

Взаимосвязь показателей качества жизни и особенностей психологического статуса с клиническими проявлениями метаболического синдрома

А. Л. Хохлов, А. Н. Жилина, Т. А. Буйдина

Кафедра клинической фармакологии
Ярославской Государственной медицинской академии
НУЗ Дорожная клиническая больница ст. Ярославль ОАО РЖД
Городской эндокринологический центр

В последние два десятилетия проблема метаболического синдрома наиболее часто привлекает внимание и обсуждается в кругах врачей различных специальностей — кардиологов, эндокринологов, терапевтов. Метаболический синдром (МС) представляет собой сочетание различных метаболических нарушений, являющихся факторами риска раннего развития атеросклероза и приводящих к формированию комплекса взаимосвязанных хронических заболеваний — артериальной гипертензии, сахарного диабета, ожирения, дислипидемии [10].

Наличие МС оказывает влияние не только на физическое состояние человека, на психологию его поведения, эмоциональные реакции, а также на роль в социальной жизни. Информация об эмоциональных и психологических проблемах, возникающих у этих пациентов, часто мало доступна врачу. Как правило, врачи не всегда настроены на оценку качества жизни и удовлетворенность пациентов проводимой терапией.

Между тем особенностью метаболического синдрома является обширность его клинических проявлений, и необходимость одновременного приема пациентами большого количества лекарственных препаратов сказывается на плохой приверженности к лечению (комплаентности), что в свою очередь приводит к отсутствию адекватного контроля за АД, уровнем гликемии и избыточным весом. Поэтому принимаемые антигипертензивные и сахароснижающие препараты должны помимо своей терапевтической эффективности, иметь хорошую переносимость, удобный режим дозирования. Эти характеристики, несомненно, оказывают влияние на качество жизни (КЖ), и если в результате проводимой терапии КЖ улучшается, то это мотивирует пациентов к эффективному контролю своего состояния.

По определению ВОЗ, качество жизни, представляет собой характеристику физического, психологического, эмоционального и социального функционирования, основанную на субъективном восприятии [11]. Метаболический синдром характеризуется рядом патологических процессов, которые, прогрессируя со временем, значительно снижают качество жизни. Вследствие чего, в последнее время все большее значение приобретает изучение показателей состояния здоровья как интегрального параметра физического, психического и социального статуса пациента. Изучение качества жизни позволяет выявить и оценить объективные данные о нарушении и динамике в состоянии здоровья. Оценка самим пациентом результатов медицинской помощи является важным показателем его общего состояния. Вместе с тем оценка качества жизни является инструментом для выбора тактики лечения, являясь независимым прогностическим фактором [3].

КЖ, обусловленное здоровьем, оценивает компоненты, ассоциированные и неассоциированные с заболеванием, и позволяет дифференцированно определить влияние болезни и лечения на психологическое, эмоциональное состояние больного, его социальный статус. Показатели КЖ, так же как и характеристики картины заболевания, изменяются во времени в зависимости от состояния больного, что позволяет осуществлять мониторинг проводимого лечения, и в случае необходимости, проводить его коррекцию. Однако изменения качества жизни не всегда параллельно клиническому улучшению. Вместе с тем качество жизни определяет успех лечения, прогноз заболевания, и побуждает исследователей к разработке и усовершенствованию уже существующих методов лечения [7]. Для получения сопоставимых данных и их дальнейшего применения в клинической практике пользуются стандартными инструментами оценки КЖ, которыми являются опросники (индексы и профили). Опросники можно разделить на две большие группы — общие и специальные.

Метод оценки КЖ используется в таком способе фармакоэкономического анализа, как стоимость/полезность (CUA), и является в этом случае основным критерием эффективности терапии [1].

Кроме изучения параметров КЖ в настоящее время все большее значение и интерес приобретает комплексная оценка психологического статуса пациента. На особенности течения и прогноз метаболического синдрома могут оказывать влияние различные психологические и психопатологические состояния [5]. Вследствие чего возникает все большая необходимость в изучении у таких пациентов уровней тревоги и депрессии.

По данным ряда авторов, высокий уровень тревоги и депрессии является значимым и независимым фактором развития и прогрессирования ряда осложнений, развивающихся у пациентов с метаболическим синдромом [4]. Наличие сопутствующей депрессии и высокого уровня тревоги негативно влияет на compliance, ухудшает выполнение врачебных рекомендаций, препятствует проведению необходимых изменений привычного образа жизни, вызывает трудности в достижении намеченных целей лечения [3]. Большинство медицинских рекомендаций для пациентов с метаболическим синдромом требует активного участия самого пациента в процессе контроля своего состояния, вследствие чего активность пациента в отношении назначенной терапии определяется целым рядом его психологических характеристик, что в свою очередь еще раз подтверждает необходимость изучения влияния уровня тревоги и депрессии на особенности поведения пациентов в процессе лечения.

Цель исследования. Оценить уровень качества жизни, частоту и выраженность тревожно-депрессивных расстройств у пациентов с метаболическим синдромом в зависимости от его клинических проявлений.

Материалы и методы. Проведено обследование 140 пациентов, среди которых 79 % женщин ($n=111$), средний возраст $58,36 \pm 9,4$ лет, 21 % мужчин ($n=29$), средний возраст $54,59 \pm 7,45$ лет. У всех пациентов отмечалось ожирение по абдоминальному типу различной степени выраженности, сахарный диабет 2 типа продолжительностью $7,8 \pm 2,5$ лет, артериальная гипертензия средней длительностью $4,5 \pm 3,8$ лет. Средняя масса тела составила $92,97 \pm 25,45$ кг, индекс массы тела (ИМТ) $34,73 \pm 5,65$ кг/м², соотношение окружности талии/окружность бедер (ОТ/ОБ) у мужчин — $1,097 \pm 0,22$, у женщин — $0,92 \pm 0,09$. Ожирение I степени отмечалось у 49 % пациентов ($n=69$), ожирение II степени — у 28 % пациентов ($n=39$), ожирение III степени — у 23 % пациентов ($n=32$). По классификации Fredrickson Б тип дислипидемии выявлен у 46 % пациентов ($n=64$), II А тип дислипидемии — у 35 % пациентов ($n=69$), у 19 % ($n=7$) — IV тип дислипидемии. В исследование включались пациенты в соответствии с критериями диагностики метаболического синдрома в реальной клинической практике, сформулированными в 2001 году экспертами Национальной Образовательной программы США по холестерину.

В ходе исследования проведено:

- Анкетирование пациентов с помощью опросника по качеству жизни (SF-36) на момент поступления на стационарное лечение.
- Психологическое тестирование с изучением выраженности тревоги и депрессии по шкале HAD.

Результаты и обсуждение. По результатам оценивались различия в состоянии физического и психического здоровья. Параметры физического здоровья (ФЗ) включали в себя: физическую активность, ролевое физическое функционирование, боль и общее здоровье. Учитывались параметры психического здоровья (ПЗ): жизнеспособность, социальная активность, ролевое эмоциональное функционирование, а также срав-

нение самочувствия (СС) пациентов за последний год. С целью уточнения взаимосвязи симптомов депрессии и уровня тревоги, выявляемых при метаболическом синдроме, с показателями качества жизни, необходимо изменения привычного образа жизни, выполнением медицинских рекомендаций пациентам было предложено заполнение Госпитальной Шкалы Тревоги и Депрессии (HAD). Пациенты были распределены на 4 группы в зависимости от количества набранных баллов: 0-7 — диагностически незначимая тревога, отсутствие депрессии; 8-11 — пограничный уровень расстройства; 12-16 — клинически значимая тревога и депрессия; более 16 — тревожно-депрессивные нарушения, требующие медикаментозной коррекции (рис. 1а, 1б).

Рис. 1а

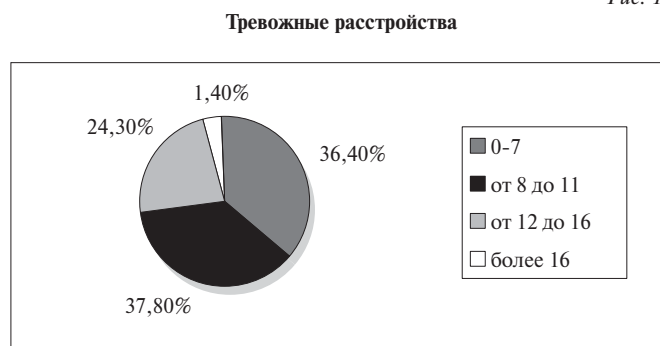
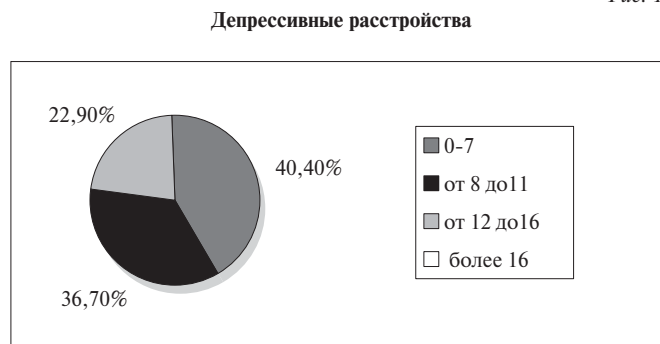


Рис. 1б



В результате исследования была установлена взаимосвязь между тревожно-невротическими расстройствами и уровнем качества жизни.

Таблица 1

Связь уровня тревоги с параметрами качества жизни

Тревога	ФЗ	ПЗ	СС
0-7 баллов (n=51)	220,8*	240*	43,06*
8-11 баллов (n=53)	177,8	187,1	39,29
12-16 баллов (n=34)	135,5*	146,2*	30,36
более 16 (n=2)	82*	62*	12,5*
*р	I и III; I и IV < 0,05	I и III; I и IV < 0,05	I и IV < 0,05

Таблица 2

Связь уровня депрессии с параметрами качества жизни

Депрессия	ФЗ	ПЗ	СС
0-7 баллов (n=58)	211,7*	235,5*	42,78
8-11 баллов (n=50)	162,7	174,6	34,3
12-16 баллов (n=32)	148,4*	140,5*	38,63
более 16	0	0	0
*р	I и III < 0,05	I и III < 0,05	нд

Полученные данные свидетельствуют о том, что уровень тревоги и депрессии оказывает непосредственное влияние на субъективную оценку пациентами своего самочувствия. Это касается как показателей физического, так и психического здоровья. Наиболее значимая взаимосвязь отмечена между степенью выраженности тревоги и депрессии и разделов опросника, касающихся оценки психического здоровья пациентов. Наилучшее качество жизни отмечено у пациентов с диагностически незначимой тревогой и депрессией, а наихудшее — у пациентов с выраженными тревожно-депрессивными расстройствами. Выявленные закономерности имеют очень важное значение, т. к. недооценка влияния сопутствующей депрессии и тревоги препятствует достижению и поддержанию стабильной компенсации нарушений при метаболическом синдроме, ухудшает его прогноз, ускоряет развитие осложнений. Пограничный уровень тревожных расстройств и диагностически незначимый уровень депрессии, выявленные при обследовании у большинства пациентов с метаболическим синдромом, позволяют надеяться на активное участие пациентов в достижении намеченных целей лечения, положительно влияют на комплаенс и повышают качество врачебной помощи данной категории больных (табл. 1, 2).

Как известно, одним из клинических проявлений метаболического синдрома является артериальная гипертония. Исследования, в которых оценивается КЖ при артериальной гипертонии, проводятся уже

более 20 лет, при этом используются различные шкалы и опросники [9]. В нашей работе была выявлена достоверная связь показателей психического и физического здоровья пациентов со стадией артериальной гипертонии (табл. 3), по мере повышения стадии которой отмечалось ухудшение качества жизни пациентов.

Таблица 3

Качество жизни пациентов в зависимости от стадии АГ

Стадия АГ	ФЗ	ПЗ
I (n=20)	262,9±60,9*	256,6±64,8*
II (n=50)	216,6±78,1	233,6±76,7*
III (n=70)	143,2±60,9*	167,7±55,5*
*р	I и III < 0,05;	I и III < 0,05; II и III < 0,05

Метаболический синдром является гетерогенным состоянием и может проявляться в нескольких клинических вариациях [6]. Одним из наиболее опасных компонентов МС является сахарный диабет (СД) 2 типа, развитие которого в 4 раза повышает риск возникновения сердечно-сосудистых осложнений, включая инфаркт миокарда, инсульт, по сравнению с пациентами, имеющими метаболический синдром без СД [8]. Несомненно, что наличие сахарного диабета и степень его компенсации не может не сказываться на показателях качества жизни. Данные, полученные в результате нашей работы, свидетельствуют о различиях при оценке параметров качества жизни в зависимости от компенсации сахарного диабета, определенной по уровню гликозилированного гемоглобина (табл. 4).

Таблица 4

Качество жизни пациентов в зависимости от степени компенсации сахарного диабета

НвА1С	N	ФЗ	ПЗ
компенсация (6,0-7,0)	23	230±84,5*	225,6±72,7*
субкомпенсация (7,1-7,5)	21	167±82,8	185,5±76,7
декомпенсация (>7,5)	96	154,7±65,2*	171,9±66,3*
*р		I и II < 0,05, I и III < 0,05	I и III < 0,05

В рамках нашей работы была верифицирована определенная зависимость между уровнем тревоги и депрессии в зависимости от степени ожирения.

При ожирении I степени у большинства пациентов (59,4 %) отмечалась диагностически незначимая тревога. При ожирении II степени у 66,7 % пациентов выявлен пограничный уровень расстройств, в то время как пациенты с ожирением III степени в 56,3 % случаев отмечали клинически значимую тревогу, а в 6,25 % случаев пациенты нуждались в медикаментозной терапии тревожных расстройств (табл. 5).

Таблица 5

Зависимость тревоги от степени ожирения

Тревога баллы	Выраженность степени ожирения			p
	I ст (n=69)	II ст (n=39)	III ст (n=32)	
0-7	41 (59,4 %) *	6 (15,4 %)	4 (12,5 %) *	*p< 0,05
от 8 до 11	19 (27,5 %)	26 (66,7 %)	8 (25 %)	
от 12 до 16	9 (13,1 %) *	7(17,9 %)	18(56,3 %) *	*p< 0,05
Более 16	0	0	2(6,25 %)	

Таблица 6

Зависимость депрессии от степени ожирения

Депрессия баллы	Выраженность степени ожирения			p
	I ст (n=69)	II ст (n=39)	III ст (n=32)	
0-7	48 (69,6 %) *	8 (20,5 %)	2 (6,3 %) *	*p<0,05
от 8 до 11	11(15,9 %) *	26 (66,7 %) *	13 (40,6 %)	*p<0,05
от 12 до 16	10 (14,5 %) *	5 (12,8 %)	17 (53,1 %) *	*p<0,05
Более 16	0	0	0	

Данная тенденция сохранена и при анализе зависимости уровня депрессии у пациентов с различной выраженностью ожирения. При ожирении I степени в 69,6 % случаев отмечалась диагностически незначимая депрессия, при ожирении II и III степени обнаружен пограничный уровень депрессии в 66,7 и 40,6 % случаев соответственно. Кроме того, при ожирении III степени в 53,1 % наблюдалась клинически значимая депрессия (табл. 6).

Таким образом, выявленные закономерности позволяют утверждать, что увеличение массы тела часто способствует клинической манифестации тревожных и депрессивных расстройств у пациентов с метаболическим синдромом тем самым, ухудшая качество жизни. В то же время, как известно, повышение степени ожирения приводит к возрастанию потребности в инсулине, усилению степени инсулинорезистентности. Высокий уровень инсулинорезистентности блокирует вазодилатирующий эффект инсулина, активизирует симпатoadреналовую систему, повышает общее периферическое сопротивление сосудов (ОПСС), приводя к развитию артериальной гипертензии. В свою очередь наличие артериальной гипертензии приводит к формированию различных по степени выраженности тревожно-невротических расстройств [2]. Таким образом, сочетание различных метаболических факторов в замкнутом круге взаимно усиливает выра-

женность не только клинических проявлений метаболического синдрома, но и влияет на психический статус пациента, усиливая степень неврозоподобных проявлений.

Выявленные закономерности подтверждают-ся при проведении корреляционного анализа между параметрами качества жизни (психического и физического здоровья) с уровнем тревоги и депрессии у пациентов с метаболическим синдромом. С увеличением уровней тревоги и депрессии уменьшались показатели физического и психического здоровья. Между этими показателями получены достоверные коэффициенты корреляции, указывающие на обратную связь значительной степени. Коэффициент корреляции тревоги и физического здоровья составил: $r = -0,42$ при $p < 0,05$, тревоги и психического здоровья $r = -0,59$ при $p < 0,05$. Коэффициент корреляции депрессии и физического здоровья составил: $r = -0,36$ при $p < 0,05$, депрессии и психического здоровья $r = -0,52$ при $p < 0,05$.

Полученные результаты свидетельствуют, что выраженность клинических проявлений метаболического синдрома оказывает существенное влияние на качество жизни, особенно на показатели физического здоровья, значительное снижение которого отмечается с усилением клинической манифестации основных компонентов этого синдрома.

Выводы

1. Метаболический синдром в значительной степени влияет на снижение показателей не только физического здоровья, но и психического благополучия, что обусловлено многообразием его клинических проявлений.
2. Увеличение степени ожирения у пациентов с метаболическим синдромом приводит к усилению тревожных и депрессивных расстройств, что наряду с повышением инсулинорезистентности, активации симпатoadреналовой системы взаимно усиливает не только выраженность метаболических нарушений, но и степень невротизированных реакций.
3. Высокие уровни тревоги и депрессии наиболее важно коррелируют с показателями психического и физического здоровья пациентов. Таким образом, тревога и депрессия соматогенного характера оказывает отрицательное влияние на качество жизни, утяжеляет течение основного заболевания, существенно сказываясь на общем самочувствии пациента.

Литература

1. Авксентьева М. В., Воробьев П. А., Юрьев А. С., Сура М. В. Клинико-экономический анализ. М.: Ньюдиамед, 2004; 458.
2. Авруцкий Г. Я., Райский В. А., Прохорова И. С. Психопатология, психология эмоций и патологий сердца. М.: 1998; 6-7.
3. Андриященко А. В., Дробизев М. Ю., Добровольский А. В. Сравнительная оценка шкал CES — D и HAD в диагностике депрессий в общей медицинской практике. Журнал неврологии и психиатрии. 5, 2003.
4. Анциферов М. Б., Мельникова О. Г., Дробизев М. Ю., Захарчук Т. А. Сахарный диабет и депрессивные расстройства. РМЖ 2003; 11: 27: 1480-1483.
5. Задонченко В. С., Адашева Т. В., Демичева О. Ю. и др. Метаболический синдром и ожирение. Артериальная гипертензия при метаболическом синдроме: патогенез, основы терапии. Consilium medicum 2004; 9: 45-52.
6. Мамедов М. Н. Руководство по диагностике и лечению метаболического синдрома. М.: ЗАО Полиграфхолдинг — мультитипринт. 2004; 30.
7. Методика оценки качества жизни больных и инвалидов: Методические рекомендации. МЗ Республики Беларусь; Сост.: А. Л. Пушкарев, Н. Г. Аринчина. Мн.: 2000; 16.
8. Deedwania P. C. Diabetes and vascular disease: common links in the emerging epidemic of coronary artery disease. Am J Cardiol 2003; 91: 1: 68-71.
9. Isabelle Cote, Jean-Pierre Gregorie and Jocelyne Moisan. Health-Related Quality-of-Life measurement in Hypertension. A Review of randomized controlled drug trials. Pharmacoeconomics 2000; 18: 5: 435-450.
10. Nesto R. Beyond low-density lipoprotein: addressing the atherogenic lipid triad in type 2 diabetes mellitus and the metabolic syndrome. W. Am J Cardiovasc Drugs. New Zealand. 2005; 5: 6: 379-87.
11. World Health Organization. Quality of life group. What is it Quality of life? Wld. Hth. Forum. 1996; 1; 29.