

ботических факторов, связанное с наличием компонентов метаболического синдрома и инсулинорезистентности. Получены данные об ассоциации антропометрических показателей,

инсулинорезистентности и содержания провоспалительных факторов с нарушениями репродуктивной функции у женщин с ожирением и МС.

ОСОБЕННОСТИ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО СТАТУСА БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА

**Цветкова И. Г.,
Белякова Н. А.,
Чичановская Л. В.,
Михайлова Д. Г.**

ГОУ ВПО «Тверская государственная медицинская академия» Минздравсоцразвития России

Одними из актуальных аспектов изучения сахарного диабета являются психосоциальные (Дедов И. И., 2006).

Цель исследования – изучить психологический статус женщин, больных сахарным диабетом (СД) 2 типа и его взаимосвязь с клинико-метаболическими особенностями заболевания.

Обследовано 104 больных с СД 2 типа (средний возраст – $54,0 \pm 0,59$ года, давность СД – $9,7 \pm 0,65$ года), проходивших лечение в эндокринологическом отделении ОКБ г. Твери. Помимо общеклинического обследования и лабораторных анализов проводилась диагностика выраженности полинейропатии с использованием шкал неврологических симптомов (NSS), нейропатического дисфункционального счета (NDS), электронейромиографии с определением максимальной амплитуды М-ответа и скорости проведения импульса (СПИ) по дистальным сенсорным волокнам нервов нижних конечностей. Суточное мониторирование ЭКГ и АД осуществлялось в течение 24 часов портативным комплексом «Кардиотехника-4000АД». Психологический статус изучался с помощью шкалы депрессии Бэка и посредством методики Шпильбергера – Ханина. Определялась ситуационная (PX-1) и личностная (PX-2) тревожность. Статистическую обработку материала проводили на персональном компьютере с использованием пакета анализа данных «Excel».

У 61% больных СД 2 типа течение заболевания было среднетяжелым, у 41% – тяжелым, у 74% имела место декомпенсация (гликемия натощак – $8,4 \pm 0,24$ ммоль/л). Диабетическая периферическая полинейропатия выявлена у 93% больных (тяжелая по NSS – в 53% случаев, выраженная по NDS – в 41,5%), кардиоваскулярная форма автономной нейропатии (КАН) установлена у 67%,

ожирение (ИМТ > 30 кг/м²) – у 74%, АГ – у 70% пациентов. Исследование психологического статуса показало большую распространенность депрессии (85%) и тревожности (100%) среди обследованных. Преобладала умеренная депрессия (63%), только в 17% случаев она была критической и в 5% – явной. Низкая тревожность (ситуационная и личностная) диагностирована у 25 и 5% пациентов соответственно, умеренная – у 63 и 26%, высокая – у 12 и 69%. Личностная и ситуационная тревожности сопровождали депрессию в 100 и 86% случаев соответственно. Выраженность тревожности как по PX-1, так и по PX-2 была взаимосвязана со степенью депрессии. При критической и явной депрессии уровень PX-1 составил $38,5 \pm 1,95$ против $34,5 \pm 0,89$ балла в группе пациентов с умеренной депрессией или без нее ($p < 0,05$). Уровень PX-2 также оказался выше при тяжелой депрессии ($51,1 \pm 1,41$ против $45,1 \pm 1,04$ балла в группе сравнения; $p < 0,05$).

Отмечена взаимосвязь психологического статуса пациентов с клинико-anamnestическими и лабораторными данными. Длительность сахарного диабета и АГ более 10 лет ассоциировалась с большими значениями по шкалам PX-2 и депрессии. Так, уровень PX-2 в группе пациентов с СД длительностью более 10 лет был $48,0 \pm 0,94$ балла, а менее 10 лет – $45,5 \pm 1,10$ балла ($p < 0,05$). Результат по шкале Бэка составил соответственно $16,4 \pm 0,95$ и $14,4 \pm 0,74$ балла ($p < 0,05$). При стаже АГ более 10 лет PX-2 была $48,0 \pm 1,02$ балла, а менее 10 лет – $44,7 \pm 1,10$ балла ($p < 0,05$). У пациентов с ожирением оценка по шкале Бэка соответствовала $15,7 \pm 0,68$ балла, а при меньшем значении ИМТ – $13,8 \pm 0,50$ балла ($p < 0,05$). У больных с гликемией натощак ниже $7,5$ ммоль/л выявлены достоверно более высокие уровни PX-1 ($36,8 \pm 0,76$ против $34,3 \pm 0,54$ при гликемии $< 7,5$ мм/л; $p < 0,05$), PX-2 ($46,7 \pm 0,51$ и $45,3 \pm 0,33$

балла соответственно; $p < 0,05$) и депрессии ($17,7 \pm 0,44$ и $13,2 \pm 0,52$ соответственно; $p < 0,05$). Кроме того, отмечена взаимосвязь между психологическим статусом и состоянием периферической нервной системы у больных СД 2 типа. У пациентов с тяжелой нейропатией (по шкале NSS) диагностированы более высокие значения по шкалам РХ-2 и Бэка, чем у больных с умеренной и выраженной нейропатией. Так, РХ-2 составила $48,4 \pm 0,97$ балла в 1-й группе и $45,0 \pm 1,20$ балла во 2-й ($p < 0,05$), а депрессия была оценена $17,3 \pm 0,81$ и $13,7 \pm 0,72$ соответственно ($p < 0,05$).

Аналогичные результаты были получены при анализе нейропатии по шкале NDS. Выраженная нейропатия сопровождалась более высокими значениями тревожности и депрессии, чем умеренная или отсутствие нейропатии. Уровень РХ-1 в 1-й группе составил $36,7 \pm 0,72$ против $34,4 \pm 0,56$ балла во 2-й ($p < 0,05$); РХ-2 – $47,1 \pm 0,77$ и $45,1 \pm 1,1$ балла ($p < 0,05$) и депрессии – $16,1 \pm 0,78$ и $14,2 \pm 0,54$ балла соответственно ($p < 0,05$).

Результаты ЭНМГ (уменьшение максимальной амплитуды М-ответа и СПИ, свидетельствующие о поражении периферической нервной системы) согласовывались с данными шкал NSS и NDS. При сниженных значениях максимальной амплитуды М-ответа уровень тревожности и депрессии был выше, чем при нормальных. Так, РХ-1 составила $37,5 \pm 0,34$ и $36,1 \pm 0,68$ балла соответственно ($p < 0,05$); РХ-2 – $47,3 \pm 0,41$ и $46,0 \pm 0,33$ балла ($p < 0,05$), уровень депрессии – $16,5 \pm 0,91$ и

$13,9 \pm 0,66$ балла соответственно ($p < 0,05$). Анализ взаимосвязи СПИ и психологического статуса показал, что при сниженном значении СПИ уровень по шкалам РХ-1, РХ-2 и Бэка был также выше, чем при нормальной СПИ ($p < 0,05$).

Сниженной variability ритма сердца (ВРС), указывающей на развитие КАН, соответствовали более высокие показатели тревожности и депрессии, чем при нормальной variability. При выявленной КАН уровень ситуационной тревожности составил $40,1 \pm 1,11$ балла, а у пациентов без этого осложнения – $37,3 \pm 1,51$ балла ($p < 0,05$). Показатель РХ-2 составил $53,7 \pm 1,21$ и $50,6 \pm 0,67$ балла соответственно ($p < 0,05$), а депрессии – $17,3 \pm 0,81$ и $15,3 \pm 0,52$ балла ($p < 0,05$). В целом по данным оценки КАН в группе пациентов с явной и критической депрессией ВРС была снижена в 67% случаев, в группе с умеренной депрессией или без нее – в 47% случаев ($\chi^2 = 3,96$; $p < 0,05$).

Таким образом, у женщин, больных СД 2 типа, часто встречаются тревожно-депрессивные состояния. Распространенность их нарастает с увеличением длительности заболевания, его декомпенсации, а также при наличии выраженной диабетической периферической соматической и автономной нейропатий. Надо полагать, что эти психологические изменения, с одной стороны, являются следствием, а с другой – могут быть причиной неэффективного лечения и тяжелого течения СД.