

6. Марилов В.В. Переход функционального расстройства в органический психосоматоз. //Журнал неврологии и психиатрии.-2006.-№1. –С.21-23
7. Смулевич А.Б.. Депрессии при соматических и психических заболеваниях.- М.: «МИА»,2003.- 256 с.
8. Рациональная фармакотерапия заболеваний органов пищеварения. /под ред. В.Т. Ивашкина.- М.:Изд-во «Литтерра»,2003.- 1045с.
9. Циммерман Я.С. Принципы построения рабочей классификации хронического панкреатита // Клиническая медицина- 1995.-№1.-С.61-64.

УДК 616.379-008.64:616.89-008.19]-08:615.214.216.8

© Г.Р. Зарипова, В.Л. Юлдашев, Ф.С. Зарудий, А.И. Исмаилова, Л.Н. Хусаинова, 2009

Г.Р. Зарипова, В.Л. Юлдашев, Ф.С. Зарудий, А.И. Исмаилова, Л.Н. Хусаинова
ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ФЛУВОКСАМИНА ДЛЯ КОРРЕКЦИИ ПСИХОСОМАТИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ II ТИПА
 ГОУ ВПО «Башкирский государственный медицинский университет Росздрава»

Изучали структуру психосоматических расстройств у больных сахарным диабетом (СД) 2 типа, их взаимосвязь с клиническими особенностями течения СД 2 типа и личностными характеристиками больных и возможности их коррекции. На основании полученных данных были выделены две группы больных и проведена попытка коррекции психосоматических расстройств с помощью препаратов из группы антидепрессантов (селективный ингибитор обратного захвата серотонина флувоксамин). Полученные по окончании исследования результаты показали, что добавление в стандартную схему терапии пациентов с СД препаратов из группы антидепрессантов позволяет значительно улучшить клинические показатели течения заболевания.

Ключевые слова: сахарный диабет, психосоматические расстройства, флувоксамин.

G.R. Zaripova, V.L. Yuldashev, S F. Zarudij, A.I. Ismagilova, L.N. Khusainova
THE EXPERIENCE OF INCLUSION FLUVOXAMINE AS A WAY OF CORRECTION OF PSYCHOSOMATICAL DISORDERS IN PATIENTS WITH DIABETES MELLITUS TYPE 2

We studied the structure of frontier psychosomatal disorders in patients with diabetes mellitus type 2, their influence on clinical course of the disease, and their individual characteristics on patients and the ways of it correction

On the base of the received results 2 groups of patients were identified, and we tried out to treat them with antidepressants (the group of selective serotonin reverse inhibitors fluvoxamine). Received results have shown that inclusion of the antidepressants makes more clinical benefit to patients with diabetes mellitus.

Key words: diabetes mellitus, psychosomatal disorders, fluvoxamine.

Проблеме пациентов, страдающих сахарным диабетом (СД) II типа, посвящено большое количество работ. Наименее изученными при этом остаются вопросы оценки личностного профиля и пограничных психических расстройств (ППР), взаимосвязь между нозологическими формами тревожно-депрессивных расстройств и клиническими особенностями течения СД II типа. В литературе появляется все больше данных о сахарном диабете как о заболевании с психосоматическим течением [4,5,13]. Актуальность изучения типов реагирования на заболевание у больных СД, а также влияния стрессовых воздействий на степень компенсации заболевания обусловлена необходимостью уточнения патогенетических механизмов формирования болезни для разработки оптимальных методов лечения. Связь между СД II типа и депрессией, по данным различных авторов, может быть обусловлена генетическими, ме-

таболическими, нейроэндокринными и психологическими факторами [1,9]. Некоторые авторы придерживаются гипотезы «соматизированных депрессий», при которых диабетическая полинейропатия представляет собой симптомы психического расстройства [3]. В этой связи представляется необходимым проведение дальнейших исследований, направленных на уточнение психогенно-соматогенных взаимоотношений у больных СД II типа.

Цели исследования: Изучение структуры ППР у больных СД II типа и взаимосвязей с преморбидными особенностями личности и клиническими особенностями течения заболевания; оценка и сравнение результатов стандартной схемы лечения и комбинированной, с использованием флувоксамина, терапии.

Материал и методы

Обследовано 115 больных с установленным диагнозом СД II типа, находившихся на стационарном лечении в терапевтических отделениях Клиники БГМУ, в возрасте от 37 до 75 лет. Женщины составили 58 человек (50,4%), мужчины - 57 человек (49,6%). Из исследования исключались больные с иными категориями нарушения углеводного обмена, а также с сопутствующими тяжелыми соматическими заболеваниями. Определяли уровень глюкозы крови, гликированного гемоглобина, суточную экскрецию альбумина с мочой, проводилось исследование ЭКГ. При определении стадии диабетической полинейропатии использовали критерии, предложенные P.Dyck и соавт. (1989), и шкалу для оценки жалоб по D. Ziegler (1998). Исследование температурной чувствительности проводили с помощью инструмента Thioterm. Оценка неврологических нарушений включала в себя определение мышечной силы, рефлексов, тактильной чувствительности, болевой (с помощью укола на тыльной поверхности дистальной фаланги большого пальца), вибрационной - с помощью камертона, мышечно-суставного чувства [14,21]. Все больные были консультированы эндокринологом, неврологом, офтальмологом. 84,7% больных получали пероральные сахароснижающие препараты, 15,3% - инсулинотерапию. 21,3% больных прошли курс обучения в школе диабета. Продолжительность заболевания варьировала от 6 месяцев до 19 лет (в среднем 6,4 года). Статистическую обработку полученных данных проводили с использованием Statistica 7.0; оценку достоверности различий - по критерию Стьюдента ($p < 0.05$), корреляционной связи - по критерию Пирсона; использовали факторный анализ.

Оценку психоэмоционального состояния до и после лечения проводили с помощью теста СМОЛ (модифицированный вариант многостороннего исследования личности), опросника ЛОБИ (ленинградский опросник Бехтеревского института), шкал Гамильтона и Спилберга-Ханина. Депрессивные расстройства диагностировали с учетом критериев МКБ X (диагностические критерии депрессивного эпизода, критерии степени тяжести депрессии), диагностику тревожных расстройств осуществляли в соответствии с критериями руководства по диагностике и статистике психических расстройств (DSM-IV). В качестве психотропной терапии применяли препарат из группы селективных ингибиторов захвата серотонин (СИОЗС) флувоксамин в

дозе 150 мг/сут. в течение 2-х месяцев. Особенностью выборки для комбинированной терапии явилось наличие выраженных ППР по результатам анализа вышеперечисленных методов исследования (количество баллов по шкалам Гамильтона и Спилберга-Ханина, депрессивный и тревожный тип реагирования на заболевание согласно опроснику ЛОБИ). По окончании курса терапии пациенты были обследованы повторно.

Результаты и обсуждение

Среди обследованных пациентов было выявлено, что средний возраст манифестации заболевания составил 42 года. Продолжительность заболевания варьировала от 6 месяцев до 19 лет (в среднем 6,4 года). Эпизоды кетоацидотических состояний в анамнезе были документально зарегистрированы у 15 (13%) больных, гипогликемических - у 13 (11,7%) больных. Артериальная гипертензия (АГ) на фоне СД выявлена у 86 (74,8%) больных (из них нефрогенный характер АГ составил 34,8%), ишемическая болезнь сердца (ИБС) - у 49 (42,7%) больных. Микроангиопатия диагностирована у 95 (82,4%), энцефалопатия - у 80 (69,5%), полинейропатия - у 88 (76,4%) больных. В структуре диабетической полинейропатии преобладали 2а и 2б стадии. Отягощенная наследственность по сахарному диабету II типа выявлена у 67% больных. Личностный профиль по данным теста СМОЛ характеризовался преобладанием тревожно-депрессивного (47,2%), ипохондрического (26,4%), сенситивного (10,1%), истерического (9,2%) и паранойяльного (2,1%) типов. Психоэмоциональный статус по шкалам Гамильтона и Спилберга-Ханина характеризовался склонностью к тревожным и фобическим расстройствам. Тревожные расстройства средней тяжести по шкале Гамильтона выявились у 40,5% обследованных, расстройства тяжелой степени регистрировались у 17,2% ($p < 0,05$). Уровень личностной тревожности по шкале Спилберга-Ханина превышал значительно уровень ситуативной (реактивной) тревожности ($p < 0,001$) (рис.1.).

Более чем у 85 % больных тяжесть течения СД II типа коррелировала с наличием депрессии тяжелой степени, что подтверждает метаболическую и соматопсихическую гипотезы возникновения ППР у данной группы больных ($r = 0,33$) [17,18]. Так, у пациентов с тяжелой степенью заболевания, с неоднократными гипогликемическими состояниями депрессия может являться следствием структурных и функциональных изменений головного мозга. Соматопсихическая гипотеза развития

ППР у пациентов с СД подтверждается более высоким уровнем депрессий у пациентов с длительным анамнезом основного заболевания, при этом необходимо заметить, что инсулинотерапия утрачивает свое депрессогенное влияние по мере увеличения длительности заболевания. Особо следует отметить взаимосвязь между уровнем тревожно-депрессивных расстройств и наличием таких осложнений, как ретинопатия III ст., протеинурия, макроангиопатия и язвенные дефекты стоп ($r=0,34$). Сопутствующая депрессия, в свою очередь, может значительно препятствовать адаптации больных, негативно влияя на приверженность к лечению. По результатам опросника ЛОБИ преобладающим типом реагирования были тревожный и обсессивно-фобический, при этом отмечена достоверная корреляция с длительностью заболевания, наличием осложнений, назначением инсулинотерапии ($r=0,33$) (рис.2).

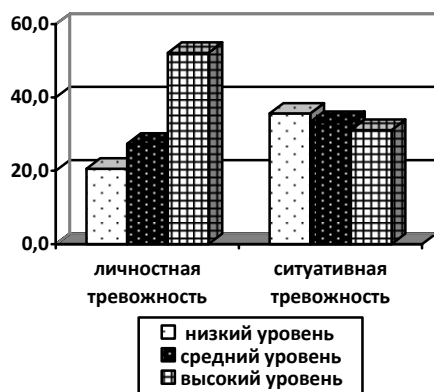


Рис.1. Уровень личностной и реактивной тревожности по шкале Спилберга-Ханина у больных СД II типа.

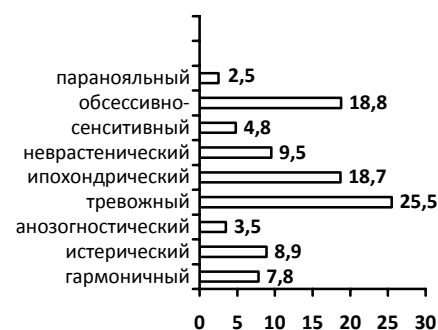


Рис.2. Типы реагирования на заболевание (отношение к болезни) у больных СД II типа (по опроснику ЛОБИ).

Пациенты с тревожным типом реагирования характеризовались более аккуратным соблюдением режима лечебных мероприятий, доверительным отношением к лечащему врачу, более адекватным самоконтролем гликемии. У больных, получавших инсулинотерапию, чаще диагностировался обсессивно-фобический синдром, у прошедших школу диабета - тревожный, у больных с наличием осложнений - депрессивный тип реагирования. У больных с впервые выявленным СД преобладал истерический тип реагирования ($p < 0,05$). Обсессивно-фобический тип реагирования в основном имел место при поздней манифестации заболевания и был наиболее выражен в период присоединения выраженных осложнений и при возникновении инсулинопотребности у больных СД II типа.

Характеристика психоэмоционального статуса больных СД II типа, получавших стандартную терапию и терапию с использованием СИОЗС флувоксамина.

Таблица 1.

Показатели	Группа больных, получавших стандартную терапию (n = 25)	Группа больных, дополнительно получавших СИОЗС флувоксамин (n = 25)	P
Уровень тревожности по шкале Гамильтона:			
• средней тяжести	7 (28%)	4 (16%)	0,02
• тяжелой степени	2 (8%)	-	0,07
Уровень тревожности по шкале Спилберга-Ханина			
Личностная тревожность			
• умеренной степени	8 (32%)	4 (16%)	0,64
• выраженной степени	2 (8%)	-	0,39
Ситуативная тревожность			
• умеренной степени	6 (24%)	4 (16%)	0,05
• выраженной степени	1 (4%)	-	0,05

Таким образом, можно сделать заключение о том, что психологические характеристики у больных СД II типа во многом имеют определяющее значение в плане активности пациента в отношении назначенного лечения. Кроме того, уровень личностной и реактивной тревожности значительно влияет на формирование внутренней картины болезни. Проявление

личностной тревожности у исследуемой группы больных характеризовалось склонностью больного воспринимать свое состояние как угрожающее, реагировать на различные ситуации, связанные с изменениями в своем организме, состоянием повышенной тревоги. Реактивная тревожность сопровождалась напряжением, беспокойством, наруше-

нием внимания, что так или иначе может отражаться на соблюдении врачебных рекомендаций. В опытной группе по окончании комбинированной терапии выявлены достоверное снижение частоты встречаемости тревожно-депрессивных расстройств по результатам тестов Гамильтона почти в два раза (табл.1), а также улучшение основных клинических показателей заболевания (табл. 2).

Таблица 2.
Характеристика осложнений заболевания у больных СД II типа, получавших стандартную терапию и терапию с использованием СИОЗС флувоксамина

Показатели	Группа больных, получавших стандартную терапию (n = 25)	Группа больных, дополнительно получавших СИОЗС флувоксамина (n = 25)	p
Кетоацидотические состояния	5 (20%)	-	0.57
Гипогликемические состояния	7 (28%)	3 (12%)	0.74
Осложнения			
Артериальная гипертензия	16 (64%)	8 (32%)	0.001
Микроангиопатия	20 (80%)	18 (72%)	0.57
Макроальбуминурия	20 (80%)	19 (76%)	0.07
Энцефалопатия	12 (48%)	4 (16%)	0.001
Полинейропатия	14 (56%)	3 (12%)	0.02

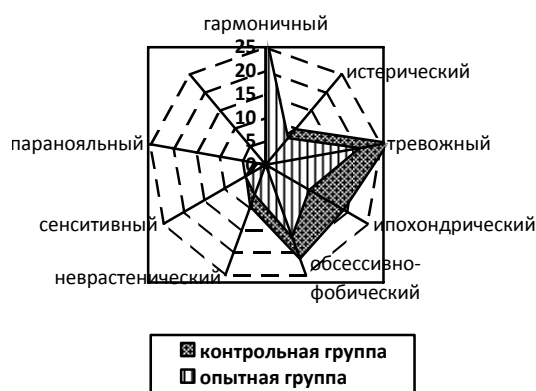


Рис.3. Динамика структуры типов реагирования на заболевание у больных СД II типа, получавших комбинированную терапию с включением флувоксамина (опросник ЛОБИ).

У больных СД II типа, получавших стандартную терапию с включением флувоксамина по окончании двухмесячного курса лечения было выявлено значительное уменьшение соотношения различных типов реагирования в сторону гармоничного типа с уменьшением доли депрессивного (на 45%) и тревожного (на 56%) типов по результатам опросника ЛОБИ ($p < 0.01$) (рис.3).

В результате включения флувоксамина в стандартную терапию больных СД II типа было отмечено существенное снижение уровня глюкозы в плазме крови (с 7,2 до 6,1 ммоль/л). Также наблюдалось снижение потребности в пероральных сахароснижающих препаратах и в инсулинотерапии. Благодаря улучшению психосоматического состояния отмечено значительное повышение приверженности пациентов к лечению, уровня самоконтроля, о чем свидетельствует двукратное увеличение числа пациентов, прошедших обучение в школе диабета (47.8% в опытной группе и 24.4% в контрольной группе пациентов).

Выводы

1. Структура пограничных психических расстройств у больных СД 2 типа находится во взаимосвязи с преморбидными особенностями личности, давностью, клиническим вариантом течения заболевания, возрастом манифестации заболевания, социальной адаптацией, эпизодами гипогликемических и кетоацидотических состояний, наличием инсулинотерапии.

2. Для устранения пограничных психических расстройств и адекватной компенсации заболевания необходимо включение психотропных препаратов в схему стандартной терапии.

3. Препарат из группы селективных ингибиторов обратного захвата серотонина флувоксамина в дозе 150 мг/сут. обладает высокой эффективностью в коррекции психосоматических расстройств у больных СД 2 типа.

Контактная информация

Зарипова Гузель Радмиловна,

клинический ординатор кафедры фармакологии №1 БГМУ, 450000, г.Уфа, ул. Достоевского 100/1-70, 450007, (347) 291-37-77, vgr83@ufanet.ru

Юлдашев Владимир Лабирович,

профессор, д.м.н., зав. Кафедрой психиатрии и наркологии БГМУ, проректор БГМУ, 450000, Респ. Башкортостан, г. Уфа, ул. Ленина 3, тел. раб. (347) 228-02-34, (347) 272-70-04.

Зарудий Феликс Александрович,

профессор д.м.н., заслуженный деятель науки РФ, зав. курсом клинической фармакологии кафедры фармакологии №1 БГМУ, 450000, г.Уфа, ул. Карла Маркса 2а- 26, (347)2504845.

Хусанова Леонора Нурфаизовна,

доцент, к.м.н. зав. терапевтическим отделением клиники БГМУ, 450000, г.Уфа, ул. Шафиева 2, раб. тел. (347) 225-29-57

Исмагилова Альфия Ибрагимовна,

к.м.н. зам.директора по мед. части клиники БГМУ, 450000, г.Уфа, ул. Шафиева 2, раб. тел. (347) 223-11-55

ЛИТЕРАТУРА

1. Антонова К.В. Психические расстройства в клинике эндокринных заболеваний //Русский медицинский журнал. - 2006.-№26.-С.1881.
2. Анциферов М.Б., Дробижев М.Ю.Сахарный диабет и депрессивные расстройства // Русский медицинский журнал. - 2003.-т.11, №27.- С.1480
3. Галстян Г.Р., Дробижев М.Ю. Боль при диабетической полинейропатии – психосоматические аспекты // Проблемы эндокринологии.- 2007.- т.53 №6- С. 43-47
4. Дробижев М.Ю. Отношение к лечению у больных сахарным диабетом. Влияние сопутствующих депрессивных и тревожно-фобических расстройств. // Проблемы эндокринологии. – 2002. – т.48, № 5- С. 37-39
5. Елфимова Е.В. Психические расстройства при сахарном диабете Технология лечебно- диагностического процесса: Дис.....докт.мед.наук.- М., 2005.
6. Марилов В.В. Переход функционального расстройства в органический психосоматоз //Журнал неврологии и психиатрии. – 2006. - №1.- С. 21-23
7. Ромасенко Л.В. Депрессивные расстройства в общей медицине // Терапевтический архив. - 2006.- №10.- С. 5-8
8. Смулевич А.Б. Депрессии при соматических и психических заболеваниях – М.: МИА; 2003.- С. 38-73.
9. Старостина Е.Г. Генерализованное тревожное расстройство и симптомы тревоги в общемедицинской практике // Русский медицинский журнал.- 2004.- т.12, №22.- С.1277-1278.
10. Суркова Е.В., Дробижев М.Ю., Мельникова О.Г. Сахарный диабет и сопутствующие депрессии // Проблемы эндокринологии.- 2003.- т.49, №6- С. 11-16.
11. Филатова Е.Г. Тревога в общесоматической практике // Терапевтический архив. - 2007.-№5.- С.72-78.
12. Фостер Д. Сахарный диабет / Под ред. Э.Фаучи.- М.: Практика; 2002.- С.2491-2526.
13. Целина М.Э. Основные синдромы в клинической картине нервно- психических расстройств при сахарном диабете.// Медико- социальная экспертиза и реабилитация.- 2001.- №3.- С. 16- 18.
14. Dyck P.J., Karnes J., O'Brien P.J. Diabetic Neuropathy.-Phyladelphia.- 1989.
15. Kamaldeep Bhyi, Shuina Hag, Geraldine Strathdee //Psychiatr.Bull.-1998.-Vol.22.-P.77-81.
16. Lloyd C.E., Dyer P.H., Barnett A.H. // Diabet. Med.- 2000.-Vol.17,№3.-P. 198-202.
17. Peyrot M., Rubin R.R. // Diabetes Care.-1997.-Vol.20,N4.-P.585-590
18. Padgett D.K. // J. Nerv. Ment. Dis.-1993.-Vol. 181.-P.123-129.
19. Pouwer F., Snoek F.J.// Diabet. Med. – 2001.- Vol.18,№7.- P.595-598.
20. Van Tilburg M.A., McCaskill C.C., Lane J.D. Depressed mood is a factor in glycemic control in type 1 diabetes.// Psychosom.Med.- 2001 .- Vol 63, №4. – P.551-555.
21. Ziegler D., Weise F., Langen K.J. et al. //Ibid.- 1998.-Vol.41.-P.443-45.

УДК 616.231+616.32]-007.253 -031 -089.86

© М.С. Коржук, С.Н. Хунафин, С.В. Черненко, Е.Ж. Копин, 2009

М.С. Коржук¹, С.Н. Хунафин², С.В. Черненко¹, Е.Ж. Копин¹
**ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ
 С ТРАХЕОПИЩЕВОДНЫМИ СВИЩАМИ**

¹ГОУ ВПО «Омская государственная медицинская академия»,

²ГОУ ВПО «Башкирский государственный медицинский университет Росздрава» г. Уфа

Авторами изучены результаты хирургического лечения 29 пациентов с трахео-пищеводными свищами в возрасте от 15 до 75 лет, которые находились в клинике в 1996-2008 годах (мужчин-14, 48%; женщин-15, 52%).

Разработана новая методика использования в пластике свища мышечного лоскута из грудино-щитовидной мышцы с благоприятным исходом.

Ключевые слова: Трахеопищеводные свищи, хирургическое лечение, мышечная пластика