

Появление в литературе позитивных оценок данной лечебной стратегии и вместе с тем разнообразие выводов разных авторов, отсутствие четко разработанных критериев к выполнению чрескожных интервенционных вмешательств при коронарном ангиоспазме подтверждают необходимость дальнейших исследований в этом направлении.

### Выводы

1. Исследования в области практического применения рентгенэндоваскулярных методов лечения коронарного ангиоспазма являются современными и актуальными.

2. Существующий стандартный консервативный подход как к диагностике, так и к лечению вариантной стенокардии в ряде случаев не является эффективным, не обеспечивая достоверной верификации диагноза и оптимальных результатов лечения.

3. При неэффективности медикаментозной терапии вазоспастической стенокардии возможно применение чрескожных коронарных интервенций, что может улучшить прогноз и качество жизни пациента.

4. Необходима разработка показаний, клинических и ангиографических критериев для выполнения чрескожных коронарных вмешательств при коронарном вазоспазме, а также дополнительное изучение их результатов в отдаленном периоде в сопоставлении с результатами консервативной терапии.

### БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

1. Преображенский, Д. В. Ангиоспастическая стенокардия: диагностика, течение и медикаментозная терапия / Д. В. Преображенский, Б. А. Сидоренко // Рус. мед. журн. — 1998. — № 6. — С. 80–86.

2. Prinzmetal, M. Angina pectoris. A variant form of angina pectoris. Preliminary report / M. Prinzmetal, R. Kennamer, R. Merliss // Am. J. Med. — 1959. — Vol. 27. — P. 375.

3. Cohen, M. Variant angina pectoris / M. Cohen // Atherosclerosis and Coronary Artery Disease. — Philadelphia: Lippincott-Raven, 1996. — P. 1367–1376.

4. Intravascular ultrasound detection of atherosclerosis at the site of focal vasospasm in angiographically normal or minimally narrowed coronary segments / M. Yamagishi [et al.] // J. Am. Coll. Cardiol. — 1994. — Vol. 23. — P. 352.

5. Nitric oxide activity is deficient in spasm arteries of patients with coronary spastic angina / K. Kugiyama [et al.] // Circulation. — 1996. — Vol. 94. — P. 266–271.

6. Okumura, K. Diffuse disorder of coronary artery vasomotility in patients with coronary spastic angina. Hyperreactivity to the constrictor effects of acetylcholine and the dilator effects of nitroglycerin / K. Okumura, H. Yasue, K. Matsuyama // J. Am. Coll. Cardiol. — 1996. — Vol. 27. — P. 45.

7. Organic coronary stenosis in Prinzmetal's variant angina / D. Rovai [et al.] // J. Cardiol. — 1997. — Vol. 30. — P. 299–305.

8. De Cesare, N. Facilitation of coronary spasm by propranolol in Prinzmetal's angina: Fact or unproven extrapolation? / N. De Cesare, S. Cozzi, A. Apostolo // Coron. Artery Dis. — 1994. — Vol. 5. — P. 323.

9. Coronary artery spasm associated with a moderately severe atherosclerotic stenosis in the proximal LAD / D. Ashby [et al.] // The Journal of Invasive Cardiology. — 2002. — Vol. 14. — P. 770–772.

10. David, P. Percutaneous transluminal coronary angioplasty in patients with variant angina / P. David [et al.] // Circulation. — 1982. — Vol. 66. — P. 695–702.

11. Comparative results of percutaneous transluminal coronary angioplasty in patients with dynamic versus fixed coronary stenosis / M. Bertrand [et al.] // J. Am. Coll. Cardiol. — 1986. — Vol. 8. — P. 504–508.

12. Lopez, J. A. Gianturco-Roubin stent placement for variant angina refractory to medical treatment / J. A. Lopez, P. Angelini, D. R. Leachman // Cathet. Cardiovasc. Diagn. — 1994. — Vol. 33. — P. 161–165.

13. Nakamura, T. Stent placement for recurrent vasospastic angina resistant to medical treatment / T. Nakamura, K. Furukawa, H. Uchiyama // Cathet. Cardiovasc. Diagn. — 1997. — Vol. 42. — P. 440–443.

14. Gaspardone, A. Coronary artery stent placement in patients with variant angina refractory to medical treatment / A. Gaspardone, F. Tomai, F. Versaci // Am. J. Cardiol. — 1999. — Vol. 84. — P. 96.

15. Bory, M. Methergin testing with angiographically normal coronary arteries // M. Bory [et al.] // Amer. J. Cardiol. — 1988. — Vol. 61. — P. 298–302.

Поступила 09.11.2007

УДК 616.379-008.64-08

## ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ В КОМПЛЕКСНОЙ ОЦЕНКЕ СОСТОЯНИЯ КОМПЕНСАЦИИ САХАРНОГО ДИАБЕТА 1 ТИПА

М. Г. Русаленко

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

Отношение больных сахарным диабетом 1 типа к лечению, которое существенным образом сказывается на течении заболевания, формируется в результате влияния многих психологических и социальных факторов. Достижение и длительное поддержание компенсации при сахарном диабете невозможно без активного участия самого больного в лечебном процессе.

Выявление психологических особенностей в комплексе с определением метаболических нарушений направлено на целостное представление об адаптивных возможностях и защитных механизмах больных с целью разработки более адекватных психосоматических подходов.

Качество жизни (КЖ) — степень удовлетворения человека своим физическим, психическим и социальным состоянием. КЖ зависит от степени тяжести заболевания, от воздействия лечебных мероприятий и отражает субъективную оценку своего состояния в результате лечения или воздействия болезни.

**Ключевые слова:** сахарный диабет 1 типа, психологические, социальные факторы, качество жизни.

**ASSESSMENT OF LIFE QUALITY IN COMPLEX ESTIMATION CONDITION OF COMPENSATION IN TYPE 1 DIABETES****M. G. Rusalenko****Republican Research Center For Radiation Medicine And Human Ecology, Gomel**

The attitude of patients with diabetes Type 1 to treatment which essentially affects clinical course, is formed as a result of influence of many psychological and social factors. Achievement and long maintenance of compensation at diabetes is impossible without active participation of the patient in medical process.

Detection of psychological features in a complex with definition of metabolic infringements is directed on complete representation about adaptive opportunities and defense mechanisms of patients with the purpose of development more adequate psychosomatic approaches.

Quality of life (QOL) — it is satisfaction degree of man with his physical, mental and social condition. QOL on influence of remedial measures and reflecting subjective judgment of condition as a result of treatment or influences of illness.

Key words: diabetes Type 1, psychological and social factors, quality of life.

Сахарный диабет (СД) в последние десятилетия представляет собой реальную угрозу здоровью и качеству жизни населения всех стран мира ввиду неуклонного роста заболеваемости [1]. Распространенность СД каждые 15 лет удваивается. По прогнозам эпидемиологов, к 2030 году каждый 15–20-й житель планеты будет иметь СД. Инсулинозависимый сахарный диабет (СД 1) при условии манифестации заболевания в детском и подростковом возрасте характеризуется тяжелым течением и ранним проявлением инвалидизирующих осложнений [2, 3]. Последнее обстоятельство определяет чрезвычайную актуальность проблемы профилактики и лечения поздних осложнений СД 1, в связи с чем все мероприятия по профилактике сосудистых осложнений сводятся к достижению максимальной компенсации метаболических нарушений и нормализации уровня гликемии [4, 5]. Для достижения этой цели во всем мире проделана огромная работа по оптимизации методов терапии СД 1, что дало основание надеяться на значительное улучшение прогноза заболевания. Данные десятилетних многоцентровых исследований подтвердили возможность снижения распространенности поздних осложнений СД на 50–60% при условии достижения и поддержания в течение многих лет хорошей (уровень гликозилированного гемоглобина (HbA1c) <7%) компенсации заболевания [6].

Однако в последние годы все чаще появляются сообщения о сложностях в достижении хорошей компенсации СД 1 у большинства пациентов. Так, в мае 1997 г. были опубликованы данные многоцентрового исследования, в результате которого был оценен уровень компенсации заболевания у 2873 детей и подростков из 18 стран. Только у трети из них уровень HbA1c был <8% [7]. При таком уровне компенсации заболевания риск развития диабетических осложнений по-прежнему остается высоким.

На рубеже столетий многие медицинские проблемы, связанные с тактикой лечения СД 1, решены: завершены исследования, давшие ответ на основной вопрос в диабетологии о соотношении компенсации диабета и его осложнений (DCCT, 1993; UKPDS, 1998), разработаны терапевтические меры при диабетических осложнениях. Тем не менее проблема СД не решена. До сих пор более 50% больных в различных странах мира находятся в состоянии неудовлетворительной компенсации. Существуют многочисленные барьеры, мешающие пациентам достичь хорошего гликемического контроля, включая факторы, связанные с образом жизни, образованием, психологией и окружением каждого больного [8]. Добиться максимального умения управлять лечением диабета в активном союзе с врачом, грамотно решать различные жизненные ситуации можно лишь при условии хорошей осведомленности пациента обо всех аспектах собственного заболевания, при формировании активного осознанного восприятия рекомендаций врача, внутреннего согласия с ними [9, 10].

Современные эндокринологи осознают, что для успешной терапии СД 1 недостаточно лишь только правильно выбрать схему и тактику лечения, снабдив пациента необходимыми лекарствами, не менее важно научить больного жить полноценной жизнью и контролировать свое заболевание совместно с врачом. В мировой практике для этого создано множество реабилитационных программ, по которым пациента обучают сознательно и активно участвовать в процессе лечения на основе заложенных базовых представлений о болезни, возможностях лечения и мерах профилактики обострений, методах психологической адаптации, что повышает социальную адаптацию и нормализует качество жизни (КЖ) больного [11, 12].

Данная возможность подразумевает активное участие самого больного в процессе ле-

чения, что заключается не только в самостоятельном введении инсулина, но и обязательно в деятельном самоконтроле и постоянной коррекции доз препарата в соответствии с гликемией. Важную роль в этом играет возможность прохождения пациентами такой современной формы помощи больным, как школы самоконтроля, которые способствуют не только повышению осознанного участия пациентов в лечении заболевания, но и возрастанию роли врача-эндокринолога: он может направлять дискуссию больных в правильное русло, использовать для достижения максимального терапевтического эффекта феномен взаимовлияния больных.

В настоящее время в странах с высоким уровнем диабетологической помощи обучение больных СД 1 играет роль базисного компонента в лечении. Система обучения построена в соответствии с определенными научно-обоснованными концепциями, направленность которых должна быть строго практической, отвечающей принципу «разумной достаточности» [13].

Интенсивное лечение СД 1 значительно снижает смертность от поздних осложнений, и исходя из этого главная проблема для врача и пациента состоит в достижении наилучших параметров метаболического контроля с сохранением при этом хорошего качества жизни [14–16].

Сахарный диабет является синдромом генетически, патофизиологически и клинически неоднородным [17, 18] и может создавать условия для развития психологических расстройств [19–21]. В литературных источниках больной СД описывается как личность с чувством хронической неудовлетворенности. М. В. Богомоловым и соавт. [22] 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 — отреагирование 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 [23, 24].

Изучение психологической картины пациентов, страдающих СД, очень важно, так как отношение больного к своему состоянию сказывается на дальнейшем течении болезни и успехе в лечении. Любое болезненное состояние с точки зрения психосоматического подхода является расстройством личностного бытия че-

ловека, проявляющимся не только нарушением его биологического статуса, но также сопутствующей психической и социально-ролевой деперсонализацией [25]. При организации помощи больным СД 1 для адекватной компенсации заболевания необходим учет психодинамических особенностей пациентов, т. е. преобладания процессов возбуждения или торможения, подвижности нервной системы, уровня потребности в деятельности, скорости ее выполнения, уровня тревожности и эмоционального реагирования, от которых зависит тип отношения к болезни [26]. Тревога относится к элементам психической адаптации, связанной с восприятием угрозы, и имеет сигнальное биологическое значение. При умеренной выраженности или острой стрессовой ситуации она имеет адаптивное значение. При выраженной тревоге, не соответствующей развившейся ситуации, или хронической психической напряженности тревога превращается в фактор, нарушающий адаптацию индивидуума, и рассматривается как дезадаптивный процесс, приводящий к развитию психической или психосоматической патологии [27]. В структуре тревожности выделяют две составляющие: личностную тревожность, как черту характера, определяющую готовность к тревожным реакциям, связанную с невротизмом и внушаемостью, и ситуационную тревожность, входящую в структуру психического состояния в каждый конкретный момент времени. К проявлениям личностной тревожности относятся эмоционально-стрессовые реакции в отношениях с окружающими. Стойкая тревожность является источником постоянного стресса для человека, приводит к стрессовым отношениям к жизни в целом. Окружающий мир никогда не может стать для тревожной личности надежным, устойчивым и безопасным [28]. Исходя из вышеизложенного, бесспорна важность дифференцированного подхода к каждому пациенту СД 1, оценка его личностной и ситуационной тревожности с последующей коррекцией и наблюдением.

Говоря о комплексной оценке качества компенсации СД 1, нужно отметить, что особое значение приобретает учет аспектов качества жизни больного, которое на данный момент в Республике Беларусь мало изучено.

Исследование качества жизни в медицине — уникальный подход, позволивший принципиально изменить традиционный взгляд на проблему болезни и больного [29]. Качество жизни (КЖ) — понятие, в широком смысле слова охватывающее многие стороны жизни человека, связанные не только с состоянием его здоровья, но и условиями жизни, профессиональ-

ными способностями, работой, учебой, домашней обстановкой. Само понятие «качество жизни» ВОЗ рекомендует определять как субъективное соотношение положения и роли индивидуума в жизни общества (с учетом культуры и систем ценностей этого общества) с целями данного человека, его планами, возможностями и степенью общего неустройства, то есть КЖ — это степень комфорта человека как внутри себя, так и в рамках общества [30].

В соответствии с рекомендациями ВОЗ изучаются следующие критерии качества жизни:

- 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 и социального обеспечения, доступность информации, возможность обучения и повышения квалификации, досуг, экология);
- духовность (религия, личные убеждения).

Методы изучения КЖ основываются на определении пациентом уровня своего благополучия в физическом, психическом, социальном и экономическом отношениях. Все эти компоненты могут быть проанализированы отдельно или в целом с помощью различных анкет, тестов, шкал, индексов. В настоящий момент не существует специфического стандартизированного опросника, адаптированного для нашего региона (Беларусь, Россия). В качестве «золотого стандарта» используется опросник «SF-36» (русская версия), который применяется более 10 лет ведущими университетами мира. Опросник включает 8 концепций здоровья: определение физической функции (PF), физической роли (RP), физической боли (BP), жизненной способности (VT), социальной роли (SF), эмоциональной роли (PЧЕ) и психического здоровья (MH). Опросник «SF-36» предполагает дифференцированный подход к оценке составляющих КЖ в зависимости от пола и возраста, работоспособности, уровня компенсации заболевания. Исследование КЖ при СД 1 позволит осуществить мониторинг состояния пациентов в процессе лечения, провести индивидуальный подбор схемы ведения больного и разработать комплексные программы терапии. Оценка КЖ

является надежным, информативным и экономичным методом оценки состояния больного как на групповом, так и на индивидуальном уровне. Учет такого показателя, как качество жизни позволит добиться наилучших результатов при терапии сахарного диабета, целью которой является сохранение и укрепление здоровья в условиях психоэмоционального и социального благополучия. Последнее может быть использовано для уточнения реабилитационного потенциала (РП) инвалида при формировании и осуществлении индивидуальной программы реабилитации с оценкой эффективности проведенных мероприятий [31].

Таким образом, использование оценки качества жизни в комплексе с психологическими методиками коррекции помогут выявить те слабые звенья, которые пока не учитываются системой ведения больных сахарным диабетом и в перспективе будут подвергаться коррекции для обеспечения успешного контроля заболевания. При этом неправильно было бы ограничиваться рекомендациями для «среднетипичного» больного; следует стремиться к специальному дифференцированному психологическому подходу, предваряющему процесс обучения и выбор адекватного плана обучения или психотерапевтического воздействия индивидуально для каждого больного.

Отечественный опыт взаимодействия врачей-эндокринологов и психологов пока не так велик. В то же время запрос специалистов в области обучения больных СД к психологам уже отчетливо сформировался и рассчитан на комплексный всесторонний подход к лечению данной патологии и позитивный результат в будущем.

#### БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

1. Штандл, Э. Большой справочник по диабету / Э. Штандл, Х. Менерт. — М.: Интерэксперт, 2000.
2. Проблемы эндокринологии / И. И. Дедов [и др.]. — 1996. — № 5. — С. 3–7.
3. Древаль, А. В. и др. // Проблемы эндокринологии. — 1997. — № 2. — С. 3–5.
4. Dahl-Jorgensen, K. et al. // Diabetologia. — 1994. — Vol. 37. — P. 1172–1177.
5. Klein, R. et al. // Ann. Int. Med. — 1996. — Vol. 124. — P. 90–96.
6. The DCCT Research Group // N. Engl. J. Med. — 1993. — Vol. 329. — P. 977–986.
7. Mortensen, H., Hougaard, P. // Diabetes Care. — 1997. — Vol. 20. — P. 714–720.
8. Суркова, Е. В. // Проблемы эндокринологии. — 2004. — Т. 50. — № 4. — С. 44–47.
9. Антиферов, М. Б. // Сахарный диабет. — 1999. — № 4. — С. 23–27.
10. Мисникова, И. В. // Проблемы эндокринологии. — 1999. — № 1. — С. 15–19.
11. Бримкулов, И. Н., Сулайманов, Ш. А. // Рос. педиатрич. журн. — 2001. — № 5. — С. 19–22.
12. Diepgen, T. L. et al. // Hautarzt. — 2003. — № 10. — P. 946–951.

13. Анциферов, М. Б. и др. // Пробл. эндокринолог. — 1994. — № 3. — С. 19–22.
14. Федеральная целевая программа «Сахарный диабет»: метод. рекомендации / И. И. Дедов [и др.]. — М., 2003.
15. Смирнова, О. М. // Сахарный диабет. — 2000. — № 2. — С. 13–16.
16. Чазова, Т. Е. // Рус. мед. журн. — 2003. — Т. 11, № 27. — С. 15–20.
17. Diabetes in elderly: The Oxford Community Diabetes study / H. Neil, [at al.] // Diabet. Med. — 1989. — Vol. 6, № 7. — P. 608–613.
18. The role of HLA class II genes in insulin-dependent diabetes mellitus: molecular analysis of 180 Caucasian multiplex families / J. A. Noble [at al.] // Am. J. Hum. Genet. — 1996. — Vol. 59, № 5. — P. 1134–1148.
19. Характер психологических изменений у больных ИЗСД после обучения самоконтролю / А. В. Древал [и др.] // Проблемы эндокринологии. — 1999. — Т. 45, № 1. — С. 8–11.
20. Psychiatric diagnosis and the surgical outcome of pancreas transplantation in patient with type 1 diabetes mellitus / M. K. Popkin [at al.] // Psychosomatics. — 1993. — Vol. 34. — P. 251–258.
21. Models of health and disease / M. E. Tamm [at al.] // Br. J. Med. Psychol. — 1993. — Vol. 66, № 3. — P. 213–228.
22. Богомолов, М. В. Механизмы психологической самозащиты / М. В. Богомолов / Программа обучения пациентов с сахарным диабетом. — М., 1996. — С. 92–101.
23. Вассерман, Л. И. Психологическая диагностика отношения к болезни / Л. И. Вассерман. — Л., 1990. — С. 8–16.
24. Сидоров, П. И. и др. // Соц. и клин. психиатр. — 2000. — № 3. — С. 106–108.
25. Парцериак, С. А. Стресс, вегетозы, психосоматика / С. А. Парцериак. — СПб., 2002.
26. Внутренняя картина болезни при сахарном диабете и ее зависимость от психодинамических особенностей нервной системы / П. И. Сидоров [и др.] // Проблемы эндокринологии. — 2006. — Т. 52, № 3. — С. 5–9.
27. Cattell, R. S. The meaning and measurement of neuroticism and anxiety / R. S. Cattell, H. Scheider. — N.Y., 1963 — 535 p.
28. Gudjonsson, G. H. Interrogative suggestibility: its relationship with assertiveness, social evaluative anxiety, state anxiety and method of coping // Brit. J. Clin. Psychol. — 1988. — Vol. 27, № 2. — P. 159–166.
29. Новик, А. А. Концепция исследования качества жизни в медицине / А. А. Новик, Т. И. Ионова, П. Каинд. — СПб, «Элби», 1999. — 86 с.
30. Сенкевич, Н. Ю. и др. // Атмосфера. — 2002. — № 4. — С. 26–28.
31. Пушкарев, А. Л. и др. // Пробл. реабил. — 2000. — № 1. — С. 32–37.

Поступила 31.10.2007

УДК: 577.17:616.831-005.4-036.12:616.13- 004.6

## ГОРМОНАЛЬНЫЕ НАРУШЕНИЯ У БОЛЬНЫХ С НАЧАЛЬНЫМИ ПРОЯВЛЕНИЯМИ ХРОНИЧЕСКОЙ ИШЕМИИ ГОЛОВНОГО МОЗГА ПРИ ЦЕРЕБРАЛЬНОМ АТЕРОСКЛЕРОЗЕ

Г. М. Авдей

Гродненский государственный медицинский университет

Проведено изучение показателей гормонального статуса у больных с начальными проявлениями хронической ишемии мозга при церебральном атеросклерозе. Установлены гипофункция щитовидной железы у мужчин в возрасте до 40 лет и женщин старшей возрастной группы (41–55 лет), низкие значения кортизола в крови у мужчин со сроком болезни до 5 лет, гипофункция половых желез с компенсаторной гиперфункцией гипофиза у лиц мужского пола до 40 лет и женщин любого возраста с разной продолжительностью заболевания. Полученные изменения гормонального профиля могут быть использованы в качестве лабораторных критериев для постановки начальных проявлений хронической ишемии мозга.

Ключевые слова: хроническая ишемия мозга, гормональные нарушения.

## HORMONE DISORDERS IN THE PATIENTS WITH ATHEROSCLEROTIC FIRST MANIFESTATIONS OF CHRONIC BRAIN ISCHEMIA

G. M. Avdey

Grodno State Medical University

The study of hormone status changing was conducted in the patients with atherosclerotic first manifestations of chronic brain ischemia. As a result it was established the hypofunction of thyroid glands in the male-patients under 40 years and female-patients at the age of 41–55, low figures of cortisole in the male-patients with five-year period of a disease, hypofunction of genital glands with compensatory function of hypophysis in the male-patients under 40 years and in the any age female-patients with different period of a disease. The changes of hormone profile have been received and can be used as the laboratory criteria in the case of making of chronic brain ischemia diagnosis.

Key words: chronic brain ischemia, hormone disorders.

### Введение

Медицинская и социальная значимость проблемы хронической ишемии мозга (ХИМ)

чрезвычайно высока в связи с устойчивой тенденцией к старению населения и повышению в популяциях удельного веса лиц пожилого воз-