

МЕХАНИЗМЫ ВЗАИМОСВЯЗИ САХАРНОГО ДИАБЕТА И ПОГРАНИЧНЫХ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ

В общей группе обследованных больных СД 2 типа наблюдался в 5,7% случаев, НТГ - в 9,3%. Частота ПР у пациентов с СД (n=203) представлена в 44,3% случаев невротическими расстройствами, в 38,9% - органическими, в 9,8% - аффективными, в 7% - расстройствами личности. У женщин невротические расстройства выявлялись в 50,4% случаев, органические - в 29,1%, тогда как у мужчин в 34,2% - невротические, в 55,3% - органические. Результаты анализа показали статистически значимые взаимосвязи между СД и ПР в группах женщин ($df=6$; $\chi^2=61,099$; $p=0,001$; $\phi=0,257$) и мужчин ($df=6$; $\chi^2=14,014$; $p=0,029$; $\phi=0,181$).

Невротические расстройства, связанные со стрессом и соматоформные расстройства преимущественно диагностировались у женщин, причем в 59,5% случаев при нарушении толерантности к глюкозе (НТГ), в 32,6% - при СД 2 типа ($p<0,01$). В группе мужчин с СД 2 типа доля невротических расстройств составила 41,2%, а при НТГ - 28,6% ($p<0,05$). У пациентов с НТГ невротические расстройства встречались в 68,9% случаев, с СД 2 типа легкой или средней степени тяжести - в 24,4%, с СД 2 типа средней степени тяжести (компенсируемый препаратами инсулина) - в 6,7% ($p<0,001$). Невротические расстройства, из которых 49,5% случаев составили расстройства адаптации, реакции на тяжелый стресс, были наиболее частыми психопатологическими нарушениями, встречающимися у больных при легком течении СД, или являлись первыми клиническими проявлениями у пациентов с НТГ. Данное наблюдение подтверждает, что впервые установленные случаи НТГ, составившие 46,8% от общего числа больных, были диагностированы преимущественно у пациентов с расстройствами адаптации и реакциями на тяжелый стресс, обусловленными стрессорными факторами.

В структуре ПР у пациентов с СД и НТГ в 39,9% случаев отмечены расстройства депрессивного круга, в том числе расстройства адаптации в виде пролонгированной депрессивной реакции, смешанной тревожной и депрессивной реакции, нозогенных и других реакций на тяжелый стресс в 48 случаях, аффективные расстройства (депрессивный эпизод, дистимия, рекуррентное расстройство) - в 20, органическое аффективное расстройство - в 13; в 30,0% случаев - органическое астеническое расстройство, в 2,5% - другие органические расстройства, в 6,9% - тревожно-фобические расстройства (паническое расстройство, генерализованное тревожное расстройство); в 13,8% - остальные невротические расстройства; в 6,9% - расстройства личности. Текущее психическое состояние пациентов с СД и НТГ характеризовалось ведущей психопатологической симптоматикой, выявляемой на момент обследования: депрессивной - в 36,5% случаев, тревожной - в 16,7%, тревожно-депрессивной - в 10,3%, астенической - в 20,0%. Психопатологические синдромы имели сложную структуру, сочетаясь с ипохондрической, астенической, дисфорической симптоматикой у пациентов с диабетом более тяжелой степени тяжести (СД 2 типа средней степени и компенсируемый инсулином). У больных с НТГ и СД 2 типа психопатологическая симптоматика была дополнена сенестопатическими проявлениями, фобиями ипохондрического содержания (включая нозофобии: канцерофобии, кардиофобии), конверсионными и другими фобическими проявлениями ($\chi^2=29,505$; $p=0,043$).

Двухфакторным дисперсионным анализом (табл.11) установлена связь между уровнем гликемии натощак и текущими психическими расстройствами в

зависимости от наличия/отсутствия СД ($df_1=11$; $F=89,11$; $p=0,0001$) и ($df=3$; $F=4,04$; $p=0,0071$) соответственно.

Таблица 11

Взаимосвязь уровня глюкозы крови и текущего психического расстройства

Психические расстройства, МКБ-10	Показатели гликемии натощак (ммоль/л), $M \pm SD$				
	Общая группа больных $n=1350$	Группа больных без СД $n=1147$	Группа больных СД $n=203$	Сахарный диабет	
				НТГ $n=126$	СД типа 2 $n=77$
Все группы (F3, F06, F4, F60)	5,017±0,90	4,75±0,54	6,53±1,94	5,74±0,54	7,83±3,07
Аффективные расстройства:	5,13±1,85	4,63±0,60	6,94±3,04	5,77±0,52	9,10±4,96
Депрессивный эпизод	5,28±2,06		6,67±3,41	5,72±0,53	9,53±5,95
Рекуррентное аффективное расстройство	5,09±1,42		8,10±2,69	6,20±0,20	10,00±0,00
Дистимия	4,91±1,52		7,98±3,05	5,71±0,49	8,73±2,95
Органические психические расстройства:	5,32±1,52	4,84±0,51	6,80±2,22	5,86±0,45	7,73±3,07
Органическое аффективное	6,24±2,65		8,59±2,94	6,00±0,21	9,43±1,34
Органическое астеническое	5,28±1,46		6,63±2,28	5,86±0,47	7,49±2,24
Невротические расстройства:	4,96±0,96	4,76±0,53	6,36±1,55	5,74±0,58	7,74±2,63
Депрессивные реакции, смешанная тревожная и депрессивная реакция	5,03±1,21		6,69±2,06	5,80±0,49	8,30±3,37
Нозогенные и другие реакции на тяжелый стресс	5,17±1,36		7,17±1,73	5,61±0,81	10,68±2,73
Тревожно-фобические расстройства	4,86±0,73		6,12±1,17	5,63±0,76	6,96±1,59
Соматоформное расстройство	4,87±0,65		5,80±0,55	5,54±0,52	6,27±0,56
Неврастения	4,74±0,62		6,04±0,13	5,98±0,13	6,21±2,14
Расстройства зрелой личности:	4,71±0,62	4,65±0,56	5,57±0,66	5,38±0,56	6,80±0,99
Эмоционально неустойчивое	4,85±0,64		5,60±0,74	5,43±0,81	6,10±0,00
Истерическое расстройство	4,69±0,66		5,50±0,91	5,19±0,58	6,75±1,06
Смешанное расстройство	4,78±0,57		5,65±0,21	5,65±0,21	-
Стойкое изменение личности	4,79±0,59		6,00±0,00	6,00±0,00	-

Примечание. Во всех случаях исследование уровня глюкозы крови проводилось утром натощак на фоне актуальных психопатологических нарушений, определявших текущее психическое расстройство пациентов. В данной таблице приведены результаты по наиболее часто встречающимся психическим расстройствам.

А также обнаружено влияние эффекта взаимодействия психического расстройства и степени тяжести СД на показатели уровня глюкозы крови ($df=6$; $F=3,38$; $p=0,0026$).

Максимальный уровень глюкозы натощак наблюдался у больных СД 2 типа средней степени тяжести, текущее психическое состояние которых квалифицировалось симптомами депрессии. Для расстройств адаптации и аффективных расстройств была характерна неустойчивость уровня глюкозы крови, что проявлялось в колебаниях средних показателей (от 4,63 до 10,68 ммоль/л).

Высокий риск развития диабетических ангиопатий имеет важное значение в патогенезе поздних осложнений СД. Проведен анализ соматической патологии, ассоциированной с СД у пациентов с пограничными ПР. В 79,3% случаев

выявлена взаимосвязь СД и ГБ ($df=3$; $\chi^2=10,305$; $p=0,016$; $\phi=0,253$), у 56 (27,6%) с ИБС, из числа которых в 41 случае проведено исследование спектра липидов крови; в 80,8% - определено ожирение разной степени. Семейный анамнез был отягощен заболеваниями эндокринной системы у 29,5% больных ($df=3$; $\chi^2=11,819$; $p=0,008$; $\chi=0,241$), заболеваниями ССС у 64,5% ($df=3$; $\chi^2=11,039$; $p=0,012$; $\chi=0,233$).

Анализ показателей спектра липидов крови у больных с пограничными ПР и ассоциированными заболеваниями внутренних органов (ИБС, ГБ) в зависимости от наличия/отсутствия СД 2 типа выявил значимые сдвиги в спектре липидов во всех исследуемых группах ($F=3,29$; $p=0,0251$). Наиболее глубокие нарушения метаболизма липидов крови за счет повышения содержания атерогенных и снижения «антиатерогенных» фракций (ТАГ 2,66 ммоль/л; ОХС 7,06 ммоль/л; ХС-ЛПНП 4,75 ммоль/л; ХС-ЛПВП 1,08 ммоль/л; ИА 4,43; КА 5,57) наблюдались у больных СД 2 типа и НТГ, ассоциированными с ИБС, стенокардией ФК III и прогрессирующей стенокардией напряжения, ГБ II стадии. Ассоциированные заболевания и клинические состояния относятся к основным критериям и факторам риск-стратификации АГ и ИБС. Это является подтверждением необходимости более строгих критериев оценки степени нарушения углеводного и липидного обменов для определения качества компенсации СД и риска поздних осложнений у больных с НТГ или СД 2 типа, сопровождающихся выраженными метаболическими сдвигами (Балаболкин М.И. и соавт., 2000; Сыркин А.Л. и соавт., 2001; Хадипаш Л.А., Перова Н.В., 2001; Шестакова М.В., 2001; Gary T. L., Crum R.M., 2000).

Дисперсионным анализом выявлена статистически значимая связь между возрастом начала клинических психопатологических проявлений, обусловленных стрессорными факторами (жизненные события, социальные, медицинские), типами СД и степенью тяжести ($df_1=7$; $df_2=195$; $F=3,56$; $p=0,00135$) ($df_1=3$; $F=4,47$; $p=0,0046$) (рис.4).

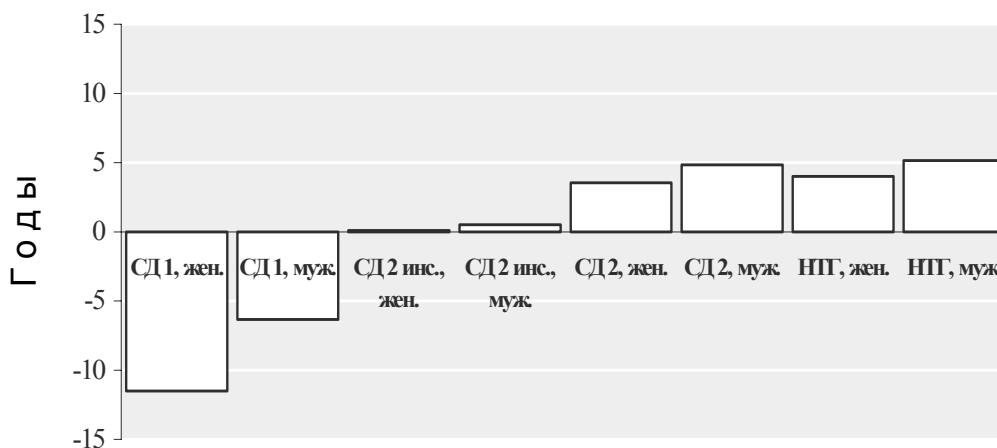


Рисунок 4. Развитие сахарного диабета по отношению к началу психопатологических проявлений (нулевой линией условно обозначено начало психического расстройства). Для сравнения в исследование была включена группа больных с СД 1 типа.

Манифестация ПР во всех случаях предшествовала развитию СД 2 типа и НТГ. Наиболее четкая зависимость между сроками манифестации ПР и клиническими проявлениями СД наблюдалась у больных, обозначенных как СД 2 инс., для компенсации которого требовалось назначение препаратов инсулина, диагностированным в первые шесть месяцев от начала ПР.

Стрессорные факторы (главные жизненные события) и связанные с ними ПР, прежде всего депрессивные, послужившие причиной госпитализации больных в психиатрический стационар, способствовали более быстрому развитию или декомпенсации СД 2 типа, требовавшему использование препаратов инсулина. В 44 случаях (21,7%) диагноз СД 2 типа впервые верифицирован в период госпитализации больных в отделение пограничных состояний. НТГ впервые выявлено в 46,8% случаев.

По данным S. Herpertz et al. (2000), уровень гликемии ассоциируется с выраженностью психосоциального стресса и потребностью инсулина, но не с типом СД. В ряду неблагоприятных факторов, оказывающих воздействие на течение СД, рассматриваются психотравмирующие события, психический стресс (Коркина М.В. и соавт., 1997; Сидоров П.И. и соавт., 2000; Eaton W.W., 1996; Mooy J.M., 2000; Surwit R.S., 2002).