

КЛИНИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА

УДК 616.895.4:616-056.52+616.379-008.64+616.12-008.331.1

Н.С. Алексеева, О.И. Салмина-Хвостова

АФФЕКТИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА У ПАЦИЕНТОВ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

Новокузнецкий государственный институт усовершенствования врачей (Новокузнецк)

Исследование проведено среди 625 пациентов в возрасте от 25 до 70 лет с абдоминальным ожирением (женщин – 51,2 %, мужчин – 48,8 %). Аффективные расстройства (депрессию) выявили у 42,9 % пациентов с различными компонентами метаболического синдрома (МС). Аффективные расстройства способствовали возникновению и дальнейшему прогрессированию компонентов МС, оказывая неблагоприятное влияние на его течение. С увеличением длительности существования компонентов МС депрессивные состояния диагностировались чаще.

Ключевые слова: аффективные расстройства, депрессия, метаболический синдром, абдоминальное ожирение, сахарный диабет 2-го типа

AFFECTIVE DISORDERS IN PATIENTS WITH METABOLIC SYNDROME

N.S. Alekseeva, O.I. Salmina-Khvostova

Novokuznetsk State Institute of Postgraduate Medicine, Novokuznetsk

The research was conducted among 625 patients aged from 25 to 70 years with abdominal obesity (51,2 % women and 48,8 % men). Affective disorders (depressed mood) were revealed in 42,9 % of patients with various metabolic syndrome (MS) components. Affective disorders caused appearance and further advance of MS components, having negative influence on its course. At the increase of duration of existence of separate MS components the depressions were diagnosed more often.

Key words: affective disorders, depression, metabolic syndrome, abdominal obesity, type 2 diabetes mellitus

Аффективные расстройства являются гетерогенными, наиболее распространенными психическими заболеваниями зрелого возраста, сопровождающимися снижением социального функционирования и трудоспособности, преждевременной смертью и возрастающими экономическими затратами. Среди аффективных состояний, выявляемых у пациентов с метаболическим синдромом (МС), наиболее частыми являются депрессии. На протяжении жизни депрессию переносят 7–12 % мужчин и 20–25 % женщины [10]. В настоящее время проблему депрессии следует рассматривать как общемедицинскую. Этому способствует высокая коморбидность депрессии со многими соматическими заболеваниями, в особенности с СД и сердечно-сосудистыми. Пациенты, страдающие депрессивным расстройством, имеют высокий риск смерти от сердечно-сосудистой патологии. Связующим звеном между депрессией, СД и сердечно-сосудистыми заболеваниями является МС [14, 15].

Эпидемиологические исследования свидетельствуют о связи депрессивных и метаболических нарушений [10]. Распространенность МС в общей популяции довольно высока и колеблется от 14 до 24 %, среди лиц с нарушением толерантности к глюкозе она составляет 50 %, а при сахарном диабете (СД) 2-го типа – 80 % [3, 7]. Однако в группе пациентов, страдающих депрессией, проявления МС встречаются

чаще. У людей перенесших хотя бы один эпизод депрессии, распространенность МС составляет 36 % [8, 10]. У пациентов, которые в течение 6 лет страдают депрессией, распространенность увеличивается до 58 % [8]. У пациентов с наличием не менее трех компонентов МС депрессивная симптоматика выявляется в 61,5 % случаев [12].

В общесоматической клинике депрессивная симптоматика чаще всего своевременно не диагностируется и не лечится, так как у больных общетерапевтического профиля, как правило, наблюдаются маскированные депрессии. Классические депрессивные проявления мало выражены, а в ряде случаев не определяются вовсе. В этих ситуациях на первый план зачастую выходит и занимает доминирующее положение соматовегетативная симптоматика. При этом возможности выявления депрессивного расстройства резко минимизируются. Так, при предъявлении психологических жалоб депрессия диагностируется врачами общей практики в 90 % случаев, а при наличии изолированных соматических жалоб – только в 47 %.

Чаще всего «масками» депрессии являются различные нарушения сна (трудности засыпания, ещё чаще – раннее пробуждение или повышенная сонливость), нарушения аппетита (выраженное снижение или повышение), изменения массы тела, повышенная утомляемость и раздражительность,

хронический болевой синдром разной локализации (чаще всего кардиалгии, головные боли, боли в спине), вегетативные расстройства (приступы сердцебиения, одышки, головокружения), различные нарушения в сексуальной сфере, что довольно часто выявляется при МС [5, 6].

В настоящее время широко изучается вероятностная связь отдельных компонентов МС и депрессии, имеются убедительные данные, указывающие на гендерные различия в отношении физиологических и психологических аспектов сердечно-сосудистых заболеваний и МС [1, 9, 11]. У женщин с наличием депрессии выявлен повышенный риск развития двух из пяти основных компонентов развития МС – увеличение окружности талии и увеличение уровня глюкозы, а также имеется тенденция к ассоциации с другими тремя компонентами (низкий уровень липопротеинов высокой плотности, гипертония и увеличение уровня триглицеридов). Таким образом, у женщин имеется коморбидная связь со всеми компонентами МС. У мужчин депрессивная симптоматика была связана только с абдоминальным типом ожирения – одним обязательным компонентом МС [13]. Возможно, из-за того, что МС может быть диагностирован только при наличии не менее трех компонентов, у женщин более четко определяется связь депрессивных нарушений и МС. Аффективные нарушения могут являться ранним признаком, а зачастую и провоцирующим моментом в возникновении и дальнейшем прогрессировании компонентов МС, оказывая неблагоприятное влияние на его течение. Депрессия и вызванная ей гиперактивность гипоталамо-надпочечниковой системы приводят к развитию МС, висцерального ожирения и инсулинорезистентности [14, 15].

В литературе имеются весьма убедительные доказательства негативного влияния аффективных расстройств, в частности депрессии, на комплайнс пациентов с МС. Важную роль при этом играют трудности коммуникации с медперсоналом, снижающие удовлетворенность пациента лечением в целом и отдельными визитами к врачу в частности. В результате такие больные чаще отмечают побочные действия лекарств и в два раза чаще обращаются к врачам, требуют к себе больше внимания и потребляют непропорционально большую долю медицинских ресурсов. В связи с этим некоторым пациентам не удаётся достичь оптимального контроля заболевания [4].

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Изучить влияние аффективных расстройств (депрессии) на компоненты метаболического синдрома и выявить их взаимосвязь.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В исследовании принимали участие 625 пациентов с абдоминальным ожирением (51,2 % женщин и 48,8 % мужчин, возраст – от 25 до 70 лет), находившихся на стационарном лечении в 2011–2012 гг. в терапевтическом отделении МБЛПУ «ГКБ № 5» г. Новокузнецка. Диагностику компонентов МС осуществляли, согласно рекомендациям экспертов

Всероссийского научного общества кардиологов (ВНОК, 2009). Основным критерием МС являлся центральный (абдоминальный) тип ожирения – окружность талии (ОТ) более 80 см у женщин и более 94 см у мужчин. Дополнительными критериями были артериальная гипертония (АД \geq 130/85 мм рт. ст.), повышение уровня триглицеридов (ТГ \geq 1,7 ммоль/л), снижение уровня холестерина липопротеинов высокой плотности (ХС ЛПВП $<$ 1,0 ммоль/л у мужчин, $<$ 1,2 ммоль/л у женщин), повышение уровня холестерина липопротеинов низкой плотности (ХС ЛПНП $>$ 3,0 ммоль/л), гипергликемия натощак (глюкоза в плазме крови натощак \geq 6,1 ммоль/л) и НТГ (7,8 \leq глюкоза в плазме крови через 2 часа после нагрузки глюкозой в пределах \geq 11,1 ммоль/л). Наличие у больного центрального ожирения и двух из дополнительных критериев являлись основанием для диагностирования у него МС. Избыточную массу тела и ожирение выявили на основании индекса массы тела (ИМТ) Кетле (1997). ИМТ – отношение массы тела (в кг) к росту (в м²). Нормальную массу тела диагностировали при ИМТ = 18,5–24,9 кг/м², избыточную массу тела – при ИМТ = 25,0–29,9 кг/м², ожирение 1-й степени – при ИМТ = 30,0–34,9 кг/м², ожирение 2-й степени – при ИМТ = 35,0–39,9 кг/м², ожирение 3-й степени – при ИМТ = 40 кг/м² и более. Для оценки резистентности к инсулину использовали индекс инсулинорезистентности НОМА-IR. Индекс НОМА-IR рассчитывают по формуле: НОМА-IR = глюкоза натощак (ммоль/л) \times инсулин натощак (мкЕд/мл) / 22,5. За оптимальный показатель НОМА-IR принимается значение 1,0. При повышении уровня глюкозы или инсулина натощак индекс НОМА-IR, соответственно, растет. Индекс НОМА-IR не входит в основные диагностические критерии МС, но его используют в качестве дополнительных лабораторных исследований этого профиля. Для самооценки уровня депрессии использовали шкалу Цунга (Zung W.W., 1965). Определение типологии нарушений пищевого поведения проводилось с использованием опросника DEBQ. Биохимическое исследование сыворотки крови (определение концентрации ТГ, уровня ХС ЛПВП, ХС ЛПНП и глюкозы) проводили ферментативными методами на аппарате Konelab-30i. Гормональное исследование (кортизол) определяли методом иммуноферментного анализа в сыворотке крови. Наличие вредных привычек, особенностей образа жизни, двигательной активности и пищевого рациона изучали по специально разработанной авторами анкете. Статистическая обработка результатов осуществлялась с использованием пакета прикладных статистических программ Statistica 6.0 и электронных таблиц Microsoft Excel 2003.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Центральный тип ожирения: объем талии (ОТ) более 94 см выявили у 48,8 % мужчин, ОТ более 80 см – у 51,2 % женщин. Нормальную массу тела диагностировали у 5,6 % пациентов, избыточную массу тела – у 25,3 % пациентов, ожирение 1-й степени – у 31,8 %, ожирение 2-й степени – у 26,6 %, ожирение 3-й степени – у 10,7 %. Артериальную гипертонию

(АД \geq 130/85 мм рт. ст.) зарегистрировали у 77,9 % пациентов. Повышение уровня ХС ЛПНП $>$ 3,0 ммоль/л выявили у 65,9 % пациентов. Повышение уровня ХС ЛПВП $<$ 1,0 ммоль/л диагностировали у 57,4 % мужчин и $<$ 1,2 ммоль/л – у 51,9 % женщин. Повышение уровня ТГ \geq 1,7 ммоль/л диагностировали у 63 % пациентов. Нарушение гликемии натощак выявили у 4 %, НТГ – у 7,2 % и СД 2-го типа – у 41 %.

При выяснении анамнеза компонентов МС было выявлено, что избыточный вес в течение 5 лет наблюдался у 24,2 % пациентов, от 5 до 10 лет – у 43,9 %, более 10 лет – у 31,9 % пациентов. Артериальная гипертония в течение 5 лет была выявлена в 27,1 % случаев, от 5 до 10 лет – в 33,1 % случаев, более 10 лет – в 39,8 % случаев. СД 2-го типа в течение 1 года был выявлен у 5,1 % пациентов, стаж данного заболевания от 1 года до 5 лет наблюдался у 18,4 %, от 5 до 10 лет – у 32,8 %, более 10 лет – у 43,8 % пациентов.

Изучение факторов риска МС выявило несбалансированное питание у 71,8 % пациентов, гиподинамию – у 78,4 %, нарушение пищевого поведения – у 72 %. Рациональный тип пищевого поведения наблюдался у 28 % пациентов, эмоциогенный – у 29,1 %, экстернальный – у 21,8 %, ограничительный – у 11,3 %, смешанный – у 9,8 %.

Депрессивные состояния отмечены у 42,9 % пациентов (33,4 % мужчин и 51,8 % женщин) с различными компонентами МС. Легкие депрессивные состояния были диагностированы у 25,7 % пациентов, средние (умеренные) – у 69,8 %, тяжелые – у 4,5 %. При этом признаки тяжелой депрессии были диагностированы у пациентов, в анамнезе у которых длительность компонентов МС составляла 10 лет и более, наблюдалось сочетание абдоминального типа ожирения и трех и более дополнительных критериев компонентов МС. У данных пациентов чаще наблюдалась декомпенсация углеводного обмена, нестабильность артериального давления и нарушение диетических и медикаментозных рекомендаций. При определении уровня кортизола в сыворотке крови было выявлено, что гиперкортизолемиа наблюдалась у 86,2 % пациентов с депрессивными состояниями. При этом концентрация кортизола у пациентов с тяжелыми и средними депрессивными нарушениями была выше в 1,3–1,6 раза, чем у пациентов с легкими.

При наличии СД 2-го типа депрессивные нарушения выявлялись в 31,9 % случаев. По данным литературы, распространенность депрессий при СД по меньшей мере в 2 раза выше, чем у лиц без СД, и составляет 14,4–41,3 %, причём тяжесть депрессивных проявлений коррелирует со многими симптомами МС [1, 2, 6]. При длительности СД 2-го типа до 5 лет депрессивные состояния встречались у 21,7 % пациентов, при стаже заболевания от 5 до 10 лет – у 32,1 % пациентов, более 10 лет – у 40,2 %. При сочетании депрессивной симптоматики и СД 2-го типа чаще наблюдались нарушения диетических рекомендаций, ухудшения гликемического контроля, развития и прогрессирования диабетических осложнений.

При избыточной массе тела и ожирении депрессивная симптоматика была диагностирована у 40,8 % пациентов. По данным авторов, при депрессиях избы-

точный вес наблюдается в 18–42,4 % случаев [1, 2, 4]. При наличии в анамнезе избыточного веса со стажем до 5 лет депрессивные состояния выявили у 31,5 % пациентов, при стаже заболевания от 5 до 10 лет – у 41,7 %, более 10 лет – у 46,8 % пациентов. Довольно большое количество встречаемости при избыточном весе депрессивных нарушений было выявлено у пациентов, у которых наблюдалось сочетание абдоминального типа отложения подкожно-жировой клетчатки и двух или трех дополнительных критериев компонентов МС. Сочетание абдоминального типа ожирения и двух или трех дополнительных критериев МС было выявлено в 40,8 % и 35,8 % случаев соответственно. Наличие депрессивной симптоматики усугубляло приверженность к рекомендуемой терапии у пациентов с избыточной массой тела и ожирением.

У пациентов с артериальной гипертонией депрессивные нарушения наблюдались у 40,9 % пациентов. При наличии в анамнезе артериальной гипертонии со стажем до 5 лет депрессивные состояния были диагностированы у 29,5 % пациентов, при стаже заболевания от 5 до 10 лет – у 42,2 %, более 10 лет – у 47,4 % пациентов.

При диагностике аффективных нарушений, в частности депрессии, наблюдалось большее увеличение индекса инсулинорезистентности НОМА-IR. При выявлении легкой депрессивной симптоматики индекс инсулинорезистентности НОМА-IR в среднем соответствовал $2,85 \pm 0,35$, при умеренной и тяжелой депрессивной симптоматике – $4,05 \pm 0,55$ и $5,1 \pm 0,25$ соответственно.

При аффективных расстройствах (депрессии) наблюдалась большая частота встречаемости таких факторов риска МС, как несбалансированное питание (58,7 % пациентов), гиподинамия (52,6 %), курение (62,3 %). При сочетании абдоминального типа ожирения и двух дополнительных критериев МС депрессивные состояния выявлялись в 33,6 % случаев. При сочетании абдоминального типа отложения подкожно-жировой клетчатки и трех дополнительных критериев компонентов МС депрессивные нарушения выявлялись в 46,2 % случаев.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В результате проведенного исследования была выявлена связь аффективных расстройств (депрессии) и метаболических нарушений. У пациентов с депрессивными состояниями чаще наблюдалось увеличение частоты встречаемости компонентов и факторов риска МС. Аффективные нарушения способствовали возникновению и дальнейшему прогрессированию компонентов МС, оказывая неблагоприятное влияние на его течение. При увеличении длительности существования отдельных компонентов МС депрессивные состояния диагностировались чаще. Аффективные расстройства (депрессия) при МС негативно влияют на приверженность к назначаемой терапии, тем самым затрудняют понимание пациентом медицинских рекомендаций и снижают готовность следовать им. Профилактические или лечебные мероприятия должны быть направлены на всю совокупность факторов риска МС, включая и аффективные расстройства.

ЛИТЕРАТУРА
REFERENCES

1. Алексеева Н.С., Салмина-Хвостова О.И. Депрессивные нарушения у пациентов с метаболическим синдромом // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2013. – № 3 (78). – С. 28–32.
Alekseeva N.S., Salmina-Khvostova O.I. Depressive disorders in patients with metabolic syndrome // Sibirskij vestnik psichiatrii i narkologii. – 2013. – N 3 (78). – P. 28–32. (in Russian)
2. Анциферов М.Б., Мельникова О.Г., Дробизhev М.Ю., Захарчук Т.А. Сахарный диабет и депрессивные расстройства // Русский медицинский журнал. – 2003. – № 27. – С. 1480–1483.
Antsiferov M.B., Melnikova O.G., Drobizhev M.Yu., Zakharchuk T.A. Diabetes and depressive disorders // Russkij medicinskij zhurnal. – 2003. – N 27. – P. 1480–1483. (in Russian)
3. Консенсус российских экспертов по проблеме метаболического синдрома в РФ: определение, диагностические критерии, первичная профилактика и лечение // Актуальные вопросы болезней сердца и сосудов (Consilium Medicum). – 2010. – № 2. – С. 4–11.
Consensus of the Russian experts on the problem of metabolic syndrome in the Russian Federation: definition, diagnostic criteria, primary prevention and treatment // Aktual'nye voprosy boleznej serdca i sosudov (Consilium Medicum). – 2010. – N 2. – P. 4–11. (in Russian)
4. Салмина-Хвостова О.И. Расстройство пищевого поведения при ожирении (эпидемиологический, клинико-динамический, превентивный, реабилитационный аспекты): Автореф. дис. ... докт. мед. наук. – Томск, 2008. – 42 с.
Salmina-Khvostova O.I. Eating disorder at obesity (epidemiological, clinical dynamic, preventive, rehabilitation aspects): Abstract of medical doctoral thesis. – Tomsk, 2008. – 42 p. (in Russian)
5. Симаненков В.И. Психосоматические аспекты депрессии в общетерапевтической практике // Клиническое питание. – 2005. – № 4. – С. 27–30.
Simanenkov V.I. Psychosomatic aspects of depression in therapeutic practice // Klinicheskoe pitanie. – 2005. – N 4. – P. 27–30. (in Russian)
6. Смулевич А.Б. Депрессии в общей медицине. – М.: Медицинское информационное агентство, 2001. – 256 с.
Smulevitch A.B. Depressions in general medicine. – Moscow: Medicinskoe informacionnoe agentstvo, 2001. – 256 p. (in Russian)
7. Чазова И.Е., Мычка В.Б. Метаболический синдром, сахарный диабет 2 типа и артериальная гипертензия // Сердце: журнал для практикующих врачей. – 2003. – Т. 2, № 3. – С. 102–104.
Chazova I.E., Mychka V.B. Metabolic syndrome, diabetes mellitus type 2 and arterial hypertension // Serdce: zhurnal dlja praktikujushih vrachej. – 2003. – Vol. 2, N 3. – P. 102–104. (in Russian)
8. Heiskanen T.H., Niskanen L.K., Hintikka J.J. et al. Metabolic syndrome and depression: a cross-sectional analysis // J. Clin. Psychiat. – 2006. – Vol. 67. – P. 422–427.
9. Hyde J.S. The gender similarities hypothesis // Am. Psychol. – 2005. – Vol. 60. – P. 581–592.
10. Kinder L.S., Carnethon M.R., Palaniappan L.P. et al. Depression and the metabolic syndrome in young adults: Findings from the Third National Health and Nutrition Examination Survey // Psychosom. Med. – 2004. – Vol. 66. – P. 316–322.
11. Regitz-Zagrosek V., Lehmkuhl E., Weickert M.O. Gender differences in the metabolic syndrome and their role for cardiovascular disease // Clin. Res. Cardiol. – 2006. – Vol. 95. – P. 136–47.
12. Skilton M.R., Moulin P. et al. Associations between anxiety, depression, and the metabolic syndrome // Biol. Psychiat. – 2007. – Vol. 62. – P. 1251–1257.
13. Toker S., Shirom A., Melamed S. Depression and the metabolic syndrome: gender-dependent associations // Depression Anxiety. – 2007. – Vol. 25, N 8 – P. 661–669.
14. Vogelzangs N., Suthers K., Ferrucci L. et al. Hypercortisolemic depression is associated with the metabolic syndrome in late-life // Psychoneuroendocrinology. – 2007. – Vol. 32, N 2 – P. 151–159.
15. Weber-Hamann B., Werner M., Hentschel F. et al. Metabolic changes in elderly patients with major depression: evidence for increased accumulation of visceral fat at follow-up // Psychoneuroendocrinology. – 2006. – Vol. 31. – P. 347–354.

Сведения об авторах

Алексеева Наталья Сергеевна – кандидат медицинских наук, доцент кафедры общей гигиены и эпидемиологии Новокузнецкого государственного института усовершенствования врачей (654005, г. Новокузнецк, пр. Строителей, 5; тел.: 8 (3843) 45-13-44, факс: 8 (3843) 45-42-19; e-mail: natali-sim82@mail.ru)

Салмина-Хвостова Ольга Ивановна – доктор медицинских наук, профессор, заведующая кафедрой психиатрии, психотерапии и наркологии Новокузнецкого государственного института усовершенствования врачей (тел.: 8 (3843) 45-56-01; e-mail: Olga997006@rambler.ru)

Information about the authors

Alekseeva Natalia Sergeevna – Candidate of Medical Sciences, Assistant Professor of the Department of Common Hygiene and Epidemiology of Novokuznetsk State Institute of Postgraduate Medicine (Stroiteley av., 5, Novokuznetsk, 654005; tel.: +7 (3843) 45-13-44, fax: +7 (3843) 45-42-19; e-mail: natali-sim82@mail.ru)

Salmina-Khvostova Olga Ivanovna – Doctor of Medical Sciences, Professor, Head of the Department of Psychiatry, Psychotherapy and Narcology of Novokuznetsk State Institute of Postgraduate Medicine (tel.: +7 (3843) 45-56-01; e-mail: Olga997006@rambler.ru)