



CLINICAL AND PSYCHOLOGICAL CHARACTERISTICS OF PATIENTS WITH METABOLIC SYNDROME

Sh. M. Mamasoliev

Researcher

Andijan Medical Institute

Andijan, Uzbekistan

M. A. Artikova

Researcher

Bukhara Medical Institute

Bukhara, Uzbekistan

ABOUT ARTICLE

Key words: syndrome complex, odds ratios, metabolic syndrome, meta-analyses, lipid profiles.

Received: 23.04.24

Accepted: 25.04.24

Published: 27.04.24

Abstract: Of all non-infectious diseases, cardiovascular pathology is one of the most common causes of death: thus, according to analytical data presented in 2015 by experts from the World Health Organization (WHO), their contribution to mortality worldwide was more than 30 % (1,2). Factors influencing an increase in the risk of developing diseases of the cardiovascular system are arterial hypertension, abdominal obesity, dyslipidemia and insulin resistance, which contribute to the progression of atherogenic vascular damage (3,4).

МЕТАБОЛИК СИНДРОМЛИ БЕМОРЛАРНИНГ КЛИНИК ВА ПСИХОЛОГИК ХУСУСИЯТЛАРИ

Ш. М. Мамасолиев

Тадқиқотчи

Андижон тиббиёт институти

Андижон, Ўзбекистон

М. А. Ортиқова

Тадқиқотчи

Бухоро тиббиёт институти

Бухоро, Ўзбекистон

МАҚОЛА ҲАҚИДА

Калит сўзлар: синдром комплекси, оддс нисбати, метаболик синдром, мета-таҳлиллар, липид профиллари.

Аннотация: Юқумли бўлмаган барча касалликлар орасида юрак-қон томир патологияси ўлимнинг энг кўп учрайдиган сабабларидан биридир: Шундай қилиб, 2015 йилда Жаҳон соғлиқни сақлаш ташкилоти (ЖССТ) экспертлари томонидан тақдим этилган таҳлилий маълумотларга кўра, уларнинг дунё бўйлаб ўлимга қўшган ҳиссаси 30 дан ортиқ. % (1,2). Юрак-қон томир тизими касалликларини ривожланиш хавфини оширишга таъсир қилувчи омиллар артериал гипертензия, қорин бўшлиғи семириши, дислипидемия ва инсулин қаршилиги бўлиб, бу қон томирларининг атероген шикастланишининг ривожланишига ёрдам беради (3,4).

**КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА БОЛЬНЫХ С
МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ**

Ш. М. Мамасолиев

Исследователь

Андижанский медицинский институт

Андижан, Узбекистан

М. А. Артикова

Исследователь

Бухарский медицинский институт

Бухара, Узбекистан

О СТАТЬЕ

Ключевые слова: синдромокомплекс, отношения шансов, метаболический синдром, мета-анализов, липидограммы.

Аннотация: Из всех заболеваний неинфекционной природы сердечно-сосудистая патология выступает в качестве одной из наиболее частых причин летальных исходов: так, согласно аналитическим данным, представленным в 2015 году экспертами Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) их вклад в смертность населения во всём мире составил более 30% (1,2). Факторами, влияющими на увеличение риска формирования заболеваний сердечно-сосудистой системы, являются артериальная гипертензия, абдоминальное ожирение, дислипидемия и инсулинорезистентность, способствующие прогрессированию атерогенного поражения сосудов (3,4).

ВВЕДЕНИЕ

Указанные патологические процессы составляют синдромокомплекс, который носит название «метаболический синдром». Продемонстрированное в отчётах ВОЗ 2016 года, практически трехкратное возрастание выявляемости ожирения в мировой популяции по сравнению с данными 1975 года: согласно результатам мета-анализов, доля лиц с избыточной массой тела и ожирением старше 18 лет соответственно составила более 1,9 миллиарда и 650 миллионов человек, что свидетельствовало о наметившейся тенденции к неуклонному росту встречаемости данной патологии. Вместе с тем на 2019 год в мире было зарегистрировано 463 миллиона пациентов с сахарным диабетом 2 типа (СД 2 типа) (5,6). Рост распространенности ожирения и инсулинорезистентности в мировой популяции, которые составляют патогенетическую основу метаболического синдрома (МС), а также широкая вариабельность сопутствующих клинических состояний диктуют медицинскому сообществу необходимость всестороннего изучения указанной проблемы (1,3).

Одним из наиболее перспективных направлений, которое с высокой долей вероятности позволит достигнуть понимания взаимосвязанности процессов, приводящих к каскаду метаболических нарушений, является исследование воздействия predisposing к формированию синдрома факторов, в частности, питания, которое в свою очередь включает в себя особенности пищевого рациона и пищевого поведения. Данные обстоятельства определяют актуальность темы настоящего исследования.

ОСНОВНАЯ ЧАСТЬ

Оценить изменения в психоэмоциональной сфере при метаболическом синдроме.

Проведено комплексное обследование 241 пациента, отобранных из числа лиц, находившихся на амбулаторном и стационарном лечении в клинике АндГосМИ. Средний возраст которых составил $43,7 \pm 10,8$ (от 29 до 72 лет). Соотношение мужчин и женщин, отобранных в исследование, составило 1: 1,17 (111:130 человек), практически две трети респондентов в возрасте до 45 лет составляли мужчины (69,2% против 30,8% женщин), количество пациентов мужского и женского пола среднего возраста было приблизительно равным (50,5% и 49,5% соответственно), в группе лиц старше 60 лет преобладали женщины (77,1% против 22,9% мужчин). Разработанный алгоритм, по которому осуществлялось обследование пациентов с МС, включал: анкетирование по специально разработанной анкете, представляющее собой подробный сбор жалоб, анамнеза жизни и анамнеза заболевания, в частности, давность установления диагноза артериальной гипертензии, выявления ожирения, признаков дислипидемии и нарушения толерантности к глюкозе; объективное исследование, включающее общий осмотр, антропометрию, интерпретация результатов лабораторного обследования: данные клинического и биохимического анализов крови, липидограммы;

инструментальное обследование: выполнение электрокардиографии и оценка данных проведённого сонографического исследования органов брюшной полости; анкетирование при помощи Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS, 1983 г.) в целях оценки психологического статуса пациента; анкетирование при помощи опросника оценки качества жизни 36-Item Short Form Survey (SF- 36, 1992 г.).

Статистический анализ данных выполнен с использованием пакетов прикладных программ SPSS Statistics 17.0, разработанной SPSS Inc., и Statistica 10.0 компании StatSoft.

В результате анкетирования пациентов по опроснику HADS получены следующие данные: рассчитанный по шкале тревоги опросника средний балл был равен 5,0 (2,0; 8,0). Доля респондентов с признаками тревожности составила менее трети от общей выборки: субклинически выраженная тревога (8-10 баллов по шкале HADS) наблюдалась у 44 (18,26%) обследованных, в то время как клинически выраженный уровень тревоги (≥ 11 баллов) отмечался у 29 (12,03%) больных. Различий по показателю тревоги между представителями сформированных групп не было обнаружено ($p < 0,05$). Распространенность депрессии у пациентов в исследуемой выборке была ниже и составляла 26,6%, при этом у 19,5% (47 опрошенных) выявлялась субклинически выраженная депрессия, и 7,1% (17 больных) имели признаки тяжёлого депрессивного расстройства, средний балл по шкале депрессии был равен 5,0 (2,0; 8,0). У пациентов с патологическим пищевым поведением были получены более высокие баллы по шкале HADS в сравнении с представителями группы «рациональный тип питания» ($p = 0,002$). Число лиц с признаками клинически выраженной депрессии было выше у респондентов с эмоциогенным вариантом питания – 20,0% против 1,7% и 3,3% ($p = 0,0001$).

Качество жизни (КЖ) обследованных с МС оценивалось на основании результатов их анкетирования по опроснику SF-36. Сравнительный анализ данного показателя проводился между представителями одинаковых возрастных категорий. Снижение «физического компонента здоровья» КЖ наблюдалось у 48,5% (117 респондентов) во всех исследуемых группах вне зависимости от возраста и типа пищевого поведения – среди лиц в возрасте от 25 до 44 лет снижение данного показателя имело место у 24,6% (16 пациентов), при этом медианное значение баллов составило 49 (41; 54). Также снижение КЖ по физическому компоненту здоровья наблюдалось у 52,7% больных (49 человек) в возрасте от 45 до 59 лет – 40 (33; 49) баллов, и у 62,7% (52 обследованных) представителей старшей возрастной группы – 37 (31; 44) балла соответственно. Медианные значения «сырых» баллов всех четырёх компонентов, характеризующих данный показатель здоровья находились преимущественно на среднем и высоком уровнях ($> 60\%$ от максимальной суммы баллов), различий в зависимости от вида питания не было обнаружено. Доля обследованных с низкими уровнями «психического компонента здоровья» КЖ в выборке была меньше – 37,8% (91

обследованный). Среди больных молодого возраста подобная картина наблюдалась в 24,6% случаев, а медианное значение данного показателя было равно 50 (41; 55) баллов. Снижение КЖ по указанному показателю встречалось среди 34,4% лиц среднего возраста (32 случая) – 46 (37; 54) баллов, и у 51,8% представителей старшей возрастной группы (43 респондента) – 40 (34; 49) баллов. Обусловленных характером питания различий между группами не отмечалось, исключая показатель степени сохранности психологического здоровья у пациентов старше 60 лет – у лиц с ограничительным типом пищевого поведения он был выше по сравнению с эмоциогенным и экстернальным вариантом питания ($p=0,02$). Таким образом, вне зависимости от характера пищевых привычек приблизительно у половины пациентов с МС имело место ухудшение КЖ в большей степени за счёт физического компонента.

Между клиническими проявлениями расстройства питания обнаружены прямые корреляционные связи с возрастом ($r=0,706$ при $p<0,0001$), принадлежностью к женскому полу ($r=0,219$, $p=0,001$), низким уровнем физической активности ($r=0,464$, $p=0,0001$), долей жировой массы тела ($r=0,199$, $p=0,003$), наличием нарушений сна ($r=0,217$, $p=0,001$), преимущественно, ранним пробуждением ($r=0,144$, $p=0,026$) и сонливостью в течение дня ($r=0,187$, $p=0,004$), наличием обусловленных семейными традициями патологических стереотипов питания ($r=0,193$ при $p=0,003$), гиперфагической реакции на стресс ($r=0,214$ при $p=0,001$), а также с количеством суточного потребления кофеин- и танинсодержащих продуктов ($r=0,139$, $p=0,031$), концентрацией глюкозы ($r=0,227$, $p=0,0001$) и ТГ ($r=0,140$, $p=0,043$) в крови, выраженностью симптомов депрессии ($r=0,228$, $p=0,0001$). В то же время отмечалась обратная корреляционная связь с показателями выраженности стресса ($r=-0,186$, $p=0,004$), продолжительностью ($r=-0,253$, $p=0,031$) и качеством сна ($r=-0,260$, $p<0,0001$).

В целях оценки вероятности формирования снижения качества жизни пациента с помощью критерия χ^2 Пирсона выполнялся расчёт отношения шансов (OR) развития указанного исхода в зависимости от ряда исследуемых факторов (таблица 1).

Таблица 1. Оценка шансов развития снижения качества жизни пациента

Фактор	Фактор: нет	Фактор: есть	OR (95% ДИ)	Уровень p
Возраст ≥ 45 лет	0 (0,0%)	176 (97,2%)	13,00 (5,59-30,30)	0,0001
Низкая физическая	0 (0,0%)	95 (52,5%)	1,70 (1,48-1,95)	0,0001
Нарушения сна	30 (50,0%)	133 (73,5%)	1,33 (1,10-1,60)	0,0020

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

У пациентов с МС отмечались сравнительно более высокие баллы по шкале депрессии HADS ($p=0,002$), закономерное снижение качества жизни по показателю физического компонента здоровья в равной степени наблюдалось у респондентов во всех исследуемых группах независимо от возраста ($p=0,235$, $p=0,129$ и $p=0,892$ соответственно), что не позволяет исключить возможность возникновения более тяжёлых тревожно-депрессивных расстройств и, как следствие, снижения показателя психического качества жизни при дальнейшем прогрессировании патологического процесса.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Бокарев, И. Н. Метаболический синдром // И. Н. Бокарев // Журнал клиническая медицина. – 2014. – Т. 9. - № 8 – С.71.
2. Бородина, С. В. Генетические предикторы развития ожирения [Текст]/ С. В. Бородина, К. М. Гаппарова, З. М. Зайнудинов, О. Н. Григорьян// 2016. – Ожирение и метаболизм. – Т. 13 - № 2. – С. 7-13.
3. Василенко, М. А. Роль продукции адипсина и лептина в формировании инсулинорезистентности у больных абдоминальным ожирением / М. А. Василенко, Е. В. Кириенкова, Д. А. Скуратовская [и др.] // Доклады Академии наук. – 2017. – Т. 475. - № 3. – С. 336-341.
4. Верткин, А. Л. Коморбидность: история, современное представление, профилактика и лечение. / А. Л. Верткин // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. – 2015. – Т. 14(2). – С. 74-79.
5. Altin, S. Metabolic syndrome does not impair the response to alfuzosin treatment in men with lower urinary tract symptoms: a double-blind, randomized, placebo-controlled study / S. Altin, T. Ozan, S. Ilhan et al. //Turk J Urol. – 2015. – Vol. 41(3). – P. 125-131.
6. Di Bello, J. R. Prevalence of metabolic syndrome and its components among men with and without clinical benign prostatic hyperplasia: a large cross-sectional, UK epidemiological study / J. R. Di Bello, C. Ioannou, J. Rees et al. // BJU Int. – 2016. – Vol. 117 (5). – P. 801-808.