

Таблица 2

Коэффициенты корреляции (r) ГФ и Hb A_{1c} с некоторыми показателями СД (p < 0,05)

Гликированный белок	Гликемия натощак	Среднесуточная гликемия	Hb A _{1c}	Агрегация тромбоцитов	Фибринолитическая активность	Фибриноген
ГФ	0,6	0,5	0,9	0,9	-0,4	нд
Hb A _{1c}	0,5	0,5	1	0,4	нд	нд

Примечание. нд — недостоверно.

при проведении ретроспективных исследований на протяжении 6 лет и более у 1613 больных ИЗСД обнаружено увеличение частоты МА при увеличении уровня Hb A_{1c} выше 8,1%. Выявление на большом клиническом материале тесной взаимосвязи содержания ГФ с гликемией, Hb A_{1c}, агрегацией тромбоцитов, фибринолитической активностью, степенью протеинурии дает возможность предположить, что ГФ может быть использован как дополнительный признак для определения степени поражения почек при СД.

Выводы

1. У больных с МА (начальной нефропатией) в условиях компенсации диабета уровень ГФ в крови выше, чем у больных с НА.

2. Выявлена достоверная корреляция содержания ГФ с уровнем Hb A_{1c}, гликемией, агрегацией тромбоцитов, фибринолитической активностью.

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ. 1998

УДК 666.379-008.64-036.868-085.851]-07

П. И. Сидоров, М. Н. Панков, И. А. Новикова

ПСИХОСОЦИАЛЬНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

Кафедра психиатрии, наркологии и медицинской психологии Архангельской государственной медицинской академии

С целью разработки комплексной программы психосоциальной реабилитации в рамках модели позитивной психотерапии больных сахарным диабетом обследованы 10 мужчин и 11 женщин. Выявлена выраженная социальная и эмоциональная дезадаптация; значимость социальных и эмоциональных актуальных способностей является низкой. Наиболее приемлемыми способами ухода от конфликтов и их переработки больными признаны "бегство в работу" и "бегство в общение". Проанализированы основные семейные концепции пациентов. Предложена программа работы психотерапевта с пациентом (на стационарном и амбулаторном этапах) и его семьей. Позитивный подход приобретает приоритет в связи с необходимостью полноценной адаптации пациентов в окружающей их обстановке.

3. Стойкое повышение содержания ГФ (более 0,06 мкмоль ФА/10 мг) у больных СД обоих типов является показателем повышенного риска возникновения МА и прогрессирования ДН.

ЛИТЕРАТУРА

1. Воронцов А. В., Шестакова М. В. // Пробл. эндокринологии. — 1996. — № 4. — С. 37–42.
2. Ена Я. М., Сушко Е. А., Волковская Т. Г. и др. // Там же. — 1991. — № 5. — С. 64–69.
3. Карабун П. М. // Там же. — 1988. — № 5. — С. 33–37.
4. Abraham E. C., Huff T. A., Cope N. D. et al. // Diabetes. — 1978. — Vol. 27. — P. 931–937.
5. Brownlee M., Vlassara H., Cerami A. // Ibid. — 1983. — Vol. 32. — P. 680–684.
6. Bundschuh I., Jackle-Meyer I., Luneberg E. et al. // Eur. J. clin. Chem. clin. Biochem. — 1992. — Vol. 30, N 10. — P. 651–656.
7. Fluchiger K., Winterhalter K. H. // FEBS Lett. — 1976. — Vol. 71. — P. 356–360.
8. Jay R. H., Jones S. L., Hill C. E. et al. // Diabet. Med. — 1991. — Vol. 8, N 7. — P. 662–667.
9. Krolewski A. S., Laffell H. B., Krolewski M. et al. // N. Engl. J. Med. — 1995. — Vol. 332, N 19. — P. 1251–1255.
10. Kullberg C. E., Arnqvist H. J. // Diabetologia. — 1993. — Vol. 36, N 10. — P. 961–965.
11. Lutjens A., Velde A. A., Veen E. A., Meer J. // Ibid. — 1985. — Vol. 28. — P. 87–89.
12. Mogensen C., Christensen C., Vittinghus E. // Diabetes. — 1983. — Vol. 32. — P. 64–78.
13. Mucarami T., Egawa H., Komiyama Y. et al. // Thromb. Res. — 1990. — Vol. 58, N 1. — P. 23–33.
14. Neri S., Bruno C. M. // Minerva med. — 1995. — Vol. 86, N 1–2. — P. 11–15.
15. Sabbatini M., Sansone G., Uccello F. // Kidney int. — 1992. — Vol. 42. — P. 875–881.

Поступила 17.12.97

Ten men and 11 women with diabetes mellitus are examined in order to develop a comprehensive program for psychosocial rehabilitation within the framework of positive psychotherapy model for diabetics. Pronounced social and emotional dysadaptation is detected; the value of social and emotional actual capacities is low. The most acceptable methods for escaping or managing the conflicts for the examinees were "escape into work" and "escape into communication". Main family concepts of the patients are analyzed. A program for psychotherapist's work with patients and their families in an inpatient and outpatient setting is proposed. A positive approach becomes a priority because of the need in full-value adaptation of patients.

Сахарный диабет (СД) является самой распространенной эндокринной патологией [4], развивающейся под воздействием совокупности причин (генетически детерминированных механизмов и неспецифических факторов внешней среды), установить которые пока не всегда представляется возможным [12].

Имеются указания на роль психосоциальных факторов в возникновении и стабильности течения СД [13, 14]. Психическое напряжение (острое или хроническое) может приводить к развитию диабета в результате перенапряжения корковых процессов, растормаживания подкорковых гипоталамических центров, ведущих к нарушению

нервно-гуморальной регуляции [12]. Другой возможный механизм — повышение тонуса гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой системы, к которому приводят острые психические травмы, эмоциональное перенапряжение (испуг, потрясение), довольно часто предшествующие манифестации СД у детей и лиц молодого возраста [13]. Можно предположить и другой генез гипергликемии; по данным В. Г. Баранова и А. С. Стройковой (1980 г.), СД наиболее часто выявляется в возрастные периоды от 3 до 4, от 6 до 8 и от 11 до 14 лет, характеризующиеся бурным ростом, перестройкой и уязвимостью систем организма, особенно гормональной и иммунной. Стрессорные факторы, активируя функцию симпатико-адреналовой системы, повышают секрецию адреналина и кортизола. Последние могут существенно влиять на гуморальный и клеточный иммунитет с дальнейшим развитием аутоиммунных реакций [4].

Интерес к изучению возможности влияния на обменные процессы через вторую сигнальную систему возник давно. Одна из попыток относилась к 1925 г., когда Marcus и Sahlgreen исследовали влияние внушения на гликемию [11].

Первое описание психотерапевтических воздействий, предпринятых с лечебной целью при СД, принадлежит К. И. Платонову (1925 г.). Известны психотерапевтические методики для больных СД Е. И. Цукерштейна (1947 г.), А. А. Мартыненко (1984 г.). Формирование правильного отношения больного к своему заболеванию, перестройка пищевого стереотипа, коррекция нарушенного психического статуса — основные задачи психотерапии при СД [2, 3, 9, 15, 17], включающей рациональные и суггестивные техники, аутогенную тренировку, терапию творчеством, коллекционированием, общением с искусством, природой [5, 10].

Клинические случаи применения позитивной психотерапии у больных СД описаны Н. Пезешкианом (1977, 1991, 1993 гг.). Позитивная психотерапия — это конфликтцентрированный интегративный метод, включающий позитивный подход, содержательный анализ и пятиступенчатую модель помощи (стадии наблюдения, анализа, ситуативного одобрения, вербализации, расширения целей). Позитивный подход к пациенту и заболеванию в свою очередь состоит из трех основных компонентов: учета межкультуральных особенностей, позитивной интерпретации заболевания и использования в терапии историй [6, 16]. Соответственно концепции позитивной психотерапии, реакция на сложную ситуацию у любого человека проявляется через 4 "сферы разрешения конфликта" (тело, деятельность, семья/контакты, фантазия) и определяется глубиной актуального конфликта — результата воздействия на физические, умственные, социальные и духовные стороны личности макротравм (смерть близкого человека, смена работы, жилья и т. д.) или постоянных микропсихотравмирующих факторов (непунктуальность партнера, несправедливость коллег и т. д.) [1, 7, 8].

Целью исследования явилась разработка комплексной программы психосоциальной реабилитации больных СД в рамках позитивной психотерапии (работа с пациентом на стационарном и амбулаторном этапах и работа с семьей/социальным окружением пациента), учитывающей роль психологических, социальных и культурных фак-

торов в жизни пациентов и особенности их психоэмоционального состояния.

Обследованы 11 женщин и 10 мужчин с клинически и лабораторно подтвержденным диагнозом СД, из них инсулинзависимый СД (ИЗСД, I тип) был у 11, инсулиннезависимый СД (ИНСД, II тип) — у 10 больных. Средний возраст пациентов составил 43,7 года (ИЗСД — 28,1 года, ИНСД — 58,2 года). 81,8% пациентов с ИЗСД имели тяжелую форму заболевания, 90,0% пациентов с ИНСД — среднюю. Диагноз был установлен впервые у 14,3% человек, средняя продолжительность заболевания у остальных составила 11,4 года. Все больные поступили в стационар в связи с декомпенсацией диабета и подбором адекватной терапии.

Основными методами исследования были клинико-anamnestический и экспериментально-психологический, включавший цветовой тест Люшера и Висбаденский опросник позитивной и семейной психотерапии (далее WIPPF). Обработку экспериментально-психологических исследований проводили с использованием компьютерных версий теста Люшера (В/О "Оскард", 1989 г.; Vers. 1.1) и WIPPF (АГМА, 1995 г.; Vers. 1.1). Все описанные в шкалах WIPPF актуальные способности и механизмы реагирования на конфликты являются социальными и общественными нормами, ролевыми стабилизаторами, групповыми признаками (N. Reseschkian, 1977 г.). Актуальные способности оценивали по степени значимости признака; результат, находящийся в пределах 70—100%, свидетельствовал о высокой значимости данной актуальной способности, в пределах 50—70% — о средней значимости, менее 50% — о малой значимости признака.

Значительной была роль психотравмирующих факторов и ситуаций в жизни пациентов; выявлено, что у 45,5% больных ИЗСД и у 30% больных ИНСД возникновению диабета предшествовали психотравмирующие ситуации: смерть мужа, близкого родственника, испуг, психический стресс, связанный с непосредственной угрозой либо для себя, либо для окружающих.

У всех пациентов клинически определялись расстройства невротического уровня разной степени выраженности, проявляющиеся астеноневротической или астенодепрессивной симптоматикой. Типичными невротическими жалобами были снижение общего фона настроения, повышенная раздражительность, слабость, нарушения сна.

Результаты исследований по WIPPF показывают, что показатели самооценки социальных способностей (шкалы с 1-й по 11-ю: аккуратность, чистоплотность, пунктуальность, вежливость, честность, усердие, обязательность, бережливость, послушание, справедливость, верность) у больных СД находятся ниже границы 50%, т. е. эти актуальные способности пациенты оценивают, как малозначимые для себя.

Тестирование выявило, что эмоциональные (т. е. первичные) актуальные способности пациенты оценивали также низко либо показатель самооценки был близок к среднему уровню значимости (50—70%). Как менее значимые конструкторы отмечены любовь, время, доверие, нежность, вера/религия, терпение; средний уровень значимости выявлен для таких способностей, как контакты, надежда.

Таким образом, выявленная малая значимость для больных СД социальных и эмоциональных способностей свидетельствует о серьезной деза-

Сфера деятельности	Работа с пациентами		Работа с семьей пациента
	стационарная	амбулаторная	
Тело/ощущения	Принятие своего тела "как друга", формирование нового образа жизни (питание, физическая нагрузка, сон), обучение приемам психозической саморегуляции, коррекция вредных привычек	Психологическая поддержка при изменении соматического состояния, коррекция возникших невротических проявлений	Коррекция психосоматических проявлений у членов семьи (реакции на болезнь пациента, тревожных ожиданий проявления диабета у родных)
Работа/достижения	Профессиональная реабилитация; помощь в пересмотре профессиональных перспектив	Рациональное разрешение возникших проблем, связанных с заболеванием, в профессиональной сфере	Психологическая помощь семье при профессиональных переменах пациента (смене работы, выходу на инвалидность)
Семья/контакты	Анализ и коррекция межличностных взаимоотношений, работа над коммуникативными проблемами, выработка новых установок	Психологическая помощь при семейных изменениях, построение новых вариантов общения	Формирование адекватной семейной реакции на болезнь ("принятие-поддержка"), дезактуализация "ущербности" пациента
Фантазия/будущее	Раскрытие возможностей построения своих личных перспектив, развития новых жизненных установок; расширение целей, развитие мотивационно-смысловой сферы (способностей "вера", "надежда", "контакты")		Развитие актуальных способностей "вера", "надежда", помощь в планировании семейных перспектив

даптации пациентов во всех сферах жизни, хотя сохранена надежда на изменение ситуации в будущем, и они пытаются улучшить свое положение через общение с людьми.

Исследование реакции на конфликт выявило, что она проявляется в сферах "Профессия/достижения" и "семья/Контакты". Сфера "Фантазия/интуиция/будущее" не является доминирующей в жизни пациентов и по степени значимости находится на третьем месте. Наименее актуальной признана сфера "Тело/ощущение".

Исходя из изложенного, можно сделать вывод о том, что в группе больных СД наиболее приемлемым способом ухода от конфликта и его переработки является "бегство в работу", "бегство в общение". Сфере "Тело/ощущения" пациентами не уделяется практически никакого внимания.

В базовой модели ведущую позицию занимает сфера "Пра-мы", заметно менее значимой является сфера "Мы", минимально же развитыми оказались сферы "Я — мать", "Я — отец", "Ты". Это значит, что в семьях пациентов с СД большое место отводилось обсуждению духовно-религиозных тем (сфера "Пра-мы"): смысла жизни, жизни после смерти. В этих семьях особое внимание уделялось ценностям и принципам, передаваемым из поколения в поколение. Чаще в семье звучала концепция: "В моей жизни всегда есть смысл". Менее значимым в семьях было установление контактов с окружающими, их концепциями были "Мы сами по себе живем и пусть другие так живут", "Гости приносят неудобства". Минимально развитыми оказались сферы "Я" и "Ты". У пациентов сложилось мнение по отношению к самому себе: "Мне всегда нужен кто-то, чтобы помогал мне в жизни", Я — неудачник". Основные эмоциональные отношения в семье — это изначальное недоверие ребенку, сомнения в нем, поэтому сформировались заниженная самооценка, негативное отношение к себе, к своему телу. Отношения родителей друг с другом с точки зрения ребенка не выглядели идеально возможными, и чаще пациенты высказывались: "Я не хочу создавать такую семью, какой была моя".

Полученные данные позволили определить ведущие направления работы психотерапевта с больными СД (см. таблицу). Реабилитационная

программа построена в рамках модели позитивной психотерапии с учетом четырех сфер деятельности человека.

Основная работа связана со сферами "Тело/ощущения" и "Фантазия/будущее". Задачи психотерапии: помощь в принятии своего тела, себя с болезнью "как друга", в формировании нового образа жизни и режима; коррекция невротических проявлений и обучение приемам релаксации; раскрытие личных перспектив, новых жизненных установок; расширение целей, развитие мотивационно-смысловой сферы. Степень изменений в профессиональной деятельности определяет объем работы в сфере "Достижения".

Семья также принимает участие в реабилитации пациента. Главные задачи: формирование реакции "принятия", дезактуализация "ущербности" пациента, коррекция межличностных взаимоотношений, изменившихся в связи с болезнью.

Результаты исследования в группе больных СД с использованием цветового теста Люшера выявили нестабильность показателя выборки ($27,44 \pm 3,45\%$). Высокими были показатели отклонения от аутогенной нормы ($66,51 \pm 3,75\%$) и фактор тревожности ($39,88 \pm 4,71\%$); показатели работоспособности и активности снижены, что подтверждает предыдущие выводы о значительной дезадаптации пациентов.

Таким образом, в группе больных СД выявлена выраженная социальная и эмоциональная дезадаптация; значимость социальных и эмоциональных актуальных способностей была низкой, хотя для пациентов остаются важными надежды на будущее и общение с окружающими.

Наиболее приемлемыми способами ухода от конфликтов и их переработки больными признаны "бегство в работу" и "бегство в общение".

К особенностям актуального конфликта больных СД, определяющим основные направления психосоциальной реабилитации, можно отнести неразвитость сферы "Тело/ощущение" (т. е. негативное отношение к себе, своему телу) и сферы "Фантазия/будущее" (отсутствие перспектив будущего).

Выявленные особенности поведенческих стереотипов и семейных концепций и изменения, обусловленные тяжелой соматической патологией, подтверждают актуальность внедрения ком-

плексных психотерапевтических программ реабилитации больных сахарным диабетом.

ЛИТЕРАТУРА

1. Авдеев Д. А., Пезешкиан Х. Позитивная психотерапия в психосоматике. — М., 1993.
2. Агишева А. К., Савовская В. Н. Санаторно-курортное лечение больных сахарным диабетом. — Миргород, 1987.
3. Вахитова С. Х., Юсупов А. С. Безлекарственные методы лечения сахарного диабета. — Уфа, 1988.
4. Ефимов А. С., Скробонская Н. А. // Пробл. эндокринол. — 1985. — № 6. — С. 41—45.
5. Лобзин В. С., Решетников М. М. Аутогенная тренировка. — Л., 1986.
6. Пезешкиан Н. Позитивная и семейная психотерапия: семья как терапевт: Пер. с нем. — М., 1993.
7. Пезешкиан Н., Пезешкиан Х. // Обзор. психиатр. и мед. психол. им. В. М. Бехтерева. — 1993. — № 4. — С. 65—73.
8. Пезешкиан Х. Введение в позитивную психотерапию. — Архангельск, 1993.
9. Психотерапия в клинической практике / Вельвовский И. З., Липгарт Н. К., Багалея Е. И. и др. — Киев, 1987.
10. Руководство по психотерапии / Под ред. В. Е. Рожнова. 3-е изд. — Ташкент, 1985. — С. 639—649.
11. Щербак А. В. // Сов. мед. — 1990. — № 11. — С. 38—41.
12. Bingley P. V., Gale E. A. P. // Curr. Paediatr. — 1993. — Vol. 3, N 3. — P. 130—137.
13. Helz J. N., Templeton B. // Amer. J. Psychiatr. — 1990. — Vol. 147, N 10. — P. 1275—1282.
14. Herskowitz D. R., Jocabson R. U. et al. // Diabet. Med. — 1995. — Vol. 12, N 7. — P. 616—618.
15. Ivinson M. H. L. // Ibid. — N 2. — P. 113—116.
16. Peseschkian N. Positive Familientherapie. — Frankfurt, 1980.
17. Toth E. L. // Diabet. Med. — 1992. — Vol. 9, N 8. — P. 773—778.

Поступила 19.11.97

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 1998

УДК 616.45-008.64-036.12-07

В. В. Фадеев, И. И. Бузиашвили, И. И. Дедов

ЭТИОЛОГИЧЕСКАЯ И КЛИНИЧЕСКАЯ СТРУКТУРА ПЕРВИЧНОЙ ХРОНИЧЕСКОЙ НАДПОЧЕЧНИКОВОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ: РЕТРОСПЕКТИВНЫЙ АНАЛИЗ 426 СЛУЧАЕВ

Кафедра эндокринологии Московской медицинской академии им. И. М. Сеченова, Эндокринологический научный центр (дир. — акад. РАМН И. И. Дедов) РАМН, Москва

С целью изучения этиологической и клинической структуры первичной хронической надпочечниковой недостаточности (1-НН) проведен ретроспективный анализ историй болезни 426 больных с 1-НН, наблюдавшихся в ЭНЦ РАМН (и/или) клинике эндокринологии ММА им. И. М. Сеченова с 1954 по 1997 г. Обнаружено значительное преобладание частоты идиопатической болезни Аддисона (ИБА) над болезнью Аддисона туберкулезной этиологии (ТБА) (70 и 30% соответственно), причем при динамической оценке этих показателей за указанный период времени выявлено прогрессирующее преобладание ИБА. 1-НН более чем в 2 раза чаще встречается у женщин, при этом наблюдается динамика дальнейшего роста преобладания женщин в структуре заболевания в зависимости от пола. Отмечено, что среди больных ИБА женщин больше, чем мужчин, в 2,5 раза, в то время как среди больных ТБА это соотношение равно 1:1. Средний возраст больных при манифестации 1-НН составляет $34,3 \pm 0,46$ года. Пик клинической манифестации ИБА приходится на возраст между 20 и 40 годами (в среднем $32,8 \pm 0,78$ года), а ТБА — между 30 и 50 годами (в среднем $37,4 \pm 0,85$ года), что свидетельствует о более поздней манифестации ТБА ($p < 0,01$). В 28% случаев ИБА встречалась в рамках аутоиммунных полигланулярных синдромов (АПС): I типа — в 3%, II типа — в 25% случаев. При динамической оценке соотношения частоты изолированной 1-НН и ИБА в рамках АПС выявлено, что если в 30-х — 50-х годах XX века ИБА была компонентом АПС в 13% случаев, то к 80-м — 90-м годам этот показатель увеличился до 34%, в связи с чем сделан вывод о патоморфозе 1-НН, который заключается в постепенном переходе этой патологии в разряд АПС. У многих больных с 1-НН имеются различные сопутствующие аутоиммунные заболевания, при анализе семейного анамнеза больных ИБА в определенном проценте случаев у ближайших родственников выявлена аутоиммунная патология, а у большинства больных ТБА семейный анамнез отягощен по туберкулезу.

A retrospective analysis of case histories of 426 patients with primary chronic adrenal insufficiency (1-AI), followed up at Endocrinology Research Center, Russian Academy of Medical Sciences, and/or Endocrinology Clinic of I. M. Setchenov Moscow Medical Academy in 1954-1977, was carried out in order to assess the etiological and clinical structure of this disease. The idiopathic form of Addison's disease prevailed over its tuberculous form (70 and 30%, respectively); dynamic assessment of morbidity over the above period showed a progressive predominance of the idiopathic form. 1-AI is more than 2 times more incident in women, and the incidence of the disease in women vs. men is ever growing. There are at least 2.5 times more women than men among patients with idiopathic Addison's disease, while for the tuberculous form the ratio is 1:1. The mean age of 1-AI manifestation is 34.3 ± 0.46 years. The peak of clinical manifestation of idiopathic Addison's disease occurs between 20 and 40 years (at the age of 32.8 years on average), while for the tuberculous form this age is 30-50 years (37.4), which indicates a later manifestation of this form ($p < 0.01$). In 28% cases idiopathic Addison's disease coursed in the presence of autoimmune polyglandular syndromes (APS): type I in 3% and type II in 25% cases. Dynamic assessment of the ratio of the incidence of 1-AI alone to that in the presence of APS showed that from the thirties to the fifties, idiopathic Addison's disease was a component of APS in 13% cases and by the eighties and nineties this values increased to 34%, which permits a conclusion about pathomorphism of 1-AI, consisting in gradual transfer of this disease into APS. Many patients with 1-AI develop concomitant autoimmune diseases; analysis of family history of such patients reveals autoimmune diseases in close relatives in many cases, while the majority of patients with the tuberculous form of Addison's disease have a family history of tuberculosis.

Надпочечниковая недостаточность (гипокортицизм, НН) — клинический синдром, обусловленный недостаточной секрецией гормонов коры

надпочечников в результате нарушения функционирования одного или нескольких звеньев гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой системы.