

Петрова А. В.

Психозмоциональные расстройства у женщин с ожирением в постменопаузальном периоде

ГБОУ ВПО ПГМУ им. академика Е.А. Вагнера, г. Пермь

Petrova A. V.

Psycho-emotional disorders in woman with obesity in postmenopause

Резюме

Целью исследования явилось изучение психо-эмоционального статуса у женщин с ожирением в период постменопаузы. В исследование вошли 60 женщин в состоянии менопаузы в возрасте от 45 до 65 лет. В зависимости от этиологии менопаузы и наличия абдоминального ожирения и других компонентов метаболического синдрома пациентки разделены на 3 группы. Психо-эмоциональный статус оценивали с помощью шкалы Бека, госпитальной шкалы тревоги и депрессии (HADS), шкалы личностной тревожности Спилбергера – Ханина. По полученным данным установлено, тревожно-депрессивный синдром формируется на фоне метаболических нарушений у женщин в постменопаузальном периоде. Степень выраженности психозмоциональных расстройств зависит от длительности и степени выраженности метаболических нарушений.

Ключевые слова: психозмоциональные расстройства, ожирение, женщины, постменопауза

Summary

The aim of the study was to examine psycho-emotional status in woman with obesity in the postmenopause. The study included 60 woman in the menopause at age 45 to 65 years. Depending on the etiology, menopause and the availability of an abdominal obesity and other metabolic syndrome components patient are divided into 3 groups. Psycho-emotional status was estimated using the scale of Becka, hospital scale of anxiety and depression (HADS), scale of Spilberger and Hanin's. According to the information received is set, it is disquieting to depressive syndrome is formed on the background metabolic disorders in woman in postmenopause.

Key words: psycho-emotional disorders, obesity, woman, postmenopause

Введение

В настоящее время возрос интерес современной медицинской общественности к таким заболеваниям, как ожирение, дислипидемия, метаболический синдром. Ежегодно во всем мире увеличивается количество пациентов, страдающих алиментарной формой ожирения. По данным Всемирной организации здравоохранения в 2015 году избыточная масса тела отмечается у 2,3 млрд. человек, страдает ожирением 700 млн. человек [11].

Общезвестно, что у пациентов с избыточной массой тела чаще наблюдается тревога, депрессия, снижение самооценки, социальная дезадаптация [12]. По данным ВОЗ у 18-25% женщин и 8-11% мужчин имеют депрессивные расстройства различной степени выраженности [5, 7].

В последнее время активно изучается влияние аффективных расстройств на прогноз и течение сердечно-сосудистых заболеваний.

В специальной литературе сообщается о высокой коморбидности депрессии с такими соматическими заболеваниями, как гипертоническая болезнь, ише-

мическая болезнь сердца (ИБС), инсульт и другими сердечно-сосудистыми заболеваниями; она существенно осложняет их течение и прогноз [3, 6].

Кроме того, депрессия является независимым важным фактором риска сердечно-сосудистых заболеваний, таких как ИБС и СД [6, 9], а по мнению иранских ученых – и метаболического синдрома [10].

По данным отечественной клинико-эпидемиологической программы ПАРУС среди пациентов с аффективными расстройствами преобладали лица женского пола (около 63,3%), средний возраст которых составил $49,5 \pm 14,4$ лет.

Кроме того, наступление менопаузы повышает риск депрессии в несколько раз [8].

Однако работ по проблеме аффективных расстройств в постменопаузе при ожирении недостаточно, они немногочисленны и противоречивы.

Целью исследования явилось изучение психо-эмоционального статуса у женщин с ожирением в постменопаузальном периоде.

Материалы и методы

Обследование и лечение пациенток проводилось в условиях консультативно-диагностического отделения «Городская поликлиника № 29» г. Новосибирска.

В исследование вошли 60 женщин в состоянии менопаузы. Группа исследуемых была составлена при помощи метода сплошной выборки. Критерии включения в исследование: женщины в возрасте от 45 до 65 лет включительно, состояние менопаузы, подтвержденное данными гормонального профиля (высокий уровень ФСГ), а также наличие подтвержденного диагноза метаболический синдром (согласно Рекомендациям экспертов ВНОК по диагностике и лечению метаболического синдрома, второй пересмотр, 2009 г.) [4].

На каждого пациента заполнялась регистрационная карта, включавшая неврологический и соматический диагнозы, социодемографические данные и данные анамнеза. В отношении всех испытуемых соблюдались принципы добровольности, информированности и безопасности исследования, также все пациенты были информированы о праве отказа от сотрудничества. В случае согласия всем участникам была гарантирована полная анонимность.

Клиническое исследование пациенток включало анализ амбулаторных карт и анамнестических данных, также анализ жалоб, отражающих особенности неврологических нарушений, клинический неврологический осмотр испытуемых. Для оценки уровня личностной тревожности использовалась шкала реактивной и личностной тревожности Спилбергера - Ханина [2]. Для выявления депрессивного синдрома использовались такие психометрические шкалы, как шкала Бека, госпитальная шкала тревоги и депрессии (HADS), так как они обладают высокой степенью чувствительности и специфичности, предназначены для скрининга тревожно-депрессивных эпизодов, общедоступны и просты в исследовании [1].

Испытуемым предлагалось ответить на вопросы шкалы HADS, состоящей из подшкал тревоги и депрессии. Суммарный показатель по каждой из подшкал - 7 баллов и более - выявлялся у испытуемых с легкой (субклинически выраженной) тревогой и депрессией; и выше 11 баллов характерен для тяжелой (клинически выраженной) тревоги и депрессии [5].

Также для скринингового выявления депрессии использовался опросник Бека. Испытуемым предлагалось ответить на 21 вопрос, выбрав одно из предложенных утверждений. Суммарный показатель свыше 19 баллов интерпретировался как депрессия легкой степени. Результат менее 18 баллов свидетельствовал об отсутствии депрессивных тенденций и хорошем эмоциональном состоянии испытуемых.

Характеристику уровня тревоги выявляли тестированием по шкале реактивной и личностной тревожности Спилбергера - Ханина, позволяющей дифференцированно измерять тревожность и как личностное свойство, и как состояние.

Испытуемым предлагалось ответить на 20 высказываний, характеризующих тревожность как состояние (реактивная тревожность), и 20 высказываний, опреде-

ляющих тревожность как личностную особенность. Показатель менее 30 баллов интерпретировался как низкая тревожность. Оценка по каждой из шкал от 31 до 45 баллов с большой вероятностью указывает на наличие умеренной тревожности.

Материалы исследования подвергнуты математической обработке с помощью специализированного пакета статистических программ «Статистика 6.0». Различия показателей считали значимыми при $p \leq 0,05$ и обозначали «3».

Достоверность различий (p) независимых переменных оценивалась по статистическому критерию Манна - Уитни для непараметрических данных. Для попарного сравнения в группе использовали критерий Вилкоксона. Для проведения корреляционного анализа был использован критерий Спирмана (R).

Результаты и обсуждение

Анализ состояния эмоциональной сферы пациенток с постменопаузальными метаболическими нарушениями по госпитальной шкале тревоги и депрессии (HADS) показал, что 16 женщин (80%) на момент исследования страдали депрессией, коморбидной с тревогой, из них у 8 пациенток (50%) регистрировалась субклинически выраженная депрессия, у 6 больных (30%) - клинически выраженная депрессия. У 20% женщин отсутствовали симптомы депрессии (рисунок 1.1). Средний балл по шкале депрессии HADS составил 17.05 ± 2.76 .

Во второй группе у женщин с метаболическими нарушениями в хирургической менопаузе 18 больных (90%) на момент исследования показали наличие депрессии, коморбидной с тревогой, из них у 11 больных (55%) регистрировалась субклинически выраженная депрессия, у 7 больных (35%) - клинически выраженная депрессия. У 10% женщин отсутствовали симптомы депрессии (рис. 1.2). Средний балл по шкале тревоги составил 14.55 ± 3.13 , по шкале депрессии HADS составил баллов 8.75 ± 2.26 , что соответствует субклинически выраженным тревоге и депрессии. При внутригрупповом анализе между А и В подгруппами 2 группы достоверных различий не получено.

Анализ состояния эмоциональной сферы женщин в менопаузе без метаболических нарушений по госпитальной шкале тревоги и депрессии (HADS) показал, что у 12 женщин (60%) на момент исследования отсутствовали симптомы депрессии, у 8 женщин (40%) регистрировалась субклинически выраженная депрессия. Средний балл по шкале тревоги составил 3.30 ± 0.84 баллов, по шкале депрессии HADS составил 2.70 ± 0.33 баллов.

Таким образом, по госпитальной шкале тревоги и депрессии (HADS) изменения в эмоциональной сфере носили односторонний характер среди женщин 1 и 2 групп, но наиболее выраженные нарушения отмечались у пациенток в хирургической менопаузе (2 группа).

По опроснику депрессии Бека среди пациенток первой группы у 4 больных (20%) отсутствовали симптомы депрессии, у 10 больных (50%) выявлялись признаки легкой депрессии, у 4 (20%) регистрировалась умерен-

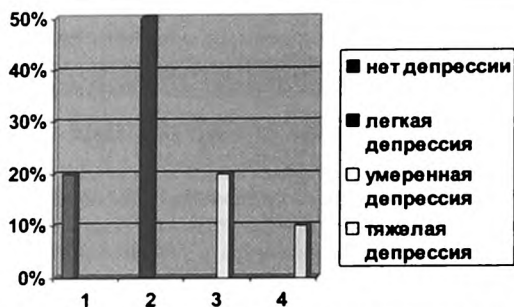


Рис. 1.1. Распределение больных с постменопаузальным метаболическим синдромом (первая группа) по степени выраженности депрессии (по шкале HADS).

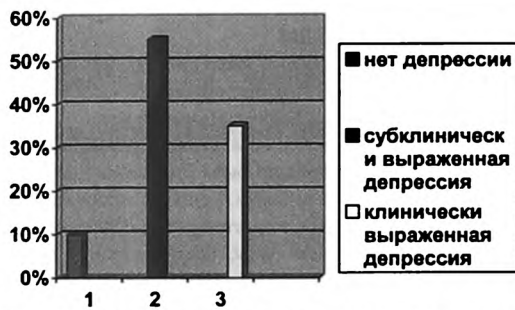


Рис. 1.2. Распределение больных с хирургическим постменопаузальным метаболическим синдромом (вторая группа) по степени выраженности депрессии (по шкале HADS).

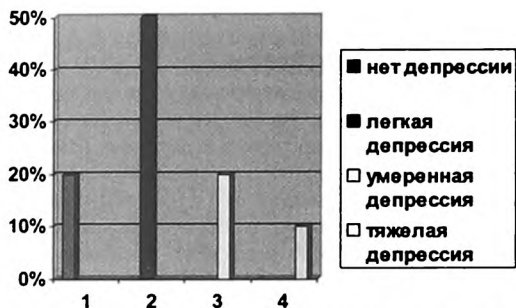


Рис. 1.3. Распределение больных с постменопаузальным метаболическим синдромом (первая группа) по степени выраженности депрессии (по опроснику депрессии Бека).

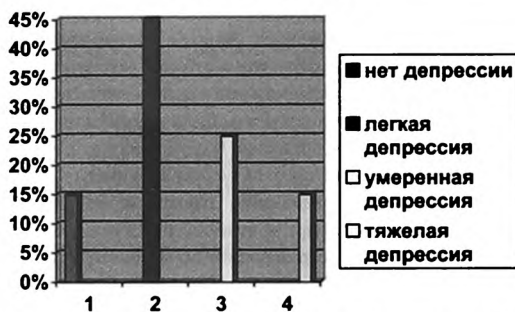


Рис. 1.4. Распределение больных с хирургическим постменопаузальным метаболическим синдромом (вторая группа) по степени выраженности депрессии (по опроснику депрессии Бека).

ная депрессия, у 2 пациентов (10%) отмечались признаки тяжелой депрессии (рис.1.3). Средний балл составил 18.65 ± 2.89 , что соответствует легкой депрессии.

Во второй группе по опроснику Бека у 3 больных (15%) симптомы депрессии отсутствовали; у 9 больных (45%) выявлена легкая депрессия, у 5 больных (25%) – умеренная и у 3 больных (15%) – тяжелая депрессия (рис. 1.4). Средний балл во второй группе составил 21.85 ± 3.13 , что соответствует умеренной депрессии. При внутригрупповом анализе между А и Б подгруппами второй группы выявлены достоверные различия – 23.1 ± 2.17 и 20.6 ± 2.07 баллов соответственно.

Женщины 3 группы также тестировались по опроснику Бека со следующими результатами: нет депрессии – 11 испытуемых (55%), легкая депрессия – 8 испытуемых (40%), умеренная депрессия – 1 испытуемая (5%). Тяжелая депрессия у испытуемых 3 группы не зарегистрирована. Средний балл в третьей группе составил 6.8 ± 2.48 .

Таким образом, при тестировании по опроснику депрессии Бека среди пациентов первой и второй групп преобладали больные с легкой депрессией (10 и 9 пациентов соответственно), реже выявлялись умеренная (4 и 5 пациентов соответственно) и тяжелая (2 и 3 пациента соответственно) депрессия, малый процент составили больные без признаков депрессии (20% и 15% соответственно). В третьей группе наоборот, подавляющее

большинство составили испытуемые без признаков депрессии (55% наблюдений), либо с легкой депрессией (40% наблюдений) и не встречалась тяжелая депрессия. Достоверно отличался средний балл между пациентами первых двух групп и третьей группой («3»)

При проведении тестирования на уровень тревожности по тесту Спилбергера – Ханина у пациенток 1 группы среднее значение реактивной тревожности (РТ) составило 36.05 ± 5.36 баллов, что относится к умеренному уровню тревожности (31 – 45 баллов). У больных второй группы отмечался также умеренный уровень тревожности и составил 35.85 ± 3.92 баллов. У женщин 3 группы выявлен достоверно низкий уровень реактивной тревожности по сравнению с пациентами 1 и 2 групп и составил 11.35 ± 2.57 (низкая тревожность).

У женщин первой группы низкая реактивная тревожность не выявлена, умеренная тревожность определялась у 16 больных (80%), высокая тревожность – у 4 больных (20%). У женщин второй группы также не встречался низкий уровень реактивной тревожности, умеренная тревожность регистрировалась у 18 пациентов (90%), высокая тревожность – у 2 пациентов (10%). В третьей группе преобладали испытуемые с низким уровнем тревожности – 12 наблюдений (60%), реже встречался умеренный уровень – 8 наблюдений (40%), высокий уровень тревожности у больных этой группы не выявлен.

У 19 пациентов (95%) первой группы регистрировалась низкая личностная тревожность, у 1 пациента (5%) – умеренная. Высокий уровень личностной тревожности у пациентов с постменопаузальным метаболическим синдромом не выявлен. При внутригрупповом анализе между А и Б подгруппами не выявлены достоверные различия.

Во второй группе низкая личностная тревожность выявлена у 14 больных (70%), высокая – у 6 больных (30%). Умеренный уровень личностной тревожности у пациентов второй группы не зарегистрирован. При внутригрупповом анализе между А и Б подгруппами второй группы выявлены достоверные различия, что составило 22.25 ± 3.05 и 25.25 ± 5.33 баллов соответственно.

В третьей группе выявлялся низкий уровень личностной тревожности. Умеренный и высокий уровень личностной тревожности у пациентов третьей группы также не зарегистрирован.

Таким образом, у женщин с постменопаузальными метаболическими нарушениями (включая пациентов с хирургической менопаузой) преобладал умеренный уровень личностной и реактивной тревожности, при отсутствии низкого уровня. У женщин в менопаузе без метаболических нарушений преобладал низкий уровень тревожности.

Заключение

Проведенное обследование выявило наличие аффективных расстройств у женщин с ожирением в постменопаузальном периоде.

Тревожно-депрессивный синдром формируется на фоне метаболических нарушений, поскольку у женщин в менопаузе без метаболических нарушений признаки депрессии отсутствовали, преобладал низкий уровень тревожности.

Степень выраженности психоэмоциональных расстройств зависит не столько от выраженности метаболических нарушений, сколько от их длительности. Проявления тревожно-депрессивного синдрома выявлялись у женщин обеих групп с метаболическими нарушениями, но наиболее выраженные изменения отмечались у пациенток в хирургической менопаузе. ■

Петрова А. В., ГБОУ ВПО ПГМУ им. академика Е.А. Вагнера, г. Пермь; Автор, ответственный за переписку - 630084, г. Новосибирск, ул. Авиастроителей, д. 11/1, кв. 78, e-mail: petrova.anna888@mail.ru

Литература:

1. Андрищенко А. В., Дробижев М. Ю., Добровольский А. В. Сравнительная оценка шкал CES-D, BDI и HADS в диагностике депрессий в общемедицинской практике. Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. 2003; 5: 11-7.
2. Ахутина Т. В., Меликян З. А. Нейропсихологическое тестирование: обзор современных тенденций. К 110-летию со дня рождения А. Р. Лурия. Журнал «Клиническая и специальная психология». 2012; 2: 3-23.
3. Ватутин Н. Т. Депрессивные расстройства и сердечно-сосудистые заболевания. Серце и судина. 2012; 2: 117-26.
4. Диагностика и лечение метаболического синдрома. Российские рекомендации (второй пересмотр). Кардиоваскулярная терапия и профилактика. 2009; 8(6). Приложение 2.
5. Зарубина Е. Г. Влияние психологических особенностей личности на устойчивость к стрессорам в старших возрастных группах. Известия Самарского научного центра Российской академии наук 2010; 1 (12): 1742-6.
6. Зотов П. Б., Уманский М. С. Депрессия в общемедицинской практике (клиника, диагностика, лекарственная терапия). М.: 2006. 35.
7. Карюхин Э. В. Старение населения: демографические показатели. Клиническая геронтология 2000; 1: 56-61.
8. Тювина Н. А. Депрессии у больных артериальной гипертензией, осложненной хронической сердечной недостаточностью. Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. 2011; 2: 56-9.
9. Ariyo A. A. Depressive symptoms and risks of coronary heart disease and mortality in elderly americans. Circulation. 2000; 102: 1773-9.
10. Goldbacher E. M., Bromberger J., Matthews K. A. Lifetime history of major depression predicts the development of the metabolic syndrome in middle-aged women. Psychosom med. 2009; 71(3): 266-72.
11. World Health Organization. Global Health Risks: mortality and burden of disease attributable to selected major risk 7(2009). http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/_global_health_risks/en/index.html.
12. Keddie A. M. Associations between severe obesity and depression: results from national health and nutrition examination survey, 2005-2006. Prevention of chronic diseases. 2011; 8 (3): 57-61