**УДК 43:053 (616)**

**Асимова Т.А., Жексембина А.Е., Фатеева А.А., Кузьмина З.В., Сташин Д.Т.**

Казахстанско-Российский медицинский Университет

(Алматы, Казахстан)

**ПСИХИЧЕСКИЙ СТАТУС У БОЛЬНЫХ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ (ПОЛНЫМ И НЕПОЛНЫМ), А ТАКЖЕ В СОЧЕТАНИИ С ПАТОЛОГИЕЙ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ (ГИПОТИРЕОЗ).**

*В этой статье освещена проблема психического статуса больных с сочетанным течением метаболического синдрома и гипотиреоза, предложены механизмы выявления психических нарушений у таких больных.*

*Ключевые слова: метаболический синдром, психические расстройства, депрессия, неврозы.*

Проблемы психического здоровья у соматических больных вызывают все большую озабоченность в мире. Глобальные эпидемиологические исследования, проводимые Всемирной организацией здравоохранения, и исследования в отдельных странах показывают, что нервно-психические расстройства в течение жизни переносит значительная часть населения, причем в большинстве случаев они остаются недиагностированными и нелечеными [1]. Так, по данным ВОЗ, несвоевременное начало лечения шизофрении и других неафффективных психозов наблюдается у 32,2 % больных, депрессии – у 56,3, дистимии – у 56,0, биполярного расстройства – у 50,2, панического расстройства – у 55,9, генерализованного тревожного расстройства – у 57,5 и обсессивно-компульсивного расстройства – у 57,3 % больных[2]. Но основными в психологическом статусе хронических соматических больных остаются депрессии, неврозы, неврастении.

**Цель проекта:**

Целью настоящей работы является определение психологического статуса больных метаболическим синдромом (полным и неполным), так и в сочетании с гипотиреозом.

**Материалы и методы:**

В основную группу включены пациенты (30 человек) с гипотиреозом и с полным и неполным метаболическим синдромом.

В группу сравнения включены пациенты (30 человек) с полным и неполным метаболическим синдромом без диагностированных у них заболеваний щитовидной железы.

**Методы исследования:**

**Клинико-функциональные методы исследования:**

-Общеклинические методы: анализ жалоб больных, анамнез заболевания и жизни, данные объективного обследования всех систем.

-Психологическое тестирование

* Интегративный тест тревожности;
* Уровень невротизации и психопатизации;
* Шкала Цунга;
* Шкала Бека.

-Инструментальные методы: ЭКГ, УЗИ щитовидной железы.

Лабораторные методы исследования:

* -развернутый клинический анализ крови;
* - Биохимический анализ крови включает определение липидного спектра, уровня глюкозы натощак.
* Для определения инсулинорезистентности использовался индекс НОМА, который рассчитывается по формуле:
* Индекс НОМА = (Инсулин натощак (мкЕД/мл) X глюкоза натощак (ммоль/л)) /22,5.
* Уровень индекса НОМА>2,77 расценивается как показатель инсулинорезистентности.
* С целью выявления маркеров воспаления в сыворотке крови определяется показатель - количественные параметры СРБ в мг/л.

**Специальные методы исследования:**

Иммунологические методы.

Исследование гормонального статуса: В плазме крови определяется уровень гормонов щитовидной железы: свободный Т3, свободный Т4, ТТГ, а также выявляются антитела к тиреапероксидазе и антитела к рецепторам ТТГ, методом иммуноферментного анализа.

Исследование иммунитета: В плазме крови определяется уровень TNF-a и растворимого рецептора к TNF- a (sTNF-a RI) методом иммуно- ферментного анализа.

Пациенты были отобраны, в соответствии с критериями включения и исключения, разделены на 2 группы по 30 человек в каждой:

1. Основная группа- коморбидное течение метаболического синдрома и гипотиреоза. Причем, около 46,7% это сочетанное течение аутоиммунного тиреоидита и метаболического синдрома, 36,6%-послеоперационный гипотиреоз и метаболический синдром, 16,6%- аутоиммунный тиреоидит в сочетании с узловым зоб и метаболический синдром.
2. Группа сравнения- пациенты с полным и неполным метаболическим синдромом без диагностированных у них заболеваний щитовидной железы.

 Результаты психологического тестирования пациентов:

Основная группа- коморбидное течение метаболического синдрома и гипотиреоза:

Больные ответили на специальные опросники, которые отражают их психический статус. Были использован следующие опросники:

* Интегративный тест тревожности;
* Уровень невротизации и психопатизации;
* Шкала Цунга;
* Шкала Бека.

В основной группе (30 больных) у 100% пациентов обнаружились те или иные психологические нарушения.

Согласно критериям МКБ-10 доминировали больные со смешанным тревожно-депрессивным расстройством (F41.2) – 40% и генерализованным тревожным расстройством (F41.1) – 36,0%. Несколько реже отмечены смешанная тревожная и депрессивная реакция (F43.22) – 12,7% и другие реакции на тяжелый стресс (F43.8) – 11,3%. Преобладали лица с длительностью тревожных расстройств от 6 месяцев до 2-х лет (55,6%), у 34,5% – не превышала 6 месяцев, у 9,9% – была более 2-х лет. С наибольшей частотой регистрировались следующие жалобы (таблица 1).

Таблица 1

**Частота встречаемости аффективных симптомов у больных основной группы(n=30) и группы сравнения(n=30) с тревожными расстройствами**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Ранговый номер | Симптомы тревоги | (%) |
| 1 | Быстрая утомляемость | 92 |
| 2 | Трудности засыпания и нарушения ночного сна | 88,3 |
| 3 | Раздражительность, нетерпеливость | 87,4 |
| 4 | Потливость | 82,5 |
| 5 | Неприятные ощущения и боли в груди | 80,6 |
| 6 | Головные боли с чувством напряжения | 79,6 |
| 7 | Тревожное настроение с чувством внутреннего волнения, беспокойства | 79,6 |

**Интегративный тест тревожности:**

Полученные результаты в основной группе (n=30) представлены в таблице 2:

Таблица 2.

|  |  |
| --- | --- |
| Шкалы | Станайны |
|  | **СТ-С** | **СТ-Л** |
| 1. Эмоциональный дискомфорт | 5,1±1,2 | 7,0±1,2 |
| 2. Астенический компонент | 7,2±1,8 | 7,9±1,2 |
| 3. Фобический компонент | 5,8±2,2 | 7,1±1,8 |
| 4. Тревожная оценка перспектив  | 5,8±1,9 | 7,5±1,4 |
| 5. Социальная защита | 5,5±1,7 | 6,2±0,8 |
|  Общий уровень | 6,1±1,4 | 7,5±1,9 |

Из таблицы видно, что здесь преобладает личностная тревожность. Все показатели личностной тревожности достоверно превышают нормативные показатели. Наиболее высокие показатели по шкалам астенический компонент (7,9±1,2 станайна) и тревожная оценка перспективы (7,5±1,9 станайна). Наиболее приближенный к нормативным данным показатель по шкале социальная защита (6,2±0,8 станайна)

Что касается ситуативной тревоги, на момент исследования больные не проявляли тревоги и беспокойства в связи с ситуацией в их актуальном состоянии. Сказанное подтверждается показателем по шкале эмоционального дискомфорта (5,1±1,2 станайна), что указывает на отсутствие самого аффективного компонента ситуативной тревоги. Высокое шкальное значение астенического компонента (7,2±1,8 станайна) указывает на довольно низкий уровень работоспособности, быструю утомляемость.

Полученные результаты в группе сравнения (n=30) представлены в таблице 3:

Таблица 3.

|  |  |
| --- | --- |
| Шкалы | Станайны |
|  | **СТ-С** | **СТ-Л** |
| 1. Эмоциональный дискомфорт | 5,1±1,2 | 6,1±1,2 |
| 2. Астенический компонент | 7,5±1,8 | 7,8±1,2 |
| 3. Фобический компонент | 5,0±2,2 | 7,0±1,8 |
| 4. Тревожная оценка перспектив  | 6,1±1,9 | 6,3±1,4 |
| 5. Социальная защита | 5,5±1,7 | 6,2±0,8 |
|  Общий уровень | 6,3±1,4 | 5,6±1,9 |

 Из таблицы видно, что здесь также преобладает личностная тревожность. Все показатели личностной тревожности достоверно превышают нормативные показатели. Но значения по шкалам более сглажены, чем в основной группе, тревожная оценка перспектив имеет нормальные значения. Но наиболее высокие показатели также остаются в шкале- астенический компонент.

**Уровень невротизации и психопатизации**

 Уровень невротизации отражает как динамические, так и статические (состояния и свойства) особенности личности, т.е. невротизация является вариативной личностной пере­менной [3].

 В клинической картине в основной и в группе сравнения наблюдается психическая дезадаптация. Её проявления выражаются в появлении астеноневротических и психовегетативного синдромов.

В обеих группах встре­чается высокий (100%) уровень невротизации. Причем, преобладает астеноневротический синдром.

**Диаграмма:**

**Сравнительная характеристика астеноневротических и психовегетативного синдромов в основной группе и группе сравнения.**

Из диаграммы видно, что в основной группе процент больных, которые имеют астеновегетативный синдром выше, чем в группе сравнения.

**Шкала Цунга**

«Шкала Цунга» широко используется в клинической практике и помогает определить уровень депрессии [4].

В основной группе (сочетанное течение метаболического синдрома и гипотиреоза) у 100% больных отмечались депрессивные расстройства.

При этом легкая депрессия имело место в 16,7% случаев, умеренная- 76,7%, выраженная- 6,7%.

Тогда как, в контрольной группе (больные, имеющие только метаболический синдром полный или неполный) имелось следующее распределение:

Легкая депрессия-10%;

Умеренная-20%.

Выраженной депрессии не наблюдалось.

**Диаграмма:**

**Сравнительная характеристика показателей шкалы Цунга в основной группе (n=30) и группе сравнения (n=30).**

Из диаграммы видно, что депрессивные расстройства преобладают в основной группе, причем это умеренные депрессивные расстройства.

**Шкала Бека**

Предложена [А. Т. Беком](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%91%D0%B5%D0%BA%2C_%D0%90%D0%B0%D1%80%D0%BE%D0%BD_%D0%A2%D1%91%D0%BC%D0%BA%D0%B8%D0%BD) в 1961 г. и разработана на основе клинических наблюдений авторов, позволивших выявить ограниченный набор наиболее релевантных и значимых симптомов депрессии и наиболее часто предъявляемых пациентами жалоб. После соотнесения этого списка параметров с клиническими описаниями депрессии, содержащимися в соответствующей литературе, был разработан опросник, включающий в себя 21 категорию симптомов и жалоб. Каждая категория состоит из 4-5 утверждений, соответствующих специфическим проявлениям/симптомам депрессии. Эти утверждения ранжированы по мере увеличения удельного вклада симптома в общую степень тяжести депрессии.

Результаты оценки депрессивности в обеих группах исследования представлены в таблицах 4 и 5.

**Оценка степени депрессивности у больных основной группы (n=30).**

Таблица 4.

|  |  |
| --- | --- |
| Выраженность депрессии | % |
| Тяжелая (>30) | 10 |
| Умеренно выраженная (26-30) | 82 |
|  Легкая (20-25) | 8 |
| Начальные симптомы (11-19) | 0 |
| Отсутствие депрессии (<11) | 0 |
| Сумма баллов | 24,9±0,06 |

**Оценка степени депрессивности у больных группы сравнения (n=30).**

Таблица 5.

|  |  |
| --- | --- |
| Выраженность депрессии | % |
| Тяжелая (>30) | 2 |
| Умеренно выраженная (26-30) | 78 |
|  Легкая (20-25) | 20 |
| Начальные симптомы (11-19) | 0 |
| Отсутствие депрессии (<11) | 0 |
| Сумма баллов | 19,9±0,05 |

Как видно из таблиц, у пациентов обеих групп сравнения имеется разной степени выраженности депрессия. Причем, по результатам опросника по шкале Бека, в основной группе депрессивные расстройства более выражены, чем в сравнительной.

**Выводы:**

1. Выявлено, что распространенность метаболического синдрома у больных с гипотиреозом составляет около 30%.
2. Тревожные расстройства у больных как с метаболическим синдромом, так в сочетании с гипотиреозом отличаются высокой распространенностью (74,1%), с преобладанием тяжелых вариантов тревожных состояний.
3. Во всех группах выявлено значительное повышение астенического компонента в структуре как личностной, так и ситуационной тревожности, в то время, как общие показатели оставались сниженными или нормальными. Причем наибольшая тревожность наблюдалась у больных с сочетанным течением метаболического синдрома и гипотиреоза. Это говорит о значительном снижении качества жизни таких больных в сравнении с пациентами, которые имеют только метаболический синдром.
4. В обеих группах встре­чается высокий (100%) уровень невротизации. Причем, преобладает астеноневротический синдром. В основной группе нарушения более выраженные.
5. Качество жизни больных с сочетанным течением метаболического синдрома и гипотиреоза ниже по сравнению с пациентами, имеющими только полный или неполный метаболический синдром, что сделано на основании анализа шкал по оценке депрессивных расстройств.
6. Выделение психопатологических вариантов тревожных расстройств у больных как с метаболическим синдромом, так в сочетании с гипотиреозом даёт возможность определить персонифицированные подходы к фармакотерапии этих состояний, что позволяет адекватно купировать психопатологическую симптоматику, улучшить клиническое течение заболеваний и качество жизни этих больных.

Использованная литература:

1. «Депрессия у соматических больных»/А.В. Ушакова- Психиатрия- Москва, 2006. – С.21;
2. «Лечение депрессии у пациентов с диабетом»/ У.Катон, М.Мэй, Н.Сарториус- Депрессия и диабет-Уали, 2010.;
3. «Оценка уровня тревоги у больных сахарным диабетом 2 типа»/соавт. Ю.В. Ковалев- Вып.2: Материалы 2 Всероссийской научно-практической конференции «Человек и мир:социальные миры изменяющейся России»-Ижевск, 2008.-С.369-370;
4. «A self-rating depression scale» - Archives of General Psyhiatry,1998.