

Отношение к болезни пациентов с сахарным диабетом 1-го и 2-го типов

И.Е. САПОЖНИКОВА, Е.Н. ЗОТИНА

ФГБОУ ВО «Кировская государственная медицинская академия» Минздрава России, Москва, Россия

Резюме

Цель исследования. Анализ типов отношения к болезни, их взаимосвязи с течением заболевания у пациентов с сахарным диабетом (СД).

Материалы и методы. Обследовали 418 пациентов с СД: 318 с СД-2-го типа (СД-2), 100 с СД-1-го типа (СД-1). Проведено клиническое, лабораторное обследование; изучены типы отношения к болезни.

Результаты. У пациентов с СД-2 чаще выявлялись тревожный (12,9%) и ипохондрический (10,7%), у пациентов с СД-1 — эйфорический типы отношения к болезни. Паранойальный тип отношения к болезни, характеризующийся наличием особых представлений о заболевании, обнаружен у 15,1% пациентов с СД-2, у 13% с СД-1. Гипернозогнозия (чрезмерная реакция на заболевание) чаще выявлялась при СД-2: 62,3% по сравнению с 39% при СД-1 (χ^2 ; $p < 0,001$). В группе лиц с СД-2 гипернозогнозия чаще обнаруживалась у женщин, неработающих лиц, пациентов с ожирением. У пациентов с СД-2 без признаков гипернозогнозии при сопоставимых информированности о заболевании и степени самоконтроля выявлен более низкий уровень гликированного гемоглобина: 7,35 (6,6; 8,6)% по сравнению с 7,9 (7; 9,4)% при гипернозогнозии ($p = 0,024$).

Заключение. Выявленные особенности отношения к болезни пациентов с СД обосновывают необходимость увеличения внимания к их психологическим особенностям. Ситуацию могли бы улучшить информирование врачей, увеличение времени на амбулаторный прием, более широкое включение в ведение пациентов с СД психотерапевтов и/или клинических психологов.

Ключевые слова: сахарный диабет 2-го типа, сахарный диабет 1-го типа, психологические особенности, тип отношения к болезни, гипернозогнозия, терапевтический контроль.

The attitude of patients with types 1 and 2 diabetes mellitus towards having the disease

I.E. SAPOZHNIKOVA, E.N. ZOTINA

Kirov State Medical Academy, Ministry of Health of Russia, Kirov, Russia

Aim. To analyze the types of attitude towards disease, their relationships to its course in patients with diabetes mellitus (DM).

Subjects and methods. 418 patients with DM, including 318 with type 2 DM (T2DM) and 100 with Type 1 (T1DM), were examined. Clinical and laboratory examinations were performed; the types of attitude towards the disease were studied.

Results. The patients with T2DM were more frequently found to have anxious (12.9%) and hypochondriacal (10.7%) types of attitude towards the disease; those with T1DM had euphoric types. The paranoiac type of disease attitude, which was characterized by the presence of peculiar notions about the disease, was detected in 15.1% of the patients with T2DM and in 13% of those with T1DM. Hypernosognosia (overreaction to disease) was more often identified in T2DM (62.3% versus 39% in T1DM (χ^2 ; $p < 0.001$). In the T2DM group, hypernosognosia was more frequently seen in women, unemployed persons, and obese patients. With the comparable awareness about the disease and degree of self-control, the patients with T2DM with no signs of hypernosognosia had a lower glyated hemoglobin level [7.35 (6.6; 8.6)%] than those with hypernosognosia [7.9 (7; 9.4)%] ($p = 0.024$).

Conclusion. The revealed peculiarities of attitude towards the disease in patients with DM justify the need for increased attention to their psychological characteristics. The situation could be improved if the physicians are be informed, the time of outpatient care is prolonged, and psychotherapists and/or clinical psychologists are widely involved in the management of diabetic patients.

Keywords: type 2 diabetes mellitus; type 1 diabetes mellitus; psychological characteristics; type of attitude towards disease; hypernosognosia, therapeutic control.

АГ — артериальная гипертония
АД — артериальное давление
ИМТ — индекс массы тела
ЛОБИ — личностный опросник Бехтеревского института
ЛПВП — липопротеиды высокой плотности
ЛПНП — липопротеиды низкой плотности
ОТ — окружность талии
ОХС — общий холестерин

СД — сахарный диабет
СД-1 — СД 1-го типа
СД-2 — СД 2-го типа
ТГ — триглицериды
УГК — уровень глюкозы крови
ХС — холестерин
HbA_{1c} — гликированный гемоглобин

Сведения об авторах:

Зотина Екатерина Николаевна — ассистент каф. госпитальной терапии

Контактная информация:

Сапожникова Ирина Евгеньевна — доцент каф. госпитальной терапии, к.м.н., врач-эндокринолог; тел.: +7(8332)679-307; e-mail: kgma@sapir.kirov.ru

Сахарный диабет (СД) является важной медицинской и социальной проблемой [1]. Риск развития осложнений СД и смертность от них снижаются при достижении целей терапии [2–5], но в условиях клинической практики у большинства пациентов лечение недостаточно эффективно [6, 7].

Одно из направлений улучшения результатов лечения — повышение внимания к личности человека с хроническим заболеванием, требующим существенного изменения привычного образа жизни [8]. Лечение больных СД 2-го типа (СД-2) включает коррекцию питания и режима физической активности, регулярный самоконтроль уровня глюкозы в крови (УГК) и артериального давления (АД), ежедневный прием лекарственных препаратов (как правило нескольких) [1]. Основными компонентами терапии СД 1-го типа (СД-1) являются заместительная инсулинотерапия с адаптацией доз гормона в соответствии с результатами ежедневного самоконтроля УГК [5].

Несоблюдение врачебных рекомендаций закономерно ухудшает результаты лечения. Одной из причин недостаточной приверженности к терапии могут быть существующие у пациента представления о заболевании и его правильном лечении [9]. Перечисленное делает актуальным анализ типа отношения к болезни и его взаимосвязи с течением заболевания у пациентов с СД.

Цель исследования — анализ типов отношения к болезни, их взаимосвязей с течением заболевания у пациентов с СД.

Материалы и методы

Обследовали 418 пациентов. В 1-ю группу включили 318 пациентов с СД-2: 70 (22%) мужчин и 248 (78%) женщин, во 2-ю — 100 пациентов с СД-1 — 37 мужчин и 63 женщины.

В исследование включали пациентов, госпитализированных в эндокринологический стационар и соответствовавших критериям включения: наличие СД, согласие ответить на предложенные вопросы и отсутствие критериев исключения.

Критерии исключения: хроническая сердечная недостаточность IIБ–III стадии (по Василенко–Стражеско); острый коронарный синдром, острое нарушение мозгового кровообращения или транзиторная ишемическая атака в предшествующие 3 мес; уровень креатинина в крови более 220 мкмоль/л; цирроз печени с явлениями печеночно-клеточной недостаточности.

Методы исследования. 1. Анкетирование: а) личностный опросник Бехтеревского института (ЛОБИ) [10], разработанный для диагностики типов отношения к болезни и связанных с ней личностных отношений у пациентов с хроническими соматическими заболеваниями. Опросник состоит из следующих разделов: «самочувствие», «настроение», «сон и пробуждение ото сна», «аппетит и отношение к еде», «отношение к болезни», «отношение к лечению», «отношение к врачам и медицинскому персоналу», «отношение к родным и близким», «отношение к работе/учебе», «отношение к окружающим», «отношение к одиночеству», «отношение к будущему». ЛОБИ выделяет анозогностический, апатический, гармонический, ипохондрический, меланхолический, неврастенический, неопределенный, обсессивно-фобический, паранойяльный, сенситивный, тревожный, эгоцентрический, эйфорический и эргопатический типы отношения к болезни.

На основании типа отношения к болезни в обеих группах также выделялись подгруппы пациентов с гипернозогнозией и гипозногнозией (по Л.И. Вассерману и соавт. [9]). Гипернозогнозии свойственны преувеличение заболевания, преобладание негативных эмоций, недостаточная социальная адаптация [9]; к ней отнесены ипохондрический, неврастенический, обсессивно-фобический, паранойяльный, сенситивный, тревожный, эго-

центрический типы отношений к болезни. Гипозногнозию характеризует преуменьшение значимости заболевания (анозогностический, эйфорический и эргопатический типы отношений к болезни); б) «анкета пациента» для оценки информированности о заболевании, соблюдение рекомендаций по образу жизни при СД.

2. Антропометрические исследования: измерение роста и массы тела с расчетом индекса массы тела (ИМТ); измерение окружности талии (ОТ) и АД на обеих руках, подсчет пульса.

3. Лабораторная диагностика: клиническое обследование, концентрация гликированного гемоглобина (HbA_{1c}); УГК натощак и после приема пищи; липидный состав крови (общий холестерин — ОХС, триглицериды — ТГ, холестерин — ХС липопротеидов низкой плотности — ЛПНП, ХС липопротеидов высокой плотности — ЛПВП).

Статистическая обработка данных. Данные, подчиняющиеся нормальному распределению, представлены в виде $M \pm SD$, где M — среднее выборочное значение, SD — стандартное отклонение; для оценки статистической значимости межгрупповых различий количественных показателей применяли двусторонний критерий Стьюдента. В отсутствие нормального распределения данные представлены в виде медианы (Me) и 25-го и 75-го процентилей; статистическая значимость межгрупповых различий количественных показателей оценивали по критерию U Манна–Уитни. Статистическую значимость межгрупповых различий качественных признаков оценивали по методу χ^2 , разницу долей — по критерию Z . Критический уровень значимости (p) при проверке гипотез принят равным 0,05. Статистическую обработку данных осуществляли с использованием программ MS EXCEL, Biostat 4.03 и Statistica 6.1.

Результаты

Клинико-демографическая характеристика пациентов представлена в табл. 1. Группы не различались по половому составу, уровню образования, месту жительства (79,7% — городские поселения, в том числе 49,5% областной центр). У большинства пациентов обеих групп уровень HbA_{1c} не достигал целевых значений. Лица с СД-1 были моложе; имели большую длительность заболевания и количество осложнений (что объясняется развитием СД-1 в более раннем возрасте [11]), более высокий уровень HbA_{1c} . Все пациенты с СД-1 получали базис-болюсную схему инсулинотерапии (суточная доза инсулина 44 ± 12 ЕД).

Артериальная гипертензия (АГ) чаще встречалась при СД-2, что соответствует результатам отечественных эпидемиологических исследований [6]. Большинство пациентов с СД-2 получали пероральные сахароснижающие препараты: 104 (32,7%) — монотерапию (45 метформин, 59 препараты сульфонилмочевины), 116 (36,5%) — комбинированное лечение (метформин + стимулятор инсулиновой секреции); инсулинотерапия рекомендовалась 98 (30,8%) пациентам.

В табл. 2 представлена частота выявления различных типов отношения к болезни у пациентов с СД. Среди обследованных лиц не выявлены апатический (безразличие к заболеванию) и меланхолический (выраженный пессимизм, неверие в положительный результат лечения даже при наличии объективных данных) типы. Частота гармонического отношения, характеризующегося адекватной оценкой ситуации, стремлением активно содействовать успеху терапии, в обеих группах не превысила 5%.

На рисунке представлены типы отношения к болезни, наиболее часто встречавшиеся у обследованных пациентов с СД. В обеих группах достаточно часто (15,1% при

Таблица 1. Клинико-демографическая характеристика пациентов

Параметр	1-я группа (СД-2)	2-я группа (СД-1)	<i>p</i>
Возраст, годы	57,2±8	31±13	<0,001
Пол (женщины/мужчины)	248 (78)/70 (22)	63/37	0,004
Высшее образование	78 (24,5)	26	0,87
Среднее специальное образование	146 (45,9)	46	0,92
Длительность СД, годы	6,3±5,3	13,5±9,1	<0,001
Наличие АГ	290 (91,5)	38	<0,001
Длительность АГ, годы	11,8±8,2	7,9±4,8	0,005
Наличие осложнений СД	230 (72,3)	81	0,11
Число осложнений у 1 пациента	2 (1; 3)	3 (2; 3)	0,004
Наличие инвалидности	85 (26,7)	62	<0,001
Работающие пациенты	142 (44,7)	49	0,52
Обучавшиеся в школе СД	69 (21,7)	54	<0,001
Информированные о заболевании	67 (21,1)	89	<0,001
Регулярный контроль УГК	49 (15,4)	16	0,9
ИМТ, кг/м ²	32,1±5	24,1±4	<0,001
ОТ, см	100,9±14,6	78±12,2	<0,001
Систолическое АД, мм рт.ст.	141±16,1	122,9±15,4	<0,001
Диастолическое АД, мм рт.ст.	86,6±9,4	76±9,9	<0,001
НbA _{1c} , %	7,7 (6,8; 9,2)	9,6 (8,5; 11,1)	<0,001
ОХС, ммоль/л	5,4±1,24	5,25±1,4	0,11
ТГ, ммоль/л	1,89±0,95	1,38±0,96	<0,001
ХС ЛПВП, ммоль/л	1,17±0,33	1,54±0,43	<0,001
ХС ЛПНП, ммоль/л	3,58±1,17	3,27±1,34	0,2

Примечание. Здесь и в табл. 3: данные представлены в виде $M \pm SD$, Me (25-й процентиль; 75-й процентиль). В скобках процент — здесь и в табл. 2, 3.

СД-2, 13% при СД-1) обнаруживался паранойальный тип отношения к болезни, которому свойственны наличие собственных представлений о заболевании, подозрительность, отрицательное отношение к лечению. С сопоставимой частотой выявлялось эргопатическое отношение («уход в работу»), отражающее наличие интересов, не связанных с болезнью. Эйфорическое отношение к болезни, характеризующееся недооценкой заболевания, надеждами на спонтанное улучшение ситуации, обнаружено у 30% пациентов с СД-1 и у 10,4% с СД-2.

При СД-2 чаще обнаруживались тревожный и ипохондрический (фиксация на субъективных проявлениях заболевания с их преувеличением), при СД-1 — эйфорический типы отношения к болезни.

В целом у пациентов с СД-2 чаще встречалась гипернозогнозия (чрезмерная эмоциональная реакция на заболевание): 62,3% по сравнению с 39% при СД-1 (χ^2 ; $p < 0,001$), реже — гипонозогнозия (преуменьшение значимости болезни): 28% по сравнению с 50% при СД-1 (χ^2 ; $p < 0,001$).

Таблица 2. Частота выявления различных типов отношения к болезни у пациентов с СД

Вариант ВКБ	1-я группа (СД-2)	2-я группа (СД-1)	<i>p</i>
Анозогнозический	17 (5,4)	6 (6)	0,99
Гармонический	15 (4,7)	4 (4)	0,98
Ипохондрический	34 (10,7)	1 (1)	0,004
Неврастенический	15 (4,7)	9 (9)	0,22
Неопределенный	16 (5)	7 (7)	0,61
Обсессивно-фобический	15 (4,7)	2 (2)	0,37
Паранойальный	48 (15,1)	13 (13)	0,7
Тревожный	41 (12,9)	3 (3)	0,009
Сенситивный	29 (9,1)	6 (6)	0,44
Эгоцентрический	16 (5)	5 (5)	0,79
Эйфорический	33 (10,4)	34 (34)	< 0,001
Эргопатический	9 (12,3)	10 (10)	0,66

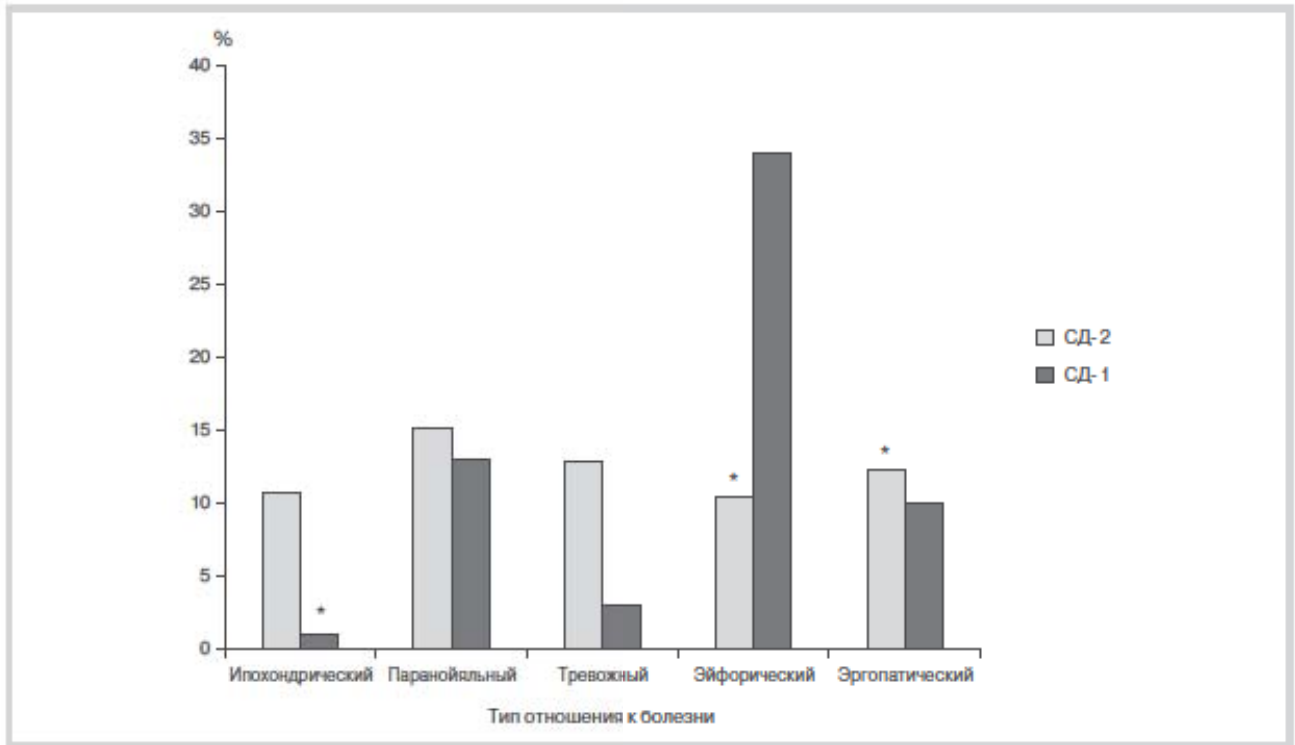
Для дальнейшего анализа нами выделены подгруппы пациентов с гипернозогнозией и без нее (гипонозогнозия и гармоническое реагирование). В табл. 3 представлено сравнение пациентов с СД-2 в зависимости от наличия гипернозогнозии: 198 пациентов с гипернозогнозией и 104 пациента без нее. Гипернозогнозия чаще выявлялась у женщин, неработающих лиц, пациентов с ожирением. У пациентов с СД-2 без признаков гипернозогнозии оказался ниже уровень НbA_{1c} — 7,35 (6,6; 8,6)% по сравнению с 7,9 (7; 9,4)% при гипернозогнозии ($p = 0,024$). В зависимости от наличия гипернозогнозии пациенты с СД-2 не различались по возрасту, образованию, информированности о заболевании, частоте самоконтроля УГК.

Среди пациентов с СД-1 гипернозогнозия чаще выявлялась у жителей небольших населенных пунктов — 27 (49%) по сравнению с 12 (26,7%) в областном центре; χ^2 ; $p = 0,037$; у лиц с АГ — 19 (48,7%) по сравнению с 13 (26%) (χ^2 ; $p = 0,046$). Не выявлены ассоциации с полом, возрастом, образованием, длительностью СД, осложнениями, массой тела, информированностью о заболевании, самоконтролю УГК, а также метаболическими параметрами, включая уровень НbA_{1c}.

Обсуждение

Паранойальный тип отношения к болезни в нашем исследовании выявлен у 15% пациентов с СД-2 и у 13% с СД-1. Его характеризуют чрезмерная фиксация на заболевании, собственные взгляды на механизмы его развития и прогрессирования; пациенты могут связывать неблагоприятное течение болезни (развитие осложнений, присоединение сопутствующей патологии и т.п.) не с собственным поведением (например, невыполнение рекомендаций), а с внешними факторами [10], в частности некомпетентностью, невнимательностью или умыслом медицинского персонала, что может приводить к обвинениям медицинских работников, в том числе в судебных инстанциях. Для успешной работы с пациентами обосновано их ведение совместно с психотерапевтом или клиническим психологом.

В нашем исследовании тревожный тип отношения к болезни выявлен у 12,9% пациентов с СД-2; суммарная



Типы отношения к болезни, наиболее часто встречающиеся у пациентов с СД.

* — статистически значимые различия между группами.

Таблица 3. Сравнительная характеристика пациентов с СД-2 в зависимости от наличия гипернозогнозии

Параметр	Подгруппа А (гипернозогнозия+; n=198)	Подгруппа В (гипернозогнозия-; n=104)	P
Возраст, годы	57,4±7,2	56,6±9,4	0,39
Мужской пол	32 (16,2)	32 (30,8)	0,005
Высшее образование	46 (23,2)	27 (26)	0,69
Наличие осложнений СД	149 (72,3)	69 (66,3)	0,13
Ожирение	140 (70,7)	57 (54,8)	0,009
Жители областного центра	92 (46,5)	68 (65,4)	0,003
Работающие пациенты	80 (40,4)	56 (53,8)	0,036
Обученные в школе диабета	46 (23,2)	20 (19,2)	0,51
Информированные о СД	44 (22,2)	20 (19,2)	0,65
Регулярный контроль УГК	32 (16,2)	14 (13,5)	0,65
Регулярный контроль АД	56 (31,1*)	27 (29,7*)	0,92
HbA _{1c} , %	7,9 (7; 9,4)	7,35 (6,6; 8,6)	0,024
ОХС, ммоль/л	5,47±1,29	5,27±1,19	0,19

Примечание. * — от числа лиц с АГ.

частота тревожного и сенситивного типов составила 21%. Данные типы характеризуются внутренним беспокойством, не всегда отчетливо осознаваемым пациен-

том, которое в первом случае связано с заболеванием, во втором — с предполагаемым неблагоприятным мнением окружающих. Полученный результат соотносится с данными О.Г. Мотовилина и соавт. [8], выявившими у пациентов с СД-2 по сравнению с пациентами с СД-1 более высокий балл по шкале сенситивности, боязнь формирования у окружающих неблагоприятного мнения в связи с заболеванием.

Более чем у 10% пациентов с СД-2 выявлен ипохондрический тип отношения к болезни, которому свойственны фиксация на субъективных ощущениях с их преувеличением, сочетание желания лечиться с неверием в успех терапии (т.е. желание чувствовать себя больным), низкая степень соблюдения схемы назначенного лечения [10]. При работе с ипохондрическими пациентами от врача требуются терпение, работа по созданию доверительных отношений с пациентом; желательна психотерапевтическая коррекция.

Эйфорический тип отношения к болезни зафиксирован у 30% пациентов с СД-1 и у 10,4% с СД-2. Для него типичны надежды на спонтанное улучшение течения заболевания, недооценка болезни, недостаточная степень соблюдения схемы назначенного лечения [10]. Отсутствие чрезмерной фиксации на заболевании с надеждой на положительный исход могут отражать формирование механизмов психологической защиты, направленных на вытеснение мыслей о неблагоприятном исходе и о накладываемых заболеванием ограничениях; позитивный настрой может рассматриваться как психологически-адаптивный момент.

Эргопатический тип отношения к болезни, обнаруженный более чем у 10% пациентов обеих групп, отражает

наличие жизненных интересов, не связанных с заболеванием, что может рассматриваться как положительный фактор.

Гипернозогнозия характеризуется «чрезвычайной эмоциональной вовлеченностью в болезнь, неспособностью адаптироваться к ее условиям» (Л.И. Вассерман), преобладанием негативных эмоций (тревоги, досады, раздражения, подавленности и т. п.), недостаточным включением в социум [9]. При гипонозогнозии значение заболевания преуменьшается (вплоть до отрицания), типичны надежды на спонтанное улучшение ситуации, нежелание замечать заболевание, поиск иных жизненных интересов.

В нашем исследовании гипернозогнозия обнаружена у 39% пациентов с СД-1. Это соответствует результатам, полученным Л.И. Вассерманом — 35,7% [9]. У пациентов с СД-1 отсутствовала связь между отношением к болезни и регулярным самостоятельным контролем УГК. По-видимому, частое изолированное исследование УГК (особенно при гипернозогнозии, собственных представлениях о целях и методах лечения) не улучшает результаты терапии.

Нами не выявлена линейная корреляция между типом отношения к болезни и уровнем HbA_{1c} у пациентов с СД-1. Это соответствует данным отечественных исследователей [11], не выявивших у молодых пациентов с СД-1 прямой взаимосвязи психологических особенностей и контроля УГК (как чрезмерно скрупулезное соблюдение рекомендаций, так и пренебрежение ими ухудшало психологический статус).

У обследованных пациентов с СД-2 чаще выявлялась гипернозогнозия; по-видимому, они в большей степени осознают себя больными, а не людьми с особым образом жизни. Это может быть связано как с объективными (снижение качества жизни вследствие осложнений и сопутствующей патологии), так и субъективными факторами — осознание себя «больным» более «выгодно» и понятно пациенту. Гипернозогнозия чаще выявлялась у пациентов с СД-2, проживающих в небольших населенных пунктах и неработающих. По-видимому, наличие не связанных с заболеванием интересов, может повышать степень выполнения рекомендаций (например, по стилю питания и физической активности), способствует лучшему терапевтическому контролю, т.е. является более адаптивным вариантом поведения. Данное предположение подтверждается несколько более низким (на 0,5%) уровнем HbA_{1c} при со-

поставимой информированности о заболевании и частоте самоконтроля УГК у пациентов с СД-2. По-видимому, позитивный настрой, отсутствие фиксации на болезни, наличие широкого круга интересов, характеризующих отсутствие гипернозогнозии, является положительным у пациентов со сформированной личностью, семейными и социальными связями, помогая им достигать лучшего гликемического контроля даже без интенсификации мероприятий по образу жизни с СД.

Высокая частота гипернозогнозии у пациентов с СД-2 отражает их особый психологический статус. Терапевтическое обучение пациентов с СД и их психологическая поддержка призваны улучшить результаты лечения [12]. Ситуацию могли бы улучшить информирование эндокринологов и терапевтов о психологических особенностях пациентов; увеличение времени, отводимого на амбулаторный прием пациента с СД (для создания более доверительных отношений, возможности более подробного и неспешного разъяснения рекомендаций, мотивации на их выполнение); более широкое включение в ведение пациентов с СД психотерапевтов и/или клинических психологов.

Заключение

Выявлены особенности отношения к заболеванию у пациентов с СД в зависимости от типа. При СД-2 чаще, чем при СД-1, выявлялись тревожный и ипохондрический типы отношения к болезни, гипернозогнозия, т.е. чрезмерное реагирование на болезнь (62,3% по сравнению с 39% при СД-1; χ^2 ; $p < 0,001$). У пациентов с СД-1 чаще обнаруживалась гипонозогнозия. При обоих типах СД часто фиксировался паранойяльный тип отношения к болезни (наличие собственных представлений о заболевании). У пациентов с СД-2 без признаков гипернозогнозии при сопоставимых информированности о заболевании и степени самоконтроля отмечен более низкий уровень HbA_{1c} . Выявленные особенности обосновывают информирование эндокринологов, терапевтов, врачей общей практики о психологических особенностях пациентов с СД; более широкое включение в ведение пациентов, в частности с СД-2, психотерапевтов и/или клинических психологов; увеличение времени на амбулаторный прием.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

1. Сахарный диабет: диагностика, лечение, профилактика. Под ред. Дедова И.И., Шестаковой М.В. М.: Издательство «МИА»; 2011:355–476. [*Diabetes mellitus: diagnosis, treatment, prophylaxis*. Ed by Dedov II., Shestakova MV. Moscow: Meditsinskoe informatsionnoe agentstvo; 2011:355–476. (In Russ.)].
2. ESC Guidelines on diabetes, pre-diabetes, and cardiovascular diseases developed in collaboration with the EASD. *European Heart Journal*. 2013;34(39):3035–3087. <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehs108>
3. ESH / ESC 2013 Guidelines for the management of arterial hypertension. *Journal of Hypertension*. 2013;31(7):1281–1357. <https://doi.org/10.1097/01.hjh.0000431740.32696.cc>
4. European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice (version 2012): The Fifth Joint Task Force of the European Society of Cardiology and Other Societies on Cardiovascular Disease Prevention in Clinical Practice (constituted by representatives of nine societies and by invited experts). *European Heart Journal*. 2012;33(13):1635–1701. <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehs092>
5. Под ред. Дедова И.И., Шестаковой М.В. Алгоритмы специализированной медицинской помощи больным сахарным диабетом (7-й выпуск). Сахарный диабет. 2015;18(Приложение 1):1–112. [Standards of specialized diabetes care. Edited by Dedov II, Shestakova MV. (7th edition). *Diabetes mellitus*. 2015;18(Suppl.1):1–112. (In Russ.)]. <https://doi.org/10.14341/dm2015s1-112>
6. Сунцов Ю.И., Маслова О.В., Дедов И.И. Скрининг осложнений сахарного диабета как метод оценки лечебно-профи-

- лактической помощи больным. *Проблемы эндокринологии*. 2010;56(1):3-8. [Suntsov YuI, Maslova OV, Dedov II. Screening for diabetic complications as a tool for the evaluation of medical and preventive aid to patients. *Problemy endokrinologii*. 2010;56(1):3-8. (In Russ.)]. <https://doi.org/10.14341/probl20105613-8>
7. Smith RJ, Nathan DM, Arslanian S A, Groop L, Rizza RA, Roter JL. Individualizing therapies in type 2 diabetes mellitus based on patient characteristics: what we know and what we need know. *Journal Clinical Endocrinology Metabolism*. 2010;95(4):1566-1574. <https://doi.org/10.1210/jc.2009-1966>.
 8. Мотовилин О.Г., Луныкина О.В., Суркова Е.В., Шишкова Ю.А., Мельникова О.Г., Майоров А.Ю. Отношение к болезни пациентов с сахарным диабетом 1 и 2 типа. *Сахарный диабет*. 2012;15(4):51-58. [Motovilin OG, Lunyakina OV, Surkova EV, Shishkova YuA, Mel'nikova OG, Mayorov AYu. Attitudes in patients with diabetes mellitus type 1 and type 2. *Diabetes mellitus*. 2012;15(4):51-58. (In Russ.)]. <https://doi.org/10.14341/2072-0351-5538>
 9. Вассерман Л.И., Трифонова Е.А., Щелкова О.Ю. Эмоционально-личностные факторы формирования отношения к болезни у больных сахарным диабетом 1-го типа. *Проблемы эндокринологии*. 2006;52(1):6-10. [Vasserman LI, Trifonova EA, Welkova OYu. Affective and personal determinants of formation of an attitude towards the disease in patients with type 1 diabetes mellitus. *Problemy endokrinologii*. 2006;52(1):6-10. (In Russ.)].
 10. *Методы психологической диагностики и коррекции в клинике*. Кабанов М.М., Личко А.Е., Смирнов В.М. Ленинград: Медицина; 1983. [Kabanov MM, Lichko AE, Smirnov VM. *Metody psikhologicheskoi diagnostiki v klinike*. Leningrad: Meditsina; 1983. (In Russ.)].
 11. Мотовилин О.Г., Шишкова Ю.А., Дивисенко С.И., Андрианова Е.А., Суркова Е.В., Дедов И.И. Психологические эффекты достижения компенсации сахарного диабета 1 типа у пациентов молодого возраста. *Сахарный диабет*. 2010;13(1):66-76. [Motovilin OG, Shishkova YuA, Divisenko SI, Andrianova EA, Surkova EV, Dedov II. Psychological aspects of glycemic control in young patients with type 1 diabetes. *Diabetes mellitus*. 2010;13(1):66-76. (In Russ.)]. <https://doi.org/10.14341/2072-0351-6019>
 12. Майоров А.Ю., Суркова Е.В., Мотовилин О.Г., Мельникова О.Г., Шишкова Ю.А. Обучение больных диабетом: синтез доказательной медицины и психологического подхода. *Сахарный диабет*. 2011;14(1):46-52. [Mayorov AYu, Surkova EV, Motovilin OG, Melnikova OG, Shishkova YuA. Education of diabetic patients: synthesis of evidence-based medicine and psychological approach *Diabetes mellitus*. 2011;14(1):46-52. (In Russ.)]. <https://doi.org/10.14341/2072-0351-6249>

Поступила 30.09.16