

Рисунок 1 — Показатели физического развития детей из благополучных семей

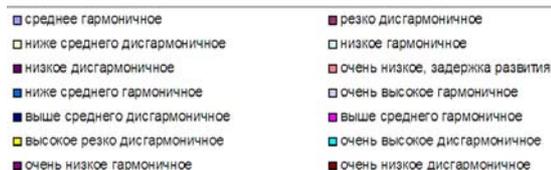
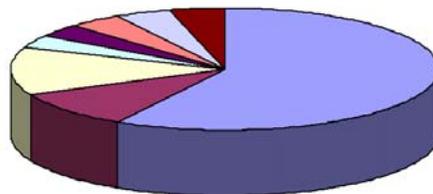


Рисунок 2 — Показатели физического развития детей из социально-неблагополучных семей

Уровень здоровья: 1 группу здоровья имеют 13,3 % детей из социально-неблагополучных семей и 27 % детей из благополучных семей; 2 группу — 53,3 % детей из социально-неблагополучных семей и 43 % детей из благополучных семей; 3 группа здоровья выставлена 33,3 % детям из социально-неблагополучных семей и 30 % детям из благополучных семей.

Выводы

Среди детей как неблагополучных, так и благополучных семей преобладает среднее, гармоничное физическое развитие. Имеют место крайние варианты физического развития. Среди детей обеих групп преобладает 2 группа здоровья.

ЛИТЕРАТУРА

1. Козловский, А. А. Оценка физического и психомоторного развития детей и подростков: метод. рекомендации / А. А. Козловский. — Гомель: ГГМУ, 2005. — 16 с.
2. Беляева, Л. М. Современные подходы к проблеме воспитания и развития детей раннего возраста. Комплексная оценка здоровья ребенка / Л. М. Беляева. — Минск: БелМАПО, 2007.

УДК 616.379 – 008.64:616 – 036.22:64.39(476) – 084

ВОЗМОЖНОСТИ ОПТИМИЗАЦИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ 1 ТИПА

Русаленко М. Г., Мохорт Т. В., Шаршакова Т. М.

**Государственное учреждение
«Республиканский научно-практический центр
радиационной медицины и экологии человека»
Учреждение образования
«Гомельский государственный медицинский университет»
г. Гомель, Республика Беларусь
Учреждение образования
«Белорусский государственный медицинский университет»
г. Минск, Республика Беларусь**

Введение

Основной причиной развития осложнений при сахарном диабете 1 типа (СД 1) является неадекватная компенсация углеводного обмена, именно поэтому обеспечение компенсации является основной целью ведения данной категории пациентов [1]. Наиболее существенными факторами, препятствующими адекватному характеру поведения человека при СД 1, названы снижение индекса «мотивации» и «планирования», что приводит к психологической дезадаптации и препятствует достижению высокого уров-

ня качества жизни (КЖ) [2]. Зарубежные исследования доказали, что только благодаря работе структурированной команды по обучению пациентов с СД 1 стало возможным снизить риск тяжелых гипогликемий, повысить самоконтроль, достигнуть самостоятельной коррекции доз инсулина, что позволило повысить КЖ пациентов [3]. Вместе с тем, даже при наличии современных методов диагностики и лечения, слаженности работы эндокринологической службы, наличия существующей системы ведения СД 1 многие вопросы взаимосвязи КЖ и состояния компенсации СД 1 остаются неизученными. Все это и обусловило выбор данной темы в качестве предмета исследования.

Цель исследования

Изучить качество компенсации СД 1 и предложить организационные мероприятия для улучшения качества оказания медицинской помощи пациентам.

Материалы и методы исследования

Обследовано 736 пациентов с СД 1 (группа исследования) и 120 лиц без СД 1 (контрольная группа). Методология включала использование аналитического (анкетирование), антропометрического, лабораторного осмотра и инструментальных исследований. Оценка КЖ проводилась с использованием общих и специальных методик: SF-36 (Ware JE, 1993); «по симптомам диабета» (DSC-R); «удовлетворенность лечением диабета» (DMS); общий и диабетический модули PedsQL™4.0 (J. Varni et al., 2001); «шкала психологического благополучия». Для оценки компенсации липидного и углеводного обмена определяли уровень ТГ, ОХ, ХСЛПВП, ХСЛПНП, ХСЛПОНП, КА, HbA1c с использованием биохимического анализатора «ARCHITECT c8000», Abbott, США. Статистическая обработка проведена с использованием программ «Statistica» 6.0 (Stat Soft, США).

Результаты и обсуждение

62,5 % детей и 81,8 % пациентов 18 лет и старше находятся в состоянии хронической декомпенсации заболевания. Уровень HbA1C в среднем составил $8,95 \pm 0,08$ %, что превышает значения, оцениваемые как адекватная компенсация. Максимальные значения HbA1C отмечены у детей 14–17 лет вне зависимости от качества самоконтроля, режима инсулинотерапии, длительности заболевания и исследуемых социальных факторов. Не выявлено детей с идеальным контролем гликемии (уровень HbA1C < 6,05 %), оптимальный (HbA1C < 7,5 %) установлен в 23 % случаев (28 человек), субоптимальный (HbA1C 7,5–9,0 %) — в 29 % случаев (35 человек), высокий риск осложнений — (HbA1C > 9,0 %) — в 48 % (57 человек).

У взрослых пациентов идеальный контроль гликемии (уровень HbA1C 6–6,9 %) отмечен в 13% случаев (83 человека), приемлемый (HbA1C 7–7,9 %) — в 22 % (134 человека), неудовлетворительный (HbA1C 8–8,9 %) — в 20 % (123 человека), высокий риск диабетических осложнений (HbA1C > 9 %) — в 40 % (247 человек), высокий риск тяжелых гипогликемий (HbA1C < 6 %) — в 5 % случаев (29 человек).

Наиболее низкие значения HbA1C отмечены у пациентов, измеряющих уровень гликемии больше 90 раз в месяц (Me 7,2 [6,6/7,9]), в сравнении с пациентами без самоконтроля (Me 8,6 [7,4/11,0]; $p < 0,001$), с частотой самоконтроля меньше 30 раз в месяц (Me 8,7 [7,6/10,5]; $p < 0,001$) и 30–90 раз в месяц (Me 8,5 [7,3/10,3]; $p = 0,001$). Пациенты, владеющие навыками самостоятельной коррекции дозы инсулина, имели более низкие значения HbA1C, чем без таковых (Me 8,5 [7,3/10,3] и Me 9,1 [7,6/11,0] соответственно; $p = 0,026$). Не способны самостоятельно корректировать дозы инсулина 22 % пациентов, из них подавляющее большинство — мужчины.

Избыточная масса тела (ИМТ ≥ 25 кг/м²) выявлена у 50 % взрослых пациентов (31 % ИМТ 25–29,9 кг/м²; 14 % — 30–34,9; 4 % — 35–39,9; 1 % — ≥ 40 кг/м²). При СД 1 чаще встречались АГ, дислипидемии, у лиц старше 40 лет — избыточная масса тела и более высокие значения АД (САД, ДАД), а также сдвиги атерогенных липидов плазмы (ТГ, ХС ЛПНП). Частота сопутствующих БСК составила $24,3 \pm 1,28$ на 100 пациентов с СД 1.

Таким образом, существующие системы диспансеризации и обучения пациентов не обеспечивают целевые уровни компенсации СД 1, что диктует необходимость их опти-

мизации. В качестве одного из критериев, определяющих отсутствие компенсации СД 1, было высказано предположение о нарушении КЖ.

При оценке КЖ при СД 1 сделаны следующие заключения: у детей снижены физическая, эмоциональная и социальная составляющие КЖ, что усугубляется снижением частоты самоконтроля и неудовлетворительным уровнем компенсации; у подростков выражена психологическая дезадаптация со снижением эмоционального и социального компонента КЖ, на что оказывает негативное влияние состояние декомпенсации (уровень $HbA1C \geq 7,5 \%$); у взрослых отмечено нарушение физической и эмоциональной составляющих КЖ на фоне завышенной оценки перспектив лечения с отягощающим влиянием возраста (40 лет и старше), длительности СД 1 (10 лет и более), женского пола и наличия частых гипогликемий (10 и больше в месяц), однако без существенных изменений психологических характеристик [4, 5].

Выявленные медицинские, социальные и психологические факторы, влияющие на состояние компенсации и КЖ пациентов позволили разработать организационную модель ведения СД 1. Модель основана на дифференцированном подходе к пациенту в зависимости от возраста, уровня информированности, исходной компенсации углеводного обмена и позволяет дифференцировать обучение в «школах диабета» и при необходимости проводить индивидуальную психологическую адаптацию. По результатам тестирования пациенты были разделены на 4 группы.

1-я группа: пациенты с удовлетворительным уровнем компенсации (оценка дневника самоконтроля и уровень $HbA1C < 7,5 \%$) и хорошими знаниями (оценка тестов);

2-я группа: пациенты, имеющие удовлетворительный уровень компенсации (оценка дневника самоконтроля и уровень $HbA1C < 7,5 \%$) и недостаточные знания (оценка тестов);

3-я группа: пациенты, имеющие неудовлетворительный уровень компенсации (оценка дневника самоконтроля и уровень $HbA1C \geq 7,5 \%$) и хорошие знания (оценка тестов);

4-я группа: пациенты, имеющие неудовлетворительный уровень компенсации (оценка дневника самоконтроля и уровень $HbA1C \geq 7,5 \%$) и недостаточные знания (оценка тестов).

По результатам оценки эффективности работы программы проведен анализ удельного веса пациентов с СД 1 разных возрастных групп, нуждающихся в дифференцированном подходе к наблюдению и обучению (таблица 1).

Таблица 1 — Удельный вес пациентов с СД 1, которым необходим дифференцированный подход к ведению и наблюдению, n (%)

Возрастная подгруппа, лет	Группа				Итого
	1-я	2-я	3-я	4-я	
Дети 5–13	10 (4)	12 (6)	20 (12)	12 (8)	54 (30)
Дети 14–17	4 (3)	4 (3)	22 (14)	28 (17)	58 (37)
Взрослые 18 и старше	14 (4)	12 (4)	17 (11)	17 (14)	60 (33)
Всего	28 (16)	28 (16)	59 (35)	57 (33)	172 (100)

Анализ эффективности работы дифференцированной программы медико-психологической коррекции пациентов с СД 1 выявил, что:

1) 4 % детей 5–13 лет, 3 % детей 14–17 лет, 4 % взрослых, исходно имеющих удовлетворительный уровень компенсации и хорошие знания, не нуждаются в психологической диагностике, дополнительном обучении и в частом лабораторном определении уровня $HbA1C$;

2) 6 % детей 5–13 лет, 3 % детей 14–17 лет, 4 % взрослых, исходно имеющих удовлетворительный уровень компенсации и недостаточные знания, необходимо дополнительное обучение с последующим тестированием их уровня;

3) 12 % детей 5–13 лет, 14 % детей 14–17 лет, 11 % взрослых, исходно имеющих неудовлетворительный уровень компенсации при хороших знаниях, нуждаются в психодиагностике с целью выявления причин недостаточной мотивации для соблюдения режима лечения с последующей коррекцией пограничных и патологических состояний с целью улучшения КЖ, уровня самоконтроля и состояния компенсации заболевания;

4) 8 % детей 5–13 лет, 17 % детей 14–17 лет, 14 % взрослых, исходно имеющих неудовлетворительный уровень компенсации и недостаточные знания, необходимо дифференцированное обучение в «школе диабета», психодиагностика и психокоррекция с целью улучшения психологической составляющей и КЖ.

По результатам повторного обследования через 3 месяца после окончания программы все пациенты 2-й группы (16 %) перешли в 1-ю, а все пациенты 4-й группы (33 %) перешли в 3-ю, после чего 1-я группа составила 32 %, а 3-я — 68 %. Следовательно, все обученные пациенты улучшили свои знания до необходимого уровня и снизили значение HbA1C.

Результат внедрения организационной модели и анализа полученных данных позволил сделать следующие **выводы**.

1. Пациенты 1-й группы не нуждаются в активной коррекции лечения, контроль уровня HbA1C можно проводить 1 раз в 6 мес. Из данной группы можно выделять информационного «лидера» для помощи в обучении других пациентов с СД 1.

2. Пациенты 2-й группы не нуждаются в активной коррекции лечения, нуждаются в дополнительном обучении в «школе диабета» с контролем уровня знаний после обучения, контроль уровня HbA1C 1 раз в 6 месяцев.

3. Пациенты 3-й группы нуждаются в активной коррекции лечения, психодиагностике и, при необходимости, психологической коррекции, контроль уровня HbA1C 1 раз в 2–3 месяцев.

4. Пациенты 4-й группы нуждаются в активной коррекции лечения, в дополнительном обучении в «школе диабета» с контролем уровня знаний после обучения, психодиагностике и, при необходимости, психологической коррекции, контроль уровня HbA1C 1 раз в 2–3 месяцев.

Таким образом, внедрение в практику предложенной организационной модели ведения и положительные результаты ее применения позволяют оптимизировать качество специализированной медицинской помощи путем дифференцированного подхода к ведению пациентов с СД 1.

ЛИТЕРАТУРА

1. Relationship between glycated haemoglobin and microvascular complications: Is there a natural cut-off point for the diagnosis of diabetes? / C. Sabanayagam [et al.] // *Diabetologia*. — 2010. — Vol. 53. — P. 1279–1289.
2. Monitoring and discussing health-related quality of life in adolescents with type 1 diabetes improve psychosocial well-being: A randomized controlled trial / M. de Wit [et al.] // *Diabetes Care*. — 2008. — Vol. 31, № 8. — P. 1521–1526.
3. Glycaemic control and severe hypoglycemia following training in flexible, intensive insulin therapy to enable dietary freedom in people with type 1 diabetes: prospective implementation study / A. Samann [et al.] // *Diabetologia*. — 2005. — Vol. 48, № 10. — P. 1965–1970.
4. Результаты оценки качества жизни и психологического благополучия подростков с сахарным диабетом 1 типа / М. Г. Русаленко [и др.] // Медико-биологические и социально-психологические проблемы безопасности в чрезвычайных ситуациях. — 2009. — № 4. — С. 19–24.
5. Русаленко, М. Г. Социально-психологические и медицинские компоненты качества жизни взрослых с сахарным диабетом 1 типа / М. Г. Русаленко, Т. М. Шаршакова, Т. В. Мохорт // *Здравоохранение*. — 2010. — № 4. — С. 68–71.

УДК 616.3 – 006

ОЦЕНКА СОЧЕТАННОЙ ЭКСПРЕССИИ p53, VEGF И КОЛЛАГЕНА IV ТИПА В ГАСТРОИНТЕСТИНАЛЬНЫХ СТРОМАЛЬНЫХ ОПУХОЛЯХ

Рябцева С. Н., Дулинец И. С., Пучков А. Ф., Рогов Ю. И.

Государственное учреждение образования
«Белорусская медицинская академия последипломного образования»

Государственное учреждение
«Республиканский научно-практический центр онкологии
и медицинской радиологии им. Н. Н. Александрова»

Учреждение здравоохранения
«Городское клиническое патологоанатомическое бюро»
г. Минск, Республика Беларусь

Введение

Гастроинтестинальные стромальные опухоли (ГИСО) — это неэпителиальные новообразования мезенхимального происхождения веретенчаточного, эпителиоидно-