

# ФИЗИЧЕСКОЕ И ЭМОЦИОНАЛЬНОЕ САМОЧУВСТВИЕ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

Кафедра внутренних болезней

ГБОУ ВПО «Северо-Осетинская государственная медицинская академия» МЗ РФ,  
Россия, 362019, г. Владикавказ, ул. Пушкинская, 40; тел. 8 918 822 0575. E-mail: boukan@yandex.ru

Было исследовано психоэмоциональное состояние у 94 больных сахарным диабетом (СД) в сопоставлении с клиническими характеристиками заболевания. Установлены следующие факторные связи: 1) между возрастом, самочувствием и настроением; 2) между полом, самочувствием и активностью; 3) между типом диабета, самочувствием и настроением; 4) между гипергликемией и активностью; 5) между характером терапии (инсулинотерапия, терапия пероральными сахароснижающими препаратами, терапия осложнений), самочувствием и настроением.

*Ключевые слова:* сахарный диабет, гипергликемия, психоэмоциональные проявления.

A. S. SOPLEVENKO

## PHYSICAL AND EMOTIONAL HEALTH IN THE PATIENTS WITH DIABETES MELLITUS

Chair of internal diseases, North Ossetian state medical academy,

Russia, 362019, Vladikavkaz, Pushkinskaya str., 40; tel. 8 918 822 0575. E-mail: boukan@yandex.ru

Psycho-emotional state of 94 patients with diabetes mellitus in connection with clinical characteristics of the diabetes was investigated. The following factorial connections were established: 1) between age and health-feeling and mood; 2) between sex differences and health-feeling and activity; 3) between type of diabetes and health-feeling and mood; 4) between a hyperglycemia and activity; 5) between type of therapy (insulin therapy, sulfonylureas, therapy for complications) and health-feeling and mood.

*Key words:* diabetes, hyperglycemia, psycho-emotional state.

Сахарный диабет (СД) представляет собой одно из наиболее распространенных хронических соматических заболеваний, имеющих большое социальное, экономическое и общемедицинское значение. Около 80% больных имеют диабет 2-го типа. В целом сахарным диабетом 2-го типа в промышленно развитых странах страдает 3–5% взрослого населения [1]. Помимо физических страданий, сопутствующих данному заболеванию, у многих больных СД, как отмечают исследователи, отмечается высокий удельный вес депрессивных и тревожных явлений [3, 4, 5, 17, 18, 19, 20, 22, 23, 25]. По данным последнего эпидемиологического исследования, проведенного в 35 городах Российской Федерации, среди пациентов с СД распространенность депрессии составляет 38%, при этом было отмечено, что депрессивные состояния чаще отмечаются у больных СД типа 2, получающих пероральные сахароснижающие препараты [16]. Нарушения эмоциональности у больных СД можно рассматривать как вторичные явления вследствие диабета [21, 24] и как самостоятельные расстройства в рамках психосоматического дистресса, часто предшествующего развитию СД [2, 8, 9, 10].

Целью настоящего исследования являлось изучение физического и эмоционального самочувствия у больных СД в сопоставлении с клиническими характеристиками заболевания.

### Материалы и методы исследования

Методом случайной выборки было обследовано 94 пациента (63 женщины и 31 мужчина), страдающих СД типа 1 (19 чел.) и СД типа 2 (75 чел.), проходивших курс планового стационарного лечения в эндокринологическом диспансере г. Владикавказа. Средний возраст

пациентов с СД типа 1 составил 30,5 года, средняя длительность болезни –  $7,8 \pm 6,3$  года. Средний возраст пациентов с СД типа 2 составил 57,1 года, средняя длительность болезни –  $9,2 \pm 6,5$  года. Инсулинотерапию получали 57 больных (60,6%), 37 (39,4%) больных получали пероральные сахароснижающие препараты (ПСР). Оценка физического и эмоционального самочувствия производилась с использованием опросника «САН», предназначенного для оперативной оценки самочувствия, активности и настроения [12], а также цветового теста Люшера [14]. Общая мотивационная активность оценивалась по результатам проективной методики «Пиктограмма» с 10 заданными символами, на которые требовалось дать ответные ассоциации. По мнению психологов [6, 13], анализ ассоциативного поля позволяет описать биодинамическую и чувственную ткань сознания. К примеру, на символ «☀» можно дать образные ассоциации («солнце», «цветок»), чувственные ассоциации («светлый», «теплый») или же формальные ассоциации («кружок с черточками»). Контрольную группу составили 98 здоровых лиц (83 женщины и 15 мужчин, средний возраст 42,2 года). С целью выявления непосредственного влияния гликемического фактора на характер психоэмоционального состояния у больных СД психодиагностическое исследование проводилось сразу после определения уровня сахара в крови. С целью изучения динамики психоэмоционального состояния в процессе лечения 40 больным было проведено повторное исследование, в среднем через 13–20 дней.

При статистическом анализе использовались параметрические критерии – Стьюдента (t), Фишера (F\*) и непараметрический критерий Пирсона ( $\chi^2$ ), а также

однофакторный дисперсионный анализ ANOVA (критерий F).

### Результаты исследования и их обсуждение

По данным опросника САН, оценка самочувствия у больных СД была чуть ниже среднего значения –  $3,9 \pm 1,32$  балла, самооценка активности и настроения была несколько выше – соответственно  $4,7 \pm 1,18$  и  $4,7 \pm 1,40$  балла (по 7-балльной шкале). В целом параметры САН, как показали наши ранние исследования [15], были существенно ниже, чем у здоровых лиц. При этом было установлено, что у больных СД показатели оценки самочувствия и настроения факторно зависели от возраста. Самые низкие баллы имели следующие утверждения: «чувствую себя слабым», «я больной», «я усталый», «есть желание отдохнуть». Жалобы на общую слабость отмечались почти у 40% больных, еще чаще были жалобы на боли в ногах (58,5%), чувство жжения/холода, онемение в ногах (52,1%), реже отмечались жалобы на головные боли (36,2%), снижение зрения (24,5%), боли в сердце (18,1%), сухость во рту, жажду (17,0%). Общее плохое самочувствие во многом объяснялось тем фактом, что у большинства обследованных больных отмечался широкий спектр осложнений и сопутствующих заболеваний: полинейропатия (91,5%), ретинопатия (75,5%), артериальная гипертензия (68,%), сердечная недостаточность (44,7%), болезни почек, в т. ч. диабетическая нефропатия (29,8%), ИБС (13,8%), хронические облитерирующие заболевания артерий нижних конечностей (14,0%), церебральный атеросклероз (6,4%), болезни печени (7,4%), болезни щитовидной железы (4,3%). Параклиническое исследование показало следующее: медиана уровня HbA1C составила 10,7%, общего холестерина – 5,60 ммоль/л,  $\beta$ -липопротеидов – 6,23 г/л, общего билирубина – 14,7 ммоль/л, мочевины – 6,26 ммоль/л, креатинина – 0,739 ммоль/л, средний показатель тимоловой пробы составил 2,47 ед. У 36 пациентов (38,3%) установлено тяжелое течение СД, в 2 случаях отмечался кетоацидоз. Инвалидность имели 27 пациентов (39,4%). Из них у 1 (1,1%) установлена первая группа, у 37 (39,4%) – вторая, у 19 (20,2%) – третья.

Негативные эмоциональные переживания у больных СД в первую очередь рассматривались в рамках реакции на болезнь, во-вторых, они могли иметь другую природу и, в свою очередь, являться триггерным фактором для «запуска» психосоматического механизма; к примеру, нельзя было игнорировать тот факт, что у 70,2% больных началу заболевания предшествовали стрессовые события – чаще всего смерть близких (20,2% случаев). Кроме того, психоэмоциональное состояние существенным образом зависело от характера терапии: показатели САН у больных СД, получавших инсулинотерапию, были существенно выше, чем у больных, получавших пероральные сахароснижающие препараты. Правда, при этом и средний возраст первых был существенно ниже (рис. 1).

Для выявления взаимосвязи между различными клиническими характеристиками СД и самооценкой своего состояния сравнительный анализ проводился по трем сопоставимым по числу лиц группам наблюдений. В 1-й группе показатели САН были ниже средних значений, что соответствовало такой самооценке, как плохое самочувствие, плохое настроение, низкая активность; во второй – в пределах средних значений (удовлетворительное самочувствие и настроение, достаточная активность); в третьей показатели СА были выше средних значений, что соответствовало такой самооценке, как хорошее самочувствие и хорошее настроение, высокая активность. Результаты сравнительного анализа приведены в таблицах 1–3. Было установлено, что плохое самочувствие чаще отмечалось у больных старшего возраста (около 60 лет), намного чаще у женщин, чем у мужчин (соответственно 83,9% и 16,1%;  $\phi^*=2,60$ ,  $p=0,001$ ), с типичными для СД жалобами (общая слабость, боли и неприятные ощущения в ногах, сухость во рту). В группе больных, самочувствие которых оценивалось как хорошее, отмечался низкий уровень осложнений, в особенности ретинопатии (65,4% в 3-й группе и 79,4% в 1-й и 2-й группах;  $\phi^*=1,37$ ,  $p=0,085$ ).

Степень активности, судя по данным самооценки, слабо зависела от клинических характеристик СД. Замечено, что низкий уровень активности редко

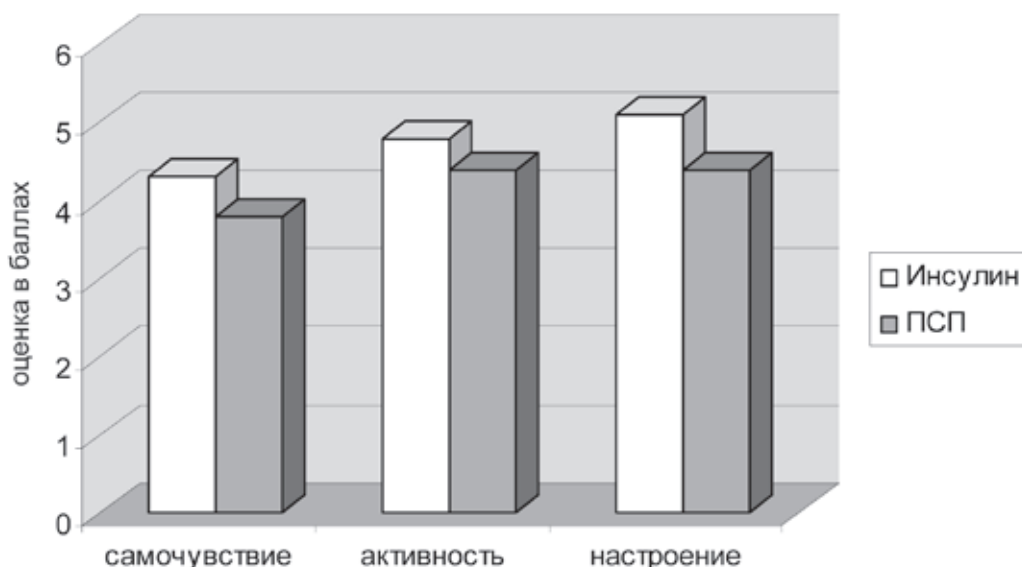


Рис. 1. Показатели самооценки по САН у больных СД, получающих инсулинотерапию и пероральные сахароснижающие препараты

**Клинические проявления СД у больных с низкими, средними и относительно высокими показателями оценки самочувствия (1-я, 2-я и 3-я группы)**

Клинические показатели	1-я группа n=31	2-я группа n=37	3-я группа n=26	Стат. критерии	
				F	p
Оценка самочувствия в бал	≤ 3,2 бал (2,4 ± 0,58)	3,3-4,7 бал (4,0 ± 0,41)	≥ 4,8 бал (5,5 ± 0,50)		
Возраст, число лет	56,8 ± 12,8	50,2 ± 16,6	48,6 ± 15,7	2,5"	0,0890
Сахар крови, ммоль/л	12,04 ± 4,79	14,42 ± 9,44	12,14 ± 4,53	1,3	0,2900
Длительность СД, число лет	9,8 ± 7,4	10,2 ± 6,5	7,1 ± 4,3	2,0	0,1400
ИМТ	31,6 ± 7,52	28,4 ± 6,13	29,1 ± 5,68	2,1	0,1300
Клинические показатели	1-я группа	2-я группа	3-я группа	N	χ <sup>2</sup>
Общее число больных	31	37	26	94	1,94
Число мужчин	5	14	12	31	4,57"
Число женщин	26	23	14	63	3,71
СД, 1 тип	4	9	6	19	2,01
СД, 2 тип	27	28	20	75	1,52
Тяжелый СД, число б-х	10	13	13	36	0,50
Декомпенсированный	21	26	16	63	2,38
Инсулинотерапия	16	23	18	57	1,36
Терапия ПСП	15	14	8	37	2,32
<b>Жалобы:</b>					
Боли в ногах	20	22	13	55	2,44
Чувство холода/жжения, онемения в ногах	21	19	9	49	5,08"
Общая слабость	16	16	5	37	6,55*
Головные боли	14	11	8	33	1,64
Снижение зрения	6	10	7	23	1,13
Боли в сердце	7	7	3	17	1,87
Сухость во рту, жажда	7	8	1	16	5,42"
<b>Анамнез:</b>					
Связь со стрессом	23	24	19	66	0,64
Смерть близкого	8	7	4	19	1,38
<b>Осложнения:</b> (ретинопатия, гипертония, нефропатия)	67	63	46	176	3,81
Ретинопатия	26	28	17	71	2,89

**Примечание:** статистическая значимость критерия Стьюдента (t) и Пирсона (χ<sup>2</sup>): \* – p<0,05; \*\* – p<0,01; \*\*\* – p<0,001 (« – значения, близкие к статистической значимости).

отмечался у больных СД 1-го типа (11,1% в 1-й группе и 64,2% во 2-й и 3-й группах;  $\phi^*=5,18$ ,  $p=0,001$ ), а высокий уровень активности – значительно чаще у мужчин. Представляется важным, что высокий уровень активности был факторно связан с гипергликемией (табл. 2). Самые высокие баллы имели следующие утверждения: «я подвижен», «я деятельный», «я увлеченный», «я взволнованный».

Пониженное настроение чаще отмечалось у лиц старшего возраста, у больных СД, в анамнезе которых отмечались психотравмирующие события (смерть близкого), а также намного чаще у больных, получавших ПСП, по сравнению с числом больных, получавших инсулинотерапию (табл. 3). Интересным представляется тот факт, что у больных с пониженным настроени-

ем заметно чаще наблюдалось такое осложнение, как нефропатия (46,7% в 1-й группе и 21,9% во 2-й и 3-й группах;  $\phi^*=2,40$ ,  $p=0,007$ ).

При выполнении цветового теста Люшера больные СД отличались от здоровых лиц тем, что значительно чаще оказывали предпочтение красному цвету (рис. 2); частота размещения красного цвета в позициях I и II у больных СД отмечалась в 60,6% случаев и в 41,7% случаев – у здоровых лиц ( $\phi^*=2,26$ ,  $p=0,012$ ). Одновременно больные СД стабильно отвергали синий цвет, намного чаще, чем здоровые лица, размещая его на последних позициях (56,0% – у больных СД и 35,4% – у здоровых лиц;  $\phi^*=2,50$ ,  $p=0,005$ ). Как известно, психологическая интерпретация красного цвета предполагает наличие таких качеств, как

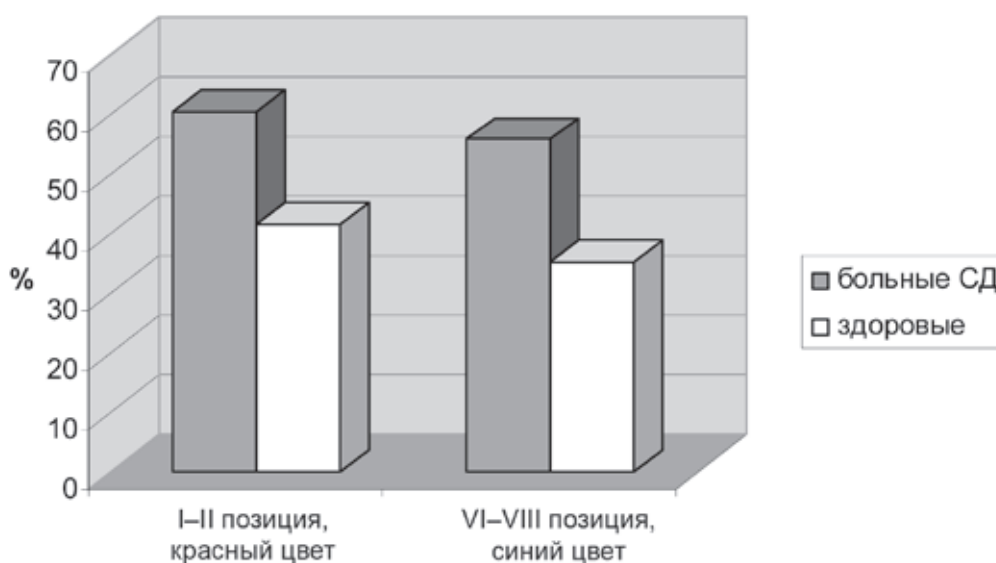


Рис. 2. Соотношение выборов красного и синего цветов в качестве предпочтительного и отвергаемого у больных СД и здоровых лиц

Таблица 2

### Клинические проявления СД у больных с низкими, средними и относительно высокими показателями оценки активности (1-я, 2-я и 3-я группы)

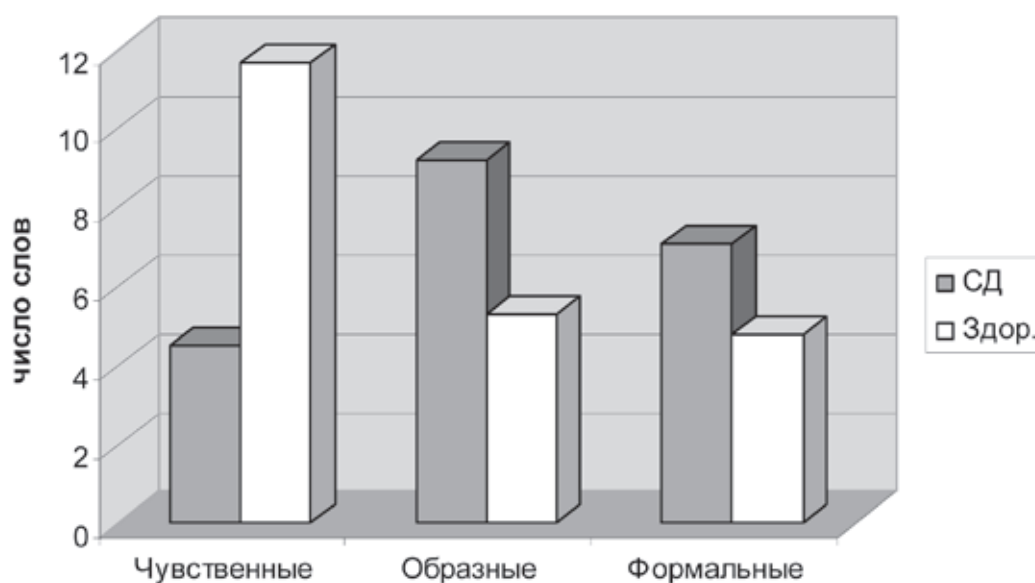
Клинические показатели	1-я группа	2-я группа	3-я группа	Стат. критерии	
Сахар крови, ммоль/л	11,36 ± 3,33	11,08 ± 4,35	14,03 ± 5,33	F=4,4*	0,0150
Общее число больных	27	31	36	N=94	$\chi^2=1,35$
Число мужчин	7	7	17	31	$\chi^2=6,47^*$
Число женщин	20	24	19	63	$\chi^2=0,91$
СД, 1-й тип	3	11	5	19	$\chi^2=5,51$ «
СД, 2-й тип	24	20	31	75	$\chi^2=2,48$
Инсулинотерапия	13	20	24	57	$\chi^2=3,26$
Терапия ПСП	14	11	12	37	$\chi^2=0,38$
<b>Жалобы:</b> Чувство холода/ жжения, онемения в ногах	18	11	20	49	$\chi^2=2,74$
<b>Анамнез:</b>					
Связь со стрессом	18	21	27	66	$\chi^2=1,92$
<b>Осложнения:</b> (ретинопатия, гипертония, нефропатия)	55	58	63	176	$\chi^2=0,55$

Примечание: статистическая значимость критерия Стьюдента (t) и Пирсона ( $\chi^2$ ): \* –  $p<0,05$ ; \*\* –  $p<0,01$ ; \*\*\* –  $p<0,001$  (« – значения, близкие к статистической значимости).

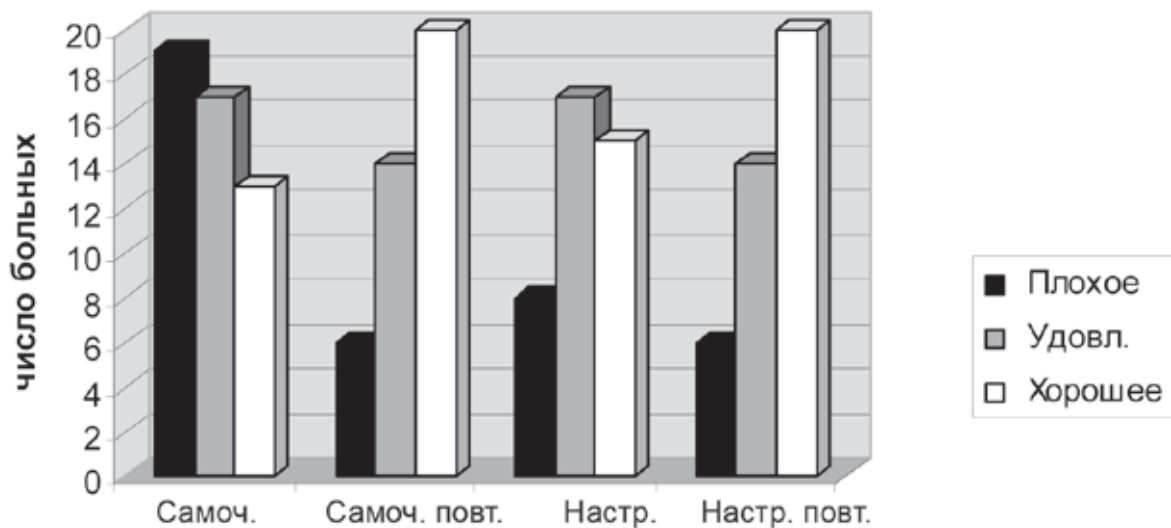
### Клинические проявления СД у больных с низкими, средними и относительно высокими показателями оценки настроения (1-я, 2-я и 3-я группы)

Клинические показатели	1-я группа	2-я группа	3-я группа	Стат. критерии	
				F=0,1	0,9200
Сахар крови, ммоль/л	12,13 ± 4,66	12,37 ± 4,29	13,64 ± 5,28	F=0,1	0,9200
Общее число больных	30	32	32	N=94	$\chi^2=0,08$
Число мужчин	6	13	12	31	$\chi^2=2,79$
Число женщин	24	19	20	63	$\chi^2=0,67$
СД, 1 тип	4	9	6	19	$\chi^2=2,0$
СД, 2 тип	26	23	26	75	$\chi^2=0,24$
Инсулинотерапия	11	23	23	57	$\chi^2=5,05$ «
Терапия ПСП	19	9	9	37	$\chi^2=5,42$ "
<b>Жалобы:</b> Чувство холода/ ожожения, онемения в ногах	19	19	11	49	$\chi^2=2,61$
Боли в сердце	8	6	3	17	$\chi^2=3,35$
Сухость во рту, жажда	5	8	3	16	$\chi^2=3,45$
<b>Анамнез:</b> смерть близкого	10	5	4	19	$\chi^2=3,28$
<b>Осложнения:</b> (ретинопатия, гипертония, нефропатия)	66	56	54	176	$\chi^2=1,41$
Нефропатия	14	8	6	28	$\chi^2=3,13$

**Примечание:** статистическая значимость критерия Стьюдента (t) и Пирсона ( $\chi^2$ ): \* –  $p < 0,05$ ; \*\* –  $p < 0,01$ ; \*\*\* –  $p < 0,001$  (« – значения, близкие к статистической значимости).



**Рис. 3.** Соотношение чувственных, образных и формальных ассоциаций у больных СД и здоровых лиц



**Рис. 4.** Соотношение общего числа больных СД и больных СД 1-го типа по трем группам наблюдений с различной оценкой самочувствия и настроения до и после лечения

активность, энергичность, динамичность, упорство, настойчивость, лидерство, но также и агрессивность, разрушительность, упрямство. Негативное восприятие синего цвета больными СД следует рассматривать как результат активного вытеснения переживаний депрессивного круга. Синий цвет – это цвет интроверсии; при вытеснении негативных его проявлений речь идет о неприятии таких качеств, как меланхолия и расслабленность [14]. У больных СД, размещавших синий цвет в YI–YIII позициях (отвергающие), в отличие от больных, предпочитающих его, отмечались более высокие показатели оценки активности (соответственно  $4,8 \pm 1,13$  и  $4,3 \pm 1,15$  балла;  $p < 0,05$ ). Очевидно, что субъективное переживание активности занимает особое место в эмоциональном профиле больных СД. По-видимому, следует согласиться с А. Маслоу, что у определенных лиц существует «потребность в активности, стимуляции и возбуждении» [11].

Идея вытеснения негативных эмоциональных переживаний находила свое подтверждение при выполнении больными СД теста «Пиктограмма». Мотивационная продуктивность у больных СД, оцениваемая по числу ответных ассоциаций, количественно и качественно отличалась от таковой у здоровых лиц (рис. 3). На наличие эмоционального отвержения указывали значительное снижение чувственных ассоциаций и повышение числа формальных ответов. С другой стороны, у больных СД отмечался рост образных ассоциаций, которые в отличие от чувственных, по мнению некоторых психологов [7], указывают на деятельную активность сознания. Как чувственные, так и образные ассоциации факторно были связаны с уровнем гликемии, заметно снижаясь при уровне сахара крови выше  $13 \text{ ммоль/л}$  ( $F=3,5$ ;  $p=0,0330$ ).

При анализе динамики психоэмоционального состояния больных в процессе терапии учитывался тот факт, что при поступлении больных на стационарное лечение специфическая терапия (инсулин, ПСП) практически не менялась (за исключением лиц с впервые диагностированным СД), и динамика состояния больных в основном была связана с терапией осложнений СД (антиоксиданты, гепатопротекторы, биогенные

стимуляторы, анаболики, метаболические препараты, ноотропы, витамины). Сравнение повторных показателей после проведенной терапии также проводилось по трем группам наблюдений (рис. 4). В результате терапии у больных отмечались значительное улучшение самочувствия ( $\chi^2=5,38$ ,  $p < 0,05$ ), в особенности у больных СД 1-го типа ( $\chi^2=4,28$ ,  $p < 0,05$ ), незначительное улучшение настроения у всех больных ( $\chi^2=1,29$ ), но более значимое у больных СД 2-го типа ( $\chi^2=2,32$ ). В оценке активности отмечалось практическое отсутствие динамики ( $\chi^2=0,10$ ), но обращал внимание тот факт, что факторная связь повышенной активности и гипергликемии в процессе терапии теряла свою значимость (соответственно  $\chi^2=3,3$ ,  $p < 0,05$  до лечения и  $\chi^2=0,20$  после лечения).

Результаты исследования дают основание считать, что психоэмоциональное состояние больных СД представляет собой важный аспект психической деятельности, определяющий качество жизни больных, терапевтический комплаенс и в целом позитивную установку на здоровый образ жизни. Плохое физическое самочувствие у больных СД определяется возрастом, полом (женский) и наличием осложнений с характерными для СД жалобами. Проведение комплексной терапии значительно улучшает оценку самочувствия, в особенности у больных СД 1-го типа. Пониженное настроение также определяется возрастом и наличием осложнений, чаще отмечается у лиц, получающих пероральные сахароснижающие препараты, а также у лиц с психотравмирующими событиями в анамнезе. Проведение комплексной терапии дает некоторое улучшение настроения, в большей мере у больных СД 2-го типа. Отдельно следует выделить относительно высокую активность у больных СД, чаще отмечаемую у мужчин и при СД 1-го типа, как особый фактор эмоционально-конституциональной predisпозиции, предполагающий наличие таких личностных свойств, как активность, энергичность, динамичность, вытесняющих негативные эмоциональные переживания, и допускающий наличие механизма самостимуляции, в свою очередь, патогенетически связанной с гипергликемией.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Аметов А. С. Избранные лекции по эндокринологии. – М.: МИА, 2009. – 496 с.
2. Балаболкин М. И. Диабетология. – М.: Медицина, 2000. – 672 с.
3. Дробижев М. Ю., Анциферов М. Б., Суркова Е. В., Захарчук Т. А., Мельникова О. Г., Щеблецов В. В. Отношение к лечению у больных сахарным диабетом. Влияние сопутствующих депрессивных и тревожно-фобических расстройств // Пробл. эндокринологии. – 2002. – № 48 (5). – С. 37–39.
4. Захарчук Т. А. Нозология депрессий у больных сахарным диабетом // Психиатрия (научно-практический журнал). – 2005. – № 5. – С. 32–39.
5. Зеленин К. А., Ковалев Ю. В., Трусов В. В. Тревожные расстройства у больных сахарным диабетом 2-го типа // Фундаментальные исследования. – 2010. – № 7. – С. 24–31.
6. Зинченко В. П., Моргунов Е. Б. Человек развивающийся. Очерки российской психологии. – М.: Тривола, 1994. – 304 с.
7. Иванников В. А. Нужно ли психологии понятие деятельности? // Вопр. психол. – 2011. – № 5. – С. 91–101.
8. Коркина М. В. Психические расстройства при соматических заболеваниях: Руководство по психиатрии / Под ред. Г. В. Морозова. – М.: Медицина, 1988. – Т. 2. – С. 84–113.
9. Коркина М. В., Елфимова Е. В. Психогенно-соматогенные взаимоотношения при сахарном диабете // Ж. неврол. и псих. им. С. С. Корсакова. – 1997. – № 2. – С. 15–18.
10. Краснушкин Е. К. Избранные труды. – М.: Медгиз, 1960. – 456 с.
11. Маслоу А. Мотивация и личность. 3-е изд. / Пер. с англ. СПб.: Питер, 2011. – 352 с.
12. Методика «САН» // Большая энциклопедия психологических тестов. – М.: Эксмо, 2009. – С. 36–37.
13. Палкин А. Д. Ассоциативный эксперимент в исследовании чувственной и биодинамической ткани // Вопросы психол. – 2010. – № 5. – С. 62–71.
14. Собчик М. Н. Модифицированный восьмицветовой тест Люшера: Практическое руководство. – СПб: «Речь», 2001. – 112 с.
15. Соплевиенко А. А., Аметов А. С. Гликемический контроль и изменение психоэмоционального состояния больных с различными клиническими характеристиками сахарного диабета // Тер. арх. – 2012. – № 12. – С. 76–81.
16. Суркова Е. В., Дробижев М. Ю., Мельникова О. Г., Захарчук Т. А. Психофармакотерапия депрессивных состояний у больных сахарным диабетом (на модели коаксила) // Обзорение психиатрии и медицинской психологии. – 2005. – № 4. – С. 11–17.
17. Anderson R. J., Freedland K. E., Clouse R. E., Lustman P. J. The prevalence of comorbid depression in adults with diabetes: a meta-analysis // Diabetes care. – 2001. – № 24. – P. 1069–1078.
18. Bailey B. J. Mediators of depression in adults with diabetes // Clin. nurs. res. – 1996. Feb. – № 5 (1). – P. 28–42.
19. Khan M. A., Longley J. Psychological aspects of diabetes: The diabetologists' perspective // Clin neuropsychiat. – 1997. – Vol. 2. № 1. – P. 94–98.
20. Lustman P. J., Anderson R. J., Freedland K. E. et al. Depression and poor glycemic control: a meta-analytic review of the literature // diabetes care. – 2000. – Vol. 23. № 7. – P. 934–942.
21. Nagel R. W., Puczynski S., Earley M. A. Depression in primary care patients with diabetes: Differences by treatment regimen // diabetes. – 2000. – Vol. 49. Suppl. 1. – P. 324A.
22. Peyrot M., Rubin R. R. Persistence of depressive symptoms in diabetic adults // Diabet care. – 1999. – Vol. 22. № 3. – P. 448–452.
23. Polonsky W. H., Dudl J., Peterson M. et al. Depression in type 2 diabetes: links to health care utilization, self-care, and medical markers // Diabetes. – 2000. – Vol. 49. Suppl. 1. – P. 64A.
24. Popkin M. K., Gallies A. L., Lenz R. D. et al. Prevalence of major depression, simple phobia, and other psychiatric disorders in patients with long-standing type 1 diabetes mellitus // Arch. gen. psychiat. – 1988. – № 45. – P. 64–68.
25. Sachs G., Spiess K. Glycosylated hemoglobin and diabetes-self monitoring (compliance) in depressed and non-depressed type 1 diabetic patients // Psychother. psychosom. med. psychol. – 1991. – Vol. 41. № 8. – P. 306–310.

Поступила 08.11.2013

**А. П. ФРАНЦЕВА<sup>1</sup>, С. М. КАРПОВ<sup>1</sup>, Н. А. БЕЛЯКОВА<sup>2</sup>,  
Л. В. ШТЕМБЕРГ<sup>1</sup>, К. А. МУРАВЬЕВ<sup>1</sup>, Н. А. ОСИПОВА<sup>1</sup>**

## ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ 1-го ТИПА

<sup>1</sup>Кафедра неврологии ГБОУ ВПО «Ставропольский государственный медицинский университет» Минздрава России,  
Россия, 355017, г. Ставрополь, ул. Мира, 310. E-mail: karpov25@rambler.ru;

<sup>2</sup>кафедра эндокринологии  
ГБОУ ВПО «Тверская государственная медицинская академия» Минздрава России,  
Россия, 170642, г. Тверь, ул. Советская, 4

Использование в оценке эффективности медицинской помощи, основанной на оценке качества жизни, является важным аспектом объективности использования различных комплексов терапевтических методов лечения. Была проведена оценка качества жизни 81 пациента до начала проводимого лечения и спустя месяц после терапии. Медикаментозная терапия включала использование инсулина в средней суточной дозе. Использовался препарат «тиогамма». Результаты оценки КЖ больных с СД 1-го типа с помощью общего опросника SF-36 позволили отметить, что течение заболевания приводит к снижению КЖ пациентов по пяти шкалам опросника. Отмечено, что снижение КЖ ассоциируется с возрастом, длительностью СД, снижением физической нагрузки и повышением стрессовых составляющих КЖ, наличием частых гипогликемий, а также женским полом. Использование в лечении препаратов тиазидовой кислоты позволяет достоверно улучшить качество жизни при данной патологии.

**Ключевые слова:** сахарный диабет, качество жизни, терапия.