

8. Nasonova V.A. Lektsii dlya praktikuyuschih vrachey / V. A. Nasonova, V.G. Barskova // Moskva, - 2004. – Ros. nats. kongress «Chelovek i lekarstvo».
9. Nasonov E.L. Sovremennyye tehnologii i perspektivy laboratornoy diagnostiki revmaticallykh zabolevaniy / E. L. Nasonov, E. N. Aleksandrova // Terapevticheskiy arhiv. – 2010. – No 5. – S.5-8.
10. Perederly V. G. Osnovi vnutrishnoy meditsini / V.G. Perederly, S. M. Tkach // Vinnitsya: Nova kniga, -2010. – T. 3. – 1004 s.
11. Svintsitskiy A.S. Revmatichni hvorobi ta sindromi / A.S. Svintsitskiy, O. B. Yaremenko // – K.: Kniga plyus, - 2006. – 473 s.
12. Shuba N.M. Giperurikemiya - multimorbidnaya patologiya v revmatologii / N. M. Shuba // Ukrayinskiy revmatologichniy zhurnal, - 2013. –No 52 (2).
13. Hamburger M. 2011 recommendations for the diagnosis and management of gout and hyperuricemia / M. Hamburger, H.S. Baraf, T.C. Adamson // Phys. Sportsmed.,- 2011. – 39(4). – P. 98–123.
14. Krishnan E. Hyperuricemia and the risk for subclinical coronary atherosclerosis-data from a prospective observational cohort study / E. Krishnan, B.J. Pandya, L. Chung // Arthritis Res. Ther.,- 2011. – 13(2). – 66 p.
15. Lottmann K. Association between gout and all-cause as well as cardiovascular mortality: a systematic review / K. Lottmann, X. Chen, P.K. Schädlich // Curr. Rheumatol. Rep., - 2012. – 14(2). – P. 195–203.

Реферати

ДИАГНОСТИКА ГИПЕРУРИКЕМИЧЕСКОГО СИНДРОМА КАК ПРОЯВЛЕНИЯ МУЛЬТИМОРБИДНОЙ ПАТОЛОГИИ В ПРАКТИКЕ СЕМЕЙНОГО ВРАЧА

Ждан В. Н., Капустянская А. А., Бобырев В. Н., Шилкина Л. Н., Шепитько В. И.

Врачам общей практики - семейной медицины нужно своевременно выявлять первые признаки гиперурикемии до развития подагрического артрита и метаболических нарушений. Доказано, что своевременная коррекция гиперурикемии может в будущем предотвратить развитие сердечнососудяльных заболеваний и повреждений почек. Именно поэтому, применение алгоритма диагностики гиперурикемического синдрома имеет решающее значение в ежедневной практике врачей общей практики - семейной медицины с целью обеспечения предупреждения необратимых осложнений, сохранения трудоспособности больных и улучшения качества их жизни.

Ключевые слова: гиперурикемический синдром, диагностика, мочевая кислота, метаболический синдром.

Стаття надійшла 3.05.2015р.

DIAGNOSIS OF THE HYPERURICEMIC SYNDROME AS THE MANIFESTATION OF MULTIMORBID PATHOLOGY IN CLINICAL EXPERIENCE OF GENERAL PRACTITIONER

Zhdan V. N., Kapustyanskaya A. A., Bobyrev V. M., Shilkina L. N., Shepitko V. I.

GPs need to timely detect the first signs of hyperuricemia before the development gouty arthritis and metabolic disorders. Proved that, the timely correction of hyperuricemia can be prevent the development of future cardiovascular diseases, and renal lesions. That is why the use of diagnostic algorithm hyperuricemic syndrome is crucial in the daily practice of general practitioners in order to provide the prevention of irreversible complications, disability save patients and improve their quality of life.

Key words: hyperuricemic syndrome, diagnosis, uric acid, metabolic syndrome.

УДК 616.89-008.43/44.616-008

Л. В. Животовская, А. И. Шкляченко
ВІУЗ України «Українська медичинська стоматологічна академія», г. Полтава

МЕХАНИЗМЫ ПСИХОСОЦИАЛЬНОЙ ДЕЗАДАПТАЦИИ У БОЛЬНЫХ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

Междисциплинарное изучение метаболического синдрома в последние годы вызывает большой интерес многих исследователей. Показан рост частоты встречаемости данного синдрома с возрастом, отражающийся на качестве жизни пациентов, препятствующий их психосоциальной адаптации, блокирующий актуальные потребности личности. Проявления метаболического синдрома являются мощным фрустрирующим фактором для больных и служат основанием для формирования хронического стресса, что значительно снижает качество жизни пациентов. Показана взаимосвязь ведущих компонентов метаболического синдрома с изменением биологических ритмов. Комплексное и многомерное изучение структуры эмоциональных нарушений у пациентов с метаболическим синдромом с учетом биоритмов позволит разработать эффективные психотерапевтические программы и улучшить прогноз.

Ключевые слова: метаболический синдром, психосоциальная дезадаптация, психические нарушения, биологические ритмы.

Робота являється фрагментом НДР «Особенности течения и прогноза метаболического синдрома с учетом генетических, возрастных, гендерных аспектов больных, наличия у них разных компонентов метаболического синдрома и конкретной сопутствующей патологии, а также пути коррекции выявленных нарушений» (№ государственной регистрации 01141001903).

Междисциплинарное изучение метаболического синдрома в последние годы вызывает большой интерес многих исследователей. Типичный метаболический синдром (МС) характеризуется наличием у больных абдоминального ожирения, тканевой инсулинорезистентности, гиперинсулинемии, нарушений толерантности к глюкозе или сахарного диабета 2 типа, дислипидемии, первичной артериальной гипертензии, а также и другой

коморбидной патологии. Основным критерием при постановке диагноза МС, как считают многие авторы, является «центральное» ожирение [9], но традиционно распространенное название «метаболический синдром» является условным. Вместе с тем это - одна из наиболее сложных комплексных проблем в гастроэнтерологии, кардиологии и эндокринологии.

На сегодняшний день количество пациентов среднего возраста с метаболическим синдромом составляет около 20% среди всех нозологических единиц в гастроэнтерологии. По некоторым данным [21], частота выявления МС в популяции составляет 15-20%. Не оставляет сомнений тяжесть протекания и неблагоприятность прогнозов данного хронического заболевания. Так, у тучных людей смертность в среднем увеличивается на 50% [22] и они живут на 10-15 лет меньше, чем люди с нормальным весом [12], а риск умереть от сердечного приступа при этом увеличивается в 3 раза. Основное количество больных с МС выявляется среди лиц среднего возраста. По данным литературы, частота встречаемости МС составляет 6,7% среди лиц 20-29 лет, 43,5% в возрасте 60-69 лет и 42% в возрасте 70 лет и старше [13].

Проявления МС являются мощным фрустрирующим фактором для больных, негативно отражаются на их качестве жизни, препятствуют психосоциальной адаптации и служат, по существу, основанием для формирования хронического стресса, блокирующего актуальные потребности личности. Метаболический синдром также создает ощущение и витальной угрозы с соответствующими субъективными переживаниями, хотя единого мнения о его этиологии и патогенезе до настоящего времени нет [16].

Учитывая хронический характер заболевания, субъективно воспринимаемую больными витальную угрозу, наличие ряда связанных с МС психосоциальных факторов, дезадаптирующих пациентов и членов их семей, все большее значение приобретает комплексная оценка психического статуса пациентов, их эмоционального состояния, отношения к болезни. В контексте ценностного отношения к здоровью относительно немногочисленные публикации подчеркивают необходимость целенаправленных и комплексных исследований в русле биопсихосоциальной парадигмы в медицине. Болезненные проявления МС и ситуация хронического стресса формируют определенный тип соматопсихических соотношений. В связи со сказанным, весьма актуальным является системный анализ личностных параметров и устойчивость к стрессу у больных в процессе их комплексной диагностики и лечения. В частности, высокий уровень тревоги и депрессии является значимым и независимым фактором развития и прогрессирования ряда осложнений, развивающихся у пациентов с метаболическим синдромом [8].

По имеющимся литературным данным, лечение метаболического синдрома в первую очередь направлено на решение проблемы избыточного веса и связанным с ним дезадаптирующих факторов. Наличие сопутствующей депрессии и высокого уровня тревоги негативно влияет на комплаенс, ухудшает выполнение врачебных рекомендаций, препятствует в целом социальной адаптации и резко снижает качество жизни, прежде всего за счет резистентности к лечению. Большинство медицинских рекомендаций и психотерапия требуют активного участия пациента не только как объекта, но и субъекта лечения и, следовательно, учета его личностных характеристик: оценки актуального эмоционального состояния, внутренней картины болезни, стратегий совладания со стрессом болезни и др. Все сказанное позволяет утверждать, что в комплексной терапевтической бригаде важную роль может играть клинический психолог [10].

Изучение МС в полном объеме представляется затруднительным, так как в него входит целый ряд симптомов (абдоминальное ожирение, тканевая инсулинорезистентность, гиперинсулинемия, нарушение толерантности к глюкозе или сахарный диабет 2 типа, дислипидемия, первичная артериальная гипертензия), каждый из которых, в свою очередь, имеет свои характерные особенности. В настоящее время, в связи с патоморфозом заболевания, значительным изменениям подверглись и сопровождающие его психические нарушения, преимущественно невротоподобного характера, которые являются одними из первых проявлений в клинике МС и могут сохраняться на всем протяжении болезни. Психические нарушения, в известной мере, определяют степень тяжести заболевания, а также могут обусловить определенные психологические трудности при лечении подобных больных [11]. Следует отметить, что у пациентов преобладают психические нарушения пограничного уровня, которые можно отнести к соматогенным [7].

Последние десятилетия были отмечены значительными открытиями и разработками в области неалкогольной жировой болезни печени. Вместе с тем, отмечается почти полное

отсутствие современных комплексных исследований психологических и поведенческих изменений у больных МС. В литературе середины XX века доминируют клинко-психопатологические исследования, причём чаще всего описывается характер отдельных проявлений и феноменов [1]. Однако, в доступной литературе нет указаний на психологические механизмы, характерные для формирования этого синдрома [3].

Одними из основных психопатологических проявлений у больных МС являются симптомы астенического круга, сочетающиеся с тревожными и депрессивными проявлениями. Эти изменения характеризуются снижением общего фона настроения, нарушением социальных контактов, снижением физической активности [18]. Выявляются расстройства сна, вегетативные нарушения, снижение психической активности и самочувствия в целом представленных в МКБ-10 разделами: невротические, связанные со стрессом, и соматоформные расстройства, а также расстройства настроения (аффективные расстройства) [2].

Показано, что ожирение, высокий уровень триглицеридов, холестерина и низкая концентрация липопротеидов высокой плотности обнаруживаются у лиц, работающих по ночам, значительно чаще, чем у рабочих дневных смен [6]. Известно, что острая депривация сна приводит снижению инсулинорезистентности, связанной с увеличением концентраций кортизола, цитокинов, а также благодаря другим эндокринным и иммунным механизмам [5]. Более того, недостаток сна приводит и к повышению аппетита из-за снижения синтеза лептина, а поддержание постоянной массы тела требует соответствия между тратами энергии и её поступлением с пищей [20]. Таким образом, несомненна связь ожирения, инсулинорезистентности и нарушений липидного обмена - ведущих компонентов метаболического синдрома - с изменениями биологических ритмов [15].

Биологические ритмы являются внешним отражением адаптационных процессов саморегуляции, направленных на поддержание равновесия внутри организма, а также между ним и окружающей средой [17]. Система циркадианных биоритмов управляет множеством физиологических процессов и её нарушения связаны с рядом заболеваний, включающих метаболический синдром, гипертоническую болезнь и сахарный диабет типа 2 [14]. Центром, регулирующим биоритмы, является супрахиазматическое ядро гипоталамуса. Нейроны этого ядра, синхронизируясь с внешним световым циклом, задают ритмы другим областям мозга и большинству периферических тканей при помощи мелатонина, являющегося гормоном-посредником, синтезирующимся в эпифизе [22]. Изменения в секреции мелатонина могут быть связаны со множеством патологий, одной из которых является метаболический синдром [4]. В то же время, известна протективная роль мелатонина при ожирении: он способен регулировать массу тела, стимулируя липолиз и теплопродукцию, снижать потребление пищи, гликемию и улучшать липидный профиль, замедляя развитие атеросклероза посредством изменения процессов окисления липопротеидов низкой плотности [19].

Заключение

Таким образом, проявления метаболического синдрома являются мощным фрустрирующим фактором для больных и служат основанием для формирования хронического стресса, что значительно снижает качество жизни пациентов. Особенности эмоциональных нарушений при метаболическом синдроме и ожирении, в частности, и их связь с дезадаптивным поведением являются весьма важным критерием при выборе тактики психотерапевтической помощи. Нарушения биологических ритмов у больных с метаболическим синдромом могут играть значительную роль как в патогенезе, так и в прогрессировании заболевания, поэтому их оценка с диагностических позиций представляется крайне актуальной в оптимизации терапии этого патологического состояния.

Перспективы дальнейших исследований. Комплексное и многомерное клиническое и экспериментально-психологическое изучение структуры эмоциональных нарушений и механизмов адаптации к болезни у больных с метаболическим синдромом позволит уточнить механизмы их формирования, определить психодиагностические «мишени» для дальнейшего психотерапевтического воздействия.

Список литературы

1. Ananov V. A. Psihicheskaya adaptatsiya i kompensatsiya pri zabolovaniyah vnutrennih organov: avtoref. d-ra psihol. nauk / V. A. Ananov. – SPb.: Rech, - 1998. – 38 s.
2. Ayvazyan T. A. Psihofiziologicheskie sootnosheniya i osobennosti reaktivnosti u bolnyih gipertonicheskoy boleznju / T. A. Ayvazyan // Kardiologiya. – 2008. – No 12. – S. 13-16.
3. Ababkov V. A. Sovladanie so stressom: teoriya i psihodiagnostika / V. A. Ababkov, L. I. Vasserman, E. A. Trifonova // – SPb.: Rech, - 2010. – 38 s.