Ю. А. Фоминых

Психологический статус и качество жизни пациентов с метаболическим синдромом

Ю. А. Фоминых, к.м.н., доцент кафедры¹

И. А. Горбачева, д.м.н., проф., зав. кафедрой¹

Ю. П. Успенский, д.м.н., проф., проф. кафедры¹, зав. кафедрой²

З. Х. Гулунов, ассистент кафедры²

Я. В. Соусова, аспирант кафедры²

И. А. Горбачева

¹Кафедра внутренних болезней стоматологического факультета ФГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет имени академика И. П. Павлова» Минздрава России, г. Санкт-Петербург

²Кафедра факультетской терапии имени проф. В. А. Вальдмана ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» Минздрава России, г. Санкт-Петербург

Psychological status and quality of life of patients with metabolic syndrome

Yu. A. Fominykh, I. A. Gorbachyova, Yu. P. Uspenskiy, Z. Kh. Gulunov, Ya. V. Sousova

First Saint Petersburg State Medical University n.a. I. P. Pavlov; Saint Petersburg State Pediatric Medical University; Saint Petersburg, Russia

Ю. П. Успенский

Резюме

Статья посвящена результатам исследования психологического статуса и качества жизни пациентов с метаболическим синдромом в зависимости от нарушений двигательной функции кишечника. Проводилась оценка уровня тревоги и депрессии согласно опроснику HADS, качества жизни пациентов по шкале SF-36 и опроснику GSRS.

Ключевые слова: метаболический синдром, психологический статус, депрессия, тревога, качество жизни.

Summary

The article is devoted to the results of the study of the psychological status and quality of life of patients with metabolic syndrome depending on the disorders of motor function of the intestine. The level of anxiety and depression was assessed according to the HADS questionnaire, the quality of life of patients according to SF-36 scale and GSRS questionnaire.

Key words: metabolic syndrome, psychological status, depression, anxiety, quality of life

Актуальность

Метаболический синдром (МС) характеризуется увеличением массы висцерального жира, снижением чувствительности периферических тканей к инсулину и гиперинсулинемией, которые вызывают развитие нарушений углеводного, липидного, пуринового обмена, а также артериальной гипертензией. Интерес к проблеме МС с течением времени лишь возрастает в связи с ростом распространенности, «омоложением» синдрома комплекса, сопряженностью с сахарным диабетом второго типа, сердечно-сосудистыми заболеваниями, а также фатальными кардиометаболическими рисками [1–3]. В настоящее время много внимания уделяется патологии, ассоциированной с МС, в том числе поражению органов пищеварения, включая двигательные расстройства кишечника. В свою очередь, известно, что патология органов желудочно-кишечного тракта, особенно кишечника, определяет состояние психоэмоциональной сферы и уровень качества жизни пациентов. Таким образом, представляется крайне актуальным комплексный подход

по оценке психологического статуса больных метаболическим синдромом в зависимости от состояния органов пищеварения, прежде всего кишечника.

Цель исследования

Изучить состояние психологического статуса и оценить качество жизни пациентов с метаболическим синдромом в зависимости от моторно-эвакуаторной функции кишечника.

Материалы и методы

Исследование проводилось в соответствии с разрешениями локальных этических комитетов Первого Санкт-Петербургского государственного медицинского университета им. акад. И. П. Павлова (ПСПбГМУ) и городской больницы св. преподобномученицы Елизаветы на клинической базе кафедры внутренних болезней стоматологического факультета ПСПбГМУ в Елизаветинской больнице с 2013-го по 2018 год.

З. Х. Гулунов

Таблица 1
Распределение пациентов с МС по наличию (отсутствию) моторно-эвакуаторных расстройств кишечника и нарушению акта дефекации, n (%)

Группа пациентов с МС	Пол	Возраст, лет				
		29–39	40–49	50–59	60–70	Итого
Норма	Мужчины	15 (4,0)	24 (6,4)	12 (3,2)	12 (3,2)	68 (18,0)
	Женщины	15 (4,0)	14 (3,7)	13 (3,5)	10 (2,7)	68 (18,0)
Констипация	Мужчины	11 (2,9)	11 (2,9)	13 (3,5)	14 (3,7)	49 (13,0)
	Женщины	19 (5,0)	15 (4,0)	13 (3,5)	19 (5,0)	66 (17,5)
Диарея	Мужчины	23 (6,1)	26 (6,9)	15 (4,0)	6 (1,6)	70 (18,6)
	Женщины	18 (4,8)	12 (3,2)	15 (4,0)	11 (2,9)	56 (14,9)
Всего	Мужчины	49 (13,0)	61 (16,2)	45 (11,9)	32 (8,5)	187 (49,6)
	Женщины	52 (13,8)	44 (11,7)	41 (10,9)	53 (14,1)	190 (50,4)

Было комплексно обследовано 502 больных с абдоминальным ожирением, из которых 377 пациентам был установлен диагноз МС согласно критериям Всероссийского научного общества кардиологов (ВНОК, 2009) [4–7] и Международной диабетической федерации (IDF, 2005) [8]. Средний возраст больных составил $48,7 \pm 11,6$ года.

Все пациенты по наличию или отсутствию моторно-эвакуаторных расстройств кишечника и нарушению акта дефекации были распределены по возрасту и полу на три репрезентативные группы (табл. 1):

1. «Норма» — 136 больных с отсутствием нарушений характера стула;
2. «Констипация» — 115 больных с нарушениями по типу запоров;

3. «Диарея» — 126 пациентов с нарушениями по типу поносов.

На основании данных таблицы можно сделать вывод о том, что статистически значимых различий между пациентами с МС групп «Норма», «Констипация» и «Диарея» не обнаружено — группы клинически однородны по половому и возрастному составу. Кроме того, согласно представленным в таблице результатам, отсутствие моторно-эвакуаторных расстройств кишечника и нарушений акта дефекации наиболее часто наблюдалось у мужчин в возрасте 40–49 лет и женщин 29–39 лет (пациенты группы «Норма»); мужчины в возрасте 60–70 лет и женщины в возрасте 29–39, а также 60–70 лет чаще страдают от двигательных расстройств кишечника с нарушением

акта дефекации по типу запоров (пациенты группы «Констипация»); в группу «Диарея» максимально часто включались лица мужского пола в возрасте 40–49 лет и женского пола 29–39 лет с наличием моторно-эвакуаторных расстройств кишечника с нарушением акта дефекации по типу поносов.

Психологическое обследование пациентов включало индивидуальную беседу и психологическое тестирование с помощью стандартизированных опросников для количественной оценки изучаемых признаков:

1. госпитальной шкалы тревоги и депрессии HADS;
2. шкалы для оценки качества жизни SF-36;
3. опросника для определения качества жизни у гастроэнтерологических пациентов GSRS.

Таблица 2
Жалобы исследуемых выделенных групп со стороны психоэмоциональной сферы, n (%)

Показатель	Группа			P
	Норма	Констипация	Диарея	
Беспокойство или тревога	29 (21,3)	27 (23,5)	52 (41,3)***	0,0006
Раздражительность	47 (34,6)	55 (47,8)	56 (44,4)	0,0819
Трудность сосредоточения внимания	25 (18,4)*	8 (7,0)	12 (9,5)	0,0124
Нарушение памяти	34 (25,0)	26 (22,6)	22 (17,5)	0,3237
Страх	9 (6,6)	6 (5,2)	20 (15,9)**	0,0071
Нарушение сна	53 (39,0)	34 (29,6)	49 (38,9)	0,2187
Пониженное настроение	29 (21,3)	23 (20,0)	24 (19,0)	0,8989
Слезливость	25 (18,4)	23 (20,0)	17 (13,5)	0,3718
Снижение либидо	19 (14,0)	17 (14,8)	28 (22,2)	0,1553
Бессонница	13 (9,6)	6 (5,2)	16 (12,7)	0,1344
Трудное засыпание	39 (28,7)	29 (25,2)	44 (34,9)	0,2442
Раннее пробуждение	40 (29,4)	22 (19,1)	26 (20,6)	0,1077
Сонливость в течение дня	39 (28,7)	20 (17,4)	27 (21,4)	0,0948
Состояние разбитости	47 (34,6)***	32 (27,8)	17 (13,5)	0,0004

Примечание: * — $p < 0,05$ — различия статистически (достоверно) значимы; ** — $p < 0,01$ — различия обнаружены на высоком уровне статистической значимости; *** — $p < 0,001$ — различия обнаружены почти на абсолютном уровне.

Рисунок 1. Жалобы на беспокойство и тревогу, раздражительность и трудность сосредоточения внимания у исследуемых групп.

Рисунок 2. Жалобы на нарушение памяти, страх, нарушение сна у исследуемых групп.

Статистическая обработка данных выполнена с использованием пакетов прикладных программ Statistica 10. Сравнения двух групп по количественным шкалам проводились на основе непараметрического критерия Манна-Уитни. Сравнения трех и более групп по количественным шкалам проводились на основе непараметрического критерия Краскела-Уоллеса. Для описания количественных показателей использовались среднее значение и стандартное отклонение в формате $M \pm S$. Статистическая значимость различных значений для бинарных и номинальных показателей определялась

с использованием критерия χ^2 Пирсона. Уровень статистической значимости был зафиксирован на уровне вероятности ошибки 0,05.

Результаты и обсуждение

Жалобы пациентов с метаболическим синдромом в выделенных группах со стороны психоэмоциональной сферы представлены в табл. 2.

На основании полученных результатов (табл. 2) можно сделать вывод о том, что пациенты с МС всех групп имеют разнообразные жалобы, характеризующие нарушения со стороны психоэмоциональной сферы. Из всех

перечисленных в таблице жалоб группы достоверно различаются только по четырем: беспокойство (тревога), чаще характерное представителям группы «Диарея» (41,3 % случаев), чем групп «Норма» (21,3 %) и «Констипация» (23,5 %); трудность сосредоточить внимание, чаще присущее представителям группы «Норма» (18,4 %), чем респондентам групп «Констипация» (7,0 %) и «Диарея» (9,5 %); страх, чаще присущий представителям группы «Диарея» (15,9 %), чем пациентам групп «Норма» (6,6 %) и «Констипация» (5,2 %); а также состояние разбитости, чаще присущее представителям группы «Норма» (34,6 %), чем обследованным из групп «Констипация» (27,8 %) и «Диарея» (13,5 %). Причем различия по жалобам на беспокойство (тревогу) и состояние разбитости обнаружены почти на абсолютном уровне ($p < 0,001$), на страх — на высоком уровне статистической значимости ($p < 0,01$), а на трудность сосредоточения внимания — различия статистически значимы ($p < 0,05$). Кроме того, значительное количество пациентов из всех групп исследования беспокоят раздражительность (34,6–47,8 %, в среднем в 42,3 % случаев), пониженное настроение (19,0–21,3 %, в среднем 20,1 %), слезливость (13,5–20,0 %, в среднем 17,3 %), раннее пробуждение (19,1–29,4 %, в среднем 23,0 %), а также снижение либидо (14,0–22,2 %, в среднем 17,0 %) (рис. 1, 2).

В табл. 3 представлены данные психологического обследования пациентов с МС, подразделенных по отсутствию (наличию) моторно-эвакуаторных расстройств кишечника и нарушению акта дефекации.

Согласно полученным нами данным, можно сделать вывод о том, что группы исследуемых значимо не различаются по показателям психологического статуса — тревожности ($p = 0,5381$) и депрессии ($p = 0,1101$). При этом субклинически выраженная тревога (8–10 баллов) наблюдалась у 77 пациентов (20,4 % обследованных): 13 (3,4 %) из группы исследования «Норма», 26 (6,9 %) — «Констипация», 38 (10,1 %) — «Диарея». В то время как клинически выраженная тревога (11 баллов и более) определялась у 30 пациентов из вы-

Таблица 3
Сравнительный анализ показателей психологического статуса пациентов в группах исследования. $M \pm S$

Показатель, единицы измерения	Группа			P
	Норма	Констипация	Диарея	
Тревожность, баллы	4,4 $\pm$ 3,6	4,0 $\pm$ 3,4	4,6 $\pm$ 4,2	0,5381
Депрессия, баллы	3,8 $\pm$ 3,3	4,6 $\pm$ 3,5	3,6 $\pm$ 2,8	0,1101

Таблица 4
Качество жизни пациентов с метаболическим синдромом в сформированных группах, $M \pm S$

Показатель	Группа			P
	Норма	Констипация	Диарея	
Физическое функционирование, баллы	51,5 ± 14,1	58,7 ± 12,3	53,7 ± 11,2	0,1681
Ролевое (физическое) функционирование, баллы	54,8 ± 12,8	55,3 ± 16,7	68,3 ± 14,6*	0,0198
Боль, баллы	55,6 ± 19,5	54,9 ± 15,1	61,3 ± 17,4	0,1480
Общее здоровье, баллы	55,6 ± 9,8	53,6 ± 10,1	56,9 ± 10,7	0,4123
Жизнеспособность, баллы	68,2 ± 11,3	66,7 ± 10,4	60,1 ± 9,6	0,4936
Социальное функционирование, баллы	67,4 ± 14,5	67,3 ± 15,7	72,7 ± 11,8	0,2231
Ролевое эмоциональное функционирование, баллы	63,0 ± 11,7	66,8 ± 15,4	70,8 ± 13,1	0,5982
Психологическое здоровье, баллы	66,0 ± 10,3	63,9 ± 10,4	66,2 ± 10,8	0,5734
Абдоминальная боль, баллы	3,9 ± 2,2*	4,9 ± 2,1	4,7 ± 2,1	0,0243
Рефлюкс-синдром, баллы	4,3 ± 1,9	4,5 ± 2,4	4,3 ± 2,5	0,3638
Диарейный синдром, баллы	3,5 ± 1,3	3,4 ± 1,3	7,6 ± 4,6***	< 0,0001
Диспептический синдром, баллы	6,4 ± 4,1	6,9 ± 4,5	7,8 ± 5,2	0,2350
Синдром запоров, баллы	3,7 ± 1,9	7,5 ± 5,0***	3,4 ± 1,2	< 0,0001
Шкала суммарного измерения, баллы	21,7 ± 8,5***	26,4 ± 10,7	27,3 ± 11,1	< 0,0001

Примечание: * — $p < 0,05$ — различие статистически значимо; *** — $p < 0,001$ — различия обнаружены почти на абсолютном уровне.

шеуказанных (7,9% исследуемых): 1 (0,3%) из группы «Норма», 5 (1,3%) — «Констипация», 24 (6,4%) — «Диарея». Анализ распространенности депрессии среди лиц с МС продемонстрировал следующие данные: субклинически выраженная депрессия (8–10 баллов) наблюдалась у 66 пациентов (17,5% обследованных): 13 (3,4%) из группы «Норма», 39 (10,3%) — «Констипация», 14 (3,7%) — «Диарея»; среди них клинически выраженная депрессия (11 баллов и более) была выявлена у 14 исследуемых (3,7% случаев), среди которых 1 (0,3%) из группы «Норма», 12 (3,2%) — «Констипация» и 1 (0,3%) — «Диарея».

В табл. 4 представлены результаты сравнительного анализа качества жизни больных МС в выделенных группах согласно подразделению по наличию (отсутствию) моторно-эвакуаторных расстройств кишечника и нарушению акта дефекации.

На основании таблицы можно сделать вывод о том, что, по данным шкалы SF-36, у пациентов всех групп исследования страдает качество жизни, причем особенностью является снижение за счет показателей физического компонента. В то же время показатели психологического компонента качества жизни у лиц с МС не были изменены у пациентов ни в одной из сформированных групп исследования. Оказалось, что различия между группами не очень

Рисунок 3. Ролевое (физическое) функционирование согласно шкале качества жизни SF-36 у исследуемых групп.

велики: они различаются только по такому показателю шкалы качества жизни SF-36, как ролевое (физическое) функционирование. Ролевое (физическое) функционирование статистически значимо выше (при $p < 0,05$) в группе «Диарея» по сравнению с группами «Норма» и «Констипация» (в среднем 68,3 против 54,8–55,3 балла) (рис. 3).

Согласно оценке качества жизни с помощью шкалы GSRS показатель «абдоминальная боль» достоверно ниже в группе «Норма» по сравнению с группами «Диарея» и «Констипация», что соответствует более высокому уровню качества жизни у исследуемых с отсутствием двигательных расстройств кишечника и нарушений акта дефекации. Вполне закономерно, что группа «Диарея» набрала достоверно большее число

баллов по шкале «диарейный синдром» (практически в два раза больше, чем в группах «Норма» и «Констипация» — в среднем 7,6 против 3,4–3,5 балла), а группа «Констипация» — наибольшее число баллов по шкале «синдром запоров» (практически в два раза больше, чем в группах «Норма» и «Констипация» — в среднем 7,5 против 3,4–3,7 балла), что соответствует более низкому качеству жизни пациентов моторно-эвакуаторными расстройствами кишечника и нарушениями акта дефекации. Эти, а также некоторые статистически незначимые различия суммировались в различиях по шкале суммарного измерения: самые низкие баллы были зарегистрированы у пациентов группы «Норма», в то время как группы «Диарея» и «Констипация» существенно пре-

восходят ее (в среднем 21,7 против 26,4–27,3 балла), подтверждая более низкое качество жизни у лиц с МС с наличием двигательных расстройств кишечника и нарушениями акта дефекации того или иного типа.

Заключение

По результатам исследования у больных с метаболическим синдромом с двигательными расстройствами кишечника с нарушением акта дефекации по типу запоров (группа «Констипация») наблюдается депрессия. Напротив, у лиц с моторно-эвакуаторными расстройствами кишечника с нарушением акта дефекации по типу поносов (группа «Диарея») наиболее часто определяется тревога. Причем в ряде случаев вышеуказанные изменения психологического статуса носят клинически выраженный характер, следовательно, пациенты нуждаются в психофармакокорректирующей терапии. У пациентов с МС, вне за-

висимости от наличия (отсутствия) нарушений моторно-эвакуаторной функции кишечника, страдает качество жизни, причем особенностью является снижение за счет показателей физического компонента: физическое функционирование, ролевое физическое функционирование, боль, общее здоровье. Больные данной категории с наличием двигательных расстройств кишечника и нарушениями акта дефекации того или иного типа имеют более низкий уровень качества жизни.

Список литературы

1. Болезни сердца и сосудов. / Руководство Европейского общества кардиологов; под ред. А. Д. Кэмма, Т. Ф. Люшера, П. В. Серриуса. Пер. с англ. под ред. Е. В. Шляхто. — 2011. — М.: ГЭОТАР-медиа. — 2289 с.
2. NCD Risk Factor Collaboration (NCD-RisC). Worldwide trends in body-mass index, underweight, overweight, and obesity from 1975 to 2016: a pooled analysis of 2416 population-based measurement studies in 128.9 million children, adolescents, and adults. // *The Lancet*. — 2017. — Vol. 390 (10113). — P. 2627–2642. doi.org/10.1016/S0140-6736(17)32129-3.
3. Фоминых Ю. А., Шабров А. В., Успенский Ю. П., Иванов С. В. Функциональный запор у пациентов с метаболическим синдромом. // *Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология*. — 2017. — № 7 (143). — С. 151–154.
4. Ахмеджанов Н. М. Консенсус российских экспертов по проблеме метаболического синдрома в РФ: определение, диагностические критерии, первичная профилактика и лечение / Н. М. Ахмеджанов, С. А. Бутрова, И. И. Дедов [и др.] // *Актуальные вопросы болезней сердца и сосудов*. — 2010. — № 2. — С. 6–13.
5. Консенсус российских экспертов по проблеме метаболического синдрома в Российской Федерации: определение, диагностические критерии, первичная профилактика и лечение / Н. М. Ахмеджанов, С. А. Бутрова, И. И. Дедов [и др.] // *Профилактическая медицина*. — 2010. — № 5. — С. 27–32.
6. Чазова И. Е. Диагностика и лечение метаболического синдрома. Раздел VII. / И. Е. Чазова; под ред. акад. РАМН Оганова Р. Г. // *Национальные клинические рекомендации ВНОК*. — М.: МЕДИ Экспресс, 2009. — С. 251–275.
7. Чазова И. Е. Диагностика и лечение метаболического синдрома. Российские рекомендации (второй пересмотр) / И. Е. Чазова, В. Б. Мычка, О. А. Кисляк [и др.] // *Кардиоваскулярная терапия и профилактика*. — 2009. — Т. 8. — № 6, S2. — С. 1–29.
8. International Diabetes Federation. Worldwide definition of the metabolic syndrome. [Электронный ресурс]. — Режим доступа: www.idf.org/web-data/docs/IDF_Metasyndrome_definition.pdf. (дата обращения 24.08.2005).

Для цитирования. Фоминых Ю. А., Горбачева И. А., Успенский Ю. П., Гулунов З. Х., Соусова Я. В. Психологический статус и качество жизни пациентов с метаболическим синдромом // *Медицинский алфавит. Серия «Практическая гастроэнтерология»*. — 2019. — Т. 3. — 20 (395). — С. 46–50

**MANAGE PAIN
УПРАВЛЯЙ БОЛЬЮ**

М О С К О В

**14-16 NOVEMBER
НОЯБРЯ 2019**

М О С К В А

**X Interdisciplinary
International Congress
«Manage Pain»**

**X Междисциплинарный
Международный Конгресс
«Управляй Болью»**

**АССОЦИАЦИЯ
МЕЖДИСЦИПЛИНАРНОЙ
МЕДИЦИНЫ**