

ISSN 1995-4441



**Медико-биологические
и социально-психологические
проблемы безопасности
в чрезвычайных ситуациях**

№4

2009 г.

СОДЕРЖАНИЕ

Медицинские проблемы

<i>Санников М.В., Алексанин С.С.</i> Эпидемиологический анализ результатов углубленных медицинских осмотров профессиональных спасателей МЧС России	5
<i>Халикова З.В., Исхаков Э.Р.</i> Изучение эхокардиографии и липидного спектра у сотрудников МВД России, принимавших участие в контртеррористических мероприятиях в Чеченской Республике	9
<i>Донсков В.В., Алборов А.Х., Попов М.В.</i> Особенности оказания медицинской помощи при сочетанной травме, осложненной острым пиелонефритом, у пострадавших в чрезвычайных ситуациях	12
<i>Чичков О.В., Коваленко А.В., Шуткин А.В., Сидоренко В.А.</i> Медико-биологическое обоснование возможности электрофизиологического метода экспресс-диагностики глубоких отморожений	15
<i>Русаленко М.Г., Москалева Е.В., Гатальская Г.В., Мохорт Т.В.</i> Результаты оценки качества жизни и психологического благополучия подростков с сахарным диабетом 1-го типа	19
<i>Ярохно Н.Н., Зырянова А.В., Николаев К.Ю.</i> Определение сердечного белка, связывающего жирные кислоты при остром инфаркте миокарда с помощью качественного иммунохроматографического теста	24
<i>Ткаченко С.В., Бахтин М.Ю., Алборов А.Х., Сидоренко В.А.</i> Возможности прогнозирования энцефалопатии у больных, перенесших длительное оперативное вмешательство	28

Профилактика и лечение СПИДа

<i>Фомин Ю.А., Фомина М.Ю., Додонов К.Н., Воронин Е.Е.</i> Современные аспекты комбинированной противоретровирусной терапии ВИЧ-инфекции у детей	32
<i>Волова Л.Ю., Никитина Д.В.</i> Результаты социологических исследований среди потребителей инъекционных наркотиков в Ямало-Ненецком автономном округе в 2007–2008 гг.	36

Биологические проблемы

<i>Бонитенко Е.Ю., Бонитенко Ю.Ю.</i> Влияние совместного применения этанола и ингибитора алкогольдегидрогеназы на токсичность этиленгликоля	42
<i>Гурская О.Е.</i> Скрининговые нейрофизиологические критерии оценки степени тяжести черепно-мозговой травмы и прогноза в острый период травмы	47
<i>Зугаирова О.Н., Коновалов С.С., Полякова В.О., Кветной И.М.</i> Динамика процессов пролиферации и апоптоза фолликулярных клеток щитовидной железы человека и крыс при естественном и радиационно-индуцированном старении	54
<i>Юнусов И.А., Зарубина И.В., Шабанов П.Д.</i> Значение болевой чувствительности для метаболической активности печени при компрессионной травме	58

Психологические проблемы

<i>Порошин А.А., Шишков М.В., Бобринев Е.В., Галкина Е.Ю.</i> Автоматизированная система анализа социально-психологического климата в трудовых коллективах	62
<i>Бурмистрова Е.В.</i> Организация и основные направления деятельности службы экстренной психологической помощи в системе образования	71

Рефераты статей	79
Сведения об авторах	82
Статьи, опубликованные в журнале в 2009 г.	84

Решением ВАК Минобрнауки РФ журнал включен в «Перечень ведущих рецензируемых научных журналов и изданий, в которых должны быть опубликованы основные результаты диссертаций на соискание ученой степени доктора и кандидата наук» (редакция апрель 2008 г.)

проблеме «Холодовая травма». – Л. : ВМедА, 1989. – С. 45–47.

7. Котельников В.П. Состояние нейрогуморальной регуляции при отморожении / В.П. Котельников, В.Н. Морозов // Вестн. хирургии. – 1990. – Т. 144, № 2. – С. 68–71.

8. Липатов К.В. Отморожения: актуальные вопросы патогенеза, диагностики и лечения : обзор / К.В. Липатов // Хирургия. – 2002. – № 12. – С. 59–63.

9. Скворцов Ю.Р. Отморожения как вид боевой патологии : автореф. дис. ... д-ра мед. наук / Скворцов Ю.Р. – СПб. : ВМедА, 1998. – 40 с.

10. Скворцов Ю.Р. Отморожения в современной боевой патологии / Скворцов Ю.Р., Кичемасов С.Х. // Воен.-мед. журн. – 2002. – № 1. – С. 23–27.

11. Фархат Ф.А. Обоснование хирургической тактики при лечении больных с глубокими отморо-

жениями : дис. ... канд. мед. наук / Фархат Ф.А. – М., 2004. – 98 с.

12. Юшканцева С.Н. Атлас гистологии / С.Н. Юшканцева, В.Л. Быков. – СПб., 2006. – С. 32–33.

13. The occurrence of frostbite and its risk factors in young men / Ervasti O., Juopperi K., Kettunen P. [et al.] // Int J Circumpolar Health. – 2004. – Vol. 63, N 1. – P. 71–80.

14. Retrospective study of 70 cases of severe frostbite lesions: a proposed new classification scheme / Cauchy E., Chetaille E., Marchand V., Marsigny B. // Wilderness Environ Med. – 2001. – Vol. 12, N 4. – P. 248–255.

15. Frostbite: Pathogenesis and Treatment / J.V. Murphy, P.E. Banwell, A.H. Roberts, D.A. McGrouther // The Journal of Trauma: Injury, Infection, and Critical Care January. – 2000. – Vol. 48, N. 1. – P. 171–178.

УДК 316.728 : 616.379

М.Г. Русаленко, Е.В. Москалева, Г.В. Гатальская, Т.В. Мохорт

РЕЗУЛЬТАТЫ ОЦЕНКИ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ И ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО БЛАГОПОЛУЧИЯ ПОДРОСТКОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 1-ГО ТИПА

Республиканский научно-практический центр радиационной медицины и экологии человека;
Гомельский государственный университет им. Ф. Скарины;
Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск

Проанализированы результаты анкетного опроса подростков с сахарным диабетом 1-го типа по методикам общего и диабетического модулей качества жизни и шкалам психологического благополучия. Установлено значительное снижение показателей качества жизни у больных подростков в сравнении со здоровыми сверстниками. Низкие показатели психологического благополучия указывают на обеспокоенность больных подростков ожиданием негативного будущего, наличие психологической дезадаптации, что диктует необходимость оптимизации оказания психологической помощи данной группе больных. Получена взаимосвязь уровня компенсации диабета с показателями качества жизни и его психологической составляющей.

Ключевые слова: сахарный диабет 1-го типа, подростки, качество жизни, психологическое благополучие, гликированный гемоглобин.

Введение

Сахарный диабет (СД) – одна из актуальных проблем современного здравоохранения. Количество больных диабетом увеличивается и, по данным ВОЗ, в настоящее время насчитывается более 150 млн больных в мире [7]. На 2009 г. общая заболеваемость СД в Республике Беларусь составила 1 942 человек на 100 тыс. населения.

Первичная заболеваемость по СД составляет 212,12 человек на 100 тыс. населения, в том числе с СД 1-го типа (СД-1) – 9,3 человека на 100 тыс. населения. Несмотря на активные исследования и достижения в области диабетологии, большинство пациентов с СД-1 далеки от целевых показателей компенсации диабета, что определяет необходимость дальнейшего изучения проблемы.

В настоящее время исследование качества жизни (КЖ) в медицине стало уникальным подходом, позволившим принципиально изменить традиционный взгляд на проблему болезни и больного, так как проведение оценки только соматического статуса при хронических заболеваниях стало явно недостаточным. Современная наука характеризует КЖ как надежный, информативный и экономичный метод оценки здоровья и психологического состояния больного, как на индивидуальном, так и на групповом уровнях [1].

Подростковый возраст характеризуется гормональной и психологической перестройкой, поэтому зачастую он, начинаясь с кризиса, весь период протекает трудно не только для подростка, но и для окружающих его взрослых. Уста-

новлено, что психологическая составляющая КЖ подростка зависит от личностных и психологических его особенностей, а также от психологического благополучия [6].

Эмоциональные конфликты, свойственные подростковому возрасту, приводят к несоблюдению режима питания и инсулинотерапии, нежеланию проводить самоконтроль, отказу от введения инсулина и излишествам в еде, намеренной передозировке инсулина и, как следствие, частым и тяжёлым гипогликемиям [2]. Наличие эндокринного заболевания и дебют его в подростковом возрасте являются негативными факторами, воздействующими на становление личности и способствующими формированию неадаптивных форм поведения, что обосновывает необходимость комплексного изучения медико-психологических особенностей специфической социальной группы – подростков с СД-1 и, в частности, их КЖ.

Цель исследования: изучение особенностей КЖ и психологического благополучия у подростков с СД-1 и сравнение их с показателями у их здоровых сверстников.

Материалы и методы

В работе использована специально разработанная анкета для оценки течения СД-1, «Педиатрический опросник оценки КЖ» (PedsQL™4.0) – общий и диабетический модули (Д. Варни) и методика «Шкала психологического благополучия» (ПБ) (К. Рифф) [3, 8]. Интерпретация результатов производилась по 100-балльной шкале с выделением шкал PedsQL:

- 1) по общему модулю:
 - физического функционирования (ФФ);
 - эмоционального функционирования (ЭФ);
 - социального функционирования (СФ);
 - жизнь в школе (ЖШ);
 - суммарный балл физического компонента КЖ (ФК);
 - суммарный балл психосоциального компонента КЖ (ПСФ);
 - суммарный балл по всем шкалам опросника (СШ);
- 2) по диабетическому модулю:
 - диабетического функционирования (ДФ);
 - физического функционирования-1 (ФФ-1) и (ФФ-2);
 - эмоционального функционирования (ЭФ);
 - социального функционирования (СФ).

Обследованы 62 подростка с СД-1 (28 мальчиков и 34 девочки). Средний возраст

составил $(15,1 \pm 2,8)$ года (от 13 до 18 лет), средняя длительность заболевания $(5,1 \pm 3,9)$ года (от 4 мес до 12 лет), дебют заболевания в среднем пришелся на $(10,8 \pm 4,5)$ лет. Для сравнения показателей КЖ здоровых и больных подростков была опрошена контрольная группа – 62 подростка (основная группа здоровья в школе), соответствующих исследуемой группе по полу и возрасту. Критериями исключения из исследования явились наличие психических заболеваний в анамнезе, острые воспалительные и обострения хронических воспалительных процессов на момент обследования.

Статистический анализ данных проведен с помощью прикладной компьютерной программы STATISTICA 6,0 и представлен в формате $(M \pm m)$.

Результаты и анализ

При анализе показателей общего модуля PedsQL (рис. 1) у подростков с СД-1 установлено статистически значимое снижение показателей ЭФ $(67,84 \pm 2,28)$ баллов ($p < 0,001$), ЖШ $(61,90 \pm 2,12)$ баллов ($p < 0,001$) в сравнении с контрольной группой соответственно $(88,93 \pm 1,34)$ и $(88,29 \pm 1,01)$ балла. Показатели ФФ у больных $(82,66 \pm 2,18)$ и ФФ в контрольной группе $(88,76 \pm 0,95)$ баллов, СФ у больных $(87,90 \pm 1,82)$ и СФ у подростков $(89,71 \pm 1,17)$ баллов не дали значимых различий. Полученные данные свидетельствуют о большем влиянии диабета на эмоциональную сферу жизни подростка и, как следствие, приводящему к ограничению полноценного взаимодействия в школе, и о меньшем влиянии на физическую и социальную составляющую КЖ больного подростка.

Результаты анализа шкал диабетического модуля PedsQL у подростков с СД-1 (рис. 2)

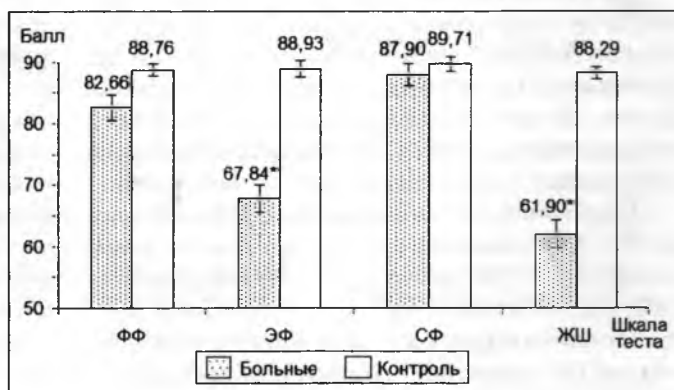


Рис. 1. Показатели КЖ подростков с СД-1 и контрольной группы по общему модулю PedsQL (*по сравнению с контролем $p < 0,001$).

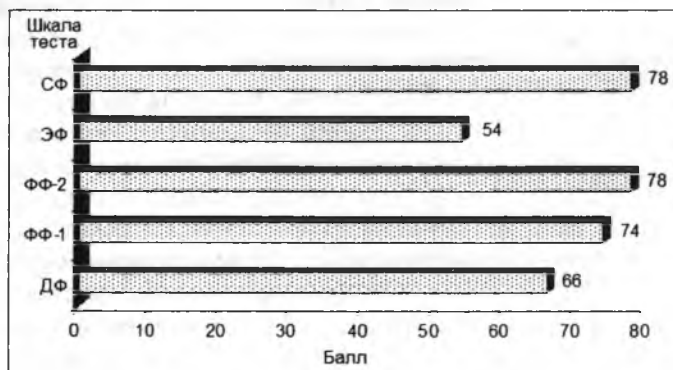


Рис. 2. Показатели КЖ у подростков с СД-1 по диабетическому модулю PedsQL.

подтвердили вышеописанные данные: наиболее низкие показатели при норме 100 баллов были по шкалам ЭФ ($54,26 \pm 3,30$) баллов и ДФ ($65,55 \pm 2,08$) баллов, свидетельствующие об эмоциональном беспокойстве по поводу проблем, обусловленных заболеванием (приступы слабости, чувство голода, беспокойный сон, возможные поздние осложнения диабета), в связи с чем подростки постоянно находятся в состоянии хронического страха перед своим будущим. В меньшей степени снижены показатели шкал СФ ($78,26 \pm 2,65$), ФФ-1 ($74,10 \pm 2,56$) и ФФ-2 ($78,24 \pm 2,07$) баллов.

Полученные данные свидетельствуют о яркой выраженности соматических симптомов, таких как хроническое чувство голода, жажда, учащенное мочеиспускание, гипогликемические состояния, чувство хронической усталости, беспокойный сон и раздражительность. Все это ведет к психологической дезадаптации, проявляющейся в конфликтах с родителями и окружающими, формировании страхов перед инсулинотерапией, комплексов, связанных с заболеванием, что неизменно приводит к снижению КЖ и декомпенсации диабета.

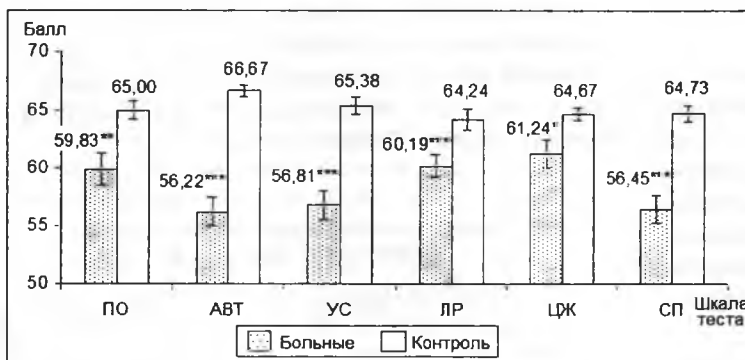


Рис. 3. Показатели психологического благополучия подростков с СД-1 и контрольной группы по методике ПБ. Обозначения шкал см. в тексте (по сравнению с контролем: * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$).

На следующем этапе был проведен сравнительный анализ данных методики ПБ у больных подростков и группы сравнения (рис. 3).

В результате установлено значимое снижение показателей ПБ у подростков с СД-1 диабетом в сравнении с контрольной группой по шкалам:

- «Позитивные отношения с окружающими» (ПО) соответственно ($59,83 \pm 1,39$) и ($65,00 \pm 0,76$) баллов ($p < 0,01$);
- «Автономия» (АВТ) – ($56,22 \pm 1,24$) и ($66,67 \pm 0,50$) баллов ($p < 0,001$);
- «Управление средой» (УС) – ($56,81 \pm 1,23$) и ($65,38 \pm 0,74$) баллов ($p < 0,001$);
- «Личностный рост» (ЛР) – ($60,19 \pm 0,96$) и ($64,24 \pm 0,91$) баллов ($p < 0,01$);
- «Цели в жизни» (ЦЖ) – ($61,24 \pm 1,21$) и ($64,67 \pm 0,60$) баллов ($p < 0,05$);
- «Самопринятие» (СП) – ($56,45 \pm 1,21$) и ($64,73 \pm 0,71$) баллов ($p < 0,001$).

Анализируя полученные данные, можно предположить, что подростки с СД-1 озабочены ожиданием негативного будущего, обеспокоены собственной личностью, мнением окружающих о себе.

На следующем этапе нашего исследования был проведен корреляционный анализ полученных данных для проверки гипотезы о том, что КЖ подростков с СД-1 взаимосвязано с характеристиками методики ПБ и определяет ряд психологических особенностей личности. Установлена прямая положительная корреляционная связь показателей шкалы ЭФ общего модуля PedsQL и шкал методики ПБ (рис. 4):

- ПО ($r = 0,39$; $p < 0,01$) – свидетельствует о наличии страхов, пониженного фона настроения, раздраженности, что оказывает негативное влияние на взаимоотношения со сверстниками, родными и окружающими, тем самым, способствует снижению близких доверительных отношений, проявлений теплоты и заботы о других людях;
- УС ($r = 0,30$; $p < 0,05$) – негативный эмоциональный фон влияет на неспособность справляться с повседневными делами, вызывает ощущение невозможности изменить условия своей жизни, придает чувство бессилия в управлении окружающим миром;
- ЦЖ ($r = 0,34$; $p < 0,05$) – экзистенциальные страхи, обусловленные заболеванием, негативно сказываются на уверенности в себе, в завтрашнем дне, вызывая трудно-

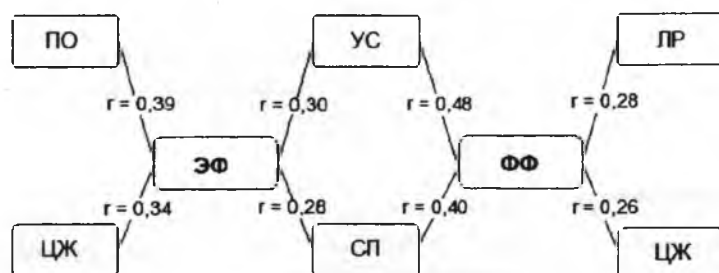


Рис. 4. Корреляционные связи данных общего модуля PedsQL и методики ПБ.

сти в постановке и достижении чётких целей в жизни;

- СП ($r = 0,28$; $p < 0,01$) – низкая самооценка, негативное отношение к собственному телу, обеспокоенность некоторыми чертами собственной личности, непринятие себя, желание быть другим, не таким, какой есть на самом деле.

Между другими шкалами общего КЖ и субъективного благополучия корреляционной взаимосвязи получено не было. Также была установлена прямая корреляционная связь данных шкалы ФФ общего модуля PedsQL и показателей шкал методики ПБ (см. рис. 4):

- УС ($r = 0,48$; $p < 0,01$) – неспособность справляться самостоятельно с собственными проблемами, ощущение невозможности повлиять на некоторые сложившиеся обстоятельства;
- ЛР ($r = 0,28$; $p < 0,05$) – переживание отсутствия личностного прогресса, скука и незаинтересованность жизнью, ощущение неспособности усваивать что-то новое;
- ЦЖ ($r = 0,26$; $p < 0,05$) – отсутствие мотивации к постановке целей в жизни и, как следствие, плохой самоконтроль и низкий уровень компенсации;
- СП ($r = 0,40$; $p < 0,01$) – низкая самооценка и степень самопринятия себя с болезнью, отказ от соблюдения режима питания и инсулинотерапии, возникновения дискомфорта, связанного с заболеванием в общественных местах, а также конфликтного взаимодействия с близкими.

Отсутствие корреляционной связи в нашем исследовании со шкалой АВТ методики ПБ даёт основание полагать, что способность справляться с повседневными делами, возможность регулировать собственное поведение и оценивать себя, исходя из собственных взглядов на жизнь, не оказывают влияния на проблемы, связанные с повседневным режимом жизни у подростков с СД-1.

Изучение КЖ больных с СД-1 изолированно от изучения течения самого заболевания не даёт полной информации о состоянии здоровья па-

циента. Самым точным показателем состояния компенсации диабета на сегодня является уровень гликированного гемоглобина (HbA1c). Такое крупное исследование, как Diabetes Control and Complications Trial Research Group (DCCT), показало, что подростки, у которых HbA1c был ближе к нормальным значениям (5–7%), имели лучший уровень психологического самочувствия, больше уверенности в себе и выше по-

казатели КЖ [4, 5]. В соответствии с результатами DCCT выделены следующие критерии компенсации СД-1 по уровню HbA1c (табл. 1).

Среди 62 обследованных подростков оказалось только 10% подростков с идеальным контролем над СД-1, 7% – с приемлемым, 10% – с неудовлетворительным контролем и наибольшая часть (73%) – с высоким риском диабетических осложнений. Для анализа показателей КЖ подростки были разделены на группы по уровню HbA1c: 1-я – 6,0–6,9%; 2-я – 7,0–8,9%; 3-я – 9,0–10,9%; 4-я – 11,0% и больше (табл. 2).

Как видно из табл. 2, показатели общего и диабетического модуля PedsQL наиболее приближены к показателям контроля у подростков 1-й группы по уровню HbA1c. Имела место тенденция к снижению показателей с увеличением уровня HbA1c, однако, статистически значимой получена разница только по шкале ЭФ диабетического модуля PedsQL: минимальные цифры зафиксированы в 4-й группе подростков ($48,63 \pm 5,63$) баллов ($p < 0,05$), максимальные – у 1-й группы подростков с СД-1 ($75,67 \pm 6,56$) баллов. Таким образом, состояние компенсации значимо не влияет на КЖ и ПБ больных с СД-1 подростков за исключением его эмоциональной составляющей.

Зарубежные исследования КЖ больных с СД-1 указывают на различия по половому признаку, которые начинают проявляться с 15-летнего возраста: так, девочки более чувствительны, а мальчики более устойчивы к возникновению депрессивных состояний. При анализе показателей КЖ и HbA1c у исследуемых лиц в зависимости от пола, по данным общего модуля PedsQL, различий получено не было.

Таблица 1
Показатели компенсации СД-1 по уровню гликированного гемоглобина

Компенсация диабета	HbA1c, %
Идеальный контроль	6,0–6,9
Приемлемый контроль	7,0–7,9
Неудовлетворительный контроль	8,0–8,9
Высокий риск осложнений	> 9,0
Высокий риск тяжелой гипогликемии	< 6,0

Таблица 2
Показатели психологического благополучия, общего и диабетического КЖ и уровень гликированного гемоглобина, $M \pm m$ (ДИ)

Шкала	Уровень HbA _{1c} , группа, балл			
	1-я	2-я	3-я	4-я
Общий модуль PedsQL				
ФФ	90,67 ± 5,85 (75,62–105,71)	81,30 ± 4,19 (71,82–90,78)	83,56 ± 4,34 (74,39–92,72)	80,54 ± 3,52 (73,26–87,82)
ЭФ	75,83 ± 4,55 (64,14–87,53)	67,50 ± 4,36 (57,63–77,37)	66,11 ± 4,11 (57,43–74,79)	67,29 ± 4,1 (58,80–75,78)
СФ	90,0 ± 5,00 (77,15–102,85)	90,50 ± 2,83 (84,09–96,91)	87,22 ± 2,66 (81,62–92,83)	86,79 ± 3,60 (79,34–94,25)
ЖШ	70,83 ± 4,36 (59,62–82,05)	63,00 ± 5,73 (50,03–75,97)	58,33 ± 3,96 (49,98–66,69)	61,88 ± 3,25 (55,15–68,60)
Диабетический модуль PedsQL				
ДФ	74,50 ± 3,84 (64,64–84,36)	67,90 ± 4,13 (58,56–77,24)	65,50 ± 3,83 (57,42–73,58)	62,38 ± 3,56 (55,01–69,74)
ФФ-1	77,17 ± 8,67 (54,87–99,46)	72,60 ± 5,24 (60,75–84,45)	73,94 ± 4,38 (64,69–83,20)	74,08 ± 4,47 (64,84–83,32)
ФФ-2	83,67 ± 6,12 (67,94–99,40)	83,30 ± 4,60 (72,88–93,72)	79,06 ± 3,91 (70,80–87,31)	74,17 ± 3,18 (67,58–80,76)
ЭФ	75,67 ± 6,56 (58,81–92,52)	51,0 ± 7,77* (33,42–68,58)	56,44 ± 5,11* (45,67–67,22)	48,63 ± 5,63* (36,97–60,28)
СФ	87,50 ± 7,11 (69,23–105,77)	79,10 ± 7,04 (63,17–95,03)	72,67 ± 4,89 (62,36–82,98)	79,79 ± 3,98 (71,55–88,03)
Методика ПБ				
ПО	61,67 ± 6,18 (45,77–77,56)	56,9 ± 1,97 (52,45–61,35)	59,61 ± 2,91 (53,47–65,75)	60,75 ± 1,99 (56,64–64,86)
АВТ	58,33 ± 4,59 (46,54–70,13)	55,0 ± 2,61 (49,10–60,90)	55,33 ± 2,32 (50,45–60,22)	56,88 ± 1,96 (52,81–60,94)
УС	55,83 ± 5,96 (40,50–71,16)	56,00 ± 2,05 (51,36–60,64)	56,94 ± 2,47 (51,74–62,15)	57,29 ± 1,74 (53,69–60,89)
ЛР	63,67 ± 4,51 (52,06–75,27)	62,5 ± 1,24 (59,69–65,31)	60,67 ± 1,42 (57,67–63,66)	58,00 ± 1,63 (54,63–61,37)
ЦЖ	64,67 ± 5,5 (50,53–78,80)	62,4 ± 2,08 (57,69–67,11)	60,39 ± 1,93 (56,32–64,46)	60,54 ± 2,05 (56,3–64,78)
СП	58,50 ± 4,57 (46,74–70,26)	59,00 ± 3,22 (51,70–66,30)	54,39 ± 2,37 (49,40–59,38)	56,42 ± 1,59 (53,12–59,72)

* В сравниваемых группах $p < 0,05$.

По данным диабетического модуля PedsQL, показатель ДФ у мальчиков значительно ниже ($56,6 \pm 20,6$) балла ($p < 0,01$), чем у девочек ($63,5 \pm 10,5$) балла, по остальным шкалам показатели статистически выше у мальчиков, например, по шкале ЭФ ($57,1 \pm 23,8$) балла ($p < 0,01$) и СФ ($77,9 \pm 24,8$) балла ($p < 0,01$). По данным ПБ, выше оказалась шкала СП у мальчиков ($60,1 \pm 10,1$) балл ($p < 0,01$), по остальным шкалам прослеживалась та же тенденция, но значимых различий получено не было. Интерпретируя вышеперечисленное, можно предположить, что девочки склонны относиться к себе более критично с заниженной самооценкой к собственной личности и, как следствие, лучше соблюдают режим питания, физических нагрузок, самоконтроль глюкозы, что, в свою очередь, позитивно сказывается на психологическом функционировании и уровне компенсации диабета в целом.

Данные анкетного и лабораторного анализа КЖ подростков с диабетом в зависимости от места их проживания указывают на более высо-

кие показатели HbA_{1c} ($10,9 \pm 2,1$) % ($p < 0,01$) у сельских подростков, чем у подростков, проживающих в городе – ($9,2 \pm 2,4$) %. Подростки города с СД-1 имеют более высокие показатели КЖ и ПБ со статистически значимыми различиями по шкалам УС ($63,7 \pm 9,1$) балла ($p < 0,01$) и ФФ-2 ($84,9 \pm 12,5$) балла ($p < 0,01$) по сравнению с сельскими подростками.

Интерпретируя полученные результаты, можно утверждать, что городские подростки более раскрепощены, образованнее по вопросам ведения диабета, серьезнее подходят к вопросам самоконтроля, инсулинотерапии. Подростки, проживающие в сельской местности, менее способны справляться с повседневными делами, ощущают невозможность изменить и улучшить условия своей жизни и ощущают чувство бессилия в управлении окружающим миром.

Заключение

Полученные данные свидетельствуют о значительном снижении эмоциональной составляющей КЖ подростков с СД-1 в сравнении с их

здоровыми сверстниками, что может приводить к психологической дезадаптации, конфликтам с окружающими и, как правило, к неуправляемости заболеванием и высокому риску осложнений.

Психологическое неблагополучие выражается в негативизме, ощущении безысходности, отсутствии целей и самопринятия. Показатели эмоциональной составляющей КЖ ниже у подростков с неудовлетворительным уровнем контроля над заболеванием.

Полученные данные диктуют необходимость детального изучения феномена КЖ и способов оптимизации для оказания профессиональной медицинской и психологической помощи данной группе подростков. С учетом выявления тревожности необходимо включение работы психологов в комплексную терапию подростков с СД-1, так как чрезмерное психическое напряжение нейтрализует и физическое выздоровление. Это имеет не меньшее значение, чем биологические методы лечения, а зачастую является решающим фактором, определяющим исход заболевания.

Список литературы

1. Мащенко И.В. Метод оценки индивидуального качества жизни / И.В. Мащенко // Эндокринология. – 2004. – № 4. – С. 19–23.
2. Пузикова О.З. Нарушение психоэмоциональной сферы у подростков больных сахарным диабетом 1-го типа / О.З. Пузикова, А.А. Афонин, Е.В. Вербицкий // Педиатрия. – 2006. – № 4 – С. 18–22.
3. Шевеленкова Т. Д. Психологическое благополучие личности (обзор основных концепций и методика исследования) / Т.Д. Шевеленкова, П.П. Фесенко // Психол. диагностика. – 2005. – № 3. – С. 95–123.
4. Diabetes Control and Complications Trial Research Group: The effect of intensive treatment of diabetes on the development and progression of long-term complications in insulin-dependent diabetes mellitus // N Engl J Med. – 1993. – Vol. 329. – P. 977–986.
5. Good metabolic control is associated with better quality of life in 2,101 adolescents with type 1 diabetes / H. Hoey [et al.] // Diabetes Care. – 2001. – Vol. 24. – P. 1923–1928.
6. The Coping Styles of Adolescents with Type 1 Diabetes Are Associated With Degree of Metabolic Control / G. Marit [at al.] // Diabetes Care. – 2004. – Vol. 27. – P. 1313–1317.
7. The Expert Committee on the diagnosis and classification of Diabetes mellitus. Report of the Expert / Committee on the diagnosis and classification of Diabetes mellitus // Diabetes Care. – 2000. – Vol. 23 (suppl. 1). – P. 4–19.
8. The PedsQLTM4:0 Generic Core Scales: sensitivity, responsiveness, and impact on clinical decision-making / J.W. Varni [et al.] // J Behav Med. – 2002. – Vol. 25. – P. 175–193.

УДК 616.127-005.8-07

Н.Н. Ярохно, А.В. Зырянова, К.Ю. Николаев

ОПРЕДЕЛЕНИЕ СЕРДЕЧНОГО БЕЛКА, СВЯЗЫВАЮЩЕГО ЖИРНЫЕ КИСЛОТЫ ПРИ ОСТРОМ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА С ПОМОЩЬЮ КАЧЕСТВЕННОГО ИММУНОХРОМАТОГРАФИЧЕСКОГО ТЕСТА

Научно-исследовательский институт терапии СО РАМН, г. Новосибирск;
Новосибирский государственный медицинский университет

Целью исследования явилось изучение диагностических возможностей нового качественного иммунохроматографического теста в определении сердечного белка, связывающего жирные кислоты, при остром инфаркте миокарда (ОИМ). Обследовано 108 больных в возрасте ($64,9 \pm 12,6$) года с подозрением на ОИМ, экстренно поступивших в больницы г. Новосибирска. Установлено, что чувствительность и специфичность положительного качественного теста на сердечный белок, связывающий жирные кислоты (сБСЖК) в отношении ОИМ, составляет соответственно 92,7 и 87,5 %. Наряду с этим, продемонстрировано преимущество теста, применяемого для определения сБСЖК в ранней диагностике ОИМ перед традиционными биомаркерами некроза миокарда (общая креатинфосфокиназа, МВ-фракция креатинфосфокиназы и тропонин I).

Ключевые слова: острый инфаркт миокарда, сердечный белок, связывающий жирные кислоты, диагностика.

Введение

Несмотря на значительные достижения последних лет в диагностике и лечении острого инфаркта миокарда (ОИМ), совершенствование

подходов к ведению этих больных, ведущее к дальнейшему снижению летальности, остается актуальной проблемой медицины. Это связано с тем, что начало ОИМ трудно установить по