

На правах рукописи

Карачёва Юлия Викторовна

**РАССТРОЙСТВА ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНОГО СПЕКТРА У БОЛЬНЫХ
САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ ВТОРОГО ТИПА (ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКАЯ
ОЦЕНКА, ДИНАМИКА, ПСИХОСОМАТИЧЕСКИЕ СООТНОШЕНИЯ)**

3.1.17. Психиатрия и наркология

Автореферат

диссертации на соискание ученой степени

кандидата медицинских наук

Москва – 2024

Работа выполнена в Федеральном государственном бюджетном учреждении «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии имени В.П. Сербского» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Научный руководитель:

доктор медицинских наук, профессор Бобров Алексей Евгеньевич

Официальные оппоненты:

доктор медицинских наук, профессор

доктор медицинских наук, профессор

Ведущая организация:

Защита состоится _____ 20 года в _____ часов на заседании диссертационного совета Д 208.024.01 в ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.П. Сербского» Минздрава России по адресу: 119034, г. Москва, Кропоткинский пер., 23.

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.П. Сербского» Минздрава России: 119034, г. Москва, Кропоткинский пер., 23.

Автореферат разослан _____ 2024 года.

Учёный секретарь диссертационного совета

доктор медицинских наук Гиленко Мария Владимировна

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Актуальность исследования

Сахарный диабет 2 типа (СД2) – хроническое, широко распространенное заболевание, имеющее прогрессирующее течение с высоким риском развития острых и поздних осложнений и являющееся седьмой по значимости причиной инвалидности в мире (Дедов И.И. с соавт., 2021).

Наряду с качеством оказания медицинской помощи, важную роль в лечении играет комплаентность больных, на которую влияют особенности личности больных (Старостина Е.Г., 2003; Geerling R. et al., 2022; Milicevic R. et al., 2015; Esmaeilinasab M. et al., 2016).

У больных СД2 наблюдается повышенная частота психических расстройств, среди которых выделяются аффективные, тревожные (Коркина М.В., Елфимова Е.В., 1997; Sharma K. et al., 2021; Sartorius N., 2018). Большое значение в их развитии придается сопутствующим психотравмирующим событиям, вынужденным изменениям образа жизни, ятрогениям, сосудистой патологии и генетическим факторам (Akhaury K., Chaware S., 2022; Lloyd K. et al., 2020; Lloyd K., Smith J., Weinger K., 2005).

Данные о распространенности психических расстройств при СД2 противоречивы: по некоторым международным источникам она колеблется от 8,5 % до 44,7 % (Chaudhury A. et al., 2017), в России эти показатели могут составлять 87,9 % (Старостина Е.Г. и др., 2014).

Распространённость депрессии среди пациентов с СД2, по разным источникам, варьирует от 8 % до 84 % (Cárdenas L. et al., 2022; Kant R. et al., 2021; Naskar S. et al., 2017; Sharif S. et al., 2019).

Распространенность патологической тревоги при СД2 колеблется от 14 до 40 % (Grigsby A. et al., 2002), что превышает ее общепопуляционную распространенность в 6-7 раз (Lustman P. et al., 1995; Kostic N. et al., 2000; Bickett A. et al., 2016).

Наличие психического расстройства может оказывать негативное влияние на уровень контроля сахара крови пациентами (Golnaz A. et al., 2020; Nascimento E. et al., 2014), на риск возникновения осложнений, а также снижать качество жизни и общий уровень психосоциальной активности (Ishizawa K. et al., 2016; Bădescu S. et al., 2016; Bayani M. et al., 2022).

Учитывая противоречивость имеющихся сведений о частоте и структуре психических расстройств, неясность их взаимосвязи с исходами терапии диабета, а также с психосоциальными трудностями и качеством жизни этих больных, проблема тревожно-депрессивных расстройств у больных СД2 является актуальной и недостаточно изученной.

Цель исследования

Определить частоту, а также описать клинические проявления и динамику расстройств тревожно-депрессивного спектра у амбулаторных больных СД2, изучить их взаимосвязь с особенностями личности и соматическими осложнениями СД2.

Задачи исследования

1. Определить частоту расстройств тревожно-депрессивного спектра у амбулаторных больных СД2, обращающихся в учреждения первичного звена здравоохранения, при помощи клинико-психопатологических и психодиагностических методов.
2. Определить нозографическую структуру расстройств тревожно-депрессивного спектра, имеющих у больных СД2.
3. Проанализировать взаимосвязь психических расстройств при СД2 с соматическим состоянием пациентов и выраженностью имеющих у них психосоциальных затруднений.
4. Выделить основные особенности личности больных СД2 и проанализировать их взаимосвязь с соматическим состоянием.

5. Оценить динамику тревожно-депрессивных расстройств у больных СД2 на протяжении одного года, а также оценить их взаимосвязь со способностью пациентов контролировать уровень гликемии.

Научная новизна исследования

Впервые дана оценка медицинской значимости расстройств тревожно-депрессивного спектра, возникающих у больных СД2, которая включает определение частоты и структуры этих расстройств, их взаимосвязь с осложнениями СД2 и сопутствующими заболеваниями, а также с тяжестью психосоциальных затруднений. Впервые продемонстрирован неслучайный характер возникновения таких соматических осложнений как ишемическая болезнь сердца с рекуррентным депрессивным расстройством, дистимией и генерализованным тревожным расстройством, нейропатии – с депрессивным эпизодом и рекуррентным депрессивным расстройством, а нефропатии – с паническим расстройством. Впервые показана взаимосвязь между социальной фобией и нарушениями контроля гликемии. Впервые изучены динамические характеристики психосоматических соотношений при СД2. Впервые выявлены особенности личности больных СД2, связанные с тяжестью диабета и контролем гликемии. Показана диагностическая чувствительность ряда психометрических параметров личностных опросников к изменению соматического состояния больных СД2, а также возникновению у них психических и соматических расстройств. Выдвинута гипотеза о том, что личностные особенности больных СД2 могут оказывать влияние на выявление у них соматических осложнений врачами общего профиля.

Практическая и теоретическая значимость работы

Теоретическая и практическая значимость работы заключается в том, что показана высокая распространенность психических расстройств тревожно-депрессивного спектра у амбулаторных больных СД2, что определяет большую потребность больных этой категории в оказании психиатрической помощи, особенно в условиях первичного звена здравоохранения. На целесообразность разработки

системы психолого-психиатрического сопровождения пациентов с СД2 указывает то, что психические расстройства при СД2 достаточно устойчивы, они влияют на выраженность психосоциальных проблем и качество жизни пациентов. Показано, что такие диагнозы врачей соматического профиля как ишемическая болезнь сердца, нейропатии, ретинопатия и нефропатии особенно часто сочетаются с психическими расстройствами тревожно-депрессивного спектра и должны являться показаниями для направления к психиатру или на психодиагностическое обследование. Практическая значимость работы также определяется тем, что в ней были предложены психодиагностические параметры и возможные психотерапевтические «мишени» для оценки состояния больных сахарным диабетом 2 типа в процессе их психолого-психиатрического сопровождения.

Положения, выносимые на защиту:

1. Расстройства тревожно-депрессивного спектра с высокой частотой отмечаются у амбулаторных больных СД2, при этом в их структуре большой удельный вес занимает депрессивный эпизод, рекуррентная депрессия, дистимия, генерализованное тревожное расстройство, социальная фобия и посттравматическое стрессовое расстройство. Эти состояния в значительной степени связаны с доминирующей в клинической картине СД2 астенической симптоматикой, а также антивитальными тенденциями и нарушениями комплаенса.

2. Диагностика тревожно-депрессивных состояний в условиях учреждений первичной медицинской помощи должна проводиться поэтапно: вначале с использованием скрининговых психодиагностических инструментов, а затем – с участием психиатров или психотерапевтов, целесообразным является также использование психодиагностических личностных опросников.

3. У больных СД2, страдающих психическими расстройствами, выраженность психосоциальных затруднений, согласно опросникам WHO-5 и PAID, существенно возрастает, что приводит к снижению качества их жизни, связанного с состоянием здоровья.

4. Между психическими и соматическими расстройствами, а также осложнениями СД2 существуют взаимосвязи, которые могут отражать различные паттерны мультиморбидности.

5. Личностные особенности пациентов оказывают существенное влияние на их способность контролировать гликемию и взаимосвязаны с характером соматических осложнений СД2, а также возникновением психических расстройств.

6. Психопатологические состояния при СД2 достаточно устойчивы, что требует повышенного внимания к этой категории пациентов со стороны эндокринологов.

Степень достоверности и апробация результатов

Достоверность полученных результатов обеспечивается достаточным объемом выборки, применением соответствующих цели и задачам методов исследования, а также адекватной статистической обработкой данных. По материалам исследования опубликовано 6 печатных работ, среди которых 4 статей – в изданиях, рецензируемых ВАК. Результаты доложены на XVII-м Съезде психиатров России (г. Санкт-Петербург, май 2021 г.), а также на проблемном совете в рамках первого сообщения (26 января 2022 г.). Диссертация апробирована на проблемном совете ФГБУ «ФМИЦ ПН им. В.П. Сербского» Минздрава России 25 декабря 2023 года.

Личное участие автора

Лично диссертантом обследовано 110 больных (проводилась диагностика, клиническая квалификация состояния пациентов и изучение динамики имевшихся у них психопатологических расстройств, проведены все психодиагностические обследования); сформирована база данных; производился статистический анализ собранных данных, описаны результаты исследования и написан текст диссертации

Структура и объём диссертации

Диссертационное исследование изложено на 147 страницах текста, состоит из введения, обзора литературы, описания материалов и методов, трех глав по описанию собственного исследования, заключения, выводов, практических рекомендаций,

списка используемых сокращений и условных обозначений и списка литературы. Список литературы включает 196 источников (из них отечественных – 19, зарубежных – 177). Диссертация содержит 12 рисунков и 23 таблицы.

Материалы и методология исследования

Исследование проводилось на базе отделения терапевтической эндокринологии ГБУЗ МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского, консультативно-диагностического отделения поликлиники ГБУЗ №121 Москвы и ГБУЗ «Эндокринологический диспансер ДЗМ». Были включены 200 амбулаторных больных СД2, которые обратились в учреждения первичной медицинской сети к эндокринологу и согласились пройти психиатрическое обследование (153 женщины и 47 мужчин, средний возраст $57,4 \pm 7,4$ года, диапазон от 21 года до 65 лет). Длительность СД2 составляла не менее 12 месяцев (в среднем $8,9 \pm 6,2$ года). 61,5 % пациентов, включенных в исследование, страдали СД2 более 5 лет и 35,0 % – более 10 лет. Все пациенты получали фармакотерапию в связи с СД2. 44,5 % принимали только пероральные препараты, 28 % получали как пероральные, так и инъекционные препараты инсулина, 27,5 % лечились только препаратами инсулина. Треть (33,5 %) пациентов не состояла в браке; 57,5 % имели высшее образование, 1,5 % пациентов не имели постоянного дохода. Диагностика СД2 проводилась врачами-эндокринологами в соответствии с критериями ВОЗ. Каждым пациентом, участвовавшим в исследовании, заполнялась форма информированного согласия, утвержденная на заседании этического комитета от 14.09.2020 (Протокол N 31/5).

Критериями исключения явились терминальные стадии осложнения СД2, тяжелые сопутствующие соматические заболевания в стадии декомпенсации, шизофрения, деменция, болезнь Паркинсона, эпилепсия, другие неврологические заболевания, зависимость от алкоголя и психоактивных веществ, беременность, длительность СД2 менее 12 мес, отсутствие подписанного согласия на прохождение психиатрического обследования.

Оценка психического состояния всех обследованных больных производилась при помощи нейропсихиатрического опросника MINI-6. Исключением являлся только диагноз дистимии, который выставлялся по MINI-5. Это было связано с отсутствием указанного модуля в MINI-6. Кроме того, использовался ряд других психометрических шкал и опросников: 17-пунктная Шкалы депрессии Гамильтона (HDRS), Опросник здоровья пациента-9 (Patient Health Questionnaire, PHQ-9), Шкала проблемных областей диабета (Problem Areas in Diabetes Scale, PAID), Индекс благополучия ВОЗ (WHO-5), тест Методика многостороннего исследования личности (ММИЛ), 16-факторный личностный опросник (16ФЛО).

Статистический анализ осуществлялся при помощи пакета компьютерных программ Statistica for Windows 10.0. Статистическая обработка материалов производилась с использованием методов описательной, вариационной статистики с проверкой нормальности распределения и оценкой достоверности различий при помощи параметрических и непараметрических критериев, метода Стьюдента, уравнения регрессии. Для исследования взаимосвязей и влияния одних переменных на другие использовались корреляционный, факторный и дисперсионный анализ. За уровень статистической значимости принимали $p < 0,05$.

Дизайн исследования

Отбор пациентов производился на основании критериев включения и исключения из числа лиц, состоявших на диспансерном учете по СД2 и обращавшихся за помощью к эндокринологу амбулаторно. Пациенты были обследованы психиатрами и эндокринологами дважды: на первом этапе исследования и на втором (через 1 год после первого этапа). С помощью клинического нейропсихиатрического опросника была проведена диагностика на наличие психических расстройств тревожно-депрессивного спектра, определена их частота и клинические особенности. При этом лабораторные данные, наличие соматических сопутствующих заболеваний и осложнений СД2, а также результаты психометрических показателей у пациентов, страдающих диагностированными психическими расстройствами, сравнивались с

данными больных СД2 без установленной психопатологии. Дополнительно была выделена подгруппа лиц только с тревожными расстройствами без сопутствующей депрессии и проведены сравнения данных этой подгруппы с данными пациентов с СД2 с сочетанием тревожных и депрессивных расстройств, а также с больными без выявленных психических расстройств. Данные пациентов на первом этапе исследования сравнивались с данными на втором этапе. Качество контроля гликемии определялось по уровню HbA1c, целевым значением которого у пациентов с СД2 принято считать $\leq 7,5$ % (Дедов И.И. с соавт., 2011).

Помимо этого, были изучены особенности личности больных СД2 и выявлены их взаимосвязи с психическими расстройствами, соматическим состоянием, а также со способностью к контролю гликемии и возможная взаимосвязь этих особенностей с лабораторными данными и соматическим состоянием больных.

ОСНОВНОЕ СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ

При обследовании 200 пациентов с СД2 с использованием критериев MINI-6 (за исключением дистимии, которая была диагностирована с использованием MINI-5) у 93 человек (46,5 %) были выявлены текущие психические расстройства, у 117 (58,5 %) пациентов психические расстройства были выявлены в анамнезе (таблица 1). У 107 больных СД2 (53,5 %) психических расстройств в настоящее время выявлено не было. Среди выявленных психических расстройств наиболее распространенными были депрессивные расстройства (34 пациента, то есть 17,0 % от общего количества обследованных), включая рекуррентное депрессивное расстройство (11,0 %), дистимию (13,0 %), первичный депрессивный эпизод (3,0 %) и депрессивный эпизод в рамках БАРП (3,0 %). Специфика депрессий при СД2 заключается в следующих наиболее типичных проявлениях: физическая и психическая анергия, нарушения качества сна, астения, а также соматоформные симптомы. В то время как пониженное настроение, потеря интересов и удовольствия (ангедония) отмечаются у всех больных СД2 с депрессией, однако являются менее выраженными и сложно диагностируемыми, ввиду низкого критического отношения к состоянию и

алекситимии. При сопутствующих депрессии тревожных расстройствах превалировал тревожно-депрессивный синдром, когда наряду с анергией и снижением настроения явно выражены симптомы тревоги, как психические, так и соматические: чувство беспокойства в отношении будущего, нервозность, учащенное сердцебиение, головокружение, потливость, головные боли и желудочно-кишечные расстройства, нарушения сна, некоторые больные предъявляли жалобы на утрату интересов и снижение аппетита. У 11 из 93 пациентов возникали антивитальные переживания и пассивные суицидальные мысли, не доходившие до планирования суицида, но проявляющиеся размышлениями о бессмысленности существования или даже желанием, чтобы жизнь закончилась.

65 пациентов (32,5 %) из обследованных страдали текущими стрессовыми и тревожными расстройствами, которые в 30 случаях (15,0 %) сочетались с текущим депрессивным расстройством. Наиболее распространенным явилось генерализованное тревожное расстройство – 37 пациентов (18,5 %). У 28 больных (14,0 %) была выявлена агорафобия, а паническое расстройство – у 20 пациентов (10,0 %). Социальная фобия диагностирована у 10,5 % пациентов (21 чел.) 5 больным СД2 (2,5 %) был поставлен диагноз ОКР. Посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР) выявлено у 15 пациентов (7,5 %). РПП обнаружилось лишь у 3 (1,5 %) пациентов.

Таблица 1 – Диагнозы ПР у пациентов с СД2

Диагностические категории	N	%
Отсутствие психических расстройств	107	53,5
Наличие психического расстройства	93	46,5
Депрессивный эпизод (вне рамок рекуррентного депрессивного расстройства)	6	3,0
Рекуррентное депрессивное расстройство	22	11,0

Продолжение таблицы 1

Гипоманиакальный эпизод	0	0,0
Депрессивный эпизод в рамках Биполярного аффективного расстройства II типа	6	3,0
Дистимия	26	13,0
Генерализованное тревожное расстройство	37	18,5
Паническое расстройство	20	10,0
Агорафобия	28	14
Социальная фобия	21	10,5
Посттравматическое стрессовое расстройство	15	7,5
Обсессивно-компульсивное расстройство	5	2,5
Нервная анорексия	2	1,0
Булимия	1	0,5
Всего	200	100,0

Обозначения: N – количество пациентов в диагностической подгруппе; % – доля пациентов с соответствующим диагнозом.

Психическое состояние пациентов оценивалось с использованием психометрических шкал и опросников (HDRS, PHQ-9, PAID, WHO-5). Для пациентов с различными психиатрическими диагнозами проводилось сравнение результатов с данными обследования пациентов с СД2, у которых не было выявлено психических расстройств.

Таблица 2 – Результаты психометрической оценки состояния пациентов с СД2 в подгруппах с сопутствующими психиатрическими диагнозами и без таковых

Шкалы		HDRS	PHQ-9	WHO-5	PAID
Группы Пациентов					
Депрессивный эпизод N=6	Me [Q ₃ -Q ₁]	16,5 [12,0-19,0]	13,0 [12,0-23,0]	5,0 [4,0-10,0]	23,5 [19,0-26,0]
	P	0,0000	0,0001	0,0003	0,0151
Рекуррентное депрессивное расстройство N=22	Me [Q ₃ -Q ₁]	18,5 [15,0-21,0]	12,0 [9,0-16,0]	6,0 [2,0-8,0]	27,5 [14,0-39,0]
	P	0,0000	0,0000	0,0000	0,0001
Депрессия при БАР II типа N=6	Me [Q ₃ -Q ₁]	25,0 [17,0-29,0]	10,0 [2,0-25,0]	6,0 [4,0-12,0]	24,0 [14,0-38,0]
	P	0,0003	0,0956	0,0000	0,0048
Дистимия N=26	Me [Q ₃ -Q ₁]	16,5 [13,0-21,0]	9,0 [6,0-13,0]	9,0 [6,0-13,0]	26,0 [19,0-38,0]
	P	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000
Паническое расстройство N=20	Me [Q ₃ -Q ₁]	17,5 [5,5-24,5]	8,0 [4,5-14,0]	8,5 [4,5-13,0]	20,5 [9,5-39,5]
	P	0,0000	0,0009	0,0000	0,0274
Агорафобия N=28	Me [Q ₃ -Q ₁]	15,5 [5,0-21,5]	6,0 [2,0-10,5]	13,0 [6,5-16,5]	25,0 [12,0-38,0]
	P	0,0000	0,0370	0,0072	0,0013
Социальная фобия N=21	Me [Q ₃ -Q ₁]	16,0 [13,0-21,0]	7,0 [6,0-10,0]	11,0 [6,0-15,0]	21,0 [14,0-38,0]
	P	0,0000	0,0011	0,0014	0,0001
Посттравматическое стрессовое расстройство N=15	Me [Q ₃ -Q ₁]	13,0 [5,0-23,0]	7,0 [2,0-11,0]	10,0 [3,0-17,0]	21,0 [16,0-38,0]
	P	0,0001	0,0734	0,0207	0,0031
ГТР N=37	Me [Q ₃ -Q ₁]	13,0 [10,0-19,0]	7,0 [4,0-11,0]	13,0 [6,0-15,0]	21,0 [12,0-32,0]
	P	0,0000	0,0000	0,0002	0,0002
Все психические расстройства N=93	Me [Q ₃ -Q ₁]	14,0 [9,0-19,0]	8,0 [5,0-12,0]	11,0 [6,0-15,0]	21,0 [12,0-32,0]
	P	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000
Без психических расстройств N=107	Me [Q ₃ -Q ₁]	5,0 [3,0-8,0]	4,0 [2,0-6,0]	15,0 [13,0-19,0]	9,0 [4,0-19,0]

Примечания: N – количество пациентов в соответствующей подгруппе; P – статистическая значимость (по U-критерия Манна-Уитни) различий между подгруппами больных СД2 с текущими в настоящее время психиатрическими диагнозами и пациентами без текущих ПР; Me [Q₃-Q₁] – медианные значения и межквартильный размах.

Полученные данные свидетельствуют о том, что пациенты с СД2 и сопутствующими психическими расстройствами, включая депрессивные расстройства и тревожные расстройства, имеют значительно более высокий уровень психосоциальных проблем, чем пациенты без таких диагнозов (таблица 2). Эти психические расстройства существенно влияют на пациентов и их качество жизни, исходя из результатов применения опросников PAID и WHO-5.

У пациентов с депрессивными расстройствами уровень депрессивных симптомов оценивался как более высокий по шкалам HDRS и PHQ-9. В частности, наиболее высокие баллы по HDRS были у пациентов с депрессией при БАР II (25,0) и рекуррентной депрессией (18,5), а также у пациентов с паническим расстройством (17,5). Шкала PAID, оценивающая дистресс, связанный с диабетом, показала самые высокие баллы у пациентов с депрессивными расстройствами.

Самые низкие баллы по шкале WHO-5, которая оценивает благополучие и качество жизни, были получены у пациентов с аффективными расстройствами, особенно в сочетании с тревожными. То есть, уровень благополучия и качество жизни значительно снижаются у пациентов с диагностированными психическими расстройствами, особенно при их сочетании.

В дополнение к оценке пациентов с СД2 с психическими расстройствами и без таковых были выделены группы больных с наличием только тревожных расстройств без депрессии. При сравнении пациентов с «чистыми» тревожными расстройствами и с сочетанием депрессивного и тревожного значимо худшие результаты в психометрических параметрах выявлены у больных СД2 второй подгруппы. Это свидетельствует о том, что наличие депрессии значительно ухудшает психическое состояние и качество жизни пациентов.

Поскольку результаты тестов HDRS, PHQ-9 и WHO-5 различались в зависимости от наличия или отсутствия депрессивных расстройств, они были использованы для оценки выраженности депрессии. При этом было выявлено, что уровень выраженности депрессивной симптоматики коррелировал с уровнем HbA1c.

При этом балл депрессии по шкале HDRS в случаях с уровнем HbA1c > 7,5 % был выше, чем в случаях с уровнем HbA1c ≤ 7,5 % (p = 0,049, ANOVA).

При сравнении пациентов в зависимости от качества контроля гликемии результаты показали, что пациенты с худшим контролем гликемии (HbA1c через год вырос на ≥ 0,5 %) имели более выраженную депрессивную симптоматику, особенно с использованием HDRS и PHQ-9. Также было выявлено, что пациенты, у которых в будущем обнаружилось ухудшение контроля гликемии, имели менее благоприятные исходные результаты психометрических тестов на первом этапе исследования.

При изучении медианных значений HbA1c, общего холестерина, триглицеридов, индекса массы тела (ИМТ) и артериального давления (АД) у пациентов с СД2 и диагностированными психическими расстройствами оказалось, что у пациентов с социальной фобией (9,1 [7,3-11,2] %) и дистимией (8,7 [7,2-11,1] %) наблюдается значительное повышение уровня HbA1c по сравнению с пациентами без психических расстройств (p = 0,0289 и p = 0,0963 соответственно). В группе пациентов с диагностированной дистимией замечена тенденция к повышению АД, как систолического, так и диастолического (140 [130,0-160,0]/87,5 [80,0-90,0] мм рт. ст.). Среди больных агорафобией отмечается тенденция к снижению систолического АД по сравнению с пациентами без психических расстройств (127,5 [120,0-140,0] мм рт. ст.).

Результаты оценки уровней гемодинамических и метаболических нарушений у пациентов с диагностированными тревожными расстройствами без сопутствующей депрессии показали, что у 16 пациентов с "чистой" социальной фобией отмечается статистически значимо более высокий уровень HbA1c по сравнению с пациентами без психических расстройств с медианным значением 9,8 % [7,4-12,5] (P = 0,0199). У 20 пациентов, страдающих агорафобией без депрессивного расстройства, наблюдалось снижение среднего уровня систолического АД до 120 [120,0-135,0] мм рт. ст. (P = 0,0107) и ИМТ до 28,6 [25,6-34,5] (P = 0,0474).

Для анализа ассоциации между психическими и соматическими нарушениями у пациентов с СД2, было изучено соотношение между психиатрическими диагнозами и соматическими осложнениями, и проведено сравнение с пациентами без диагностированных психических расстройств.

Результаты анализа выявили несколько значимых тенденций, указывающих на изменения в соматических параметрах при различных психопатологических состояниях. У пациентов с СД2, страдающих ГТР (17 из 37 чел.), рекуррентным депрессивным расстройством (11 из 22 чел.) и дистимией (12 из 26 чел.), было замечено статистически значимое увеличение частоты ИБС (уровень статистической значимости $p = 0,0183$, $p = 0,0373$ и $p = 0,0356$ соответственно). Также наблюдалось частое сочетание рекуррентного депрессивного расстройства и первичного депрессивного эпизода с периферическими полинейропатиями.

Отдельно следует отметить, что наличие нефропатии было более характерно для пациентов с паническим расстройством (у 8 из 20 чел., $p = 0,0367$), в то время как социальная фобия ассоциировалась с более низкой частотой нефропатии (у 8 из 21 чел., $p = 0,0747$). У больных социальной фобией отсутствовало поражение периферических сосудов (0 из 21 чел., $p = 0,0721$).

В работе проводилась оценка динамики расстройств тревожно-депрессивного спектра у пациентов с СД2 через год после их выявления с учётом особенностей личности, социально-демографических факторов и соматических осложнений СД2. Для этого через год после первого этапа обследования изучалась группа пациентов, которым был поставлен диагноз депрессивного или тревожного расстройства, или у которых значения теста РНQ-9 были ≥ 7 . По результатам повторного обследования было выявлено, что ни один из этих пациентов не получал адекватного лечения психического расстройства, а также установлено, что психические расстройства были устойчивыми и сохранялись у большинства пациентов. Количество пациентов с психическими расстройствами в течение этого периода оставалось стабильным и составляло 76,7 %. Хотя общее количество психиатрических диагнозов возросло с 30

до 36, количество диагнозов депрессии оставалось неизменным, за исключением трех случаев, где диагноз депрессивного эпизода был изменен на большое депрессивное расстройство (БДР). Тревожные расстройства также оставались стабильно распространенными, среди них выделялось генерализованное тревожное расстройство (ГТР), количество диагнозов которого заметно увеличилось с (26,7 % до 43,3 %).

Дальнейший анализ показал снижение уровня HbA1c и улучшение результатов тестов по депрессии (PHQ-9) и проблемам, связанным с диабетом (PAID) на втором этапе исследования. Однако, несмотря на это, качество жизни пациентов оставалось низким.

При анализе изменений психометрических параметров у пациентов с СД2 в зависимости от изменений уровня HbA1c в течение года больные были разделены на три группы: декомпенсированные (HbA1c > 7,5 %), пациенты с повышением HbA1c на $\geq 0,5$ % и пациенты с понижением HbA1c на $\geq 0,5$ %.

У пациентов с исходно декомпенсированным СД2 значимое снижение HbA1c на втором этапе исследования сопровождалось улучшением психометрических показателей по шкалам HDRS, PHQ-9 и PAID. Однако качество жизни пациентов при этом значительно не улучшалось.

У пациентов с повышением HbA1c на $\geq 0,5$ % были выявлены значимые увеличения показателей депрессии (HDRS, PHQ-9), дистресса связанного с диабетом (PAID), указывая на взаимосвязь низкого контроля гликемии и ухудшения психического состояния больных. При это значимо снижались результаты опросника, отражающего качество жизни пациентов.

Дополнительный двухфакторный дисперсионный анализ показал, что уровень HbA1c достоверно снижается у пациентов ко второму этапу исследования. Однако пациенты с психическими расстройствами имеют более высокий уровень HbA1c, и улучшение психического состояния на катамнестическом этапе не компенсирует это

различие. То есть определена зависимость HbA1c от этапа исследования и от наличия психических расстройств, но не от взаимодействия этих факторов (таблица 3).

Таблица 3 – Зависимость уровня HbA1c от этапа и наличия психических расстройств

	Сум.кв.д. эффекта	Ст.св. эффекта	Ср.кв.д. эффекта	F	P
Intercept*	74,46739	1	74,46739	32144,77	0,000000
Этап	0,30117	1	0,30117	130,00	0,000000
Наличие ПР (0- нет ПР; 1 -есть ПР)	0,01035	1	0,01035	4,47	0,038557
Этап*Наличие ПР (0 - нет ПР; 1 - есть ПР)	0,00000	1	0,00000	0,00	0,972177
Ошибка модели	0,14363	62	0,00232		

Примечания: Intercept*-свободный член, поправочный коэффициент, который вычисляет точку пересечения линии с осью Y, используя метод линейной регрессии. Сум.кв.д. эффекта - сумма квадратов отклонений между группами; Ср.кв.д. эффекта - среднеквадратическое отклонение между группами, Ст.св. эффекта - число степеней свободы между группами; F - F-статистика, p - уровень значимости. Значимым является различие при $p < 0,05$.

В данном исследовании были выявлены взаимосвязи между уровнем HbA1c, психическими расстройствами и соматическими осложнениями у пациентов с СД2.

Пациенты с депрессивными расстройствами, такими как депрессивный эпизод, рекуррентная депрессия, дистимия и депрессия в рамках БАПИ, имеют более высокий уровень HbA1c, который снижается медленнее по сравнению с пациентами без психических расстройств.

В ходе исследования было установлено, что психометрические тесты HDRS, PHQ-9 и WHO-5 чётко дифференцировали подгруппы пациентов, страдающих или не страдающих депрессивными расстройствами. Однако шкала PAID не обладала дифференцирующей способностью в этом отношении.

В рамках данного исследования было проведено обследование 155 пациентов с сахарным диабетом типа 2 (СД2) с использованием методов ММИЛ и 16ЛФ. Полученные данные позволили определить средний профиль личности для всей группы больных и для подгрупп пациентов с разным уровнем контроля гликемии.

Общий профиль личности пациентов не выходил за границы психосоциальной адаптации, хотя некоторые показатели приближались к ней. При анализе индивидуальных показателей ММИЛ у 108 (65,5 %) пациентов были выявлены признаки нарушения социальной адаптации. При уровне HbA1c у пациентов с СД2 выше целевого значения в 7,5 %, наблюдается снижение социальной включенности, а другие характеристики личности остаются довольно стабильными. Но при значительном снижении уровня контроля гликемии, когда HbA1c, достигает 10,0 % и более, отмечалась очевидная связь с результатами теста ММИЛ. У данной подгруппы происходят серьезные изменения по показателям опросника ММИЛ: возрастает склонность к поиску помощи, снижается соблюдение медицинских рекомендаций, проявляются тревожно-депрессивные симптомы, и сильнее снижается социальная активность.

Усредненный профиль 16ФЛЮ (таблица 4) для пациентов с СД2 показал, что они склонны к отождествлению себя с социальными нормами, предпочитают вежливое и тщательно обдуманное поведение, а также проявляют повышенный уровень самоконтроля. Исследование также показало, что результаты теста 16ЛФ различаются между пациентами с компенсированным СД2 и теми, у кого контроль гликемии недостаточный. У последних высота профиля по шкалам E, F и G (склонность к доминированию, экспрессивность реагирования и отождествление с социальными нормами) значимо снижена ($p < 0,05$).

Таблица 4 – Средние значения по шкалам 16ФЛО для пациентов СД2 с различными уровнями HbA1c

Уровень HbA1c	Кол-во	A	B	C	E	F	G	H	I	L	M	N	O	Q1	Q2	Q3	Q4
<7,5%	34	5,6	3,7	5,5	4,6	5,1	8,0	6,0	5,9	5,2	3,3	6,7	4,8	4,8	5,2	7,2	4,8
>= 7,5%	86	5,2	4,4	5,0	3,6**	4,0**	7,1**	5,5	5,8	4,9	3,3	7,2	5,1	4,7	5,0	7,0	5,0
>= 8,0%	76	5,1	4,4	5,2	3,6**	4,0**	7,2**	5,5	5,7	4,9	3,4	7,2	5,0	4,8	5,1	7,1	4,9
>= 9,0%	54	5,0	4,4	5,2	3,6**	4,1**	7,1*	5,4	5,7	4,6	3,2	7,1	5,0	4,9	5,2	6,9	5,0
>= 10,0%	33	5,0	4,2	4,9	3,4**	3,9**	7,2**	5,3	5,8	4,6	3,0	7,1	5,2	4,3	4,9	7,1	5,2
Все пациенты	120	5,3	4,2	5,2	3,9**	4,3**	7,4*	5,6	5,8	5,0	3,3	7,1	5,0	4,7	5,1	7,1	5,0

Обозначения: * $p < 0,05$ при сравнении с со значениями при уровне HbA1c < 7,5%; ** $p < 0,01$ при сравнении с со значениями при уровне HbA1c < 7,5%

Для определения возможностей прогнозирования нарушений контроля гликемии была использована бинарная логистическая регрессия с использованием показателей шкал ММИЛ, где шкала социальной интроверсии (Si) была единственным параметром, статистически значимо различающим пациентов с хорошим контролем гликемии и теми, у кого уровень HbA1c равен или превышает 7,5 % ($p = 0,0441$). Было установлено, что разделять пациентов с СД2 на группы с и без психических расстройств тревожно-депрессивного спектра возможно на основе показателей шкалы ригидности аффекта (Pa), при этом $p = 0,0001$.

При оценке влияния личностных факторов на риск развития соматических осложнений СД2 и сопутствующих соматических заболеваний с использованием факторов ММИЛ статистической значимости обнаружено не было. Однако модель логистической регрессии, основанная на нелинейной оценке факторов H и Q1 16ФЛО, позволила статистически значимо ($p = 0,01487$) разделять пациентов на группы с осложнениями и без них.

Особенности личности пациентов с СД2 по результатам ММИЛ включают тревожность, апатию, ангедонию, склонность к социальной изоляции, а также

потребность во внимании и самореализации, озабоченность состоянием здоровья. На уровне конституциональных черт, определенных факторами 16ФЛЮ, пациенты с СД2 имеют выраженное стремление следовать социальным нормам, проявляя самоконтроль и эмоционально сдержанное поведение, характеризуются прагматизмом и недостатком воображения. У пациентов с СД2, которые имеют предрасположенность к психическим расстройствам, наблюдаются параноидные черты (шкала Pa), повышенная эмоциональность (фактор А) и сниженная способность к интеграции поведения (фактор С). А при повышенных показателях по фактору Н (социальная смелость) и пониженных по фактору Q1 (радикализм) возрастает риск соматических осложнений СД2 и сопутствующих соматических патологий.

В результате анализа подтипов личности на основе результатов тестирования ММИЛ методом главных компонент с последующим варимакс-вращением были выделены четыре фактора, которые объяснили 74,0 % вариабельности переменных.

Соответственно, были выявлены четыре основных типа конфигурации профиля ММИЛ у больных СД2: эмоционально неустойчивый, конформный, гипертимный, истерический.

Эмоционально неустойчивый тип личности характеризуется сильной психосоциальной дезадаптацией, симптомами деперсонализации, негативной аффективностью, дисфорией, блокадой побуждений, тревожностью, аффективной неустойчивостью, протестными реакциями. Эти пациенты часто концептуализируют свое состояние в контексте СД2. Медианный уровень HbA1c у этой группы – 9,1 %, среди осложнений СД2 – высокая частота нейропатий (50 %).

Конформный тип личности характеризуется субкомпенсированным психологическим состоянием. Они более гармоничны в своей личности, но также проявляют повышенную озабоченность физическим здоровьем, что может привести к ипохондрической фиксации. Пациенты этого типа могут ограничивать себя в побуждениях, менять работу на менее энергозатратную и даже стремиться к получению инвалидности. Также у них наблюдаются полорольевые изменения и

нарушения внутрисемейных отношений. Уровень HbA1c у пациентов этой группы был наиболее высоким (11,9 %), что указывает на недостаточный самоконтроль и низкую комплаентность у пациентов. Эти пациенты имели повышенную частоту ретинопатий (45,5 %) и нейропатий (45,5 %).

Гипертимный тип личности характеризуется хорошей социальной адаптацией, высоким настроением, усилением витальных побуждений и отрицанием серьезности проблем, связанных с СД2. Уровень HbA1c по сравнению с тремя другими группами был на среднем уровне, но отражал низкий гликемический контроль пациентов (9,6 %). Соматических заболеваний или осложнений СД2 у этих пациентов отмечено не было.

Истерический тип личности отличается истероконверсионными тенденциями, что может вызвать психосоциальную декомпенсацию у пациентов. У данного типа уровень HbA1c был наименьшим (7,5 %), но высока частота соматических осложнений, таких как инсульт (30,1 %), ишемическая болезнь сердца (46,2 %), ретинопатия (38,5 %), и нейропатия (61,5 %).

ВЫВОДЫ

1. Психические расстройства тревожно-депрессивного спектра выявлялись у 46,5 % всех обследованных пациентов (у одного пациента могло быть два и более диагноза), при этом распространенность депрессивных расстройств составляла 17,0 %, дистимии-13,0 %, а тревожных расстройств-32,5 %, часть из которых сочеталась с депрессиями (15,0 %), а часть являлись самостоятельными (17,5 %).
2. Нозографическая структура тревожно-депрессивных расстройств при СД2 определялась наличием рекуррентного депрессивного расстройства (11,0 %), депрессивного эпизода (3,0 %), депрессией при биполярном аффективном расстройстве (3,0 %), дистимией (13,0 %), генерализованного тревожного

расстройства (18,5 %), агорафобии с паническим расстройством и без него (14,0 %), социальной фобии (10,5 %), посттравматического стрессового расстройств (7,5 %).

3. У пациентов с текущими тревожно-депрессивными расстройствами зарегистрирован значительно более высокий уровень психосоциальных проблем по результатам опросников PAID (Me=21,0 [12,0-32,0]) и WHO-5 (Me=11,0 [6,0-15,0]), чем у пациентов без таковых (Me=9,0[4,0-19,0] и Me=15,0[13,0-19,0]). При сочетании СД2 с психическими расстройствами у пациентов статистически значимо снижается качество жизни по шкале WHO-5 ($p < 0,05$) и возрастает количество психосоциальных проблем, связанных с диабетом, по шкале PAID ($p < 0,05$). Наибольшая тяжесть психосоциальных затруднений отмечается при рекуррентном депрессивном расстройстве (PAID 27,5 [14,0-39,0], WHO-5 6,0 [2,0-8,0]), депрессивном эпизоде (PAID 23,5 [19,0-26,0], WHO-5 5,0 [4,0-10,0]), биполярном расстройстве II типа (PAID 24,0 [14,0-38,0], WHO-5 6,0 [4,0-12,0]) и дистимии (PAID 26,0 [19,0-38,0], WHO-5 9,0 [6,0-13,0]).
4. У больных СД2, которые страдают тревожно-депрессивными расстройствами, отмечается статистически значимое ($p < 0,05$) повышение частоты сочетания ишемической болезни сердца с рекуррентной депрессией, дистимией и генерализованным тревожным расстройством. Наблюдается статистически значимая ассоциация ($p < 0,05$) между нейропатиями, депрессивным эпизодом и рекуррентной депрессией, а также между нефропатией и паническим расстройством. Определяется тенденция к повышению уровня гликированного гемоглобина, которая была наиболее выражена при социальной фобии ($p = 0,0289$) и дистимии ($p = 0,0963$), а также статистически значимое изменение АД при дистимии и агорафобии ($p < 0,05$).
5. У пациентов с СД2 обнаруживаются стойкие изменения личности. Они характеризуются фиксацией на своем физическом самочувствии, повышенной потребностью во внимании и психосоциальной отгороженностью. Было выделено

4 основных типа личности: эмоционально неустойчивый, конформный, гипертимный и истерический. Наибольшая степень психосоциальной дезадаптации отмечалась у пациентов с эмоционально неустойчивым типом. Медианное значение HbA1c у них составляло 9,1 %. У больных с конформным типом личности уровень HbA1c достигал максимальных значений (11,9 %). Гипертимный тип личности сочетался с хорошим уровнем социальной адаптации, однако при этом имела место высокая концентрация HbA1c (9,6 %). Истерический тип личности характеризовался выраженной тенденцией к психосоциальной декомпенсации и парадоксально невысоким уровнем HbA1c (7,5 %).

При ухудшении соматического состояния у пациентов с СД2 отмечалась тенденция к усилению подчиняемости, стеснительности, а также к снижению склонности безусловно следовать социальным нормам.

6. Катамнестическое изучение группы пациентов с СД2 через один год после первичного обследования показало, что общее количество пациентов с психическими расстройствами среди них не изменилось, однако нозографическая структура психопатологических состояний несколько трансформировалась за счет уточнения диагностической квалификации депрессий и увеличения сочетания депрессивных расстройств с генерализованным тревожным расстройством.
7. Между личностными особенностями пациентов с СД2 и такими клиническими проявлениями этого заболевания, как нарушение контроля гликемии, формирование тревожно-депрессивных расстройств и наличие соматических осложнений, имеются статистически значимые взаимосвязи. С учетом этого, ряд особенностей личности, среди которых социальная интроверсия, аффективная ригидность, стеснительность, а также психологические установки на подчиняемость и безусловное следование социальным предписаниям могут быть использованы как «мишени» для психокоррекции.

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

Отмеченная в результатах исследования высокая распространенность психических расстройств тревожно-депрессивного спектра у больных СД2, устойчивость данных расстройств, а также их влияние на выраженность психосоциальных проблем и качество жизни пациентов, указывают на целесообразность разработки системы психолого-психиатрического сопровождения пациентов с СД2. Особенно высокая потребность в такой системе имеется в условиях учреждений первичной медико-санитарной помощи.

Как показано в ходе выполненной работы, ряд соматических заболеваний и осложнений СД2 с повышенной частотой сочетаются у больных СД2с с тревожно-депрессивными расстройствами. К ним относятся ИБС, нейропатии, нефропатии и ретинопатии. С учетом этого указанные патологические соматические состояния следует рассматривать как критерии для направления к психиатру или на психодиагностическое обследование.

Результаты исследования продемонстрировали необходимость при ведении пациентов с СД2 учитывать их психологические и личностные особенности. В ходе работы были предложены психодиагностические параметры и возможные психотерапевтические «мишени» для оценки состояния пациентов с СД2 в процессе их психолого-психиатрического сопровождения.

СПИСОК ПУБЛИКАЦИЙ ПО ТЕМЕ ДИССЕРТАЦИОННОГО ИССЛЕДОВАНИЯ

1. Карачёва Ю.В., Бобров А.Е., Володина М.Н., Агамамедова И.Н., Никитина Т.Е., Третьякова Д.А. и др. Психические расстройства у больных сахарным диабетом 2-го типа // РМЖ. - 2018. - № 1. - С. 28–33.
2. Карачёва Ю.В., Бобров А.Е., Старостина Е.Г., Агамамедова И.Н., Володина М.Н., Никитина Т.Е., Парпара М.А., Субботникова О.А., Царенко Д.М., Ноувен А., Ллойд К., Сарториус Н. Психические расстройства при сахарном диабете 2-го типа // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 2021. - №7. - С. 22–30.
3. Карачёва Ю.В., Царенко Д.М., Парпара М.А., Володина М.Н., Старостина Е.Г., Бобров А.Е. Годовая динамика депрессивных расстройств и контроля гликемии у больных сахарным диабетом второго типа // Социальная и клиническая психиатрия. - 2022. - № 2. - С. 17–23.
4. Карачёва Ю.В., Бобров А.Е., Третьякова Д.А., Старостина Е.Г. Применение личностных опросников для оценки психосоматических соотношений у больных сахарным диабетом 2-го типа // Российский психиатрический журнал. - 2023. - №4. - С. 53–63.
5. Карачёва Ю.В. Диагностика психических расстройств у больных сахарным диабетом 2 типа: методические рекомендации / А.Е. Бобров, Е.Г. Старостина, И.Н. Агамамедова, Т.Е. Никитина, Ю.В. Карачёва, Д.А. Третьякова, М.А. Парпара // ФГБУ «НМИЦ ПН имени В.П. Сербского» Министерства здравоохранения Российской Федерации. – Москва. – 2018.
6. Карачёва, Ю.В., Бобров А.Е. Личность как фактор, опосредующий мультиморбидность при сахарном диабете 2 типа // Сб. материалов науч. конф. «Всероссийская научнопрактическая конференция с международным участием «Интердисциплинарный подход к коморбидности психических расстройств на пути к интегративному лечению» (Санкт-Петербург, 15-18 мая 2021 г.) / Российское общество психиатров и др. Санкт-Петербург: Альта Астра, 2021. – С. 1706–1707.