социально-эмоциональном и физическом развитии. В ходе исследования с использованием опросника PedsQL™4.0 (Generic Score) и PedsQL™3.0 (Diabetes Module) [26, 27] были опрошены подростки с СД 1 и здоровые подростки.

Skinner TC и Hampson SE в 1999 году показали, что вера подростков в успешность управ-

ления диабетом является ключевым фактором влияния на самопомощь и взаимопомощь, положительно сказываясь на эмоциональном благополучии и показателях компенсации [28].

Недавние исследования подростков с СД 1 с помощью психологического опросника WHO-5 показали преобладание отрицательных эмоций с полным осмыслением собственного положения: менее уверенные в себе показали высокую чувствительность к возникновению депрессивных расстройств, более уверенные — худший метаболический контроль диабета [29].

Другие исследования по изучению особенностей эмоциональной сферы и поведения детей и подростков указывают на наличие психологических факторов, влияющих на социальную адаптацию больных СД 1 по сравнению со здоровыми сверстниками [1]. Психологическое неблагополучие выражается в замкнутости, высокой тревожности, нарушении социализации. Особенности поведения связаны с повышенной агрессией, склонностью к делинквентному поведению, что увеличивает риск конфликтов, нарушая тем самым межличностные отношения. Сочетание психологического дискомфорта и нарушения поведения может вести к снижению адаптивных способностей, что вынуждает отнести данную возрастную категорию к группе риска по отклонениям в развитии личности и социальной дезадаптации [13, 26–28].

При изучении показателей КЖ, в зависимости от возраста и продолжительности заболевания, старшая (13–17 лет) и младшая возрастные группы (8–12 лет) имеют схожие показатели КЖ, также как и группы с длительностью заболевания больше и меньше 2 лет [24].

Восьмилетнее исследование в Великобритании выделило подгруппу молодых взрослых, не соблюдающих режим питания и инсулинотерапии, что впоследствии привело к раннему развитию диабетических осложнений и высокой летальности. Это же исследование выделило 35% подростков с СД 1, преимущественно женского пола, которые признавали возможность намеренного сокращения или самостоятельного отказа от инсулина с целью снижения веса [22].

Исследованиями DCCT/EDIC доказано, что интенсивная терапия диабета не снижает уровень КЖ [25–27], поэтому до сих пор существует мнение, что ранняя интенсивная терапия, приводящая к улучшению показателей метаболического контроля, снижает риск возникновения диабетических осложнений и, следовательно, положительно влияет на КЖ [27].

Зарубежные исследователи КЖ изучали факторы физического и психо-социального функцио-

нирования. По результатам наблюдения в динамике не было установлено достоверных различий между общим КЖ и социально-экономическим статусом семьи, уровнем образования родителей, продолжительностью диабета, количеством ежедневных инъекций и суточной потребностью в инсулине и частотой самоконтроля глюкозы крови. Установлена обратная корреляция между фактором физического функционирования подростка и уровнем гликозилированного гемоглобина (HbA_{1c}) ($r = -0.22$, $P < 0,05$): высокое физическое функционирование с низким уровнем HbA_{1c} [24].

До сих пор остается спорным вопрос оценки КЖ подростков с СД 1 во взаимосвязи с поддержанием строгого метаболического контроля и удовлетворительных показателей компенсации (достижения оптимальных средних показателей гликемии, уровня HbA_{1c}, отсутствие гипогликемических реакций). До сих пор самым крупным исследованием КЖ у больных СД 1 было и остается исследование DCCT (1993, 1994), где только 195 из 1400 участников были в подростковой возрастной категории. Хотя DCCT не нашло какого-либо различия КЖ детей и подростков между группами интенсивной и рутинной терапии, доказано, что улучшение контроля диабета с улучшением показателей компенсации не уменьшает удовлетворенность жизнью подростков с диабетом несмотря на то, что достижение этих показателей требует приложения значительных усилий, существенных самоограничений, снижения уровня автономности, а следовательно, блокирования других индивидуально значимых потребностей [18–20].

Наряду с метаболической компенсацией СД 1 у подростков остро стоит вопрос о психосоциальной адаптации. Эффективная проработка этого вопроса возможна только при правильном построении программы обучения в школах диабета, что стало неотъемлемой частью диабетологической помощи в большинстве стран мира. Целью обучения является не восполнение недостатка знаний, а прогрессивное изменение представлений подростка о его заболевании и лечении, ведущее и к изменению поведения, и к истинному умению управлять диабетом в активном союзе с родителями и работниками здравоохранения. Это возможно лишь при условии хорошей осведомленности обо всех аспектах собственного заболевания, при формировании активного осознанного восприятия рекомендаций врача, внутреннего согласия с ним [33, 34]. В мировой практике для этого существует множество реабилитационных программ, по которым детей и подростков обучают сознательно и активно участвовать в процессе лечения, что облегчает понимание перспектив и поощряет актив-

ное участие в решении собственных проблем и выборе образа жизни [39–31].

Подводя итоги, можно сделать вывод, что возникновение в подростковом возрасте СД 1 является само по себе негативным фактором, воздействующим на становление личности и способствующим формированию дезадаптивных форм поведения. Это обосновывает необходимость комплексного изучения КЖ и медико-психологических особенностей данной социальной группы [22, 23]. Существующие программы реабилитации обладают рядом недостатков: необходимостью дополнительного обучения, длительностью, трудо- и энергозатратностью, невозможностью работы с большим количеством пациентов одновременно, они не дифференцируют подходы к детям и подросткам, объединяя их в единую группу [26]. В силу этого разработка комплексных подходов к реабилитации и психологической коррекции для подростков с СД 1 и результаты комплексной оценки КЖ могли бы оказаться особенно полезными, поскольку они предлагают пути, используя которые родители и врачи могут помочь молодым людям проявить себя успешными менеджерами их собственного диабета.

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

1. *Вовенко, К. Б.* Диагностическое значение исследования эмоциональной сферы детей младшего школьного возраста, больных сахарным диабетом / К. Б. Вовенко // Проблемы эндокринологии. — 1999. — № 2. — С. 5–8.
2. International analysis of insulin-dependent diabetes mellitus mortality: a preventable mortality perspective. The Diabetes Epidemiology Research International Group (DERI) Study // *Am. J. Epidemiol.* — 1995. — Vol. 42, № 6. — P. 612–618.
3. Early mortality in EURODIAB population-based cohorts of type 1 diabetes diagnosed in childhood since 1989 / C. C. Patterson [et al.] // *Diabetologia.* — 2007. — Vol. 50. — P. 2439–2442.
4. *Дедов, И. И.* Сахарный диабет в Российской Федерации: проблемы и пути решения // И. И. Дедов. — 1998. — № 1. — С. 7–18.
5. Изменения мотивационно-смысловой сферы у больных сахарным диабетом / Е.Г. Филякова [и др.] // *Педиатрия.* — 2002. — № 4. — С. 97–103.
6. Оценка качества жизни московских школьников / А.Ю. Земченков [и др.] // *Нефрология и диализ.* — 1999. — Т. 1, № 2–3. — С. 118–127.
7. *Мохорт, Т. В.* Сахарный диабет 1 типа: Эпидемиология, основы этиопатогенеза и профилактики. — Мн.: Бел. Наука, 2004. — С. 30–41.
8. International analysis of insulin-dependent diabetes mellitus mortality: a preventable mortality prospective. The Diabetes Epidemiology Research International Group (DERI) Study // *Am. J. Epidemiol.* — 1995. — Vol. 42, № 6. — P. 612–618.
9. *Аметов, А. С.* Новое качество жизни больного сахарным диабетом / А.С. Аметов // *Наука и жизнь.* — 2001. — № 3. — С. 24–30.
10. The role of HLA class II genes in insulin-dependent diabetes mellitus: molecular analysis of 180 Caucasian multiplex families / J. A. Noble [et al.] // *Am. J. Hum. Genet.* — 1996. — Vol. 59, № 5. — P. 1134–1148.
11. Характер психологических изменений у больных ИЗСД после обучения самоконтролю / А.В. Древаль [и др.] // *Проблемы эндокринологии.* — 1999. — Т. 45, № 1. — С. 8–11.

12. Psychiatric diagnosis and the surgical outcome of pancreas transplantation in patient with type 1 diabetes mellitus / M. K. Popkin [et al.] // Psychosomatics. — 1993. — Vol. 34. — P. 251–258.
13. Tamm, M. E. Models of health and disease / M. E. Tamm // Br. J. Med. Psychol. — 1993. — Vol. 66, № 3. — P. 213–228.
14. Механизмы психологической самозащиты / М.В. Богомолов [и др.] // Программа обучения пациентов с сахарным диабетом. — 1996. — С. 92–101.
15. Вассерман, Л. И. Психологическая диагностика отношения к болезни / Л. И. Вассерман. — Л, 1990. — С. 8–16.
16. Внутренняя картина болезни при сахарном диабете и ее зависимость от психодинамических особенностей нервной системы / П. И. Сидоров [и др.] // Пробл. эндокр. — 2006. — Т. 52, № 3. — С. 5–9.
17. Pediatric health-related quality of life measurement technology: a guide for health care decision makers / J. W. Varni [et al.] // J Clin Outcomes Manag. — 1999. — Vol. 6. — P. 33–40.
18. The measurement of quality of life in children: past and future perspectives / C. Eiser [et al.] // J Dev Behav. Pediatr. — 2001. — Vol. 22. — P. 248–256.
19. A modified quality-of-life measure for youths: psychometric properties / G. M. Ingersoll [et al.] // Diabetes Educ. — 1991. — Vol. 17. — P. 114–118.
20. Проблема оценки качества жизни подростков с сахарным диабетом первого типа / Е. Г. Старостина [и др.] // Пробл. эндокр. — 1994. — № 1. — С. 3639.
21. General Quality of Life in Youth with Type 1 Diabetes: Relationship to patient management and diabetes-specific family conflict / M. B. Lori [et al.] // Diabetes Care 2003. — Vol. 26. — P. 3067–3073.
22. Бирте, С. Практическое руководство по лечению детей и подростков с сахарным диабетом / С. Бирте, Х. Ольсен, Мортенсен. — М.: Класс, 2005.
23. The PedsQL: measurement model for the pediatric quality of life inventory / J. W. Varni [et al.] // Med Care. — 1999. — Vol. 37. — P. 126–139.
24. PedsQL 4.0: reliability and validity of the Pediatric Quality of Life Inventory version 4.0 generic core scales in healthy and patient populations / J. W. Varni [et al.] // Med Care. — 2001. — Vol. 39. — P. 800–812.
25. Personal models of diabetes in relation to self-care, wellbeing and glycemic control / T.C. Skinner [et al.] // Diabetes Care. — 2001. — Vol. 24. — P. 828–833.
26. Lustman, P. J. Depression in diabetic patients: the relationship between mood and glycemic control / P. J. Lustman // J Diabetes Complications. — 2005. — Vol. 19. — P. 113–122.
27. The DCCT Research Group Hypoglycemia in the Diabetes Control and Complications Trial // Diabetes. — 1997. — Vol. 46. — P. 271–286.
28. Mortensen, H. B. The Hvidore Study Group on Childhood Diabetes: Comparison of metabolic control in a cross-sectional study of 2,873 children and adolescents with IDDM from 18 countries / H. B. Mortensen, P. Hougaard // Diabetes Care. — 1997. — Vol. 20. — P. 714–720.
29. Scottish Study Group for the Care of the Young Diabetic: Factors influencing glycemic control in young people with type 1 diabetes in Scotland: a population-based study (DIABAUD2) // Diabetes Care. — 2001. — Vol. 24. — P. 239–244.
30. Routine Psychological Screening in Youth With Type 1 Diabetes and Their Parents / J.C. Fergus [et al.] // Diabetes Care. — 2007. — Vol. 30. — P. 2716–2724.
31. Анциферов, М. Б. Сахарный диабет / М. Б. Анциферов. — 1999. — № 4. — С. 23–27.
32. Мясникова, И.В. Проблемы эндокринологии / И. В. Мясникова. — 1999. — № 1. — С. 1–19.
33. Monitoring health related quality of life in adolescents with diabetes: a review of measures M de Wit1, H A Delemarre-van de Waal2, F Pouwer1, R J B J Gemke2, F J Snoek1.
34. Новик, А. А. Исследование качества жизни в медицине: учеб. пособие / А. А. Новик, Т. И. Ионова; под ред. Ю. Л. Шевченко. — М.: ГЭОТАР-МЕД, 2004. — 304 с.

Поступила 17.01.2008

УДК: 616.37-007-076

СОВРЕМЕННЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ДИАГНОСТИКИ ИНФИЦИРОВАННОГО ПАНКРЕОНЕКРОЗА (обзор литературы)

А. А. Литвин¹, Л. А. Мауда Шади²

¹Гомельская областная клиническая больница

²Гомельский государственный медицинский университет

Обзор литературы посвящен актуальной теме экстренной хирургии — диагностике инфицированного панкреонекроза. Инфекционные осложнения острого панкреатита являются основной причиной летальности. Ранняя диагностика инфицированного панкреонекроза позволяет своевременно изменить лечебную тактику. Авторы провели анализ современных методов диагностики панкреатической инфекции. В настоящее время наиболее информативными методами являются клиничко-лабораторный мониторинг, прокальцитониновый тест, тонко-игольная аспирационная биопсия, КТ и др.

Ключевые слова: острый панкреатит, инфицированный панкреонекроз, прокальцитониновый тест, тонко-игольная аспирационная биопсия (ТИАБ).

MODERN DIAGNOSTICS POSSIBILITIES OF INFECTED PANCREATIC NECROSIS (literature review)

A. A. Litvin¹, L. A. Mauda Shadi²

¹Gomel Regional Clinical Hospital

²Gomel State Medical University

The literature review is devoted a vital topic of emergency surgery. It is diagnostics of infected pancreatic necrosis. Infectious complications of an acute pancreatitis are a principal cause of lethal outcomes. Timely diagnostics