Гуреева И.Л.

Клинико-психологические характеристики пациентов с метаболическим синдромом

Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад.

И.П. Павлова

(Россия, Санкт-Петербург)

doi: 10.18411/lj-10-2019-153

idspr: ljournal-10-2019-153

Аннотация

Данная статья посвящена исследованию клинико-психологических особенностей пациентов с нарушением метаболизма. Метаболический синдром представляет собой сочетание различных метаболических нарушений, которые являются факторами риска раннего развития многих серьезных хронических заболеваний – артериальной гипертензии, сахарного диабета, ожирения, дислипидемии. Нарушение метаболизма часто сопровождается такими эмоциональными нарушениями как тревога и депрессия, что снижает эффективность лечения. Поэтому представляется важным выявлять и проводить своевременную коррекцию вышеуказанных проявлений. Для достижения поставленных задач были использованы методики, направленные на выявление невротических нарушений, уровня комплаентности, на исследование личностных особенностей пациентов с метаболическим синдромом. У большинства пациентов выявлены эмоциональные и вегетативные нарушения. Для них характерны частые нарушения настроения и тенденции к нарушению рекомендаций врачей. Полученные результаты дают возможность разработать комбинированную систему биопсихосоциальных методов лечения и профилактики заболевания с учетом личностных особенностей пациента.

Ключевые слова: Метаболический синдром, тревога, комплаентность, депрессия, вегетативные нарушения.

Abstract

This article is devoted to the study of clinical and psychological characteristics of patients with metabolic disorders. Metabolic syndrome is a combination of various metabolic disorders that are risk factors for the early development of many serious chronic diseases – arterial hypertension, diabetes, obesity, dyslipidemia. Metabolic disorders are often accompanied by emotional disorders such as anxiety and depression, which reduces the effectiveness of treatment. Therefore, it is important to identify and carry out timely correction of the above-mentioned manifestations. To achieve the set tasks were used the methodology aimed at identifying the neurotic disorders, the level of compliance on the study of the personality characteristics of patients with metabolic syndrome. Emotional and vegetative disorders were revealed in the majority of patients. They are characterized by frequent mood disorders and a tendency to violate the recommendations of doctors. The obtained results make it possible to develop a combined system of biopsychosocial methods of treatment and prevention of the disease, taking into account the personal characteristics of the patient.

Key words: Metabolic syndrome, anxiety, compliance, depression, autonomic disorders.

Введение

Метаболический синдром представляет собой группу взаимосвязанных факторов риска развития атеросклероза и сердечно-сосудистых заболеваний. Хотя острые сердечно-сосудистые заболевания, такие как инфаркт миокарда и инсульт,

имеют очевидные последствия, отражающиеся на личностных особенностях больных, влияние МС на личностные особенности менее изучено, и не имеет четкого определения [1, с. 10].

В современном мире метаболический синдром становится все более распространенным заболеванием, приобретая характер эпидемии, из-за повышения уровня ожирения среди взрослых. Ожирение как таковое представляет собой сложную, многофакторную болезнь, которая оказывает значительное влияние на риск заболеваемости и смертности, а также на психосоциальное благополучие и качество жизни, поэтому в рамках программы лечения необходима обширная оценка не только соматических, но и психологических показателей пациентов [2, с. 51].

Критерии диагностики метаболического синдрома:

Основной признак - центральный (абдоминальный) тип ожирения – окружность талии (ОТ) более 80 см у женщин и более 94 см у мужчин [8, с. 7].

Дополнительные критерии:

- артериальная гипертензия ($АД \geq 130/85$ мм рт. ст.);
- повышение уровня триглицеридов ($\geq 1,7$ ммоль/л);
- снижение уровня холестерина липопротеидов высокой плотности ($3,0$ ммоль/л);
- гипергликемия натощак (глюкоза в плазме крови натощак $\geq 6,1$ ммоль/л);
- нарушение толерантности к глюкозе (глюкоза в плазме крови через 2 часа после нагрузки глюкозой в пределах $\geq 7,8$ и $\leq 11,1$ ммоль/л) [10, с. 12].

Наличие у пациента центрального ожирения и двух дополнительных критериев является основанием для диагностирования у него метаболического синдрома [5, с. 49].

Весь многогранный комплекс метаболического синдрома формируется при наличии абдоминального ожирения. Больные с таким типом ожирения, как правило, имеют характерологические особенности. У большинства отмечаются явления психозадаптационных состояний, а ведущей причиной в их возникновении является само по себе наличие избыточного веса [1, с. 8].

Существует психологический и поведенческий паттерн, негативно влияющий на снижение массы тела. Стойкая инсулино- и лептинорезистентность определяет эмоциогенный вариант пищевого поведения, зависимость от еды настроения и работоспособности. Отрицание болезни, пренебрежение и «уход» от нее сочетаются и, вероятно, объясняются завышенной эмоциональной оценкой своего состояния. Определение значимых связей инсулинемии, лептинемии, параметров АД с психологическими характеристиками у этих пациентов позволяет предположить гормонально обусловленный характер обнаруженных нарушений [6, с. 120].

Главные цели лечения больных с метаболическим синдромом:

- снижение массы тела;
- достижение хорошего метаболического контроля;
- достижение оптимального уровня АД;
- предупреждение острых и отдаленных сердечно-сосудистых осложнений [7, с. 201].

Краеугольным камнем в лечении метаболического синдрома, включающего в себя ожирение, являются немедикаментозные мероприятия: постепенное изменение образа жизни, восстановление пищевого стереотипа, снижение доминирующей роли пищевой мотивации, ликвидацию неправильных связей между эмоциональным

дискомфортом и приемом пищи. Все они направлены на снижение массы тела, изменение стереотипов питания, отказ от вредных привычек, таких как курение и злоупотребление алкоголем, повышения физической активности, то есть другими словами формирование так называемого здорового образа жизни [3, с. 46].

Исследования в этой сфере являются крайне актуальными на данный момент, поскольку эксперты ВОЗ назвали метаболический синдром пандемией XXI века, и в ближайшие 25 лет прогнозируют увеличение темпов роста метаболического синдрома на 50%.

Цель исследования – исследование клинико-психологических особенностей пациентов с метаболическим синдромом

Задачи исследования:

- Определить уровень комплаентности у пациентов с метаболическим синдромом.
- Исследовать личностные особенности пациентов с метаболическим синдромом.
- Выявить наличие невротических состояний у пациентов с метаболическим синдромом.

Объект исследования - пациенты с метаболическим синдромом.

Предмет исследования - психологические особенности пациентов с метаболическим синдромом.

Данное исследование проводилось на базе психосоматического отделения. Исследуемая группа состояла из 30 пациентов, среди которых 14 мужчин (45%) и 16 женщин (55%) в возрасте от 46 до 75 лет с метаболическим синдромом.

В группу исследуемых больных вошли лица с метаболическим синдромом без сахарного диабета.

Для изучения психологических особенностей использовались следующие методики

1. Фрайбургский многофакторный личностный опросник FPI (модифицированная форма В).
2. Опросник "Самочувствие активность настроение" (САН).
3. Клинический опросник для выявления и оценки невротических состояний (Яхин К.К., Менделевич Д.М.).
4. Методика "Определение состояния фрустрации" (В.В. Бойко).
5. Опросник «Уровень комплаентности» (Р.В.Кадыров).

Результаты исследования

По результатам Фрайбургского многофакторного личностного опросника FPI (модифицированной формы В) среднее значение невротичности $2,43 \pm 0,14$, спонтанной агрессивности $1,79 \pm 0,11$, депрессивности $2,29 \pm 0,16$, раздражительности $2,36 \pm 0,13$, общительности $1,64 \pm 0,13$, уравновешенности $1,79 \pm 0,15$, реактивной агрессивности $2,29 \pm 0,19$, застенчивости $2,43 \pm 0,14$, открытости $1,93 \pm 0,20$, экстраверсии-интроверсии $1,50 \pm 0,14$, эмоциональной лабильности $2,93 \pm 0,07$, маскулинности-феминности $1,93 \pm 0,27$, где 1 – низкая, 2 – средняя, 3 – высокая степень проявления).

У всех пациентов выявлен высокий уровень таких состояний, как невротичность, раздражительность, застенчивость и эмоциональная лабильность.

По результатам опросника "Самочувствие активность настроение" (САН) в большей степени преобладали неблагоприятные показатели самочувствия и настроения.

По результатам клинического опросника для выявления и оценки невротических состояний можно констатировать болезненный характер тревоги и невротической

депрессии у 86% пациентов, истерический типа реагирования у 50% пациентов, обсессивно-фобические нарушения у 71% пациентов, вегетативных нарушений у 95 % пациентов.

По результатам методики "Определение состояния фрустрации" у 58% пациентов устойчивая тенденция к фрустрации. Поскольку метаболические нарушения оказывают негативное влияние на качество жизни, снижают успешность психосоциальной адаптации, то в совокупности формируют хронический стресс.

Также разделив выборку пациентов на две группы (первая со средним уровнем общей комплаентности, вторая – с высоким), было проведено сравнение с помощью критерия Манна-Уитни для выявления значимых различий. U-критерий Манна — Уитни (англ. Mann — Whitney U-test) — статистический критерий, используемый для оценки различий между двумя независимыми выборками по уровню какого-либо признака, измеренного количественно. Уровень значимости $<0,01$ получился у показателей эмоциональная комплаентность, поведенческая комплаентность и тревога.

Заключение

По результатам тестирования у большинства пациентов выявлены следующие невротические состояния: тревога, невротическая депрессия, и обсессивно-фобические нарушения. Вегетативные нарушения выявлены у всех пациентов и носят болезненный характер.

У всех пациентов невротичность, раздражительность, застенчивость и эмоциональная лабильность выражены в средней или высокой степени.

Преобладают неблагоприятные показатели активности и настроения.

Найдены статистически значимые различия в зависимости от уровня общей комплаентности. Особенный интерес представляют тревожные нарушения, поскольку высокий уровень тревоги является значимым и независимым фактором развития и прогрессирования ряда осложнений, развивающихся у пациентов с МС.

Коррекция эмоциональных нарушений и повышение уровня комплаентности у пациентов позволит получить максимально возможные результаты по улучшению их здоровья при минимально необходимом (оптимальном) расходовании ресурсов.

Поэтому диагностика личностных особенностей пациентов с метаболическим синдромом может играть стратегически значимую роль для построения плана лечения и дальнейших поддерживающих уровень здоровья программ.

1. Бокарев И.Н. О метаболическом синдроме // Клинический опыт двадцатки. 2013. № 4 (20). С. 6-12.
2. Завражных Л. А., Смирнова Е. Н. Значение психологических характеристик пациента для эффективного лечения метаболического синдрома. Клиницист. 2011; 4; 49-55
3. Кадыров, Р.В. Опросник «Уровень комплаентности» [Текст] : монография / Р. В. Кадыров, О. Б. Асриян, С. А. Ковальчук. – Владивосток : Мор. гос. ун-т, 2014. – 74 с
4. Конради А.О. Значение приверженности к терапии в лечении кардиологических заболеваний. // Справочник поликлинического врача. - 2007. - №6. – С.8-12.
5. Погжаева А.В. Актуальные вопросы диетической профилактики сосудистых осложнений при сахарном диабете 2 типа. Concilium medicum 2009;1:47-55.
6. Смирнова Е.Н. Влияние психологического профиля на эффективность лечения больных метаболическим синдромом // Практическая медицина. – 2010. – Июнь. - 4 (43). - С. 118-121.
7. Фофанова Т.В., Орлова ЯА., Патрушева И.Ф. и др. Фелодипин в амбулаторной практике: что может влиять на эффективность лечения и приверженность к терапии больных артериальной гипертензией. Русский медицинский журнал ЛИТЕРАТУРА 2009;17(5):392-105.
8. Arrondo Velasco A., Sainz Suberviola M.L., Andrés Esteban E.M. et al. Factors associated with adherence in HIV patients. Farm Hosp 2009; 33 (1): 4-11.