

УДК 616.43-159.9. 07

ОЦЕНКА ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО СОСТОЯНИЯ БОЛЬНЫХ С ЭНДОКРИННЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ В ПРОЦЕССЕ НЕМЕДИКАМЕНТОЗНОЙ ТЕРАПИИ

Курникова И.А., Кочемасова Т.В., Сулейменов Е.А.

ФГБУ «РНЦ Медицинской реабилитации и курортологии» Министерства здравоохранения РФ,
Москва, e-mail: rncvmik@inbox.ru

В статье суммированы, проанализированы и отражены современные сведения о проблемах психологической реабилитации больных с эндокринологическими заболеваниями (сахарным диабетом, патологией щитовидной железы и нейроэндокринной системы). Подробно рассмотрены понятия качества жизни, социальной адаптации, экономические показатели. Приводятся результаты проведенного изучения и анализа новой концепции реабилитации эндокринологических больных (при сопоставлении с длительно существующей кардиологической моделью). На основании обобщенных данных сформулированы и предложены к обсуждению показания для реабилитации в эндокринологии. Комплексное применение методов физического воздействия, природных и преформированных факторов в условиях санатория требует особого отношения к средствам диагностического контроля. Набор диагностических методов при проведении реабилитации эндокринологических больных на этапе санаторно-курортного лечения значительно отличается от стандартных диагностических тестов других этапов и предполагает привлечение в диагностический комплекс методов, характеризующих состояние регуляторных механизмов, физической и психологической адаптации и реабилитационных возможностей организма.

Ключевые слова: пациенты с заболеваниями эндокринной системы, реабилитация, качество жизни, новая концепция, немедикаментозная терапия

PSYCHOLOGICAL ASSESMENT OF PATIENTS WITH ENDOCRINE DISEASE THROUGH NON-PHARMACOLOGICAL TREATMENT

Kurnikova I.A., Kochemasova T.V., Suleymenov E.A.

Russian scientific center of Medical Rehabilitation and Balneology, Moscow, e-mail: rncvmik@inbox.ru

The current information summarized, analyzed and reflected in the article is devoted to the problems of psychological rehabilitation of patients with endocrine disorders (diabetes, thyroid and of the neuroendocrine system). The concept of quality of life, social adjustment and economic indicators are being discussed in detail. The results of the studies and analysis of the new concept of rehabilitation of patients with endocrine diseases (in comparison to the long-existing cardiac model) are being presented. Based on pooled data the appropriate indications for rehabilitation in endocrinology are formulated and proposed to discuss. Integrated application of physical impact, natural and premature factors in a resort requires a special relationship to the means of diagnostic testing. Set of diagnostic methods in the process of rehabilitation of patients with endocrine step health resort treatment differs significantly from the standard diagnostic tests and other steps involves engaging in complex diagnostic methods for characterizing the state of the regulatory mechanisms of physical and psychological adaptation and rehabilitation of the body.

Keywords: patients with diseases of the endocrine system, rehabilitation, quality of life, a new concept, nonmedicamentous methods of treatment

Жизнедеятельность человека определяется не только биологическими, но и социальными, общественными закономерностями. Взаимодействие с окружающей средой включает не только физиологические механизмы, но также формирует особенности психологической и социальной адаптации. Известно, что некоторые факторы, например психоэмоциональный стресс при социальной дезадаптации, могут приводить к развитию заболеваний. В современных научных исследованиях постоянно обсуждаются вопросы, связанные с высокой распространенностью расстройств тревожно-депрессивного характера при заболеваниях органов эндокринной системы и ухудшения на их фоне качества жизни больных [6, 8, 14, 17, 35]. Внимание в основном об-

ращено на функциональный статус пациентов и оценку своего здоровья [5, 8].

Итальянскими учёными Nicoletta Sonino и Giovanni Fava [41, 42] сделано предположение о том, что, понятие «бремени заболевания» не исчерпывается только описанием и оценкой клинико-лабораторных характеристик пациентов, а субъективное восприятие состояния здоровья (например, отсутствие психологического благополучия, деморализация, трудности в выполнении личных и семейных обязанностей) не менее важно, чем оценка исходов болезни лечащим врачом [42]. Мы склонны считать, что данное обстоятельство может и должно быть положено в основу новых подходов к оказанию помощи эндокринологическим больным на этапе медицинской реабилита-

ции, при всеобъемлющем использовании всех доступных клинических методов – как диагностических, так и лечебных, включая методы немедикаментозного воздействия. При проведении медицинской реабилитации, особенно с включением технологий немедикаментозной терапии, необходимо учитывать: отношение больных к проведению реабилитационных мероприятий, особенности психологического статуса больных в зависимости от стадии и течения болезни [7, 8, 9].

Известно, что психоэмоциональные расстройства и ухудшение качества жизни, обусловленные ими, которые могут иметь место во время острой (активной) фазы заболевания, часто нивелируются на фоне коррекции или устранения гормонального дисбаланса [13, 14].

При определении критериев эффективности реабилитационных программ все чаще в систему оценок включают критерии оценки психологического состояния пациентов. Выбор критериев для пациентов с хроническими заболеваниями затрудняется тем, что многие из них адаптируются и не замечают некоторых проявлений своего заболевания, необъективно оценивая, например, качество жизни как более высокое. Длительная хроническая болезнь меняет психику больного, обостряет невротические проявления [8, 11, 13].

Психологическая реабилитация – один из важнейших компонентов немедикаментозной терапии. Состояние психоэмоциональной сферы у больных СД оказывает значительное влияние на эффективность реабилитации в условиях санатория [12, 15]. Пациент, который настроен позитивно, ожидает эффекта от восстановительной терапии и лучше соблюдает рекомендации врача [3, 4, 12, 16, 40].

В процессе немедикаментозной терапии, например в условиях санаторного лечения, допустимо использование стандартных методов психологического тестирования. Наиболее достоверными тестами на выявление тревожности признаны тесты Спилберга, Люшера, госпитальная шкала тревоги и депрессии HADS. Следует отметить, что цветовой тест Люшера более объективен, т.к. далеко не всегда испытываемые желают продемонстрировать свою тревожность. По результатам теста оцениваются: уровень тревожности, эмоциональная стабильность, способность преодолевать стрессовые ситуации. Результаты тестирования предоставляются в процентном соотношении от 0 до 100% [1, 10].

Психологический статус пациентов достаточно полно характеризует шкала лич-

ностной и ситуационной тревожности по методике Ч.Д. Спилберга адаптированной Ю.Л. Ханиным. Шкала самооценки Спилберга включает 40 вопросов-суждений, из которых 20 предназначены для оценки уровня ситуационной (реактивной) тревожности (СТ) и 20 – для оценки личностной тревожности (ЛТ) [10, 18, 19, 20].

Рекомендуется применение шкалы самочувствия (САН) и оценка состояния здоровья по наличию признаков недомогания (качество жизни – количество жалоб). Тест САН построен на принципах полярных профилей. Пациенту предлагается 30 пар противоположных по смыслу понятий, характеризующих самоощущение тестируемого. Дается оценка в баллах для каждого состояния с расчетом показателей «самочувствия», «активности», «настроения». Среднее арифметическое этих показателей считается показателем САН [1, 10, 14, 20].

Для самооценки состояния здоровья по признакам недомогания можно использовать «Психосоматический опросник» или его сокращенный вариант из 15 жалоб. Каждая из жалоб оценивается по пятибалльной шкале по степени выраженности (0-1-2-3-4). Рассчитывается общая сумма баллов [10, 17, 21].

Уровень умственной (психической) работоспособности может определяться по результатам комплексного тестирования, например «арифметический счет», тест «числовые ряды», «черно-красная таблица» и другие. Вне зависимости от характера тестов анализируются следующие критерии: темп выполнения, точность выполнения заданий, кратковременная память, внимание и др. [1, 18, 19].

Для оценки психического статуса при проведении скрининга перспективно применение «Краткой шкалы психического статуса» [1, 10, 22].

Оценка качества жизни также достаточно часто используется для оценки эффективности методов немедикаментозного воздействия и различных реабилитационных технологий. Качество жизни должно учитываться при подборе индивидуальной терапии, для выявления психологических проблем и наблюдения за пациентами [2, 10, 20, 21].

Особое внимание при оценке качества показательных примеров, выбранных авторами Sonino и Fava, а именно положительный эффект препаратов из группы ингибиторов синтеза стероидов (метапрана, аминоклутетимида и кетоконазола) в лечении депрессии при синдроме Кушинга или антигипертензивных средств, направлено на появление состояния тревоги при повышенной функции щитовидной железы. В то же время нам представляется важным ещё раз

подчеркнуть то обстоятельство, что исчезновение характерных симптомов тревоги и (или) депрессии далеко не во всех случаях приводят к улучшению качества жизни больных [37, 38, 39, 41].

Рассматривая данную сторону вопроса, следует остановиться на недавно проведенном клиническом исследовании, достаточно простом по дизайну, но вполне показательном, в ходе которого 86 амбулаторных пациентов с заболеваниями гипофиза, полностью излеченных или находящихся в ремиссии не менее 9 месяцев после лечения (оперативного, консервативного или лучевой терапии), сравнили с 86 здоровыми лицами. В анализ также включили 60 амбулаторных больных, считающихся излеченными или находящихся в стадии ремиссии. Пациенты данной группы имели эндокринологические заболевания, не связанные с патологией гипофиза. Почти два пациента из трёх, как с гипофизарными, так и с негипофизарными заболеваниями испытали эмоциональное расстройство. Вполне понятно, что у пациентов обеих групп было отмечено ухудшение качества жизни по сравнению с контрольной [41].

Информация о результатах, получаемых в специализированных клиниках, согласуется с постоянно возрастающим количеством научной литературы (как отечественной, так и иностранной), в которой сообщается о трудностях в достижении полной ремиссии (некоторыми авторами используется термин «восстановления») у больных, проходящих лечение и реабилитацию по поводу эндокринологических заболеваний. Вполне вероятно, что каждый врач может привести показательные примеры из собственной практики. Подобные клинические ситуации проанализированы и отражены в исследованиях, проведенных у больных с заболеваниями гипофиза, болезнью Кушинга, акромегалией, гиперпролактинемией, гормонально неактивной аденомой гипофиза, гипопитуитаризмом и дефицитом гормона роста у взрослых или эндокринными нарушениями, не связанными с гипофизом, патологией щитовидной железы, первичным гиперпаратиреозом, синдромом поликистозных яичников и адренокортикотропной недостаточностью [33, 38, 42].

По мнению разных авторов, задержка или замедление сроков восстановления могут быть вызваны разными причинами. Так, гормональные изменения часто бывают обусловлены наличием «аффективных» нарушений, которые далеко не всегда исчезают на фоне нормализации лабораторных показателей, как это было продемонстрировано у больных с синдромом Кушинга и заболе-

ваниями щитовидной железы. Рядом авторов, в том числе и итальянскими учёными Sonino и Fava, указывается на то, что проведение гормонозаместительной терапии не во всех случаях приводит к полному восстановлению оптимального эндокринного баланса, а сохраняющиеся слабо выраженные дисфункции могут продолжать оказывать влияние на психологический статус пациентов [30, 31]. В ряде статей сделаны описания подобных ситуаций, в частности при гипопитуитаризме после лечения заболеваний гипофиза.

Вполне понятно, что несбывшиеся надежды пациентов на полное излечение могут приводить к депрессии или апатии. Подобные расстройства часто возникают при замедлении сроков восстановления, особенно после проведения оперативного лечения. Например, при проведении хирургической операции (например, микроаденомэктомии при болезни Кушинга) больной, вероятно, вправе ожидать достаточно быстрого возвращения к своему предшествующему нормальному состоянию. В этой связи уместно вспомнить нередко цитируемые и в настоящее время работы Харвея Кушинга [24], который подчеркивал определяющую роль врача на этом трудном этапе болезни: «Все клиницисты являются психотерапевтами, и, несомненно, более успешно лечит своих пациентов именно тот, кто эффективно использует психотерапию, чтобы уменьшить связанную с болезнью депрессию или сомнения, тревожность или страхи. Определенная функциональная «суперструктура» выстраивается даже при незначительном недомогании. Мы также считаем это оправданным в большей или меньшей степени. Временами эти так называемые функциональные симптомы могут доминировать, даже когда связанное с ними органическое поражение является более или менее очевидным; и некоторые из нас, с большим или меньшим умением, могут удовлетворительно анализировать и даже частично рассеивать их». К сожалению, очень часто обычный специалист-эндокринолог не знаком с психологическими аспектами ведения пациента. У него может отсутствовать адекватная подготовка, как с точки зрения личных навыков, так и со стороны организационной структуры для обеспечения процессов восстановления.

Сахарный диабет в полной мере можно отнести к так называемым «болезням цивилизации». Роль социальных факторов и эмоциональных стрессов в его возникновении и прогрессировании весьма значительна [14, 16, 21, 34]. Биологическое повреждение организма, конечно, остается в основе

определения временной или стойкой утраты трудоспособности, но и значение социального фактора резко возросло. Переход от здоровья к болезни, от временной утраты трудоспособности к инвалидности вызывает качественные изменения в отношении личность – общество. Не в последнюю очередь социальная адаптация определяется психо-эмоциональными нарушениями в организме [2, 3]. В приложении к сахарному диабету правильнее давать определение психосоматические нарушения, так как пациент оказывается в зависимости от степени органически обусловленного повреждения центральной нервной системы [14, 29].

Психологическое состояние больных СД – предмет серьезных научных исследований [17, 24]. Депрессия является весьма распространенным эмоциональным расстройством при сахарном диабете [21] и может усугублять имеющиеся когнитивные нарушения или быть их причиной. Поэтому коррекция эмоциональных расстройств оказывает благоприятное влияние на когнитивные способности [18]. Психологическая составляющая имеет очень большое значение в определении реабилитационных возможностей больного СД и тесно связана с таким понятием, как «качество жизни» (КЖ). В свою очередь качество жизни тесно связано с понятием «социальная адаптация». В начале XXI века понятие «качество жизни» превратилось в предмет научных исследований и стало более точным – «качество жизни, связанное со здоровьем» (health related quality of life, HRQL) [25, 24, 26, 27].

На сегодняшний день продолжается процесс разработки комплексных программ реабилитации больных сахарным диабетом, в основе которых лежит целенаправленное изучение потребностей в различных видах медицинской, социальной, профессиональной и психологической реабилитации.

Как было отмечено, мы внимательно изучили и проанализировали так называемую концепцию реабилитации, предложенную Sonino N. и Fava G. (2007; 2012). Мы уже указывали на то, что реабилитационные «юниты» получили широкое распространение во многих областях медицины (например, неврологии, пульмонологии, кардиологии, ревматологии). По нашим представлениям, основанным на длительном опыте, реабилитации после сердечно-сосудистых заболеваний (кардиологическая реабилитация), которая функционирует по меньшей мере уже 30 лет (как в России, так и за рубежом), наиболее близка по задачам к потребностям клинической эндокринологии [23].

Согласно классическим представлениям, целями КР являются обеспечение вторичной

профилактики и улучшение качества жизни больных. Было неоднократно доказано, что КР способна привести к экономически эффективному снижению заболеваемости и смертности пациентов с различными заболеваниями сердечно-сосудистой системы. Мы также считаем, что преимуществами КР являются снижение смертности, более редкое возникновение кардиологических симптомов, повышение толерантности к физической нагрузке, улучшение состояния липидного спектра, уменьшение или полный отказ от курения, улучшение психологического статуса и повышение вероятности возвращения к работе.

Нам, как и западным специалистам-реабилитологам, представляется важным, чтобы все реабилитационные мероприятия проводились многофункциональной группой специалистов, усилия которой были бы сконцентрированы на обучении, индивидуально подобранных упражнениях, модификации факторов риска и оптимизации функционального статуса организма и психологического благополучия [14, 17, 28].

На основании обобщенных данных подтверждена целесообразность создания реабилитационных групп, которые проводят восстановительное лечение у больных с травмами головного мозга в связи с высокой частотой возникновения гипопитуитаризма [33], однако собственные реабилитационные службы на практике пока не созданы или их функции определены не вполне четко.

Таким образом, на основании проведенного анализа имеющихся собственных данных по обсуждаемому вопросу, а также изученной и предложенной к обсуждению авторами Sonino N. и G. Fava (2012) концепции мы полагаем, что реабилитация в эндокринологии может и должна быть показана в следующих случаях:

- а) замедление периода полного восстановления нарушенных функций после проведенного стационарного лечения;
- б) несоответствие между эндокринным статусом и текущим функционированием сердечно-сосудистой и вегетативной нервной систем;
- в) снижение физического и социального функционирования;
- г) наличие сопутствующих (коморбидных) заболеваний, в особенности сопровождающихся какими-либо психоэмоциональными расстройствами;
- д) оценка и подтверждение факта нарушения качества жизни;
- е) проблемы с образом жизни и поведением, связанным с рисками – снижение комплаентности;

ж) впервые выявленные (в том числе обратимые) эндокринные заболевания и нарушения как следствие дезадаптации после перенесенных стрессов.

Специалистам хорошо известно, что на психонейроэндокринный баланс между здоровьем и болезнью может повлиять аллостатическая нагрузка, превышающая ресурсы конкретного человека. Аллостатическая нагрузка – это ответ на воздействие персистирующего или постоянно существующего раздражающего негативного фактора окружающей среды, на который человек реагирует как на особо стрессогенный [6, 7]. Мы полагаем, что данная информация может быть очень важна для оценки клинического статуса пациентов с незначительными изменениями в результатах лабораторных исследований (например, в случае незначительного повышения уровня пролактина), для принятия решения о прекращении длительного консервативного лечения гиперпролактинемии, а также при возникновении неясных и труднообъяснимых соматических симптомов или при задержке выздоровления. Аллостатическую нагрузку можно уменьшить, изменив образ жизни [17].

Вполне понятно, что сформулированные и предлагаемые к обсуждению показания к проведению реабилитационных мероприятий обусловили попытку построения так называемой модели функционирующей эндокринной реабилитационной службы, что и было сделано авторами Sonino N. и Fava G. (2007; 2012). Нам, со своей стороны, представилось важным ещё раз проанализировать предпосылки возникновения этой задачи. Следует отметить, что идея о многофункциональной группе возникла на основании существующих на сегодняшний день представлений о процессах реабилитации. С нашей точки зрения, группа эндокринной реабилитации в идеале должна включать обученного эндокринолога-клинициста, физиотерапевта и психолога с возможностями получения консультаций других специалистов.

К одной из важных задач относится определение функций, которые должен выполнять специалист эндокринолог-реабилитолог. Вполне понятно, что они будут несколько отличаться от традиционных (классических) подходов, которые используются в эндокринологической практике. В клинической эндокринологии зачастую есть тенденция полагаться исключительно на «точные данные», преимущественно выражаемые в числовых значениях уровня гормонов, исключая при этом «неточную информацию», например утрату трудоспособности и благополучия. Однако подобную «неточную» (общую) информацию теперь

можно оценить достоверно. Итальянские авторы полагают, что доказательства, накопленные в ходе лечения пациентов с дефицитом гормона роста [33], должны привести к обоснованию многофакторной оценки последствий лечения, включающей также и психосоциальные параметры. Например, сведения о дифференцированном воздействии на качество жизни пациентов, возникающее вследствие различий в заместительной терапии, всё чаще находят отражение в информационных бюллетенях ассоциаций пациентов и привлекают внимание исследователей. Учёные подтверждают необходимость позитивного контакта и поддержания взаимного адекватного общения лечащего врача-эндокринолога и пациента с возможностью получения разъяснений на основе адекватной оценки всех значимых биологических, психологических, социальных и культурных факторов. Подобный многофункциональный подход должен стать формообразующим принципом проведения восстановительной терапии.

Специалист по физиотерапии может определять объём постепенной физической нагрузки и назначать соответствующие лечебные процедуры, препятствующие физическому и функциональному ухудшению. Известно, что длительная иммобилизация представляет серьёзную опасность для восстановительных процессов, особенно после проведения хирургической операции. Важно подчеркнуть, что нивелирование, а в некоторых случаях и игнорирование ситуаций, вызывающих лишний физический и психологический дискомфорт и связанные с ним неприятные эмоции, сначала снимает стресс, однако впоследствии может приводить к его дальнейшему нарастанию и сохранению. В связи с этим очень важным организационным аспектом восстановительного лечения является разработка индивидуального графика последовательного возвращения пациента ко всей его деятельности, предшествующей болезни, чётко определив соответствующие этапы реабилитации.

Очень значимой представляется роль психолога (психотерапевта, в ряде случаев психиатра), так как только квалифицированный специалист способен оказать помощь в проведении психореабилитационных мероприятий. В отдельных случаях, как и в кардиальном реабилитационном центре, могут быть показаны короткие формы индивидуальной психотерапии. Также может быть полезна «групповая терапия» пациентов, страдающих от одного и того же заболевания (например, патологии гипофиза). Эмоциональный контакт, получение и обмен информацией (при участии эндокри-

нолога на некоторых сеансах), успокоение и планирование своего будущего могут стимулировать пациентов строить мышление по принципу «адаптивного приспособления», а не размышлять о прошлом («Я больше не тот, кем был раньше»), проводя время в анализе потенциальных опасностей и последствий эндокринологического заболевания, способного вызвать потерю работоспособности. Нам представляется целесообразным привести сведения об экспериментальном исследовании, в ходе которого групповая терапия оказывала положительный эффект у женщин с климактерическим синдромом. Квалифицированный специалист-психолог может дать совет и оказать поддержку супругам и членам семьи пациентов, находящихся на разных этапах лечения эндокринологического заболевания.

Как было отмечено ранее, от слаженности работы всех медицинских звеньев, принимающих участие в организации и проведении соответствующих реабилитационных мероприятий, зависит конечный успех всего лечебного процесса в целом.

Эндокринологическая реабилитационная служба включает не только специалистов-эндокринологов, но и специалистов по медицинской реабилитации, психологов (психотерапевтов, психиатров) и физиотерапевтов (кинезитерапевтов), но также хирургов (в том числе нейрохирургов), врачей первичной медицинской помощи, других специалистов и представителей ассоциаций пациентов. Таким образом, служба эндокринной реабилитации обладает всеми ресурсами для обеспечения всё более и более расширяющегося взаимодействия между эндокринологией и другими областями медицины.

Проанализировав доступную информацию о деятельности реабилитационных служб других областей здравоохранения в России, нам, как и итальянским авторам Sonino N. и Fava G. (2007; 2012), представляется оправданным и целесообразным сделать вывод о том, что эндокринная реабилитация с включением психосоциальных аспектов обладает высоким потенциалом с точки зрения экономической эффективности. Кроме того, в будущем она может стать идеальной моделью для проведения клинических и научных исследований, а также мероприятий с целью образования (повышения квалификации и качества подготовки врачей-эндокринологов).

Таким образом, активное применение методов физического воздействия, природных и преформированных факторов в условиях санатория требует особого отношения к средствам диагностического контроля. Набор диагностических методов при прове-

дении реабилитации эндокринологических больных на этапе санаторно-курортного лечения значительно отличается от стандартных диагностических тестов других этапов и предполагает привлечение в диагностический комплекс методов, характеризующих состояние регуляторных механизмов, физической и психологической адаптации и реабилитационных возможностей организма.

Список литературы

1. Акарачкова Е.С. К вопросу диагностики и лечения психовегетативных расстройств в общесоматической практике // Лечащий врач. – 2010. – № 10. – С. 60–64.
2. Алеева Г.Н., Гурьева М.Э., Журавлева М.В. Критерии качества жизни в медицине и кардиологии // РМЖ. – 2006. – Т.14, № 10. – С. 8–9.
3. Анциферов М.Б., Мельникова М.Б., Дробижев М.Ю. и др. Сахарный диабет и депрессивные расстройства // Русский медицинский журнал. – 2009. мТ. 11, № 27. – С. 1480–1483.
4. Атаманов В.М., Гольшева В.А. Аффективные нарушения в клинике сахарного диабета. Современные тенденции организации психиатрической помощи: материалы Российской конференции. – М., 2004. – С. 205–206.
5. Бобровицкий И.П., Яковлев М.Ю., Лебедева О.Д. Диагностический программный модуль оценки функциональных резервов организма и алгоритмов по выявлению лиц групп риска распространенных заболеваний // Вопросы курортологии и лечебной физкультуры. – 2011. – № 6. – С. 35–37.
6. Воробьева О.В. Депрессия в пожилом возрасте // Consilium medicum. – 2007. – № 12. – С. 24–28.
7. Дианов О.А., Коваленко Е.А., Нестеренко И.И. Возрастные и тендерные особенности сроков манифестации СД 1 типа и развитие хронических осложнений у детей // Сахарный диабет. – 2010. – № 4. – С. 97.
8. Дубинина И.И., Жаднов В.А., Янкин С.К., Соловьёва А.В. Симптомы депрессии и тревоги у больных сахарным диабетом 2 типа и цереброваскулярной болезнью // Сахарный диабет. – 2012. – № 4. – С. 59–62.
9. Демчева Н.К. Новые подходы к оценке показателей качества жизни и социального функционирования психических больных и возможности их применения в эпидемиологических исследованиях // Российский психиатрический журнал. – 2006. – № 5. – С. 30–38.
10. Сахарный диабет второго типа: реабилитация в санаторных условиях: учебно-методическое пособие / под ред. Левина Ю.М. – Ижевск – ГОУ ВПО «ИГМЛ МЗ и СР РФ», 2011. – 200 с.
11. Курникова И.А. Оптимизация системного подхода в реабилитации больных сахарным диабетом с высокой коморбидностью // Международный эндокринологический журнал (IEL – international journal of endocrinology). – 2010. – № 3 (27). – С. 62–70.
12. Курникова И.А., Чернышова Т.Е., Трусов В.В., Стяжкина С.Н., Зыкина С.А. Эффективность реабилитации больных сахарным диабетом на этапе восстановительного лечения // Медицинский альманах. – 2010. – № 2 (11). – С. 79–83.
13. Мельниченко Г.А., Удовиченко О.В., Шведова А.Е. Типичные ошибки практического врача. – М., 2012.
14. Мотовилин О.Г., Шишкова Ю.А., Дивисенко С.И. и др. Психологические эффекты достижения компенсации сахарного диабета 1 типа у пациентов молодого возраста // Сахарный диабет. – 2010. – № 1. – С. 66–76.
15. Пономаренко Г.Н. Качество жизни как предмет научных исследований в физиотерапии. Вопросы курортологии, физиотерапии и лечебной физкультуры. – 2004. – № 4. – С. 38–41.

16. Прилипко Н.С., Большакова Т.М. Изучение потребности в медицинской помощи на этапах восстановительного лечения и медицинской реабилитации наиболее распространенных заболеваний среди взрослого населения // Вестник восстановительной медицины. – 2011. – № 1. – С. 5–7.
17. Сергеев В.Н., Михайлов В.И., Шестопалов А.Е. Соматопсихологический аспект ожирения и метаболического синдрома у подростков: принципы и методы немедикаментозной коррекции // Вестник неврологии, психиатрии и нейрохирургии. – 2012. – № 3. – С. 39–49.
18. Сичинава Н.В., Горбунов Ф.Е., Стрельников А.В., Кончурова Т.В. Коррекция когнитивных и психологических нарушений у больных с вертеброгенным болевым синдромом // Вопросы курортологии, физиотерапии и ЛФК. – 2012. – № 4. – С. 3–7.
19. Старостина Е.Г. Биомедицинские и психосоциальные аспекты сахарного диабета и ожирения: взаимодействие врача и пациента и пути его оптимизации: автореф. дис. ... д-ра мед. наук. – 2003.
20. Старостина Е.Г., Мошняга Е.Н., Бобров А.Е. Эффективность и безопасность медикаментозной терапии хронических тревожных расстройств у больных сахарным диабетом // Сахарный диабет. – 2010. – № 3. – С. 52–55.
21. Суркова Е.В. Клинические, психологические и психопатологические аспекты сахарного диабета: дис. ... д-ра мед. наук. – М., 2006.
22. Уланова Н.Н. Системный психологический подход в реабилитации больных сахарным диабетом // Агрокурорт. – 2009. – № 2 (33). – С. 41.
23. Balady G.J., Williams M.A., Ades P.A., Bittner V., Co-moss P., Foody J.M., Franklin B., Sanderson B., Southard D. 2007. Core components of cardiac rehabilitation/secondary prevention programs // *Circulation*, 115: 2675–2682.
24. Cushing H. 1913. Psychic disturbances associated with disorders of the ductless glands // *Am. J. Insanity*, 69: 965–990.
25. Erkinjuntti T. Vascular cognitive impairment. T. Erkinjuntti, K. Rockwood. *Psychogeriatrics*. – 2001. – Vol. 1. – P. 27–38.
26. Fava G.A., Tomba E., Sonino N. Clinimetrics: the science of clinical measurements. *Int. // J. Clin. Pract.* – 2012. – № 66. P. 11–15.
27. Frisoni G.B. Mild cognitive impairment with subcortical vascular features. Clinical characteristics and outcome / G.B. Frisoni, S. Galluzzi, L. Bresciani. *J. Neurol.* – 2002. – Vol. 249. – P. 1423–1432.
28. Giustina A., Chanson P., Bronstein M.D., Klibanski A., Lamberts S., Casanueva F.F., Trainer P., Ghigo E., Ho K., Melmed S. A consensus on criteria for cure of acromegaly // *J. Clin. Endocrinol Metab.* – 2010. – № 95. – P. 3141–3148.
29. Gregg E.W. Cognitive and physical disabilities and aging-related complications of diabetes. E. W. Gregg, A. Brown. *Clin. Diabetes.* – 2003. – Vol. 21. – P. 113–118.
30. Heaton K. Body-conscious Shakespeare: sensory disturbances in troubled // *Med Humanit.* – 2011. – № 37. – P. 97–102.
31. Jelic V. Clinical trials in mild cognitive impairment: lessons for the future / Jelic V., Kivipelto M., Winblad B. // *J. Neurology, Neurosurgery, Psychiatry.* – 2006. – Vol. 77, № 7. – P. 892.
32. Knopman D.S. Current treatment of mild cognitive impairment and Alzheimer's disease // *Curr Neurol Neurosci Rep.* – 2006. – Vol. 6, № 5. – P. 365–371.
33. Kurshner H.S. Mild cognitive impairment: to treat or not to treat? // *Curr Neurol Neurosci Rep*, 2005. – Vol. 5. – № 6. – P. 455–457.
34. Logroscino G. Type 2 diabetes and cognitive decline: a prospective study / G. Logroscino, J.H. Kang, F. // *Grodstein. BMJ.* – 2004. – Vol. 328. – P. 548.
35. Pedersen T.R. Incremental Decrease in End Points Through Aggressive Lipid Lowering (IDEAL) Study Group. High-dose atorvastatin vs usual-dose simvastatin for secondary prevention after myocardial infarction: the IDEAL study: a randomized controlled trial / T.R. Pedersen, O. Faergeman, J.J. Kastelein // *JAMA.* – 2005. – Vol. 294. – P. 2437–45.
36. Petersen R.S. Consensus on mild cognitive impairment. R.S. Petersen, J. Touchon. *Research and practice in AD // EADS-ADCS joint meeting.* – 2005. – Vol. 10. – P. 24–32.
37. Katon W.J., Lin E.H., Von Korff M., Ciechanowski P., Ludman E.J., Young B., Peterson D., Rutter C.M., McGregor M., McCulloch D. Collaborative care for patients with depression and chronic illness // *N. Engl. J. Med.* – 2010. – № 363. – P. 2611–2620.
38. Sonino N., Tomba E., Fava G.A. Psychosocial approach to Endocrine disease // *Adv. Psychosom Med.* – 2007. – № 28. – P. 21–33.
39. Sonino N., Fava G.A. Rehabilitation in endocrine patients: a novel psychosomatic approach // *Psychother Psychosom.* – 2007. – № 76. – P. 319–324.
40. Sonino N., Peruzzi P. Apsychoneuroendocrinology service // *Psychother Psychosom.* – 2009. – 78. – P. 346–351.
41. Sonino N., Fallo F., Fava G.A. Psychosomatic aspects of Cushing's syndrome. *Rev. Endocr // Metab. Disord.* – 2010. – № 11. – P. 95–104.
42. Sonino and Fava. Recovery in Endocrine Disease // *J. Clin. Endocrinol Metab.* – August 2012. – № 97(8). – P. 0000–0000.
43. Tiemensma J., Kaptein A.A., Pereira A.M., Smit J.W., Romijn J.A., Biermasz. Coping strategies in patients after treatment for Functioning or nonfunctioning pituitary adenomas // *J. Clin. Endocrinol.* – 2011.

References

1. Akarachkova E.S. K voprosu diagnostiki i lecheniya psihovegetativnyh rasstroystv v obshesomatscheskoi praktike. *Lechashii vrach*. 2010. no. 10. pp. 60–64.
2. Aleeva G.N., Gurileva M.E., Guravleva M.V. Kriterii kachestva jizni v medicine i kardiologii. *RMJ*. 2006. T.14, no. 10. pp. 8–9.
3. Anciferov M.B., Melnikova M.B., Drobijev M.U. i dr. Saharnyi diabet i depressivnye rasstroistva. *RMJ*. 2009. T. 11, no. 27. pp. 1480–1483.
4. Atamanov V.M., Golysheva V.A. Affektivnye narusheniya v klinike saharnogo diabeta. *Sovremennye tendencii organizatsii psihiatricheskoi pomoshi: materialy Rossiiskoi konferencii*. M., 2004. pp. 205–206.
5. Bobrovnickii I.P., Yakovlev M.U., Lebedeva O.D. Diagnosticheskii programnyi modul ocenki funkcionalnyh rezervov organizma i algoritmov po viyavleniu lic grupp riska rasprostrannnyh zabolevani. *Voprosi kurortologii i lechebnoi fizkulturi*. 2011. no. 6. pp. 35–37.
6. Vorobieva O.V. Depressiya v pojilom vozraste. *Consilium medicum*. 2007. no. 12. pp. 24–28.
7. Dianov O.A., Kovalenko E.A., Nesterenko I.I. Vozrastnie i tendernie osobennosti srokov manifestatsii SD 1 tipa i razvitiye hronicheskikh oslojnenii u detei; *Saharnyi diabet*. 2010, no. 4. pp. 97.
8. Dubinina I.I., Jadnov V.A., Yankin S.K., Solovieva A.V. Simptomi depressii i trevogi u bolnyh saharnym diabetom 2 tipa i cerebrovaskulyarnoi bolezni. *Saharnyi diabet*. 2012, no. 4. pp. 59–62.
9. Demcheva N.K. Novye podhodi k ocenke pokazatelei kachestva jizni i socialnogo funkcionirovaniya psihicheskikh bolnyh i vozmozhnosti ih primeneniya v epidemiologicheskikh issledovaniyah. *Rossiiskii psihiatricheskii jurnal*. 2006. no. 5. pp. 30–38.
10. Saharnyi diabet vtorigo tipa: reabilitatsiya v sanatornykh usloviyah: uchebno-metodicheskoe posobie. Pod redakciei Levina U.M.- Ijevsk – GOU VPO «IGML MZ i SR RF». 2011. 200 p.
11. Kurnikova I.A. Optimizatsiya sistemnogo podhoda v reabilitatsii bolnyh saharnym diabetom s vysokoi komorbidnostiu. *Mejdunarodnyi endokrinologicheskii jurnal (IEL – international journal of endocrinology)*. 2010. no. 3 (27). pp. 62–70.
12. Kurnikova I.A., Chernyshova T.E., Trusov V.V., Styakina S.N., Zykina S.A. Effektivnost reabilitatsii bolnyh saharnym diabetom na etape vosstanovitel'nogo lecheniya. *Medicinskii almanah*. 2010. no. 2 (11). pp. 79–83.

13. Melnichenko G.A., Udovichenko O.V., Shvedova A.E. *Tipichnye oshibki prakticheskogo vracha*. Moskva, 2012
14. Motovilin O.G., Shishkova U.A., Divisenko S.I. i dr. *Psihologicheskie efekty dostizheniya kompensacii saharnogo diabeta 1 tipa u pacientov mladogo vozrasta*. *Saharnyi diabet*. 2010, no. 1. pp. 66–76.
15. Ponomarenko G.N. *Kachestvo jizni kak predmet nauchnyh issledovanii v fizioterapii. Voprosi kurortologii i lechebnoi fizkulturi*. 2004, no. 4. pp. 38–41.
16. Prilipko N.S., Bolshakova T.M. *Izuchenie potrebnosti v medicinskoj pomoshi na etapah vosstanovitel'nogo lecheniya i medicinskoj reabilitacii naibolee rasprostranennyh zabolevanii sredi vzroslogo naseleniya*. *Vestnik vosstanovitel'noi mediciny*. 2010, no. 1. pp. 5–7.
17. Sergeev V.N., Mihailov V.I., Shestopalov A.E. *Somaticheskii aspekt ojireniya i metabolicheskogo sindroma u podrostkov: principy i metody nemedikamentoznoj korrekcii*. *Vestnik nevrologii, psixiatrii i neirohirurgii*. 2012, no. 3. pp. 39–49.
18. Sichinava N.V., Gorbunov F.E., Srlelnikov A.V., Konchugova T.V. *Korrekcija kognitivnyh i psihologicheskikh narushenii u bolnyh s vertebrogennym bolevym sindromom. Voprosi kurortologii i lechebnoi fizkulturi*. 2012, no. 4. pp. 3–7.
19. Starostina E.G. *Biomedicinskie i psihomocianalnye aspekty saharnogo diabeta i ojireniya: vzaimodejstvie vracha i pacienta i puti ego optimizacii: Avtoreferat. Diss...d-ra med. nauk.*, 2003.
20. Starostina E.G., Moshnyaga E.N., Bobrov A.E. *Efektivnost i bezopasnost medikamentoznoj terapii hronicheskikh trevojnyh rastroistv u bolnyh saharnym diabetom*. *Saharnyi diabet*. 2010, no. 3. pp. 52–55.
21. Surkova E.V. *Klinicheskie, psihologicheskie i psihopatologicheskie aspekty saharnogo diabeta: Diss ... d-ra med. nauk. M.*, 2006.
22. Ulanova N.N. *Sistemnyi psihologicheskii podhod v reabilitacii bolnyh saharnym diabetom. Agrokurort*. 2009, no. 2 (33). pp. 41.
23. Balady G.J., Williams M.A., Ades P.A., Bittner V., Comoss P., Foody J.M., Franklin B., Sanderson B., Southard D. *Core components of cardiac rehabilitation/secondary prevention programs*. *Circulation*, 115: 2675–2682.
24. Cushing H. 1913. *Psychic disturbances associated with disorders of the ductless glands*. *Am. J. Insanity*, 69: 965–990.
25. Erkinjuntti T. *Vascular cognitive impairment*. T. Erkinjuntti, K. Rockwood. *Psychogeriatrics*, 2001, Vol. 1. pp. 27–38.
26. Fava G.A., Tomba E., Sonino N. 2012. *Clinimetrics: the science of clinical measurements*. *Int. J. Clin. Pract.*, 66: 11–15.
27. Frisoni G.B. *Mild cognitive impairment with subcortical vascular features. Clinical characteristics and outcome* / G.B. Frisoni, pp. Galluzzi, L. Bresciani. *J. Neurol.*, 2002, Vol. 249, pp. 1423–1432.
28. Giustina A., Chanson P., Bronstein M.D., Klibanski A., Lamberts S., Casanueva F.F., Trainer P., Ghigo E., Ho K., Melmed pp. 2010. *A consensus on criteria for cure of acromegaly*. *J. Clin. Endocrinol Metab.*, 95: 3141–3148.
29. Gregg E.W. *Cognitive and physical disabilities and aging-related complications of diabetes*. E. W. Gregg, A. Brown. *Clin. Diabetes.*, 2003, Vol. 21, pp. 113–118.
30. Heaton K. *Body-conscious Shakespeare: sensory disturbances in troubled characters* / K. Heaton. *Med Humanit*, 2011. no. 37, pp. 97–102.
31. Jelic V. *Clinical trials in mild cognitive impairment: lessons for the future*. Jelic V., Kivipelto M., Winblad B. *J. Neurology, Neurosurgery, Psychiatry*, 2006, Vol. 77, no. 7, pp. 892.
32. Knopman D.S. *Current treatment of mild cognitive impairment and Alzheimer's disease*. *Curr Neurol Neurosci Rep*, 2006, Vol. 6, no. 5, pp. 365–371.
33. Kurshner H.S. *Mild cognitive impairment: to treat or not to treat?* *Curr Neurol Neurosci Rep*, 2005, Vol. 5, no. 6, pp. 455–457.
34. Logroscino G. *Type 2 diabetes and cognitive decline: a prospective study* / G. Logroscino, J.H. Kang, F. Grodstein. *BMJ*, 2004, Vol. 328, pp. 548.
35. Pedersen T.R. *Incremental Decrease in End Points Through Aggressive Lipid Lowering (IDEAL) Study Group. High-dose atorvastatin vs usual-dose simvastatin for secondary prevention after myocardial infarction: the IDEAL study: a randomized controlled trial*. T.R. Pedersen, O. Faergeman, J.J. Kastelein, *JAMA*, 2005, Vol. 294, pp. 2437–45.
36. Petersen R.S. *Consensus on mild cognitive impairment*. R.S. Petersen, J. Touchon. *Research and practice in AD. EADS-ADCS joint meeting*, 2005, Vol. 10, pp. 24–32.
37. Katon W.J., Lin E.H., Von Korff M., Ciechanowski P., Ludman E.J., Young B., Peterson D., Rutter C.M., McGregor M., McCulloch D. 2010. *Collaborative care for patients with depression and chronic illness*. *N. Engl. J. Med.*, 363: 2611–2620.
38. Sonino N., Tomba E., Fava G.A. 2007. *Psychosocial approach to Endocrine disease*. *Adv. Psychosom Med.*, 28: 21–33.
39. Sonino N., Fava G.A. 2007. *Rehabilitation in endocrine patients: a novel psychosomatic approach*. *Psychother Psychosom*, 76: 319–324.
40. Sonino N., Peruzzi P. 2009. *Apsychoendocrinology service*. *Psychother Psychosom*, 78: 346–351.
41. Sonino N., Fallo F., Fava G.A. 2010. *Psychosomatic aspects of Cushing's syndrome*. *Rev. Endocr. Metab. Disord.*, 11: 95–104.
42. Sonino and Fava. *Recovery in Endocrine Disease*. *J. Clin. Endocrinol Metab.*, August 2012, 97(8): 0000–0000.
43. Tiemensma J., Kaptein A.A., Pereira A.M., Smit J.W., Romijn J.A., Biermasz. 2011. *Coping strategies in patients after treatment for Functioning or nonfunctioning pituitary adenomas*. *J. Clin. Endocrinol.*

Рецензенты:

Кончугова Т.В., д.м.н., профессор, руководитель отдела физиотерапии и физиопротекции, ФГБУ «РНЦ МРиК» Министерства здравоохранения РФ, г. Москва;

Бадалов Н.Г., д.м.н., руководитель отдела медицинской курортологии и бальнеотерапии, ФГБУ «РНЦ МРиК» Министерства здравоохранения РФ, г. Москва.

Работа поступила в редакцию 10.12.2014.