

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±6,3 года. Средний возраст пациентов с СД типа 2 составил 57,1 года, средняя длительность болезни – 9,2±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 (χ^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, β -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

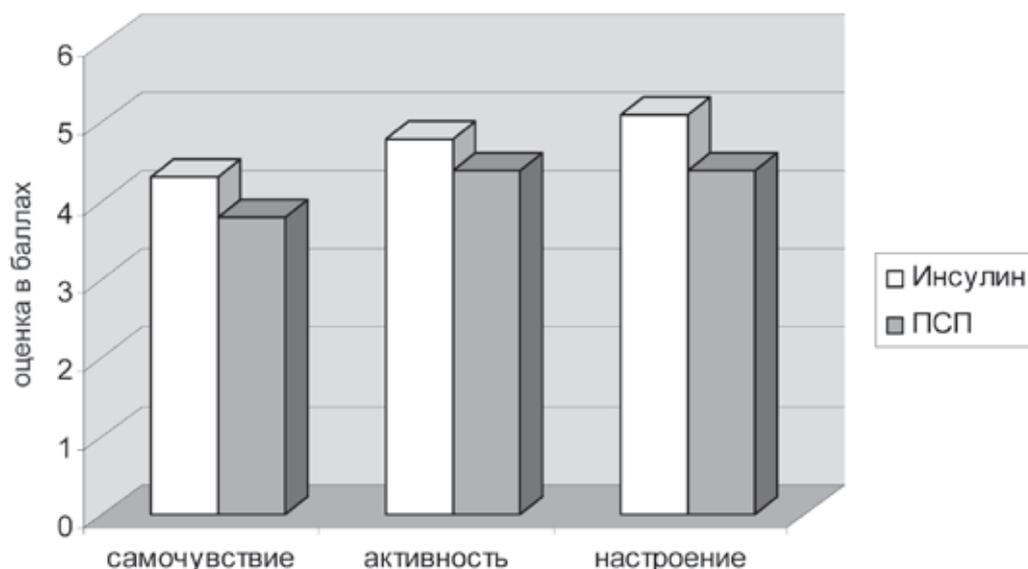


Рис. 1. Показатели самооценки по САН у больных СД, получающих инсулинотерапию и пероральные сахароснижающие препараты

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 ²
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
Жалобы:					
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"
Анамнез:					
Связь со стрессом	23	24	19	66	0,64
Смерть близкого	8	7	4	19	1,38
Осложнения: (ретинопатия, гипертония, нефропатия)	67	63	46	176	3,81
Ретинопатия	26	28	17	71	2,89

Примечание: статистическая значимость критерия Стьюдента (t) и Пирсона (χ²): * – 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

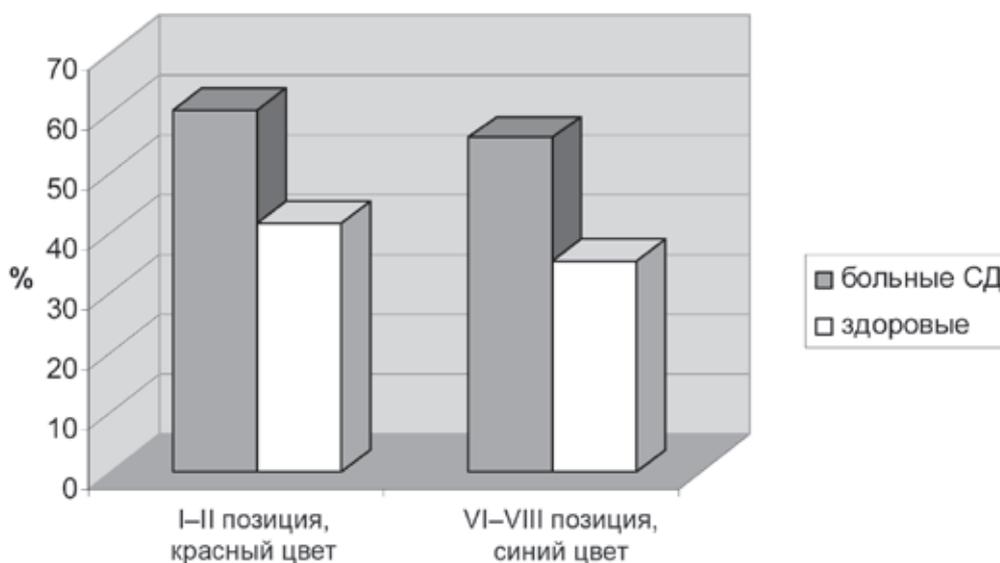


Рис. 2. Соотношение выборов красного и синего цветов в качестве предпочтительного и отвергаемого у больных СД и здоровых лиц

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	$\chi^2=0,38$
Жалобы: Чувство холода/ жжения, онемения в ногах	18	11	20	49	$\chi^2=2,74$
Анамнез:					
Связь со стрессом	18	21	27	66	$\chi^2=1,92$
Осложнения: (ретинопатия, гипертония, нефропатия)	55	58	63	176	$\chi^2=0,55$

Примечание: статистическая значимость критерия Стьюдента (t) и Пирсона (χ^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	$\chi^2=5,42$ "
Жалобы: Чувство холода/ ожжения, 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	$\chi^2=3,45$
Анамнез: смерть близкого	10	5	4	19	$\chi^2=3,28$
Осложнения: (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 (χ^2): * – $p < 0,05$; ** – $p < 0,01$; *** – $p < 0,001$ (« – значения, близкие к статистической значимости).

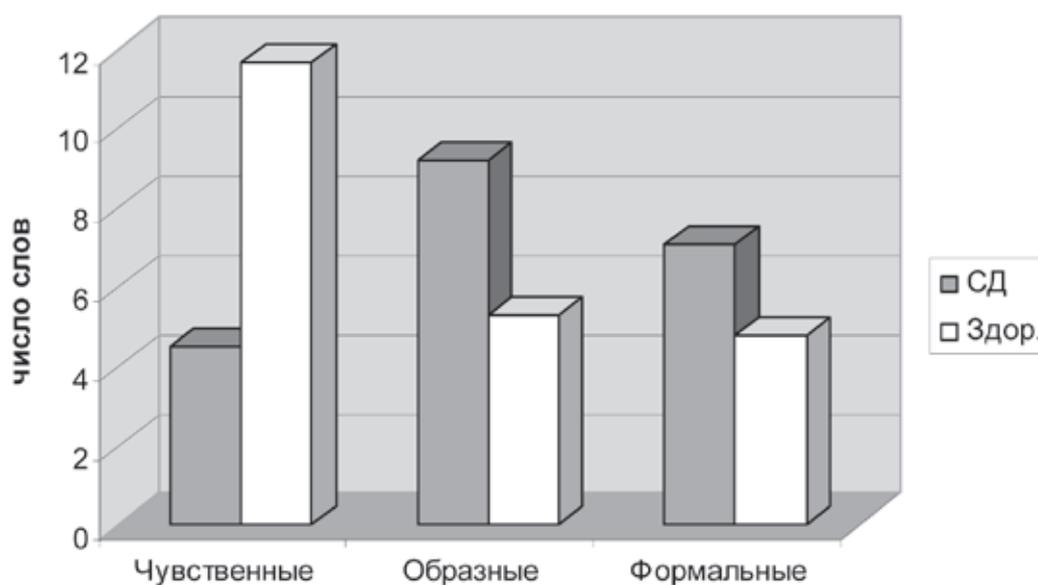


Рис. 3. Соотношение чувственных, образных и формальных ассоциаций у больных СД и здоровых лиц

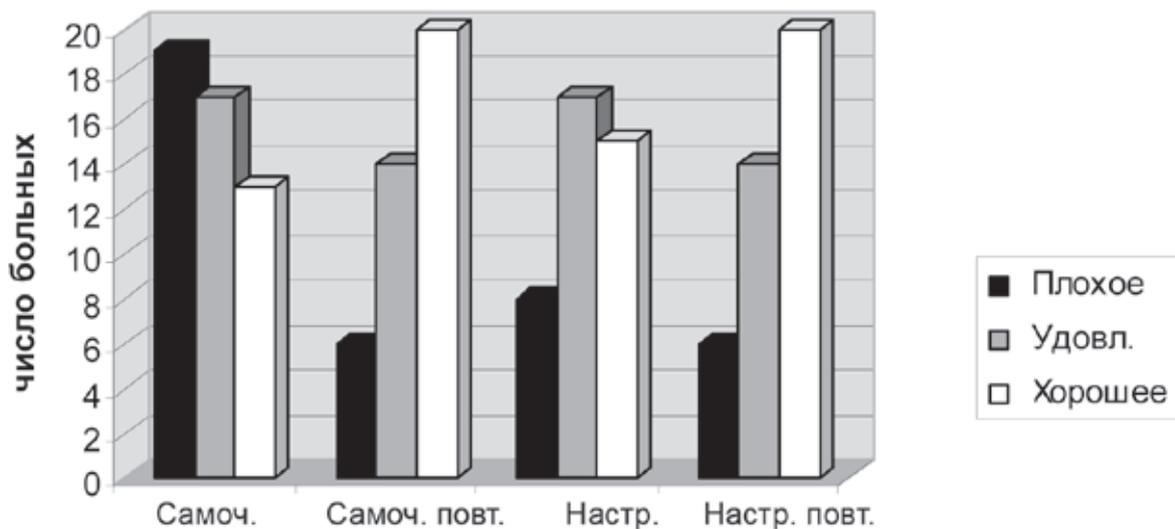


Рис. 4. Соотношение общего числа больных СД и больных СД 1-го типа по трем группам наблюдений с различной оценкой самочувствия и настроения до и после лечения

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 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., Щеплецов 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. Соплеенко 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. ФРАНЦЕВА¹, С. М. КАРПОВ¹, Н. А. БЕЛЯКОВА²,
Л. В. ШТЕМБЕРГ¹, К. А. МУРАВЬЕВ¹, Н. А. ОСИПОВА¹**

ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ 1-го ТИПА

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

²кафедра 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 тиаковой кислоты позволяет достоверно улучшить качество жизни при данной патологии.

Ключевые слова: сахарный диабет, качество жизни, терапия.