

может быть связано не только с ослаблением МАО-ингибиторного действия кортикостероидов, но и с усилением ГКГ-зависимой экспрессии фермента [13]. Такая возможность иллюстрируется нарастанием активности МАО в почках контрольных крыс после введения каналога (см. табл. 2).

Выводы

1. Повторные сеансы иммобилизационного стресса вызывают анксиогенные расстройства поведения крыс, сопровождающиеся снижением чувствительности животных к психотропным и тимусгипоплазирующим эффектам глюкокортикоидов.

2. Стрессиндуцированные расстройства поведения крыс сопровождаются увеличением активности МАО-Б и параллельным усилением липопероксидации в ткани головного мозга. Одновременно наблюдаются прирост активности МАО-Б в почках, а также накопление перекисленных липидов в печени и почках крыс.

3. Введение каналога (2 мг/кг) предотвращает постстрессорную активацию МАО-Б и ПОЛ, а также уменьшает выраженность анксиогенных расстройств поведения у крыс.

ЛИТЕРАТУРА

1. Волчегорский И. А., Налимов А. Г., Яровинский Б. Г., Лифшиц Р. И. // *Вопр. мед. химии.* — 1989. — № 1. — С. 127—131.
2. Волчегорский И. А., Скобелева Н. А., Лифшиц Р. И. // *Там же.* — 1991. — № 1. — С. 86—89.
3. Волчегорский И. А., Цейликман В. Э., Колесников О. Л. // *Изв. РАН. Сер. биол.* — 1998. — № 2. — С. 242—249.
4. Волчегорский И. А., Колесников О. Л., Цейликман В. Э. // *Там же.* — 1999. — № 2. — С. 201—210.
5. Волчегорский И. А., Колесников О. Л., Цейликман В. Э., Мельников И. Ю. // *Рос. физиол. журн.* — 2000. — Т. 86, № 3. — С. 343—348.

6. Горкин В. З. Аминоксидазы и их значение в медицине. — М., 1981.
7. Климов А. Н., Никульчева Н. Г. Липиды, липопротеиды и атеросклероз. — СПб, 1995.
8. Кнолл Дж. // *Вопр. мед. химии.* — 1997. — № 6. — С. 482—493.
9. Ланкин В. З., Тихазе А. К., Беленков Ю. Н. // *Кардиология.* — 2000. — № 7. — С. 48—57.
10. Филаретова Л. П., Филаретов А. А. // *Физиол. журн.* — 1992. — Т. 78, № 10. — С. 77—83.
11. Цейликман В. Э., Пушкарёв В. П., Захаров Ю. М. и др. // *Там же.* — 1991. — Т. 77, № 3. — С. 41—46.
12. Экспериментальное моделирование и лабораторная оценка адаптивных реакций организма / Волчегорский И. А., Долгушин И. И., Колесников О. Л., Цейликман В. Э. — Челябинск, 2000.
13. Carlo P., Violani E., Del-Rio M. et al. // *Brain Res.* — 1996. — Vol. 711. — P. 175—183.
14. Dole V. P. // *J. Clin. Invest.* — 1956. — Vol. 35. — P. 150—154.
15. Gold P. W., Licinio J., Wong Ma-Li, Chrousos G. P. // *Ann. N. Y. Acad. Sci.* — 1995. — Vol. 771. — P. 716—729.
16. Kalaria R. N., Mitchell M. Jo., Harik S. I. // *Brain.* — 1988. — Vol. 111. — P. 1441—1451.
17. Kaneko T., Baba N., Matsuo M. // *Life Sci.* — 1994. — Vol. 55. — P. 1443—1449.
18. Lewinsohn R., Bohm K. H., Glover V., Sandler M. // *Biochem. Pharmacol.* — 1978. — Vol. 27. — P. 1857—1863.
19. McEwen B. S. // *Ann. N. Y. Acad. Sci.* — 1998. — Vol. 840. — P. 33—44.
20. Parvez H., Parvez S. // *J. Neurochem.* — 1973. — Vol. 20. — P. 1011—1019.

Поступила 05.04.01

◆ ОБЗОР

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2003

УДК 616.379-008.64:614.253.8]:374

О. М. Двойнишникова, Е. В. Суркова, М. Ю. Дробижев, М. Б. Анциферов

ФАКТОРЫ ЭФФЕКТИВНОСТИ ОБУЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

Эндокринологический научный центр (дир. — акад. РАН И. И. Дедов) РАМН, Научный центр психического здоровья (дир. — акад. РАМН А. С. Тиганов) РАМН, Диабетологический центр Комитета здравоохранения Москвы

В настоящее время обучение является базисным компонентом лечения больных сахарным диабетом (СД) в большинстве стран мира. В отчете рабочей группы Европейского бюро ВОЗ по разработке программ терапевтического обучения больных с хроническими заболеваниями определены основные цели обучения: формирование у пациентов навыков саморегуляции применительно к их хроническому заболеванию и адаптации к лечению; повышение (сохранение) "качества жизни"; сокращение расходов медицинских учреждений, личных расходов больных и общества в целом на лечение осложнений [13]. Цели лечения при СД — максимальная нормализация обменных процессов, необходимость которой доказана проспективными многолетними исследованиями: DCCT (Diabetes Control and Complications Trial) [59] и UKPDS (United Kingdom Prospective Diabetes Study) [61, 62]. Достижение столь жестких терапевтических целей сопряжено со значительными трудностями, так как эффективность контрольных и лечебных мероприятий при диабете всегда опосредована поведением больного. Иными словами, требуется не только положительное восприятие пациентом рекомендаций врача, внутреннее согласие с ними, но и постоянное претворение этих рекомендаций в жизнь, включая анализ конкретной ситуации и принятие самостоятельных решений в отношении заболевания. Обязательным условием адекватного поведения

больного, связанного с диабетом, является обучение, организованное на высоком научно-методическом уровне.

Обучение при хронических заболеваниях уже имеет собственную историю. В 20-х годах XX столетия отдельные диabetологи применяли обучение пациентов (Джослин в США, Рома в Португалии, Лоуренс в Великобритании). В конце 20-х — начале 30-х годов Карл Штольте разработал и пропагандировал "гибкую" инсулинотерапию, которую теперь называют интенсифицированной. Основой терапевтической концепции К. Штольте было требование добиваться компенсации обмена веществ (аглюкозурии) с помощью самостоятельных определений глюкозурии и введения дозы инсулина короткого действия перед основными приемами пищи в зависимости от результата определения содержания сахара в моче и предстоящего приема углеводов. Соблюдение этих правил требовало интенсивного обучения пациентов [6]. Потребовалось более 50 лет, чтобы практика обучения больных приняла характер интегрирующей части терапии диабета и получила повсеместное распространение. Начало этому положила работа L. Miller и соавт., которая обеспечила необходимые эпидемиологические доказательства того, что психосоциальный и обучающий подход может оказать помощь в лечении и снизить процент острых осложнений диабета [42].

В последующем обучение пациентов выделили в самостоятельный раздел медицины хронических заболеваний. Был соз-

дан ряд международных организаций, занимающихся исследованиями в данной области. Примером может быть организация в Европе в 1979 г. Исследовательской группы по обучению больных диабетом — Diabetes Education Study Group (DESG) при Европейской ассоциации по изучению диабета — European Association for the Study of Diabetes (EASD). Ее функциями являются разработка методов управления диабетом, распространение обучающих программ, подготовка медицинского персонала в области обучения пациентов, создание систем длительного наблюдения за больными СД [10]. В настоящее время изданы документы, регламентирующие содержание специализированных программ в области профилактики хронических заболеваний и терапевтического обучения больных и рекомендуемые определенные пути их внедрения в структуры здравоохранения. Это, например, отчет рабочей группы Европейского бюро ВОЗ по разработке программ терапевтического обучения [13]; Национальные стандарты (National standards) программ обучения самостоятельному управлению диабетом, разработанные экспертами в данной области при поддержке Американской диабетической ассоциации [40]; приказы Минздрава России № 404 "О мерах по реализации федеральной целевой программы "Сахарный диабет" от 10.12.96 [1] и № 135 "Об унифицированных программах и наглядных пособиях для школ по обучению больных сахарным диабетом" от 06.05.97.

В литературе последних лет широко обсуждаются методологические аспекты обучения пациентов. В частности, выделяют понятие дидактического обучения, которое сводится к простой передаче информации пациенту без его активного включения в учебный процесс. Альтернативным и более прогрессивным является другой подход — партнерский (collaborative), подразумевающий отношения сотрудничества с медицинским персоналом, при котором пациент становится активным участником обучения. Такой подход имеет цель формирования empowerment (буквально: передачу больному "полномочий" по управлению заболеванием) и предполагает индивидуализацию целей лечения, обратную связь (biofeedback) и т. д. [28, 30, 47, 65]. В Американских национальных стандартах дается характеристика подхода, который обозначается как "обучение самостоятельному управлению диабетом" (diabetes self-management education). Это интерактивный, длительный процесс сотрудничества больного СД и обучающего медицинского персонала, включающий в себя оценку реальных потребностей каждого больного, разработку индивидуальных целей самостоятельного управления диабетом, модификацию поведения пациента путем поведенческого вмешательства (behavioral intervention) и оценку достигнутых результатов [40].

В России в настоящее время широко применяются программы обучения, разработанные сотрудниками Эндокринологического научного центра РАМН с использованием принципов структуризации, предложенных проф. М. Бергером (медицинская клиника Дюссельдорфского университета им. Генриха Гейне) в соответствии с рекомендациями ВОЗ [7, 12]. Созданы различные структурированные программы: для больных СД типа 1 (СД1); для больных СД типа 2 (СД2); для детей, больных СД, и их родителей; для больных СД2 на инсулинотерапии; для больных СД2 с гипертензией; для беременных женщин, больных СД.

Программа обучения больных СД1 (продолжительность цикла обучения 25 ч) базируется на следующих основных принципах: групповое обучение больных по структурированной программе; интенсифицированная инсулинотерапия и самостоятельная адаптация дозы инсулина; самоконтроль обмена веществ (преимущественно гликемии); гибкий распорядок дня и режима питания ("либерализованная диета", основанная на подсчете углеводов по системе "хлебных единиц" и допускающая изменение больными времени приема и количества пищи и умеренное потребление легкоусвояемых углеводов при соответствующей коррекции терапии) [7]. Программа обучения больных СД2 (продолжительность 18 ч) включает в себя следующие темы: общая информация о диабете, самоконтроль, питание, физическая активность, поведение при сопутствующих заболеваниях, поздние осложнения диабета. Основными принципами данной программы обучения являются: 1) преимущественное применение немедикаментозных методов лечения (диета, адаптированные физические нагрузки, снижение избыточной массы тела); 2) определение индивидуальных терапевтических целей; 3) самоконтроль показателей углеводного обмена, а также ряда дополнительных показателей (массы тела и др.); 4) профилактика поражений нижних конечностей [12].

В применении обучающих программ необходима определенная стандартизация. Для обеспечения последовательного

формата программ обучения экспертами в данной области при поддержке Американской диабетической ассоциации разработаны Национальные стандарты (National standards for diabetes self-management education), а также критерии их пересмотра. В них отмечается тот факт, что при обучении самостоятельному управлению диабетом пациент взаимодействует с мультидисциплинарной обучающей командой, в состав которой, кроме эндокринолога, могут входить психолог, специалист по лечебной физкультуре, офтальмолог, фармацевт, врач-терапевт, ортопед, врач-диетолог, другие специалисты и средний медицинский персонал. Все члены команды имеют профессиональную специализацию, взаимодействуют друг с другом и разделяют цели лечения. Команда должна обеспечить функции экспертизы в лечении и вместе с этим владеть преподавательскими навыками и методами поведенческой психотерапии. В стандартах подчеркивается важность развития и совершенствования образовательного плана с учетом индивидуальных возможностей пациентов, которые включают в себя знания о диабете, убеждения в области здоровья (health beliefs), навыки саморегуляции, готовность и способности к обучению, разного рода ограничения, поддержку семьи, финансовый статус [40].

Обязательным компонентом применения обучающих программ является оценка их эффективности. Она осуществляется по ряду показателей: а) метаболические показатели: гликированный гемоглобин (HbA_{1c}), гликемия, глюкозурия, показатели обмена липидов; б) клинические показатели: индекс массы тела, АД; в) частота острых осложнений СД: случаи диабетического кетоацидоза (ДКА) и тяжелых гипогликемий; г) частота и тяжесть хронических осложнений СД; д) экономическая эффективность. Она заключается в сопоставлении затрат на проведение программ обучения и сэкономленных в результате обучения средств, а также сравнении с соответствующими показателями при традиционном подходе к лечению СД; е) медико-социальные показатели: число дней временной нетрудоспособности, продолжительность и число случаев госпитализаций, возможность выбора желаемой профессии, планирование семьи, проведение свободного времени, отношения в семье и др.; ж) психологические характеристики: уровень знаний о диабете; поведение, связанное с диабетом; степень редукции психических расстройств, осложняющих течение СД. Оценку поведения, связанного с заболеванием, принято проводить по следующим показателям: наличие "дневника диабета" с соответствующими записями; регулярность самоконтроля; частота изменения дозы инсулина; наличие у больного при себе легкоусвояемых углеводов [7]; характеристики режима питания и физической активности; соблюдение правил ухода за ногами [12].

Многочисленные работы представляют положительные результаты применения программ обучения при СД.

Снижение уровня HbA_{1c} отмечается в большинстве работ, посвященных оценке эффективности обучения [7, 11, 12, 46, 47].

Данные о влиянии обучения на липидный спектр у больных СД различны. В ряде исследований получено достоверное улучшение этих показателей [11, 12, 46].

Снижение массы тела у пациентов с СД2 демонстрирует несколько исследований [12, 47]. Некоторые авторы указывают на снижение АД у больных СД2 с исходно высокими его показателями после применения программ обучения [11, 23].

Частота ДКА снижается в 5–6 раз у прошедших обучение больных СД1 [45]. Представлены данные о полном устранении случаев тяжелого ДКА у больных СД1 ($n = 121$) в течение 2 лет наблюдения после программы обучения [7].

Оценить частоту и тяжесть хронических осложнений СД возможно лишь в рамках проспективных популяционных исследований большой продолжительности (не менее 5, а оптимально — 10 лет). Примерами могут служить Американское исследование компенсации диабета и его осложнений — DCCT (Diabetes Control and Complications Trial) и Британское проспективное исследование диабета — UKPDS (United Kingdom Prospective Diabetes Study). Было показано, что интенсивное лечение СД и приближение к нормальным показателям углеводного обмена (а для больных СД2 дополнительный строгий контроль уровня АД) позволяют предотвратить или приостановить развитие хронических осложнений СД и уменьшить смертность, связанную с диабетом, и общую смертность [59, 61–63].

Применение программ обучения больных СД является экономически выгодным. Средства, сэкономленные в результате применения программ обучения и лечения больных СД, превышают затраты на нее [7, 11]. E. Bartlett провел анализ экономической эффективности обучения больных и сделал вывод: в среднем каждый доллар, вложенный в обучение пациентов, приводит к экономии 3–4 долларов США [17].

Улучшение медико-социальных показателей у больных СД после обучения отмечено рядом авторов [7, 11, 12, 55]. Однако данные показатели изучаются относительно редко, так как требуют многосторонней оценки и специальных инструментов (валидные опросники и др.).

Психологическим показателям уделяется еще меньше внимания. Чаще всего оценивается уровень знаний у больных СД, возрастание которого после обучения отмечено в большинстве работ [7, 11, 12, 47]. В работе R. Rubin и соавт. отмечено улучшение эмоционального статуса (уменьшение показателей депрессии и тревоги) у больных СД после обучения [55].

Большинство исследований в области обучения больных СД констатируют положительную динамику показателей, перечисленных выше. Однако в ряде работ отмечена недостаточная эффективность обучения при СД.

Одно из исследований демонстрирует неэффективность обучения в отношении компенсации углеводного обмена (HbA_{1c} выше 9,0% при среднем уровне 8,1% в общей группе обследованных) приблизительно у 28% больных СД2 через 12 мес [25]. Ряд авторов указывают на непродолжительность позитивных сдвигов в уровне HbA_{1c} (нивелирование через 6–12 мес), особенно у больных СД2 [5, 14, 27].

В упомянувшимся выше американском исследовании DCCT в группе интенсивной терапии лишь менее 10% больных СД1 реально достигли полностью нормальных показателей HbA_{1c} [59].

Многие пациенты способны реализовать предложенные в процессе обучения стратегии снижения массы тела и нормализации АД и достичь желаемых результатов [33, 49, 64]. У части больных через 12 мес появляется тенденция к возрастанию массы тела, которая до этого была достоверно снижена по сравнению с исходной [12].

Неоднозначные результаты получены в ряде исследований при оценке уровня знаний после обучения у больных СД, причем при анализе зависимости компенсации диабета от уровня знаний прямой корреляции не выявлено [7, 22, 47].

Перечисленные примеры неудач в области обучения заставляют обратиться к поиску факторов, влияющих на эффективность этого процесса.

Среди них, по данным литературы, можно выделить следующие группы.

1. *Факторы методологии обучения.* Активное участие пациента и его сотрудничество с обучающей командой (collaborative education) оказывают более благоприятное влияние на гликемический контроль, потерю массы тела и показатели липидного обмена, чем дидактические методы, содержащие простую передачу знаний [8, 24, 47].

Необходимость специальной квалификации медицинских работников, проводящих обучение, подчеркивается во многих работах. Инструкторы без специальной подготовки в области диабета [21, 35], в поведенческих вмешательствах [23, 31, 57], а также в практике обучения [16, 36, 39] не могут эффективно влиять на модификацию поведения больных.

Успешным является применение специализированных программ для определенных групп больных. В исследовании больных СД с нарушением зрения, проведенном M. Verbaum, показана эффективность применения адаптированной программы обучения. Пациенты с начальным ухудшением остроты зрения показали лучшие результаты по сравнению с больными с более поздними стадиями нарушения зрения, так как уверенность относительно возможности предотвращения потери зрения, возможно, повышала мотивацию на приобретение навыков контроля за СД [19].

У больных с впервые выявленным СД1 наиболее эффективным является обучение, содержащее только ключевую информацию по достижению компенсации углеводного обмена и проводимое в виде индивидуальных занятий [4, 26, 32].

Включение дополнительных разделов обучения по факторам риска сердечно-сосудистых заболеваний или целенаправленное индивидуальное обучение данным аспектам способствует улучшению показателей липидного спектра [11, 12, 46].

Короткий период наблюдения после обучения (менее 6 мес), регулярные повторные визиты, общение по телефону повышают эффективность обучения больных СД [47]. Это подтверждает необходимость включения обучения в систему длительного наблюдения больных или организации регулярных повторных обучающих циклов [2, 65].

2. *Клинические особенности СД.* Длительность СД рассматривается как фактор низкой эффективности обучения во многих исследованиях [20, 25, 40, 54, 60].

Избыточная масса тела у подростков с СД1 может быть фактором, негативно влияющим на эффективность обучения [40].

3. *Социальные факторы.* Поддержка и активное участие семьи больного в контроле за заболеванием положительно влияют на результаты применения обучающих программ [60, 67].

Конфликт в семье приводит к недостаточной приверженности лечению (treatment adherence), неадекватному контролю диабета, низкому уровню психологической адаптации к заболеванию и в результате к низкой эффективности обучения [37, 43, 66].

В работе Т. В. Беликовой и соавт. описана непродолжительность позитивных сдвигов после обучения и худшие показатели компенсации углеводного обмена у одиноких престарелых больных СД2 [5].

4. *Личностные (психологические) особенности пациента.* Низкие показатели невротизма (neuroticism) и высокие показатели альтруизма у больных СД2 связаны с недостаточно эффективным ответом на обучение. Предполагается, что пациенты с низким уровнем невротизма могут испытывать недостаток эмоционального дистресса, необходимого для поддержания надлежащего ухода за собой, и отнестись недостаточно серьезно к отдаленным последствиям неудовлетворительных показателей гликемии и развитию осложнений диабета. Люди с высокими показателями альтруизма могут пренебрегать заботой и уходом за собой [34].

Уровень интеллекта больного СД влияет на эффективность обучения. Так, в работе J. Sakharova и соавт. больные СД1 в группе с высоким и средним уровнем интеллекта продемонстрировали более выраженное улучшение показателей HbA_{1c} после обучения по сравнению с группой больных с низким интеллектуальным уровнем. Различия сохранялись на протяжении всего периода наблюдения (12 мес) [56].

Среди психологических влияний на эффективность обучения выделяется фактор, названный "готовностью к изменениям в поведении".

В изменении поведения выделяют 5 последовательных стадий согласно "спиральной" модели, предложенной J. Prochaska: безразличие (precontemplation); размышление (contemplation); подготовка (preparation); действие (action); поддержание (maintenance). На любой стадии возможно возникновение рецидивов (relapses), т. е. возврата к менее адекватной модели поведения предыдущей стадии [51]. Для достижения наиболее правильного, адекватного заболеванию поведения требуется прохождение всех промежуточных стадий. Обучение может облегчить данный процесс при условии, что каждая стадия диагностируется, и обучающий персонал применяет соответствующие подходы [18].

Показатель готовности к изменению поведения у больных СД оценивается в исследовании, проведенном K. Peterson и соавт. У пациентов на стадиях "подготовки" и "активного действия" отмечается наибольшее снижение уровня HbA_{1c} за короткий период (3 мес) по сравнению с объединенной группой "безразличия–размышления". Данные различия сохранялись на протяжении 12 мес [50].

Локус контроля в болезни (ЛКБ) является одной из фундаментальных личностных особенностей, формирующих отношение больного к лечению и влияющих на эффективность обучения. В литературе, посвященной изучению ЛКБ при СД, выделяют 2 полярных типа отношения к терапии заболевания. При первом из них, свойственном экстеральному (внешнему) ЛКБ, сама возможность эффективного лечения отрицается или ответственность за лечебный процесс полностью перекладывается на других лиц (чаще всего врачей). При втором, характерном для интернального (личного) ЛКБ, последствия лечения рассматриваются как результат преимущественно собственной деятельности. Экстеральный ЛКБ ассоциируется у больных СД с недостаточной эффективностью обучения [48]. Напротив, интернальный ЛКБ связан со стремлением пациента приблизить метаболические показатели к идеальным величинам [53].

В литературе также представлены данные, свидетельствующие о наличии у больных СД 4 основных типов отношения к лечению. Два из них: "фаталистический" и "врачебный", или "медицинский", связаны с экстеральной (внешней) локализацией контроля. При этом больной полагает, что благоприятный исход является лишь результатом случая и на течение заболевания влиять невозможно ("фаталистический" ЛКБ), либо перекладывает ответственность за исход лечения на медицинских работников ("врачебный", или "медицинский" ЛКБ). В данном случае определяется недостаточная эффективность обучения. Остальные 2 варианта ЛКБ — "самостоятельный" и "самообвиняющий" — связаны с интернальной (личной) локализацией контроля. При этом больной убежден в необходимости по крайней мере соучастия в процессе лечения (самостоятельность) либо охвачен переживаниями собственной вины (действительной или мнимой) за возникновение или обострение заболевания (самообви-

нение). Эти варианты ЛКБ связаны с наибольшей эффективностью обучения [3, 22].

5. *Факторы психопатологического характера.* От степени выраженности когнитивных расстройств зависит обучаемость пожилых пациентов. Существенные когнитивные расстройства обуславливают недостаточную эффективность программ обучения [29, 51, 52].

Депрессивные и тревожные расстройства в любом возрасте оказывают воздействие на эффективность обучения при СД. В литературе представлены единичные работы, посвященные данному аспекту. Так, по данным М. Ю. Дробизева и соавт., симптомы депрессии рассматриваются в качестве относительного противопоказания к интенсивным обучающим мероприятиям, требующим от больного активного участия в лечебном процессе. Целесообразно предварительно проводить лечение депрессивного состояния. Напротив, сопутствующие СД симптомы невротической тревоги не препятствуют восприятию пациентами рекомендаций, требующих продуктивного участия в лечении [9].

Расстройства пищевого поведения оказывают негативное влияние на эффективность обучения больных СД. Булимия у подростков с СД1 ассоциируется с низкой эффективностью обучения по данным L. Meltzer и соавт. [40].

Ипохондрические фобии, содержание которых тесным образом связано с лечебным процессом (страх инъекций, крови, развития гипогликемии и т. д.), также оказывают негативное влияние на эффективность обучения больных СД [32, 44].

Пока не нашли отражения в исследовательских работах по обсуждаемой проблеме вопросы взаимосвязи результатов обучения с нозогенными реакциями¹ у больных СД. В то же время известно, что нозогенные реакции являются фактором, определяющим медицинское поведение больных, в том числе степень соблюдения врачебных рекомендаций. Выделяют 2 полярных типа нозогений: гипер- и гипонозогнозии. Гипернозогнозия определяется высокой значимостью соматического страдания, убежденностью в невозможности самостоятельно справиться с симптомами заболевания. Для гипонозогнозии характерна совокупность противоположных признаков — тенденция к недооценке значимости соматического страдания, убежденность в возможности самостоятельно справиться с ним. Гипернозогнозии свойственно отношение к заболеванию, характеризующееся отказом от каких-либо самостоятельных действий, попытками переложить ответственность за все значимые события, связанные с соматическим страданием, другим лицам. Для гипонозогнозии, напротив, предпочтительно активное отношение, реализующееся в принятии личной ответственности за все значимые ситуации, ассоциирующиеся с болезнью, и в самостоятельных действиях, направленных на минимизацию ее проявлений [8]. Проблема нозогений при СД, в частности их влияние на результаты обучения больных, представляет большой исследовательский интерес и может иметь существенное практическое значение.

Очевидно, что факторы психологического и психопатологического характера оказывают существенное влияние на результаты обучения. Относительно немногочисленные попытки их коррекции, описанные в литературе, сводятся в основном к применению психотерапевтических методик. Отмечена эффективность включения поведенческой (бихевиоральной) терапии в процесс обучения больных СД1. При этом улучшаются отношения родители—подростки и уменьшается конфликт, связанный с диабетом. Бихевиоральная терапия повышает также приверженность лечению диабета [26, 67].

Когнитивная терапия больных СД с депрессией также оказывает положительное влияние на эффективность обучения. Так, по данным P. Lustman и соавт., когнитивная терапия и обучение больных СД способствуют более выраженному снижению уровня Hb A_{1c} по сравнению с обучением без когнитивной терапии [38].

Групповая психотерапия, направленная на управление стрессом (stress management training), у больных СД также оказывает положительное воздействие на эффективность обучения. Так, в исследовании R. Surwit и соавт. показано, что управление стрессом и обучение больных СД2 оказывают лучшее воздействие на показатели Hb A_{1c} по сравнению с контрольной группой (без применения психотерапии) [58].

¹Нозогенные реакции — психогенные расстройства, обусловленные констелляцией психотравмирующих факторов, связанных с соматическим заболеванием [10].

Программа обучения больных СД, имеющая целью передачу пациентам "полномочий" по управлению своим заболеванием (patient empowerment program), разработанная R. Anderson и соавт., оказывает положительное влияние на эффективность обучения и показатели психосоциальной адаптации к заболеванию. Программа сфокусирована на психосоциальных проблемах: управление стрессом, повышение поддержки семьи, уменьшение негативных эмоций [15].

Таким образом, обучение больных СД в настоящее время является самостоятельным направлением в диабетологии, представляющим как научный, так и практический интерес. Подавляющее большинство представленных работ свидетельствует о высокой эффективности обучения в отношении клинических, метаболических, психосоциальных показателей при СД. Приведенные в обзоре данные делают очевидным влияние на результаты обучения его методологии, клинических особенностей СД, социальных факторов, личностных особенностей пациента, а также факторов психопатологического характера. Наибольший интерес вызывает изучение факторов психологического и психопатологического характера, так как их вклад в эффективность обучения представляется очень важным.

ЛИТЕРАТУРА

1. Анциферов М. Б., Ростовцева Я. Г. Сахарный диабет: принципы медико-социальной защиты больных (сборник методических материалов и официальных документов). — М., 1997.
2. Анциферов М. Б. // Сахарный диабет. — 1999. — № 1 (2). — С. 45—50.
3. Анциферов М. Б., Дробизев М. Ю., Суркова Е. В. и др. // Пробл. эндокринологии. — 2002. — Т. 48, № 4. — С. 24—27.
4. Бахтадзе Т. Б., Смирнова О. М., Филатова Е. Г. // Материалы IV Всероссийского конгресса эндокринологов. — СПб, 2001.
5. Беликова Т. В., Один В. И., Делегевич Ю. Н., Пушкова Э. С. // Там же.
6. Бергер М., Старостина Е. Г., Йоргенс В., Дедов И. Практика инсулинотерапии. — Берлин, 1995.
7. Галстян Г. Р. Оценка эффективности программы лечения и обучения для больных инсулинзависимым сахарным диабетом: клинические, метаболические и медико-социальные аспекты: Дис. ... канд. мед. наук. — М., 1993.
8. Дробизев М. Ю. Нозогении (психогенные реакции) при соматических заболеваниях: Дис. ... д-ра мед. наук. — М., 2000.
9. Дробизев М. Ю., Анциферов М. Б., Суркова Е. В. и др. // Пробл. эндокринологии. — 2002. — Т. 48, № 5. — С. 37—39.
10. Обучение больных сахарным диабетом / Дедов И. И., Анциферов М. Б., Галстян Г. Р. и др. — М., 1999.
11. Пьянкова Е. Ю. Эффективность обучения больных сахарным диабетом 2 типа в амбулаторно-поликлинических условиях (влияние на факторы риска сердечно-сосудистых заболеваний и качество жизни): Автореф. дис. ... канд. мед. наук. — Хабаровск, 2002.
12. Суркова Е. В. Эффективность применения структурированной программы лечения и обучения в комплексной терапии инсулиннезависимого сахарного диабета: Дис. ... канд. мед. наук. — М., 1995.
13. Терапевтическое обучение больных. Программы непрерывного обучения для работников здравоохранения в области профилактики хронических заболеваний. Отчет рабочей группы ВОЗ. — М., 2001.
14. Agurs-Collins T., Kumanyika S., Ten Have T., Adams-Campbell L. // Diabetes Care. — 1997. — Vol. 20. — P. 1503—1511.
15. Anderson R. M., Funnell M. M., Butler P. et al. // Ibid. — 1995. — Vol. 18, N 7. — P. 943—949.
16. Assal J. P., Jacquemet S., Morel Y. // Metabolism. — 1997. — Vol. 46. — P. 61—64.
17. Bartlett E. E. // New Trends in Patient Education: A Trans-Cultural and Inter-Disease Approach. International Congress Series 1076 / Eds J.-Ph. Assal et al. — New York, 1995. — P. 87—91.
18. Basler H. D. // Ibid. — P. 93—98.
19. Bernbaum M. // Diabetes Care. — 2000. — Vol. 23, N 9. — P. 1430—1432.
20. Bott U., Jorgens V., Grusser M. et al. // Diabet. Med. — 1994. — Vol. 11, N 4. — P. 362—371.
21. Boulton A. J. // Patient Educ. Couns. — 1995. — Vol. 26. — P. 183—188.

22. Bradley C. // New Trends in Patient Education: A Trans-Cultural and Inter-Disease Approach. International Congress Series 1076 / Eds J.-Ph. Assal et al. — New York, 1995. — P. 99—106.
23. Campbell E. M., Redman S., Moffitt P. S., Sanson-Fisher R. W. // Diabetes Educ. — 1996. — Vol. 22. — P. 379—386.
24. Clement S. // Diabetes Care. — 1995. — Vol. 18, N 8. — P. 1204—1214.
25. Cook C., Lyles R., El-Kebbi I. et al. // Ibid. — 2001. — Vol. 24. — P. 209—215.
26. Delamater A. M., Jacobson A. M., Anderson B. et al. // Ibid. — N 7. — P. 1286—1292.
27. Frost G., Wilding J., Beecham J. // Diabet. Med. — 1994. — Vol. 11. — P. 397—401.
28. Funnell M., Anderson R., Arnold M. et al. // Diabetes Educ. — 1991. — Vol. 17. — P. 37—41.
29. Glasgow R., Osteen V. // Diabetes Care. — 1992. — Vol. 15, N 10. — P. 1423—1432.
30. Glasgow R., Anderson R. // Ibid. — 1999. — Vol. 22, N 12. — P. 2090—2091.
31. Grey M., Boland E. A., Davidson M. et al. // Appl. Nurs Res. — 1999. — Vol. 12. — P. 3—12.
32. Jacobson A. M. // N. Engl. J. Med. — 1996. — Vol. 334, N 19. — P. 1249—1253.
33. Laitinen J., Ahola I., Sarkkinen E. et al. // J. Am. Diet. Assoc. — 1993. — Vol. 93. — P. 276—283.
34. Lane J. D. // Diabetes Care. — 2000. — Vol. 23, N 9. — P. 1321—1325.
35. Litzelman D. K., Slemenda C. W., Langefeld C. D. et al. // Ann. Intern. Med. — 1993. — Vol. 119. — P. 36—41.
36. Lorenz R. A. // Diabetes Educ. — 1989. — Vol. 15. — P. 149—152.
37. Lorenz R. A., Wysocki T. // Diabetes Spectrum. — 1991. — Vol. 4. — P. 261—292.
38. Lustman P. J., Griffith L. S., Freedland K. E. et al. // Ann. Intern. Med. — 1998. — Vol. 129. — P. 613—621.
39. Maldonado A., Bloise D., Ceci M. et al. // Patient Educ. Couns. — 1995. — Vol. 26. — P. 57—66.
40. Meltzer L. J., Johnson S. B., Prine J. M. et al. // Diabetes Care. — 2001. — Vol. 24. — P. 678—682.
41. Mensing C., Boucher J., Cypress M. et al. // Ibid. — 2002. — Vol. 25. — P. S140—S147.
42. Miller L., Goldstein J. // N. Engl. J. Med. — 1972. — Vol. 286. — P. 1388—1391.
43. Miller-Johnson S., Emery R. E., Marvin R. S. et al. // J. Consult. Clin. Psychol. — 1994. — Vol. 62. — P. 603—610.
44. Mollema E. D., Snoek F. J., Ader H. J. et al. // J. Psychosom. Res. — 2001. — Vol. 51, N 5. — P. 665—672.
45. Muhlhauser I., Bruckner I., Berger M. et al. // Diabetologia. — 1987. — Vol. 30. — P. 681—690.
46. Noel P. H., Larne A. C., Meyer J. et al. // Diabetes Care. — 1998. — Vol. 21, N 6. — P. 896—901.
47. Norris S. L., Engelgau M. M., Narayan K. M. V. // Ibid. — 2001. — Vol. 24, N 3. — P. 561—587.
48. O'Connor P. J., Crabtree B. F., Abourizk N. N. // J. Am. Board Fam. Pract. — 1992. — Vol. 5, N 4. — P. 381—387.
49. Perry T., Mann J., Lewis-Barned N. et al. // Eur. J. Clin. Nutr. — 1997. — Vol. 51. — P. 757—763.
50. Peterson K. A., Hughes M. // J. Am. Board Fam. Pract. — 2002. — Vol. 15, N 4. — P. 266—271.
51. Prochaska J. A. // Cancer. — 1991. — Vol. 67. — P. 805—807.
52. Reaven G. M., Thompson L. W., Nahum D., Haskins E. // Diabetes Care. — 1990. — Vol. 13. — P. 16—21.
53. Reynaert C., Janne P., Donckier J. et al. // Diabete Metab. — 1995. — Vol. 21, N 3. — P. 180—187.
54. Rosilio M., Cotton J. B., Wieliczko M. C. et al. // Diabetes Care. — 1998. — Vol. 21, N 7. — P. 1146—1153.
55. Rubin R. R., Peyrot M., Saudek C. D. // Ibid. — 1989. — Vol. 12, N 10. — P. 673—679.
56. Sakharova J. V., Yefimov A. S. // Diabetologia. — 2002. — Vol. 45. — Suppl. 2. — P. A20.
57. Stott N. C. H., Rees M., Rollnick S. et al. // Patient. Educ. Couns. — 1996. — Vol. 29. — P. 67—73.
58. Surwit R. S., Tilburg M., Zucker N. et al. // Diabetes Care. — 2002. — Vol. 25, N 1. — P. 30—34.
59. The Diabetes Control and Complications Trial Research Group // N. Engl. J. Med. — 1993. — Vol. 329. — P. 977—986.
60. Trief P. M., Grant W., Elbert K., Weinstock R. S. // Diabetes Care. — 1998. — Vol. 21, N 2. — P. 241—245.
61. UK Prospective Diabetes Study (UKPDS) Group // Lancet. — 1998. — Vol. 352. — P. 854—865.
62. UK Prospective Diabetes Study (UKPDS) Group // Ibid. — P. 837—853.
63. UK Prospective Diabetes Study (UKPDS) Group // Br. Med. J. — 1998. — Vol. 317. — P. 703—713.
64. Uusitupa M., Laitinen J., Siitonen O. et al. // Diabetes Res. Clin. Pract. — 1993. — Vol. 19. — P. 227—238.
65. Von Korff M., Gruman J., Schaefer J. et al. // Ann. Intern. Med. — 1997. — Vol. 127. — P. 1097—1102.
66. Wysocki T. // J. Pediatr. Psychol. — 1993. — Vol. 18. — P. 443—454.
67. Wysocki T., Greco P., Harris M. A. et al. // Diabetes Care. — 2001. — Vol. 24. — P. 441—446.

Поступила 10.01.03

◆ СОВРЕМЕННЫЕ ПРОБЛЕМЫ МЕДИЦИНСКОЙ НАУКИ

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2003

УДК 61:001.8

В. В. Фадеев, В. П. Леонов, О. Ю. Реброва, Г. А. Мельниченко

ДОКАЗАТЕЛЬНАЯ МЕДИЦИНА И ОТЕЧЕСТВЕННАЯ МЕДИЦИНСКАЯ НАУКА

Кафедра эндокринологии (зав. — акад. РАН И. И. Дедов) ММА им. И. М. Сеченова, факультет информатики Томского государственного университета, НИИ неврологии (дир. — акад. РАМН Н. В. Верещагин) РАМН, Москва

В прошедшем XX веке клиническая медицина сделала ошеломляющие успехи: были созданы антибиотики, вакцины, препараты гормонов, гипотензивные и противоопухолевые средства, которые спасли и продлили жизнь миллионам людей. Головокружение от успехов проявилось прогрессирующим увеличением числа специалистов, занимающихся клинической и теоретической медициной, появилось огромное число медицинских журналов, научных работ и публикаций. Базой для этого явилось тысячекратное увеличение финансирования медицины. Так, в 1991 г. в США расходы на медицину составили 752 млрд долларов, или 13,2% от валового национального продукта.

В связи с этим в обществе, тратящем на медицинскую науку колоссальные средства, возник вопрос: "А как именно тратятся эти деньги, кем они тратятся и кому именно эти деньги выделять в дальнейшем?". С другой стороны, у самой медицинской общественности и, что не менее важно, у организаторов здравоохранения возникли вопросы: "Результатам каких именно работ следует доверять? Какие результаты использовать в качестве клинических рекомендаций для практического здравоохранения?". Для ответа на эти вопросы в 80-х годах XX века была разработана концепция доказательной медицины (evidence-based medicine), которую пионеры клинической эпидемиологии Р. и С. Флетчеры [10] определяют как медицинскую практику, ос-