

ИНФОРМИРОВАННОСТЬ ВРАЧЕЙ ОБЩЕЙ ПРАКТИКИ О СОСТОЯНИИ ЗДОРОВЬЯ ПАЦИЕНТОВ И ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ ВПЕРВЫЕ ВЫЯВЛЕННОГО САХАРНОГО ДИАБЕТА ТИПА 2

Самитин В.В.¹, Дихт Н.И.¹, Каргина Л.В.¹, Родионова Т.И.¹, Колбенев И.О.²

¹Кафедра эндокринологии Саратовского государственного медицинского университета

²Кафедра глазных болезней Саратовского государственного медицинского университета Саратов, Россия

В России в настоящее время диагноз впервые выявленного СД-2 устанавливается в большинстве случаев терапевтами и врачами общей практики. Снижение вероятности развития сосудистых осложнений СД-2 на «додиагностическом» этапе обеспечивается непрерывностью и качеством наблюдения пациентов группы риска развития СД-2 врачами общей практики.

Целью настоящего исследования было выяснить влияние информированности терапевтов и врачей общей практики о состоянии здоровья постоянных пациентов и регулярности их наблюдения на своевременность выявления нарушений углеводного обмена. В исследование были включены пациенты с впервые выявленным СД-2 и наблюдавшие их врачи.

В течение 2006-2007 годов было проведено анкетирование 154 пациентов с впервые выявленным СД-2, диагностированным 23 терапевтами. Диагноз СД-2 устанавливался на основании выявления манифестных жалоб, характерных для данного заболевания, а также выявления гипергликемии натощак $>7,1$ ммоль/л (включая случаи планового обследования по поводу сопутствующей соматической патологии). В момент диагностики СД-2 врачи заполняли опросник, предложенный T. Drivsholm: 1. «Насколько хорошо Вы знаете данного пациента?» (возможные варианты ответа – «очень хорошо», «достаточно хорошо», «недостаточно хорошо») и 2. «Как долго (количество лет) вы наблюдаете данного пациента?». Фиксировали уровень тощачковой гликемии в момент диагностики заболевания, после чего исследовали уровень гликированного гемоглобина (HbA_{1c}), оценивали наличие и выраженность сосудистых осложнений СД-2 в момент его выявления (по результатам осмотров офтальмолога, невролога, ангиохирурга), а также характер сахароснижающей терапии, необходимой для достижения компенсации углеводного обмена. При статистическом анализе использовали построение многовариантной регрессионной модели – для установления связи уровней тощачковой гликемии

и HbA_{1c} в момент диагностики СД-2 и степенью информированности лечащих врачей о пациенте. Для оценки различий количественных переменных использовали непараметрические критерии. Различия считали достоверными при уровне значимости $p < 0,05$.

Результаты. 40,1% (62 пациента) были определены врачами как известные очень хорошо, 15,6% (24 пациента) – как известные достаточно хорошо и 44,3% (68 пациентов) как известные недостаточно хорошо. Длительность наблюдения пациентов во всех группах достоверно не различалась ($4,3 \pm 1,8$ лет). Уровень HbA_{1c} на момент диагностики СД-2 в группе пациентов, определенных как известные недостаточно хорошо ($11,2 \pm 2,1\%$), был выше, чем в группах известных очень хорошо ($9,3 \pm 1,3\%$, $p = 0,02$) и достаточно хорошо ($9,1 \pm 1,7\%$, $p = 0,016$) пациентов. Количество симптомов декомпенсированного СД-2 (повышенная жажда, учащенное мочеиспускание, беспричинное снижение массы тела, зуд гениталий) достоверно не различалось для групп пациентов, определенных врачами, как известных очень хорошо, и группой, известной недостаточно хорошо (2,1 из 4 симптомов против 2,4 симптомов из 4, $p = 0,066$), однако продолжительность каждого из этих симптомов была достоверно больше (в среднем на 4-5 недель) в группе пациентов, известных недостаточно хорошо. Регрессионная модель подтвердила ассоциацию степени информированности врачей о здоровье пациентов с уровнем HbA_{1c} в момент диагностики СД-2 ($p = 0,02$).

У 10 пациентов (17% случаев) из группы «хорошо известных» нарушенная толерантность к глюкозе была диагностирована за 1-2 года до установления диагноза СД-2. Для пациентов из групп «известных достаточно хорошо» и «известных недостаточно хорошо» не проводилось обследование, направленное на выявление ранних нарушений углеводного обмена, СД-2 у них диагностировался по уровню тощачковой гликемии при наличии манифестных симптомов.

Непролиферативная стадия диабетической ретинопатии была выявлена у 5 пациентов из группы «хорошо известных»; в группе пациентов, «известных недостаточно хорошо», непролиферативная ретинопатия была выявлена у 12 пациентов, пролиферативная – у 3 пациентов.

Выводы. Была выявлена зависимость своевременности диагностики СД-2 врачами общей практики от регулярности и качества амбулаторного наблюдения пациентов. Пациенты с хорошим комплайнсом в отношении рекомендаций врачей общей практики имеют меньший риск микрососудистых осложнений СД-2 на «додиагностическом этапе».

*Педагогические науки***ВОСПИТАНИЕ ПОЛИКУЛЬТУРНОЙ
ЛИЧНОСТИ В УСЛОВИЯХ СОВРЕМЕННОЙ
ШКОЛЫ**

Даниленко Т.В.

*Иркутский институт повышения квалификации
работников образования
Иркутск, Россия*

Следствием активизации миграционных потоков являются конфликты индивида с полиэтнической средой. Это явление характерно не только для пришлого населения, но и для местных жителей, этнокультурная среда которых изменяется. В условиях полиэтнической образовательной среды становится очень актуальной проблема пребывания детей в состоянии психологического дискомфорта, отсутствие умения позитивного взаимодействия.

Многим людям свойственно расхождение индивидуальных предпочтений составляющих среды, т.е. климата, природных особенностей, ландшафта, питания, внешних признаков людей – с реально окружающей исторически сложившейся на данной территории этнокультурной средой. Известно, что внутренний конфликт, вызванный этнофункциональной диссоциацией, может разрешаться на разных уровнях. Первый уровень – регрессивный, второй уровень – «клапанный», третий уровень является более конструктивным и называется сублимативным. Четвертый уровень – интегративный или творческий. Этот уровень разрешения этнофункционального конфликта наиболее благотворно влияет на самого человека и его окружение. Этот уровень предполагает уникальное и неповторимое по содержанию и форме разрешение конфликта на сознательном уровне.

Исследование, проведенное нами в младших классах средних школ Иркутского района, где количество мигрантов составило более трети от общего количества учащихся, показало, что в полиэтническом коллективе более половины учащихся, испытывают состояние дискомфорта независимо от того, приехали ли они с других территорий или являются местными жителями. У них наблюдаются как проявления агрессивных тенденций, так и аутоагрессия. Эти проявления, если рассматривать выборку в целом, преобладает как тенденция. В литературе есть указание на психологический смысл конфликта неприятия человеком окружающей этнокультурной среды: рост плавающей и предметной тревожности, депрессивных состояний.

Результаты исследования подтвердили связь между степенью выраженности принятия–непринятия ребенком своего реального социально-природного окружения и агрессивными проявлениями. Чем сильнее дети, испытывают неприятие всего иного: климата, природного окружения, внешности окружающих людей, тради-

ций, культуры, тем сильнее у них состояние дискомфорта и, как следствие, определенным образом проявляющаяся агрессивность.

По мнению Е.Н.Корнеевой, взрослые переселенцы, стремятся к общению, пытаются приспособиться к новой среде, самоутвердиться в новом окружении и своим поведением формируют взгляды и поведение детей. Она также указывает на то, что переселенцы имеют высокие показатели адаптивной активности, в основе которой сильная мотивация. Однако адаптивные возможности переселенцев невысоки. Причиной часто является стереотип отношения к ним окружающих, недостаточное владение языком, иные культурные и религиозные предпочтения. Адаптивные возможности коренных жителей значительно выше.

Подбирая диагностический материал, мы исходили из того, что реакция человека на фрустрацию зависит от иерархии его ценностей, то есть от того, насколько значима для него зона интересов, которая оказывается задетой. Чем менее значимо лицо, тем сильнее выражена реакция. Т.е. чем менее значим контакт, тем сильнее и свободнее вербальные, эмоциональные проявления: напротив, в общении со «значимыми» лицами агрессивные реакции, высказывания и поступки максимально контролируются.

В ходе исследования стала очевидной зависимость степени выраженности проявлений агрессивности и аутоагрессии от определенных фрустрируемых ценностей

Следует отметить существенные особенности этих связей у детей с различным уровнем неприятия признаков чужого этноса. Для детей с высоким уровнем неприятия признаков чужого этноса наиболее значимой была фрустрация эстетико-природных ценностей, для детей со средним уровнем – культурных ценностей, для детей с низким уровнем – ценностей, связанных со здоровьем и физическим развитием.

Педагогический процесс предоставляет возможности влияния как на адаптацию учащихся в условиях полиэтнической образовательной среды, так и на проявление в их поведении агрессивности.

По мнению ученых, функция полиэтнической образовательной среды заключается в обеспечении взаимопонимания, а значит и эффективного взаимодействия между субъектами образовательного процесса. Межэтническое взаимодействие можно признать эффективным, если оно способствует успешной этнокультурной адаптации человека, «достижению социальной и психологической интеграции с другими культурами без потери богатств собственной» (Т.Г. Стефаненко). Ключевым моментом для достижения эффективности данного процесса является взаимопонима-