

ПСИХОСОМАТИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ II ТИПА И МЕТОДЫ ИХ КОРРЕКЦИИ

*Г.Р. Зарипова, В.Л. Юлдашев, Ф.А. Зарудий, А.С. Рахматуллин**
Башкирский государственный медицинский университет;
**Республиканская клиническая больница № 2, г. Уфа*

Обзор посвящен анализу результатов исследования структуры психосоматических расстройств у пациентов с сахарным диабетом 2 типа, изучению их взаимосвязей с клиническими особенностями течения СД 2 типа и личностными характеристиками больных, а также попыткам коррекции психосоматических расстройств с помощью препаратов из группы антидепрессантов. Добавление в стандартную схему терапии пациентов с СД 2 типа препаратов из группы антидепрессантов по данным ряда исследований позволяет значительно улучшить клинические показатели течения заболевания.

Ключевые слова: сахарный диабет, психосоматические расстройства, антидепрессанты.

Психосоматическое направление в медицине способствует развитию пограничной психиатрии, а междисциплинарный подход в современной медицине предполагает реальное объединение усилий интернистов и психиатров [17].

Течение психосоматического заболевания зависит от выраженности личностных девиаций пациентов, предпочтительных форм их психического реагирования в преморбиде соматической болезни, влияющих на формирование внутренней картины болезни, отношение к ней [18].

Так, В. Туркентон на основании проведенных им исследований пришел к выводу, что во всех случаях «больные страдали депрессией, скрывавшейся под маской болевой диабетической полинейропатии». С. Кватрини и соавт., в свою очередь, предполагают, что местная симпатическая дисфункция может приводить к развитию кожных шунтов и нарушать кровоток, а последующая гипоксия служит триггерным механизмом в возникновении симптомов болевой полинейропатии [6, 8, 13, 34]. Результаты многих междисциплинарных исследований свидетельствуют о существовании общих клинических проблем и продуктивности психосоматического подхода к диагностике и лечению психических расстройств [2, 17, 19, 28]. Обнаруживаются определенные аналогии при сахарном диабете (СД) и депрессии, такие как существенное увеличение веса, либо, напротив, аноректические состояния [4, 9, 12, 15]. Данные литературы о патофизиологических механизмах психосоматических расстройств неоднозначны. Одни из них рассматривают тревожно-депрессивные расстройства и расстройства личности как основу для развития психосоматических последствий [20]. Другие рассматривают пограничные психосоматические расстройства как следствие тяжелой соматической патологии, либо ее осложнений [12, 14,

25, 31, 35]. Третья группа исследований посвящена влиянию депрессии как коморбидного фактора на течение основного заболевания [3, 4, 7, 9, 22, 23, 32]. Как нейрофизиологический субстрат психофизиологического регулирования выступают структуры лимбико-гипоталамо-ретикулярного комплекса в тесном взаимодействии с фронтальной корой. В связи с этим возникает необходимость для изучения причины психосоматического расстройства первоначально исследовать особенности личности, преморбидный фон [5].

Ряд отечественных и зарубежных исследований подтверждает обратную теорию, согласно которой функциональные психосоматические нарушения являются этапом развития органической патологии. По мнению В.Д. Карвасарского, трансформации невротических расстройств внутренних органов в соответствующие «большие» психосоматические расстройства не происходит [18]. Таким образом, вопрос о взаимосвязи соматической патологии с пограничными психическими расстройствами остается открытым.

Некоторые авторы изучали нервно-психические расстройства у больных СД в рамках клинико-экспертного анализа, преимущественно с применением синдромального принципа [9, 15, 20, 24, 25]. К.В. Антонова выдвигает на первый план понятие «эндокринный психосиндром» (по Bleuler M., 1911), который по мере прогрессирования постепенно переходит в психоорганический [3, 27]. Теория «психосоматического балансирования», предложенная Н. Varuk (1929), рассматривает цикличность взаимодействия психогенных, соматогенных и личностных факторов в рамках одной нозологической формы [14, 15, 22, 26]. При депрессии отмечается изменение нейрональной пластичности [7]. В качестве одного из механизмов патогенеза изменений психического состояния в частности при СД

рассматривается нейрогликопения, а часто повторяющиеся гипогликемические состояния сопровождаются изменениями личности [15, 23]. Преморбидный тип личности играет немаловажную роль в адаптации к заболеванию, так как уже на начальных этапах заболевания личностный профиль формирует внутреннюю картину заболевания [11, 12].

М.Ю. Дробижевым предложены 3 основных гипотезы клиничко-патогенетических соотношений диабета и депрессивных состояний: метаболическая, связывающая появление коморбидных депрессий с нарушением гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой оси и нейрогликемией [29] и психосоматическая, соответствующая теории психоорганического синдрома. Согласно третьей, генетической гипотезе, коморбидность СД и депрессии детерминированы конкретными генетическими маркерами [9, 21, 30]. Ряд публикаций посвящен психосоматическим аспектам болевого синдрома при диабетической нейропатии и анализу эффективности применения различных нормотимиков и антидепрессантов для лечения у данной группы больных [34]. Основанием для них является предположение о том, что боли при диабетической нейропатии могут иметь психосоматический характер [8, 13]. Из имеющейся литературы [33, 34] также можно выявить, что некоторые авторы, рассматривая терапевтический эффект антидепрессантов, акцентируют внимание на их самостоятельном антиноцицептивном действии. Существует большое число публикаций, в которых указывается, что значительная эффективность антидепрессантов при лечении хронических болей подтверждает патогенетическую общность этих симптомов с депрессией [8].

Таким образом, несмотря на значительную распространенность коморбидных СД депрессий, выявляются они далеко не всегда. По данным М. Kovacs (2007), своевременная диагностика и адекватная психофармакотерапия развивающихся у больных СД депрессий осуществляется лишь в 37,5–50 % случаев. [4]. В периоды психологических кризов, при развитии депрессивных расстройств, декомпенсациях расстройств личности важную роль играет психофармакотерапия [15]. Использование психофармакологических препаратов создаст более благоприятный фон для проведения психотерапии, способствуя редукции сформировавшихся на фоне тревоги психопатологических синдромов. Если клиническая картина исчерпывается явлениями тревоги, препараты, дающие транквилизирующий эффект, могут оказаться достаточными, так как они способствуют устранению сдвигов, возникших в связи с активацией симпатико-адреналовой и вагоинсулярной систем. В качестве альтернативы также рассматриваются препараты из группы антидепрессантов с анксиолитическим и стимулирующим эффектом.

По данным различных авторов, наличие сопутствующей депрессии препятствует адаптации

больного, негативно влияет на комплаенс. Больные с СД 2 типа с сопутствующей депрессией пропускают прием таблетированных препаратов и чаще пропускают инъекции инсулина. При этом степень несоответствия лечебным рекомендациям коррелирует с тяжестью депрессивного расстройства. В то же время большинство медицинских рекомендаций в диабетологии требует активного участия пациента в процессе контроля и лечения своего заболевания. Характер влияния депрессивных расстройств на особенности медицинского поведения вплоть до настоящего времени остается предметом дискуссий. Так, в одних публикациях сообщается о нарушении пациентами с депрессивными состояниями терапевтических рекомендаций, что ассоциируется с плохой компенсацией углеводного обмена. В других представлены прямо противоположные данные, утверждающие, что у больных СД с сопутствующими депрессиями отмечается большая комплаентность, лучший контроль значимых метаболических параметров [4]. Сложившаяся в настоящее время практика лечения депрессий и тревожно-депрессивных расстройств в общемедицинской сети весьма далека от научно обоснованных рекомендаций, что также является серьезным препятствием для уменьшения числа депрессий среди соматических больных.

Соответственно оправданным представляется участие различных специалистов в диагностике, терапии и предупреждении депрессий [1, 10, 16].

Литература

1. Аведисова, А.С. Сравнение эффективности и переносимости антидепрессантов разных групп при легкой и умеренно выраженной депрессии / А.С. Аведисова, В.И. Бородин // Журнал неврологии и психиатрии. – 2006. – № 11. – С. 15–25.
2. Александровский, Ю.А. Психические расстройства в общемедицинской практике и их лечение / Ю.А. Александровский. – М.: ГЭОТАР-МЕД, 2004. – С. 240.
3. Антонова, К.В. Психические расстройства в клинике эндокринных заболеваний / К.В. Антонова // Русский медицинский журнал. – 2006. – № 26. – С. 1889–1905.
4. Анциферов, М.Б. Сахарный диабет и депрессивные расстройства / М.Б. Анциферов, М.Ю. Дробижев // Русский медицинский журнал. – 2003. – Т. 11, № 27. – С. 1480.
5. Березин, Ф.Б. Психологические механизмы психосоматических заболеваний / Ф.Б. Березин // Российский медицинский журнал. – 1998. – № 2. – С. 43–49.
6. Бурса, Т.Р. Критерии диагностики диабетической полинейропатии при популяционном исследовании / Т.Р. Бурса, И.А. Строков // Проблемы эндокринологии. – 2004. – Т. 50, № 1. – С. 9–12.
7. Вознесенская, Т.Г. Эмоциональный стресс и профилактика его последствий / Т.Г. Вознесен-

ская // *Русский медицинский журнал*. – 2006. – Т. 14, № 9. – С. 694–697.

8. Галстян, Г.Р. Боль при диабетической полинейропатии – психосоматические аспекты / Г.Р. Галстян, М.Ю. Дробижев // *Проблемы эндокринологии*. – 2007. – Т. 53, № 6. – С. 43–47.

9. Дробижев, М.Ю. Отношение к лечению у больных сахарным диабетом. Влияние сопутствующих депрессивных и тревожно-фобических расстройств / М.Ю. Дробижев // *Проблемы эндокринологии*. – 2002. – Т. 48, № 5. – С. 37–39.

10. Дробижев, М.Ю. Низкая приверженность лечению антидепрессантами вне специализированной психиатрической сети (причины формирования и способы преодоления) / М.Ю. Дробижев // *Психиатрия и психофармакотерапия*. – 2006. – № 5. – С. 34–40.

11. Елфимова, Е.В. Пограничные психические расстройства при сахарном диабете / Е.В. Елфимова // *Врач*. – 2006. – № 14. – С. 13–14.

12. Елфимова, Е.В. Психические расстройства при сахарном диабете. Технология лечебно-диагностического процесса: автореф. дис. ... д-ра мед. наук / Е.В. Елфимова. – М., 2005. – С. 34–35.

13. Захарчук, Т.А. Депрессивные состояния у больных сахарным диабетом: автореф. дис. ... канд. мед. наук / Т.А. Захарчук. – М., 2007. – С. 127–134.

14. Коркина, М.В. Психические нарушения при соматических заболеваниях: руководство по психиатрии / М.В. Коркина, В.Л. Иванов; под ред. Г.В. Морозова. – М.: Медицина, 1988. – С. 122.

15. Коркина, М.В. Психогенно-соматогенные взаимоотношения при сахарном диабете / М.В. Коркина, Е.В. Елфимова // *Журнал неврологии и психиатрии*. – 2004. – № 11. – С. 25–27.

16. Краснов, В.Н. Психиатрические расстройства в общей медицинской практике / В.Н. Краснов // *Русский медицинский журнал*. – 2006. – Т. 9, № 25. – С. 1187–1902.

17. Маколкин, В.И. Актуальные проблемы междисциплинарного сотрудничества при лечении психосоматических расстройств / В.И. Маколкин, Л.В. Ромасенко // *Терапевтический архив*. – 2003. – № 12. – С. 5.

18. Марилов, В.В. Переход функционального расстройства в органический психосоматоз / В.В. Марилов // *Журнал неврологии и психиатрии*. – 2006. – № 1. – С. 21–23.

19. Ромасенко, Л.В. Депрессивные расстройства в общей медицине / Л.В. Ромасенко // *Терапевтический архив*. – 2006. – № 10. – С. 5–8.

20. Сидоров, П.И. Внутренняя картина болезни при сахарном диабете и ее зависимость от психодинамических особенностей нервной системы / П.И. Сидоров, А.Г. Соловьев // *Проблемы эндокринологии*. – 2006. – Т. 52, № 3. – С. 3–6.

21. Суркова, Е.В. Сахарный диабет и сопутствующие депрессии / Е.В. Суркова, М.Ю. Дробижев, О.Г. Мельникова // *Проблемы эндокринологии*. – 2003. – Т. 49, № 6. – С. 11–16.

22. Строков, И.А. Терапевтическая коррекция диабетической полинейропатии и энцефалопатии актовегином / И.А. Строков, Ф.Э. Моргоева // *Русский медицинский журнал*. – Т. 14, № 9. – С. 698–703.

23. Старостина, Е.Г. Генерализованное тревожное расстройство и симптомы тревоги в общемедицинской практике / Е.Г. Старостина // *Русский медицинский журнал*. – 2004. – Т. 12, № 22. – С. 1277–1280.

24. Целина, М.Э. Характеристика пограничных нервно-психических расстройств непсихотического регистра при эндокринной патологии (клинико-экспертный анализ) / М.Э. Целина // *Медико-социальная экспертиза и реабилитация*. – 2001. – № 1. – С. 21–24.

25. Целина, М.Э. Основные синдромы в клинической картине нервно-психических расстройств при сахарном диабете / М.Э. Целина // *Медико-социальная экспертиза и реабилитация*. – 2001. – № 3. – С. 16–18.

26. Bleuler, E. *Dementia praecox oder Gruppe der Schizophrenien* / E. Bleuler // *Ibid.* – 1997. – Vol. 20. – P. 176–178.

27. Grigsby, A.B. Prevalence of anxiety in adults with diabetes: a systematic review / A.B. Grigsby, R.J. Anderson // *Journal of psychosomatic Res.* – 2002. – Vol. 53. – P. 1053–1060.

28. Hall, R.S. Anxiety and endocrine disease / R.S. Hall // *Semin. Clin. Neuropsychiatry*. – 1999. – Vol. 4. – P. 72–83.

29. Kessler, R.S. Patterns and correlates of generalized anxiety disorder in community samples / R.S. Kessler, H.U. Wittchen // *Journal of clinical psychiatry*. – 2002. – Vol. 63. – P. 4–10.

30. Lustman, P.J. Psychiatric illness and diabetes mellitus: relationship to symptoms and glucose control / P.J. Lustman, L.S. Griffith, R.E. Close // *Journal of neural and mental diseases*. – 1986. – Vol. 174. – P. 735–742.

31. Lustman, P.J. Depression and poor glycemic control: a meta-analytic review of the literature / P.J. Lustman, R.J. Anderson, K.E. Freedland // *Diabetes care*. – 2000. – Vol. 23(7). – P. 934–942.

32. Peyrot, M. Persistence of depressive symptoms in diabetic adults / M. Peyrot, R.R. Rubin // *Diabetes Care*. – 1999. – Vol. 22. – P. 448–452.

33. Reynaert, C. Locus of control and metabolic control / C. Reynaert, P. Janne, J. Donckier // *Diabetes Metab.* – 1995. – Vol. 180. – P. 7–19.

34. Simon, J. Somatic symptoms and psychiatric disorder: an international primary care study / J. Simon, Y. Lecrubier, T. Ustun // *Review of contemporary pharmacotherapy*. – 1996. – Vol. 7. – P. 279–285.

35. Van Tilburg, M.A. Depressed mood is a factor in glycemic control in type 1 diabetes / M.A. Van Tilburg, C.C. Mc. Castill, J.D. Lane // *Psychosom Med.* – 2001. – Vol. 63(4). – P. 551–555.

Поступила в редакцию 15 ноября 2010 г.