

## ◆ КЛИНИЧЕСКАЯ ЭНДОКРИНОЛОГИЯ

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2004

УДК 616.379-008.64-08:614.253.89

П. И. Сидоров, И. А. Новикова, А. Г. Соловьев, Н. Н. Мулькова

**ВНУТРЕННЯЯ КАРТИНА БОЛЕЗНИ ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ ТИПА 1**Северный государственный медицинский университет, Поморский государственный университет  
им. М. В. Ломоносова, Архангельск

С целью изучения внутренней картины болезни обследовано 73 пациента с сахарным диабетом (СД) типа 1, среди них 42 женщины и 31 мужчина в возрасте 14—60 лет со стажем заболевания от 6 мес до 39 лет. С помощью методики психологической диагностики типов отношения к болезни выявлено, что у больных в структуре нозогнозий преобладали гипо- и гипернозогнозии, причем гипонозогнозии наблюдались несколько чаще, и относительно редко встречались адекватные реакции на болезнь (15% больных). Среди гипонозогнозий наиболее часто обнаруживались эргопатический и анозогнозический типы отношения к болезни, ведущие к недооценке своего заболевания и к неудовлетворительному метаболическому контролю. Гипернозогнозия чаще была характерна для женщин, при наличии тяжелых осложнений и большом стаже заболевания, являясь следствием осложнений СД и преморбидных особенностей личности. Центральное место в структуре гипернозогнозий занимал сенситивный тип как результат социальной дезадаптации и дискриминации общества по отношению к больным СД.

Для достижения хороших показателей метаболического контроля и качественного управления СД необходима обязательная психологическая и психотерапевтическая коррекция внутренней картины болезни при СД, что будет способствовать повышению качества жизни больных.

**Ключевые слова:** сахарный диабет типа 1, внутренняя картина болезни, тип отношения к болезни, управление диабетом.

To study the internal picture of the disease, 73 patients with type 1 diabetes mellitus (DM) were examined. Among them, there were 42 females and 31 males whose age was 14 to 60 years and whose disease duration was 6 months to 39 years. Psychological diagnostic tests evaluating their attitude to the disease revealed that in the patients, hypo- and hypernosognosias were prevalent in the pattern of nosognosias, hyponosognosias being observed somewhat more frequently, and adequate reactions to the disease were observed relatively rarely (15%). Among hyponosognosias, there was most commonly an ergopathic or anosognosic type of an attitude to the disease, which leads to the underestimation of their disease and to poor metabolic control. Hypernosognosia was more characteristic for females, which in the presence of severe complications and with a long-term history of the diseases is a consequence of DM complications and premorbid personality traits. A sensitive type as a result of social disadaptation and discrimination of society towards DM patients holds a central position in the pattern of hypernosognosias.

Obligatory psychological and psychotherapeutic correction of the internal picture of disease in DM is required to achieve good parameters of metabolic control and qualitative management of DM, which will promote the patients' better life quality.

**Key words:** type 1 diabetes mellitus, the internal picture of disease, the type of an attitude towards disease, diabetes management.

Сахарный диабет (СД) типа 1 — хроническое заболевание, которое развивается вследствие абсолютной недостаточности секреции инсулина. Драматизм и актуальность проблемы определяются широкой распространенностью СД, высокой смертностью и ранней инвалидизацией больных [3]. Это заболевание преимущественно лиц молодого и среднего возраста, для которых перспективные жизненные планы и социальная адаптация являются чрезвычайно значимыми. Оно требует от пациента изменения образа жизни, стратегий своего поведения, в том числе и в повседневных, обыденных жизненных ситуациях, умения управлять своим заболеванием [8, 11].

Эпидемиологические исследования показали, что интенсивное лечение СД значительно снижает смертность от поздних осложнений заболевания, но оно невозможно без активного, осознанного восприятия больным рекомендаций врача, без использования их в повседневной жизни с анализом реальной ситуации и выработкой самостоятельных решений на базе имеющихся знаний, без принятия ответственности за состояние своего здоровья и уверенности в том, что задача управления заболеванием ему по силам [4, 7]. Все вышеперечисленные аспекты являются составляющими понятия

"внутренняя картина болезни" (ВКБ), которая, являясь субъективно психологической стороной любого заболевания, в конечном итоге определяет способность больного СД управлять своим заболеванием [11].

Адекватность стратегий поведения пациента в период тяжелой болезни, которая означает для него кризис жизни, обуславливается адаптивными возможностями личности, особенностями восприятия и оценки ею значимой для нее ситуации и, безусловно, сказывается на ВКБ [1, 2]. На формирование ВКБ влияет характер биологической, психологической и социальной составляющих структуры личности. Степень участия биологического фактора в становлении личностной реакции на болезнь определяется тяжестью клинических проявлений, болевыми ощущениями и наличием осложнений заболевания. Психологическая составляющая включает в себя психические процессы, свойства, которые выполняют отражательную функцию в отношении к соматическому заболеванию через познавательные, эмоциональные и мотивационно-волевые проявления. Уровень социальной дезадаптации больных СД зависит не только от медицинских проблем, но и от окружения пациентов (род-

ные, друзья, коллеги и др.), отношения общества к проблеме СД [5, 9].

Основными задачами терапии при СД наряду с адекватной инсулинотерапией являются формирование правильного отношения к себе, своему заболеванию, коррекция ВКБ с выработкой мотивации на самостоятельное управление СД, что способствует нормализации показателей метаболического контроля, профилактике осложнений заболевания, увеличению продолжительности и качества жизни, возможности реализации жизненных перспектив [8, 11].

Проблема ВКБ при СД является значимой для успешного управления заболеванием, в то же время она остается пока недостаточно изученной, о чем свидетельствуют единичные данные литературы.

Целью настоящего исследования явилось изучение ВКБ больных СД типа 1 и ее роли в управлении заболеванием.

### Материалы и методы

Обследовано 73 пациента с СД типа 1, наблюдавшихся в городской поликлинике № 3 Северодвинска; среди них 42 женщины и 31 мужчина в возрасте 14—60 лет со стажем заболевания от 6 мес до 39 лет, в том числе менее 5 лет — 29%, 5—15 лет — 40%, более 15 лет — 31%. Не имели осложнений СД 39% больных, нетяжелые осложнения (начальные стадии без функциональных нарушений) были у 28%, более тяжелые (пролиферативная ретинопатия, нефропатия IV—V стадии, энцефалопатия II стадии, дистальные полинейропатии с болевыми проявлениями) — у 33% больных. Все пациенты были обучены в Учебно-методическом центре "Диабет" и получали инсулинотерапию, в том числе 68% по базис-болюсной схеме.

В исследовании использовали методику психологической диагностики типов отношения к болезни, разработанную в лаборатории клинической психологии Санкт-Петербургского психоневрологического института им. В. М. Бехтерева [6].

По результатам исследования диагностировали 12 типов отношения к болезни: гармонический, эргопатический, анозогнозический, тревожный, ипохондрический, неврастенический, меланхолический, апатический, сенситивный, эгоцентрический, паранойяльный, дисфорический. В ходе исследования были выделены "чистые", "смешанные" (сочетание 2—3 типов для 1 больного) и "диффуз-

ные" (когда в характеристике ВКБ присутствовало 4 типа и более) типы отношения к болезни.

Все типы отношения к болезни по масштабу нозогнозий были объединены в 3 группы: нормонозогнозия (гармонический тип); гипонозогнозия (анозогнозический и эргопатический типы); гипернозогнозия, к которой можно отнести все оставшиеся типы отношения к болезни (несмотря на наличие анозогнозического или эргопатического типа в характеристике "смешанных" и "диффузных" типов).

Для оценки статистической достоверности полученных результатов применяли метод дисперсионного анализа с оценкой критерия Стьюдента и метод корреляционного анализа с применением коэффициента Пирсона.

### Результаты и их обсуждение

При проведении исследования "чистые" типы отношения к болезни выявлены у 62% больных СД, из них гармонический у 15%, эргопатический у 26%, анозогнозический у 12%, сенситивный у 9%, "смешанные" — у 26% и "диффузные" — у 12% пациентов (табл. 1).

Наиболее часто больные СД имели эргопатический, анозогнозический и сенситивный типы отношения к болезни (табл. 2).

"Чистый" эргопатический тип отношения к болезни был характерен для большинства лиц с СД как по встречаемости в выборке (у 52% обследованных), так и по наибольшему среднему баллу. Вторым по встречаемости был сенситивный тип (1/3 пациентов); анозогнозический тип встречался у 25% обследованных. Несколько реже обнаруживался наиболее адаптивный вариант реакции — гармонический тип отношения к болезни (15% больных СД). Остальные типы отношения к болезни у пациентов с СД типа 1 встречались относительно редко и лишь в составе "смешанных" и "диффузных" типов.

При оценке масштаба нозогнозий при СД выявлено, что гипо- и гипернозогнозии встречались в 3 раза чаще, причем с небольшим преобладанием гипонозогнозии, а нормонозогнозия обнаруживалась сравнительно редко.

Анализируя особенности нозогнозий у больных СД (см. рисунок), можно отметить, что гипонозогнозия была характерна в большей степени для мужчин, чем для женщин, а также она встречалась ча-

Таблица 1

Особенности типов отношения к болезни при СД типа 1 (в %)

Типы отношения к болезни	Всего	Пол		Стаж заболевания, годы			Возраст, годы				
		м.	ж.	меньше 5	5—15	больше 15	младше 20	21—30	31—40	41—50	51—60
<b>"Чистые":</b>											
гармонический	15	17	14	14	10	22	13	14	23	14	12
эргопатический	26	26	24	29	31	13	—	14	46	21	40
анозогнозический	12	19	7	23	10	4	40	14	8	—	—
сенситивный	9	6	12	10	10	9	7	14	8	7	12
<b>"Смешанные"</b>											
"Смешанные"	26	26	29	14	34	35	27	44	15	29	18
<b>"Диффузные"</b>											
"Диффузные"	12	6	14	10	5	17	13	0	0	29	18

Таблица 2  
Встречаемость различных типов отношения к болезни в исследуемой группе больных СД (в %)

Тип отношения к болезни	"Чистые" типы	В составе "смешанных" и "диффузных" типов
Гармонический	24,1	—
Эргопатический	40,3	26,6
Анозогнозический	19,9	11,3
Тревожный	—	4,1
Ипохондрический	—	11,3
Неврастенический	—	11,3
Меланхолический	—	4,1
Апатический	—	1,2
Сенситивный	15,7	20,5
Эгоцентрический	—	4,8
Паранойяльный	—	—
Дисфорический	—	4,8

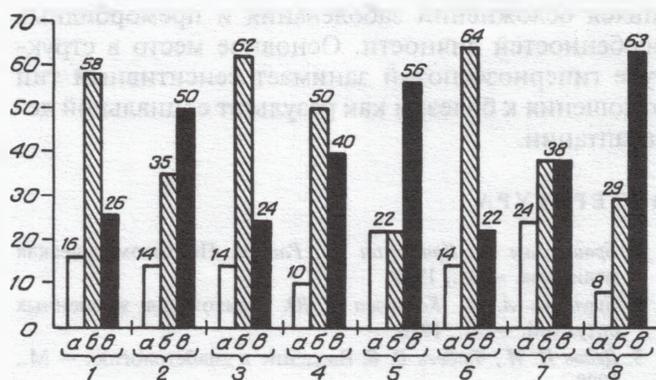
ще при небольшом стаже заболевания и при отсутствии серьезных осложнений СД.

Эргопатический и анозогнозический типы отношения к болезни предрасполагали к лучшей социальной адаптации больных СД, но оба типа характеризовались различной степенью недооценки своего заболевания с вытекающими отсюда неблагоприятными для течения заболевания и его прогноза последствиями.

Эргопатический тип одинаково часто встречался у мужчин и женщин, реже — при стаже заболевания более 15 лет, значительно реже — в молодом возрасте. Этот тип отмечался в основном у людей активных, деятельных; у них вырабатывалась психологическая защита по типу вытеснения; понимая серьезность заболевания и необходимость управления СД, они пытались за многочисленными жизненными заботами, работой заставить себя забыть о существовании серьезных проблем, которые при "несерьезном" отношении к СД сами напоминали о себе быстрым развитием осложнений заболевания.

Анозогнозический тип чаще встречался в молодом возрасте и при небольшом стаже заболевания, в основном у юношей; хотя социальная адаптация при данном типе отношения к болезни практически не страдала, но отрицание, игнорирование серьезных проблем значительно увеличивало риск развития острых осложнений СД, в частности гипогликемии.

Сенситивный тип отношения к болезни также являлся важной характеристикой ВКБ в обследованной группе больных. Выявлялся он чаще у женщин независимо от возраста и стажа заболевания. При данном типе имела личностная дезадаптация больных; они были озабочены неблагоприятным впечатлением, которое могли произвести на окружающих известием о своем заболевании, и поэтому старались, чтобы окружающие не знали об этом. На формирование сенситивного типа отношения к болезни, кроме личностных особенностей, вероятно, влияли сформировавшийся в обществе стереотип отношения к СД, существующая социальная дискриминация больных СД, проявляющаяся большими трудностями при трудоустройстве на работу и проблемами сохранения профессионального статуса, для молодых — общения со свер-



Зависимость типа отношения к болезни от пола, стажа и тяжести осложнений СД (в %).

a — нормозогнозия; б — гипозогнозия; в — гиперзогнозия. 1 — мужчины; 2 — женщины; 3 — стаж заболевания меньше 5 лет; 4 — 5–15 лет; 5 — больше 15 лет; 6 — нет осложнений; 7 — нетяжелые осложнения; 8 — тяжелые осложнения.

стниками и устройства личной жизни, общения с друзьями, коллегами, в семье. В силу имеющихся реальных трудностей социальной адаптации больных СД преморбидные особенности личности, вероятно, не являлись основными в формировании сенситивного типа отношения к болезни.

Таким образом, наиболее часто у больных СД типа 1 встречались эргопатический и анозогнозический типы отношения к болезни, ведущие к недооценке своего заболевания и к неудовлетворительному метаболическому контролю. Анозогнозия была характерна преимущественно для лиц молодого возраста, отчасти способствуя социальной адаптации, но приводя в будущем к более раннему развитию осложнений СД.

Гиперзогнозия чаще встречалась у женщин, при наличии тяжелых осложнений СД и большом стаже заболевания, являясь следствием имеющихся осложнений и преморбидных особенностей личности. Сенситивный тип отношения к болезни, занимающий центральное место в структуре гиперзогнозий, является в большей степени результатом социальной дезадаптации, а возможно, и особенностей отношения общества к больным СД.

Для достижения хороших показателей метаболического контроля, качественного управления СД необходима психологическая и психотерапевтическая коррекция ВКБ, в решении которой должны принимать совместное участие эндокринологи, психологи, социальные работники.

## Выводы

1. В структуре нозогнозий у больных СД типа 1 преобладали гипо- и гиперзогнозии, причем гипозогнозии встречались несколько чаще. Адекватные реакции на болезнь (нормозогнозии) наблюдались относительно редко.

2. Среди гипозогнозий наиболее часто обнаруживались эргопатический и анозогнозический типы отношения к болезни, ведущие к недооценке заболевания и к неудовлетворительному метаболическому контролю.

3. Гиперзогнозия чаще была характерна для женщин с тяжелыми осложнениями СД и большим стажем заболевания, являясь следствием имею-

щихся осложнений заболевания и преморбидных особенностей личности. Основное место в структуре гипернозонозий занимает сенситивный тип отношения к болезни как результат социальной дезадаптации.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Бройтигам В., Кристиан П., Рад М. Психосоматическая медицина. — М., 1999.
2. Бурачук А. Ф., Коржова Е. Ю. Психология жизненных ситуаций. — М., 1998.
3. Дедов И. И., Фадеев В. В. Введение в диабетологию. — М., 1998.

4. Информационные письма по обучению больных диабетом Европейской ассоциации по исследованию диабета. — "Сервье", 1999.
5. Квасенко А. В., Зубарев Ю. Т. Психология больного. — Л., 1980.
6. Методические рекомендации для психологической диагностики типов отношения к болезни. — Л., 1987.
7. Обучение больных сахарным диабетом / Под ред. И. И. Дедова. — М., 1999.
8. Сахарный диабет: принципы медико-социальной защиты больных / Под ред. И. И. Дедова. — М., 1997.
9. Сидоров П. И., Парняков А. В. Введение в клиническую психологию. — М., Екатеринбург, 2000. — Т. 2.
10. Ташлыков В. А. Психология лечебного процесса. — Л., 1986.
11. Snook F. J. // Int. J. Obes. — 2000. — Vol. 24. — P. 10—19.

Поступила 10.12.02

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2004

УДК 616.379-008.64-053.2-078.33

М. А. Айходжаева<sup>1</sup>, Г. Н. Рахимова<sup>1</sup>, З. С. Акбаров<sup>1</sup>, М. В. Заляльева<sup>2</sup>, Ш. У. Ахмедова<sup>1</sup>

### ЗНАЧЕНИЕ ОДНОВРЕМЕННОГО ОПРЕДЕЛЕНИЯ СОДЕРЖАНИЯ ГЛИКИРОВАННЫХ БЕЛКОВ И АНТИТЕЛ К ОСТРОВКОВЫМ КЛЕТКАМ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

Институт эндокринологии (дир. — проф. С. И. Исмаилов) Минздрава Республики Узбекистан<sup>1</sup>, Институт иммунологии (дир. — проф. Р. М. Рузыбакиев) АН Республики Узбекистан<sup>2</sup>

*Оценена возможность выявления среди детей с транзиторными гипергликемиями лиц с повышенным риском развития СД типа 1 путем одновременного определения содержания антител к антигенам островковых клеток поджелудочной железы (АОК) и к антигену инсулина (АИ) и гликированных белков различной продолжительности жизни.*

*У 76 детей и подростков в возрасте от 3 до 20 лет с транзиторной гипергликемией в анамнезе и у 18 детей аналогичного возраста с жалобами, характерными для СД, было исследовано содержание антител к АОК поджелудочной железы и к АИ, а также проведен тест толерантности к глюкозе (ТТГ) и исследовано содержание гликированного гемоглобина (Hb A<sub>1c</sub>), гликированного кератина волос (ГКВ) и гликированного фибриногена (ГФ). Для сравнения было обследовано 38 детей с вновь выявленным СД типа 1 в возрасте от 4 до 20 лет. Контрольную группу составили 50 здоровых детей в возрасте от 3 до 19 лет.*

*У детей с транзиторной гипергликемией в анамнезе, а также у детей с нарушенной толерантностью к глюкозе и в группе с нарушением гликемии натощак выявлены более высокие содержание гликированных белков (ГКВ и Hb A<sub>1c</sub>) и достоверно большая частота и более высокие титры антител к АИ и АОК, чем у детей контрольной группы и с отсутствием нарушений углеводного обмена.*

**Ключевые слова:** гликированные белки, гликированный гемоглобин, гликированный кератин волос, гликированный фибриноген, антитела к островковым клеткам, антитела к инсулину.

*An assessment was made of the potentiality of identification of individuals at risk for type 1 diabetes mellitus (DM) among children with transient hyperglycemia by simultaneously determining the levels of antibodies to pancreatic islet cell antigens (ICA) and insulin antigen (IA), as well as glycated proteins of different life span.*

*The content of antibodies to ICA and IA was measured in 76 children and adolescents aged 3 to 20 years who had a history of transient hyperglycemia and in 18 children of the same age who had DM-characteristic complaints. They also underwent a glucose tolerance test and the levels of glycated hemoglobin (HbA<sub>1c</sub>), glycated hair keratin (GHK), and glycated fibrinogen (GF) were determined.*

*The children with a history of transient hyperglycemia, those with impaired glucose tolerance, and a group of individuals with fasting glycaemic disturbances were found to have higher levels of glycated proteins (GHK and HbA<sub>1c</sub>) and a significantly more frequency of and higher titers of antibodies to IS and ICA than in the children from the control group and in those without carbohydrate metabolic disturbances.*

**Key words:** glycated proteins, glycated hemoglobin, glycated hair keratin, glycated fibrinogen, islet cell antibodies, insulin antibodies.

Сахарный диабет (СД) типа 1 (СД1) является одним из наиболее распространенных эндокринных заболеваний в детском возрасте. Исследования последних лет показали, что в результате аутоиммунного процесса, приводящего к деструкции β-клеток, у лиц с генетической предрасположенностью еще на доклинической стадии СД в крови обнаруживаются антитела к различным компонентам островковых клеток поджелудочной железы. Одной из важнейших проблем современной эндокринологии яв-

ляется разработка методов профилактики и ранней диагностики доклинических форм СД1 [9].

По данным М. Strebelow [11], при стремительном развитии СД1 антитела к инсулоцитам и инсулину обнаруживаются у 85—95% больных к началу заболевания. У лиц с высоким титром антител к инсулоцитам диабет развивается стремительнее, у более чем 50% кровных родственников больных СД с антителами к инсулоцитам в пределах обнаружения > 40 ед. Фонда борьбы с юношеским диабетом (JDFU) про-