

◆ КЛИНИЧЕСКАЯ ЭНДОКРИНОЛОГИЯ

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2006

УДК 616.379-008.64-092:612.821]-07

П. И. Сидоров¹, А. Г. Соловьев¹, И. А. Новикова², Н. Н. Мулькова¹**ВНУТРЕННЯЯ КАРТИНА БОЛЕЗНИ ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ И ЕЕ ЗАВИСИМОСТЬ ОТ ПСИХОДИНАМИЧЕСКИХ ОСОБЕННОСТЕЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ**¹Северный государственный медицинский университет; ²Поморский государственный университет им. М. В. Ломоносова, Архангельск

С целью выявления особенностей внутренней картины болезни при сахарном диабете (СД) 1-го и 2-го типов и ее зависимости от психофизиологических показателей обследовано 90 больных с СД 1-го типа и 60 — с СД 2-го типа. Выявлено, что гипернозогнозический тип реакции на болезнь с тревожным и ипохондрическим типами отношения к болезни чаще наблюдался у лиц с высокой личностной тревожностью, преобладанием процессов торможения, низкой подвижностью нервных процессов, низкой потребностью в деятельности и освоении предметного мира, низким уровнем активации, деятельности, жизненного тонуса и высоким уровнем эмоционального реагирования на ситуацию. Гипонозогнозический тип связан с низкой личностной тревожностью, преобладанием процессов возбуждения, высокой подвижностью нервных процессов, высокой потребностью в деятельности и освоении предметного мира, высокой скоростью выполнения операций при осуществлении какой-либо деятельности и низкой эмоциональностью. Выявленные особенности говорят о взаимосвязи психодинамических свойств личности и формирования типа отношения к болезни. Для адекватной коррекции СД при организации помощи больным необходим учет их психодинамических особенностей, 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.

Ключевые слова: сахарный диабет, внутренняя картина болезни, тип отношения к болезни, психофизиологические особенности

A hundred and fifty patients with types 1 (n = 90) and 2 (n = 60) diabetes mellitus (DM) were examined to elucidate its clinical picture and its relationship to psychophysiological parameters.

Hypernosognosia with anxiety and hypochondria was found to be more common in high-anxiety persons with a preponderance of inhibitory processes, with a low agility of nervous processes, a low need for activities and familiarization of disciplines, low levels of activation, activities, vitality, and a high emotional response to a situation. Hyponosognosia is associated with a low anxiety, a preponderance of excitative processes, with a high agility of nervous processes, a great need for activities and familiarization of disciplines, a prompt performance of operations while making any activity, and a low emotionality. The found specific features suggest that there is a relationship of the psychodynamic traits of a personality to the formation of the type of an attitude to the disease. For adequate correction of DM, when an aid delivered to the patients, it is necessary to take into account their psychodynamic traits, i.e. the predominance of excitative or inhibitory processes, the agility of nervous processes, the need for activities, the speed of its performance, the level of anxiety and emotional responsiveness, which determine the type of an attitude to the disease.

Key words: diabetes mellitus, clinical picture of disease, type of an attitude to disease, psychophysiological features.

Сахарный диабет (СД) является актуальной медико-социальной проблемой, относящейся к приоритетам систем здравоохранения практически всех стран мира [4]. С каждым годом растет потребность лечения не болезни, а больного человека с его индивидуальной неповторимой конструкцией психосоматических отношений. Любое болезненное состояние с точки зрения психосоматического подхода является расстройством личностного бытия человека, проявляющимся не только нарушением его биологического статуса, но также сопутствующей психической и социально-ролевой деперсонализацией [9]. Более 90% больных СД имеют пограничные психические расстройства в виде невротоподобных нарушений и патологического развития личности [3].

Внутренняя картина болезни (ВКБ) — это возникающий у больного целостный образ своего заболевания. На формирование ВКБ влияют различные факторы: характер заболевания, его острота и темп развития, особенности личности в предшествующий болезни период и др. [1, 8].

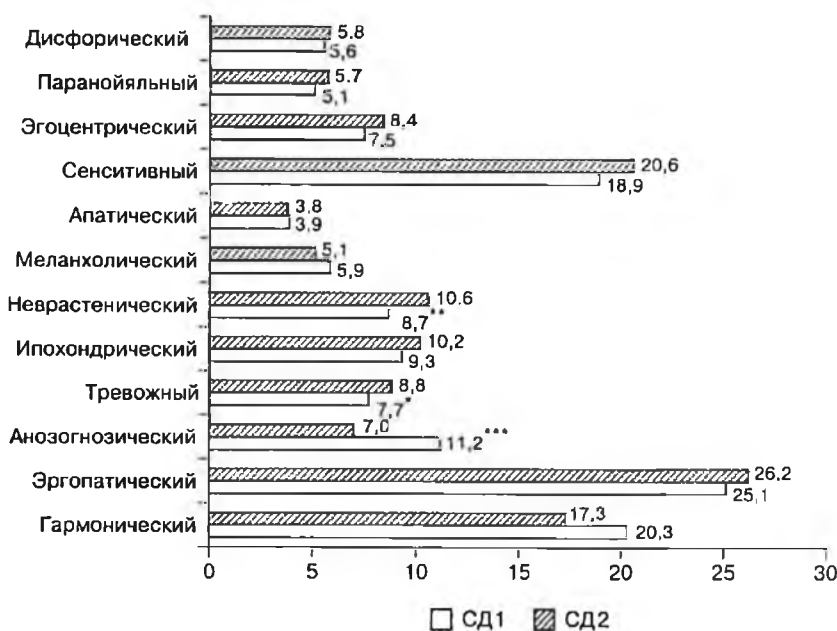
Специфика и сила эмоциональных переживаний зависят от психодинамических свойств личности, к которым относятся сила нервной системы, ее функциональное состояние, тревожность, экстраверсия, импульсивность и эмоциональность [2, 5, 6, 13].

Актуальность изучения зависимости типа отношения к болезни (ТОБ) от психодинамических свойств нервной системы обусловлена необходимостью уточнения механизмов формирования ВКБ при СД для разработки адекватных подходов к управлению заболеванием.

Цель исследования — выявление особенностей ВКБ при СД 1-го типа (СД1) и 2-го типа (СД2) и ее зависимости от психофизиологических показателей.

Материалы и методы

Обследовано 150 пациентов с диагнозом СД, проходивших лечение в поликлинике при городской больнице № 2 Северодвинска; из них 90 больных СД1 (средний возраст $32,5 \pm 1,3$ года; 46 муж-



Показатель ТООБ (в баллах) у больных СД1 и СД2.

* — $p < 0,05$; ** — $p < 0,01$; *** — $p < 0,001$.

чин и 44 женщины) и 60 больных СД2 (средний возраст — $52,8 \pm 1,1$ года; 11 мужчин и 49 женщин).

Длительность заболевания при СД1 составляла $11,7 \pm 0,9$ года, при СД2 — $10,3 \pm 0,9$ года. Тяжелые осложнения имели на момент обследования 25,6% больных СД1 и 33,3% — СД2; не имели осложнений — 34,4 и 26,7% больных соответственно. Инсулинотерапию получали все пациенты с СД1 и 53% — с СД2. Все обследованные прошли обучение в "школе диабета", обладали навыками самоконтроля, самостоятельного управления заболеванием.

В исследовании использовали методику "Тип отношения к болезни" для определения сложившегося под влиянием болезни комплекса отношений к заболеванию и лечению, к врачам и медперсоналу, к родным и близким, окружающим, к работе и учебе, к одиночеству, к прошлому и будущему [7]. По результатам опроса диагностировали 12 типов отношения к болезни: гармонический, эргопатический, анозогнозический, тревожный, ипохондрический, неврастенический, меланхолический, апатический, сенситивный, эгоцентрический, паранойяльный, дисфорический (см. рисунок). Гармонический ТООБ характеризуется трезвой оценкой своего состояния, активным содействием успеху лечения, нежеланием обременять окружающих своей болезнью. Для эргопатического типа характерны выраженное стремление продолжать работу "во что бы то ни стало", "уход в работу". Анозогнозический тип характеризуется активным отбрасыванием мысли о болезни и ее последствиях, пренебрежительным отношением к болезни, тревожный тип — беспокойством и мнительностью в отношении неблагоприятного развития заболевания, поиском информации о болезни и ее лечении, угнетенным настроением. Ипохондрический тип отличается сосредоточенностью на субъективных не-

приятных ощущениях и стремлением рассказывать о них окружающим. Неврастенический тип характеризуется раздражительностью, особенно при болезненных ощущениях, нетерпеливостью. Апатический тип отличает безразличие к себе и течению болезни, неверие в выздоровление; сенситивный — озабоченность неблагоприятным отношением окружающих в связи с болезнью, боязнь стать обузой; меланхолический — пессимистическое отношение к болезни, неверие в выздоровление. Эгоцентрический тип характеризуется требованием исключительной заботы, выставлением напоказ страданий с целью безраздельного завладения вниманием окружающих. Для паранойяльного типа характерны крайняя подозрительность к лекарствам и процедурам, обвинение окружающих в возможных осложнениях действий лекарств; для дисфорического — мрачно-озлобленное настроение, ненависть к здоровым, обвинения в своей болезни других лиц.

Значение болезни в восприятии больного (маштаб нозогнозии) может преувеличиваться (гипернозогнозия), преуменьшаться (гипонозогнозия), болезнь может полностью игнорироваться (анозогнозия) или восприниматься адекватно (нормонозогнозия). Для проведения дальнейшего анализа результаты опроса были объединены в зависимости от масштаба нозогнозии в 4 названные выше группы.

С целью выявления психодинамических особенностей нервной системы больных мы применяли тестовые психофизиологические методики: опросник структуры темперамента В. М. Русалова [11], методику диагностики темперамента Я. Стреляу [12]; тест тревожности Спилберга—Ханина (для оценки ситуативной и личностной тревожности) [10].

С помощью методики Я. Стреляу, разработанной на основе дифференциально-психофизиологической концепции Павлова—Теплова, изучали 3 основные характеристики психодинамических свойств личности: силу процессов возбуждения, силу процессов торможения и подвижность нервных процессов (табл. 1). Тест включает 3 шкалы, которые представляют собой анкету из 134 вопросов. Выраженность силы процессов возбуждения и торможения, а также их подвижности оценивали по сумме баллов, полученных за ответы на вопросы. Оценку в 42 балла и более рассматривали как высокую степень выраженности каждого свойства.

По методике структуры темперамента В. М. Русалова исследовали такие психофизиологические показатели, как эргичность — потребность в деятельности, в освоении предметного мира, уровень активации, деятельности, жизненного тонуса; социальная эргичность — потребность в социальном контакте, социальная активность (общительность); пластичность — особенности переключения с одного вида деятельности на другой, выбор форм

Таблица 1

Зависимость психодинамических характеристик от ТОБ (в баллах) у больных СД (по опроснику Я. Стреляу)

Характеристика	Нормозогнозический тип		Гипозогнозический тип		Гипернозогнозический тип	
Сила процессов возбуждения	49,53 ± 1,49 в**	55,72 ± 2,55 в**	55,03 ± 2,13 в***	51,61 ± 1,71 в*	42,93 ± 2,48 а**, б***	44,76 ± 2,64 а**, б*
Сила процессов торможения	53,81 ± 3,00	56,82 ± 2,01	54,91 ± 2,05	58,28 ± 1,59	55,22 ± 2,18	54,48 ± 2,97
Уравновешенность нервных процессов	0,96 ± 0,06	0,99 ± 0,07	1,22 ± 0,23	0,87 ± 0,04	0,79 ± 0,06	0,83 ± 0,04
Подвижность нервных процессов	49,92 ± 2,22	52,84 ± 3,37 в*	53,41 ± 2,32 в**	52,22 ± 2,26 в*	43,53 ± 2,84 б**	43,78 ± 2,77 б*, а*

Примечание. Здесь и в табл. 2: различия достоверны при * — $p < 0,05$, ** — $p < 0,01$, *** — $p < 0,001$ по сравнению с а — нормозогнозическим, б — гипозогнозическим, в — гипернозогнозическим типом.

предметной деятельности; социальная пластичность — включение в социальное взаимодействие, уровень готовности к вступлению в контакт; темп — скорость выполнения операций при осуществлении какой-либо деятельности; социальный темп — скорость вербализации, быстрота говорения; эмоциональность — особенности эмоционального реагирования на ситуацию, уровень тревожности; социальная эмоциональность — эмоциональность в коммуникативной сфере (табл. 2). Более высокие суммы баллов соответствуют большей выраженности данных свойств у обследуемого и наоборот.

Шкалу самооценки тревожности, разработанную Ч. Д. Спилбергером (США) и адаптированную Ю. Л. Ханиным (1982), использовали с целью оценки больными уровня реактивной тревожности (состояние в данный момент) и личностной тревожности (устойчивая характеристика человека). Личностная тревожность характеризуется устойчивой склонностью пациента воспринимать различные ситуации как угрожающие, реагировать на них состоянием тревоги. Реактивная тревожность сопровождается напряжением, беспокойством, нервозностью, вызывает нарушения внимания. Очень высокая личностная тревожность прямо коррелирует с наличием невротического конфликта, эмоциональными и невротическими срывами и психосоматическими заболеваниями. Определенный уровень тревожности — естественная и обязательная особенность личности. Результат оценивали по сумме баллов: до 30 — низкая тревожность, 31–45 — умеренная, 45 и более — высокая.

Статистическую обработку полученных данных проводили на ПЭВМ с использованием программы Statistica 6.0; оценку достоверности различий — по критерию Стьюдента ($p < 0,05$), корреляционной

связи — по критерию Пирсона; использовали факторный анализ.

Результаты и их обсуждение

У всех больных СД преобладал эргопатический ТОБ, значимыми являлись также гармонический и сенситивный.

При СД1 доминировали анозогнозический и гармонический ($p < 0,001$), а при СД2 чаще встречались тревожный ($p < 0,05$) и неврастенический ($p < 0,05$) ТОБ.

В результате анализа масштаба нозогнозии установлено, что у больных СД2 чаще, чем при СД1, выявлялась гипернозогнозия, причем как с интерпсихической, так и с интрапсихической направленностью. Переоценка болезни и сосредоточенность на ее проблемах коррелировали с длительностью заболевания ($r = 0,33$), что свидетельствует о большей фиксированности на телесных ощущениях с присоединением осложнений заболевания. Гипозогнозический ТОБ при СД2 был характерен для лиц более молодого возраста ($r = 0,34$), что, вероятно, связано с попыткой сохранения ими социального статуса. У женщин с СД1 и СД2 чаще встречалась гипернозогнозия ($r = 0,33$) с предрасположенностью к формированию ипохондрического, тревожного и эгоцентрического вариантов реагирования на болезнь, а у мужчин — гипозогнозия ($r = 0,34$). Это свидетельствует о большей сосредоточенности на болезненных проявлениях у женщин и об игнорировании их с попыткой сохранения статуса здорового человека у мужчин.

Обращает на себя внимание преобладание чистых ТОБ: 70% при СД1 и 65% при СД2. Социально-адаптированные ТОБ (гармонический, эргопатиче-

Таблица 2

Зависимость свойств темперамента от ТОБ (в баллах) у больных СД (по тесту В. М. Русалова)

Свойства темперамента	Нормозогнозический тип		Гипозогнозический тип		Гипернозогнозический тип	
Предметная эргичность	4,50 ± 0,62 б*в*	6,55 ± 0,85	5,98 ± 0,68 а*	5,35 ± 0,92	4,28 ± 0,48 б*	5,35 ± 0,92
Социальная эргичность	5,42 ± 0,63	6,22 ± 1,4	6,52 ± 0,64	6,74 ± 0,95	6,08 ± 0,91	6,09 ± 0,80
Пластичность	6,12 ± 0,75	6,03 ± 0,96	5,44 ± 0,78	5,92 ± 0,46	4,57 ± 0,86	4,32 ± 0,85
Социальная пластичность	4,62 ± 0,68	4,01 ± 0,86	4,82 ± 0,58	3,66 ± 0,47	4,11 ± 0,60	4,48 ± 0,65
Темп реакций	6,83 ± 0,77	7,72 ± 0,61 в**	6,33 ± 0,66	6,05 ± 0,95	5,58 ± 0,86	5,53 ± 0,81 а**
Социальный темп	6,11 ± 0,73	5,82 ± 1,64	6,08 ± 0,60	5,83 ± 0,49	5,73 ± 0,92	5,01 ± 0,75
Эмоциональность	5,53 ± 0,86	7,53 ± 1,38	5,78 ± 0,87	6,01 ± 0,74 а*	6,46 ± 1,09	7,87 ± 0,83 б*
Социальная эмоциональность	6,91 ± 0,42	8,53 ± 0,51	6,08 ± 0,65	8,12 ± 1,31	7,18 ± 0,94	7,37 ± 0,92

ский, анозогнозический) преобладали у всех обследованных. При СД1 они встречались в 69% случаев и при СД2 — в 62%. Недооценка заболевания имела место у 43% больных СД1 и 45% больных СД2. Гипернозогнозия с фиксацией на проблемах болезни, предрасполагающая к социальной дезадаптации, встречалась значительно реже — при СД1 в 31% случаев, при СД2 — в 38%.

При проведении факторного анализа результатов методики ТОБ в целом выявлены сходные факторы у больных СД1 и СД2 (табл. 3), но имелись и некоторые различия. Так, фактор I при СД1 (36,5% выборки) образовывали сенситивный и эгоцентрический, а при СД2 (37,3%) — эгоцентрический и анозогнозический ТОБ; к фактору II относились при СД1 (24,3%) ипохондрический и тревожный, а при СД2 (25,7%) — меланхолический и паранойяльный ТОБ; фактор III включал при СД1 (17,95%) эргопатический и гармонический, а при СД2 (16,9%) — сенситивный и гармонический ТОБ. Данные факторного анализа подтверждают сложность и неоднозначность ВКБ при СД обоих типов.

На формирование ВКБ влияет большой комплекс факторов, в том числе и психодинамические особенности больных. Личностная тревожность с оценкой более 50 баллов при СД1 выявлена у 29% больных, а СД2 — у 52%. Ситуативная тревожность более 50 баллов при СД1 наблюдалась у 8%, при СД2 — у 12% больных. Выявлена корреляционная зависимость между личностной тревожностью и ТОБ с гипернозогнозической направленностью, такими как тревожный ($r = 0,38$), ипохондрический ($r = 0,29$), неврастенический ($r = 0,36$), меланхолический ($r = 0,31$), сенситивный ($r = 0,30$), паранойяльный ($r = 0,31$), дисфорический ($r = 0,31$). Это свидетельствует о том, что на фоне высокой личностной тревожности чаще формируются гипернозогнозические типы реакции на болезнь. Личностная тревожность и показатели гипонозогнозии имели обратную связь ($r = -0,34$), в том

числе анозогнозический ТОБ ($r = -0,38$). Это может указывать на то, что с повышением тревожности гипонозогнозические реакции встречаются реже.

По опроснику Я. Стреляу у пациентов с СД обоих типов обнаружены достаточно высокие показатели таких психодинамических свойств личности, как сила возбуждения, сила торможения, подвижность. Сила процессов возбуждения имела корреляционную связь с анозогнозическим ($r = 0,49$) и обратную — с ипохондрическим ($r = -0,31$), неврастеническим ($r = -0,34$), меланхолическим ($r = -0,34$) ТОБ, что свидетельствует о большей склонности к игнорированию своего заболевания лицами с преобладанием процессов возбуждения. Отмечена значимая обратная связь показателей гипонозогнозии ($r = 0,47$) с личностной тревожностью ($r = -0,49$), что указывает на недооценку тяжести своей болезни пациентами с низкой тревожностью. Обнаружена корреляционная связь между подвижностью нервных процессов и преобладанием анозогнозического ТОБ ($r = 0,49$), показывающая стремление лиц с подвижной нервной системой сохранить свой социальный статус и игнорировать болезнь. Снижение подвижности нервной системы предрасполагает к ипохондрическому, неврастеническому и меланхолическому ТОБ (соответственно $r = 0,31$, $r = 0,34$, $r = 0,34$); аналогичная зависимость — с преобладанием гипонозогнозии ($r = 0,41$) и обратная связь — с проявлением гипернозогнозии ($r = 0,40$). При снижении подвижности нервных процессов отмечалась склонность к проявлению повышенной тревожности ($r = -0,47$). Имело место повышение коэффициента, отражающего соотношение процессов возбуждения и торможения при гипонозогнозии ($p < 0,05$), что также указывает на преобладание процессов возбуждения у лиц с гипонозогнозией.

При различных ТОБ у больных СД отмечены достоверные различия нейropsychологических характеристик. Так, больные СД1 и СД2 с гипернозогнозическим ТОБ имели достоверно более низкую силу возбуждения по сравнению с гипонозогнозическим ($p < 0,001$, $p < 0,05$) и нормонозогнозическим ($p < 0,01$, $p < 0,01$) ТОБ. У пациентов с СД1 и гипернозогнозическим ТОБ отмечены самые низкие показатели подвижности нервных процессов по сравнению с гипонозогнозическим — при СД1 ($p < 0,01$) и СД2 ($p < 0,05$). Выявленные результаты подтверждают влияние особенностей темперамента на восприятие болезни. Нормонозогнозический ТОБ у всех обследованных отличала наибольшая уравновешенность психических процессов, что, безусловно, способствовало их лучшей социальной адаптации, но не обязательно лучшей компенсации СД. При СД2 имело место некоторое преобладание процессов торможения над процессами возбуждения, что, вероятно, обусловлено более старшим возрастом обследуемых.

Выявлена корреляционная связь между показателями компенсации заболевания при СД2 и силой процессов возбуждения. Чем выше был уровень процессов возбуждения, тем ниже значения глики-

Таблица 3

Структура факторных нагрузок показателей методики ТОБ у больных СД1 и СД2

СД1		СД2	
Тип отношения к болезни	Факторная нагрузка	Тип отношения к болезни	Факторная нагрузка
Фактор I			
Сенситивный	-0,80	Эгоцентрический	-0,82
Эгоцентрический	-0,75	Анозогнозический	0,76
Паранойяльный	0,74	Дисфорический	0,74
Апатический	-0,74	Ипохондрический	0,72
Дисфорический	0,67	Тревожный	0,70
Анозогнозический	0,66	—	—
Фактор II			
Ипохондрический	0,75	Меланхолический	0,71
Тревожный	0,63	Паранойяльный	-0,68
Неврастенический	-0,58	Ипохондрический	0,64
Фактор III			
Эргопатический	0,71	Сенситивный	0,77
Гармонический	0,60	Гармонический	-0,66
Анозогнозический	0,60	Апатический	0,60

рованного гемоглобина (Hb A_{1c}) ($r = 0,42$) и показатели гликемии ($r = 0,36$).

При анализе результатов по тесту В. М. Русалова выявлено, что пациенты с СД1 гипонозогнозического ТОБ имели большую эргичность по сравнению с больными с нормонозогнозическим ($p < 0,05$) и гипернозоногностическим ($p < 0,05$) ТОБ, что указывает на большую энергичность и деятельность пациентов. При СД2 у больных с гипернозоногностическим ТОБ отмечены более низкие значения темпа реакции по сравнению с нормонозогностическим ($p < 0,01$), что говорит о более низком темпе реакции у лиц, сосредоточенных на своей болезни. Пациенты с СД2 и гипернозоногностическим ТОБ были более эмоциональными по сравнению с больными с гипонозогностическим типом ($p < 0,01$), что указывает на большую эмоциональность лиц, фиксированных на своей болезни.

Отмечена корреляционная зависимость показателей гликемии и Hb A_{1c} у больных СД2 от таких свойств личности, как предметная эргичность ($r = 0,38$) и пластичность ($r = 0,35$). Чем выше были темп или скорость реакций, тем ниже показатели гликемии ($r = 0,40$), а чем выше социальный темп, тем ниже показатели Hb A_{1c} ($r = 0,32$).

Выводы

1. Гипернозоногностический тип реакции на болезнь с тревожным, ипохондрическим ТОБ чаще наблюдается у лиц с высокой личностной тревожностью, преобладанием процессов торможения, низкой подвижностью нервных процессов, низкой потребностью в деятельности и освоении предметного мира, низким уровнем активности, деятельности, жизненного тонуса и высоким уровнем эмоционального реагирования на ситуацию.

2. Гипонозогностический тип связан с низкой личностной тревожностью, преобладанием процессов возбуждения, высокой подвижностью нервных процессов, высокой потребностью в деятель-

ности и освоении предметного мира, высокой скоростью выполнения операций при осуществлении какой-либо деятельности и низкой эмоциональностью.

3. Выявленные особенности указывают на взаимосвязь психофизиологических характеристик, в частности — психодинамических свойств нервной системы, и формирования ТОБ.

4. При организации помощи больным СД для адекватной компенсации заболевания необходимо учитывать психодинамические особенности 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 ТОБ.

ЛИТЕРАТУРА

1. Вассерман Л. И. // Психологическая диагностика отношения к болезни. — Л., 1990. — С. 8—16.
2. Данилова Н. Н. Психофизиологическая диагностика функциональных состояний. — М., 1992.
3. Дедов И. И., Фадеев В. В. Введение в диабетологию. — М., 1998.
4. Дедов И. И. Обучение больных сахарным диабетом. — М., 1999.
5. Иващенко О. И., Берус А. В., Журавлев А. Б. и др. // Физиол. человека. — 1999. — Т. 25, № 2. — С. 46—55.
6. Ильин Е. П. Дифференциальная психофизиология. — СПб., 2001.
7. Методические рекомендации для психологической диагностики типов отношения к болезни. — Л., 1987.
8. Николаева В. В. Влияние хронической болезни на психику. — М., 1987.
9. Парцеляк С. А. Стресс, вегетозы, психосоматика. — СПб., 2002.
10. Практикум по общей экспериментальной и прикладной психологии / Под ред. А. А. Крылова, С. А. Маничева. — СПб., 2000.
11. Русалов В. М. // Вopr. психол. — 1985. — № 4. — С. 19—33.
12. Стреляя Я. Роль темперамента в психическом развитии. — М., 1982.
13. Циркин В. И., Трухина С. И. Физиологические основы психической деятельности и поведения человека. — М.; Н. Новгород, 2001.

Поступила 06.09.05

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2006

УДК 617.7-02:616.379-008.64]-053.2-089

С. Н. Сахнов, О. Г. Гамзатов, Ю. В. Битюков, А. В. Малафеев, А. В. Муратов, В. Ю. Мирошникова, Т. А. Мова

ОФТАЛЬМОХИРУРГИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ БОЛЬНЫМ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ В КРАСНОДАРСКОМ ФИЛИАЛЕ ГУ МНТК "МИКРОХИРУРГИЯ ГЛАЗА"

Краснодарский филиал ГУ МНТК "Микрохирургия глаза" им. акад. С. Н. Федорова, Росздрава

Создание отдела витреоретинальной хирургии "Диабет глаза" и введение ставок врачей-специалистов в структуру анестезиологического отделения увеличило поток больных, поступающих на оперативное лечение, за счет пациентов с СД. Затраты на покупку диагностического оборудования и медикаментов, оплату дополнительных врачебных ставок компенсируются увеличением оперативной активности. Активная лечебно-диагностическая тактика позволяет выявлять СД, проводить предоперационную коррекцию терапии без госпитализации в профильный стационар, сокращая время предоперационной подготовки. Учитывая опыт организации работы с больными СД и большую потребность в офтальмохирургической помощи у данных больных, считаем необходимым дальнейшее развитие эндокринологической службы и создание новых лечебно-хирургических центров данного профиля.

Ключевые слова: офтальмологическая помощь больным сахарным диабетом

The setting up of a vitreoretinal surgery department "Eye Diabetes" and the introduction of the basic rates of medical officers into the structure of an anesthesiological department have increased the flow of patients referred for surgical treatment at the expense of patients with diabetes mellitus (DM). The charges for purchase of diagnostic equipment and medicines, those for additional rates of