

УДК: 616.85

*О.О. Хаустова***ДІАГНОСТИЧНІ МАРКЕРИ РОЗВИТКУ МЕТАБОЛІЧНОГО СИНДРОМУ X
(ПСИХОСОМАТИЧНИЙ ПІДХІД)**

Український НДІ соціальної та судової психіатрії і наркології МОЗ

Ключові слова: соматизація, соціальні фактори, психосоматичні розлади, метаболічний синдром X

Метаболічний синдром X називають ще «хворобою занадто розвинутої цивілізації». Головна причина виникнення цього синдрому — «сите життя». Назва цього захворювання походить від слова «метаболізм», що є синонімом такого поняття, як «обмін речовин». За останні десятиліття порушення в роботі цього обміну, що є без усякого перебільшення основою життя кожного людського, та й будь-якого іншого живого організму, привело до катастрофічних наслідків. На думку фахівців, більш 35% населення західних країн страждає від метаболічного синдрому, а серед тих, хто переступив 60-літній рубіж частка хворих складає вже 43,5%. В такій високо-розвиненій країні як США кількість хворих на метаболічний синдром перевищує 47 мільйонів чоловік — а це кожен п'ятий її житель. І саме на Заході ще в перші десятиліття XX століття фахівці-медики вперше забили тривогу, зрозумівши, до чого може привести сукупність таких ознак «ситого» життя, як зростання гіподинамії, надкалорійне харчування, недолік біологічно активних речовин і надмірні психологічні навантаження, що приводять до ожиріння, цукрового діабету, атеросклерозу і як наслідок — до цілого «букету» тяжких серцево-судинних захворювань. Виявлено наявність залежних співвідносин між метаболічним синдромом X та такими хворобливими станами, як: ендормні психічні розлади; розлади хронобіології; енцефало- та вісцеропатії; тривожні та депресивні розлади [6,17].

Термін «метаболічний синдром» був остаточно прийнятий в науковій літературі наприкінці 80-х років минулого сторіччя. Метаболічний синдром X як окреме поняття ввів в наукову термінологію під назвою «метаболічний трисиндром» (*trisyndrome metabolique*) J.P Camus у 1966 р.; «синдром достатку» — таку назву цьому синдрому дали Н. Mehnert та Н. Kuhlmann у 1968р. Пізніше цей комплекс порушень отримав назву «метаболічний синдром» (Henefeld M.,

Leonhardt W., 1980). Спочатку можливий зв'язок між складовими цього синдрому заперечували багато вчених, доки в межах різних клінічних проявів інсулінорезистентності людини не були встановлені нові факти. Їх представив в кінці 80-х років XX ст. G.M. Reaven. Він назвав ці клінічні прояви синдромом X, зазначивши тим самим, що індивідуальні ознаки цього стану мають єдине походження (Reaven G.M., 1988). Самими характерними ознаками цього захворювання є наявність таких факторів, як ожиріння, артеріальна гіпертензія (підвищений артеріальний тиск) і гіперліпідемія (порушення жирового обміну). У свою чергу, усі ці фактори практично завжди бувають сполучені з наявністю в хворого так названої інсулінорезистентності тканин, тобто зниженням дії інсуліну, що відповідає за процес утилізації глюкози тканинами при нормальній концентрації інсуліну. Саме порушення дії інсуліну — єдиного гормону, що відповідає за зниження рівня глюкози в крові і за «нормальний» обмін речовин у всіх тканинах — і в печінці, і в м'язах, і в жирових відкладеннях, — і приведе до виникнення і розвитку метаболічного синдрому, чи, як його ще називають, синдрому інсулінорезистентності. Пусковим механізмом розвитку метаболічного синдрому X виступає підвищена активність симпатико-адреналової системи.

Психосоматичний підхід до механізму формування метаболічного синдрому X указує, що це - хвороба тривоги і страху, прихованої агресії й алекситимії. У підсвідомості хворого під впливом реальних або уявних фактів формується застійна тривога. Це явище описане в психологічній літературі як катастрофічне мислення. У відповідь підсвідомі механізми включають еволюційно виправдану реакцію забезпечення майбутнього за допомогою складування енергії, починається формування соматичних складових метаболічного синдрому X. Реакція страху у відповідь на стрес запускає активацію симпато-

адреналової системи, тим самим стимулює розвиток серцево-судинної патології. Особлива роль у формуванні метаболічного синдрому Х приділяється підвищеній ворожості та прихованим формам агресії, втраті почуття екзистенціальної безпеки.

Слід відмітити, що останнім часом спостерігається зближення психоаналітичного психосоматичного напрямку з соматичною медициною і патофізіологією з врахуванням мультифакторної обумовленості виникнення психосоматичних захворювань: приймають до уваги генетичні, гормональні і інші фактори, переглядають деякі концепції [3,4,17,19]. Відомо, що кожний стресорний вплив одержує те чи інше відображення в тілесних відчуттях і процесах як у нормі, так і в патології. Психовегетативний синдром, як неодмінний фізіологічний процес, приймає патологічний характер при надмірній для даного індивіда афективній напрузі; хронічні емоційні стани неминуче обумовлюють вісцеро-вегетативні розлади, які хроніфікуються. Найважливішим положенням є висновок про важливість емоцій у походженні соматичних порушень: «Сполучною концепцією між психологічною і соматичною сферою є афект, що виражається головним чином у формі туги і постійної тривоги, нейро-вегетативно-ендокринної моторної реакції і характерним відчуттям страху. З фізіологічної точки зору не має значення те, що суб'єктивна оцінка небезпеки може бути неадекватною. Механізм соматичних наслідків приводиться в дію саме фізіологічним і моторним елементами усєї відповідної реакції» [23]. J. Lipowsky визначив соматизацію як схильність переживати психологічний стрес на фізіологічному рівні [22]. Подібні визначення пропонуються іншими авторами: «вираження особистого і соціального дистресу за допомогою тілесних скарг із пошуком медичної допомоги» [25], «використання

соматичних симптомів для досягнення психологічних цілей» [13]. L.J. Kirmayer і інші автори підкреслюють, що соматизація перекидає різні клінічні категорії, представляючи собою, таким чином, клінічно неоднорідне явище, і не може бути представлена у вигляді однорідного патологічного процесу [23]. Це може дати пояснення тому, що майже всі психосоматичні теорії опираються на фактори ре- і десоматизації, тобто на поживлення онто- або філогенетично більш ранніх поведінкових структур, що викликає потім відносно стійкі шаблони реакцій («поведінка в ситуації страху», «агресія», «захист», «ригідні форми поведінки». Фізіологія лімбічної системи дозволяє встановлювати зв'язки між філогенетично новими системами, такими, як лобні відділи мозку і асоціативні поля, і областями, які контролюють моторику і мову, за допомогою яких трансформуються більш старі форми поведінки.

Дитинство і юність виявляються найбільш впливовими етапами на формування актуальних життєвих стратегій людини, бо це періоди збільшеної мозкової пластичності. Патологічна активація системи відповіді на стрес протягом цих критичних періодів може мати глибокий ефект на її функцію, приводячи до нахилу до патологічних станів [18]. У цих стадіях розвитку, психосоціальні травми спричиняють ряд ментальних змін, що часто закінчуються віддаленою схильністю до тривоги, депресії або до інших реакцій психіки, пов'язаних зі стресом. Хронічна активація системи відповіді на стрес у таких пацієнтів включається у патологічний цикл збільшення гіперглікемії, гіперхолестеринемії і потреб в інсуліні, що надалі може клінічно проявитися у вигляді метаболічного синдрому Х. [16]. Потрібність у безпеці зберігається на протязі всього життя, а отримані в дитинстві психосоціальні травми стають підґрунтям для хвороби.

Матеріали та методи дослідження

Обстеження хворих проводилось в діабетологічному відділенні Інституту ендокринології та обміну речовин АМН України; в ендокринологічному, кардіологічному та психоневрологічному відділеннях ДКЛ №1 та ДКЛ № 2 ст. Київ. Нами було проаналізовано психосоціальні фактори з анамнезу життя хворих на метаболічний синдром Х за допомогою розробленої «Мультимодальної карти обстеження психосоматичного пацієнта». До уваги приймалися найбільш загальні соціодемографічні показники: вік, стать, освіта, тип професії, родинний стан, склад сім'ї. Зібрано доклад-

ну інформацію про батьківську родину та її вплив на подальше життя пацієнта; особливості сімейного та особистого анамнезу пацієнта, його актуальний фізичний стан та скарги; бачення пацієнтом своєї хвороби та його очікування щодо терапевтичного втручання. «Модальний аналіз існуючих проблем» (окремий діагностичний блок) відобразив різні моменти протягом життя хворих на метаболічний синдром Х, що є неусвідомленими та витісненими, з метою подальшого формування ряду психотерапевтичних «мішеней».

Соматична діагностика метаболічного синд-

рому Х проводилась за рекомендаціями ВООЗ згідно з АТР ІІІ (Adult Treatment Panel) 2001

(США) при наявності будь-яких 3-х приведених факторів:

Фактор ризику	Діагностичний рівень
Абдомінальне ожиріння	Розмір талії: чол. > 102 см, жін.> 88 см
Тригліцериди	> 1,7 ммоль/л (150 мг/дл)
ХС-ЛВЩ	Чоловіки < 1,0 ммоль/л (< 40 мг/дл) Жінки < 1,2 ммоль/л (< 50 мг/дл)
Артеріальний тиск	> 130/85 мм рт. ст.
Глікемія	≥ 6,1 ммоль/л (> 110 мг/дл)

Нами застосовано також ряд психологічних методик, загальноприйнятих для використання в психіатричній практиці: Торонтська алекситимічна шкала, опитувальник Бека (з діагностики депресії), шкала реактивної й особистісної тривожності Спілбергера-Ханіна, методика незакінчених речень Сакса-Сіднея в

модифікації для психосоматичних хворих, методика визначення показників і форм агресії А.Басса й А.Даркі, методика «Мета – Засіб – Результат», методика визначення соціальної адаптації і стійкості до стресу Холмса і Рея, методика діагностики рівня соціальної фрустрованості Вассермана (у модифікації Бойко).

Результати дослідження та їх обговорення

За даними обстеження 115 пацієнтів отримано наступні дані:

Контрольну групу склали 9 (7,83%) обстежених осіб без ознак метаболічного синдрому Х (нормальні вага, артеріальний тиск, толерантність до глюкози). Найбільша питома вага належить особам з неповним набором ознак метаболічного синдрому Х (артеріальна гіпертензія і/або порушений вуглеводний обмін і/або ожиріння) - 83 (72,17%) обстежених. Про доцільність виділення осіб зі сполученням 2-3 компонентів метаболічного синдрому говорить той факт, що серед випадкових вибірок з популяцій вони зустрічаються набагато частіше, ніж особи з «повним» метаболічним синдромом [12]. Повний набір клінічних ознак метаболічного синдрому Х – артеріальну гіпертензію, ожиріння і порушення вуглеводного обміну – виявлено у 23 (20,0%) пацієнтів.

Вік обстежених нами пацієнтів коливався від 19 до 63 років, із переважанням осіб середнього віку (31-40 років - 48%; 41-50 років - 31,7%).

Такий розподіл хворих на даному етапі обстеження, на наш погляд, обумовлений переважанням осіб працездатного віку в контингенті стаціонарних хворих та підвищеною смертністю осіб з тяжкими серцево-судинними хворобами. Дані літератури також вказу-

ють на метаболічний синдром Х, як на хворобу зрілого віку, але й відмічають значне «помолодження» розладу з появою його у дітей та підлітків [11,22]. Чоловіків в нашому дослідженні було 73 особи (63,5%), жінок - 42 особи (36,5%). Більшість обстежених мала середній спеціальний рівень освіти (64,3%). Серед обстежених більша частина проживає у шлюбі (61,9%) та має одну дитину (60%). Інші проживають самотньо за різними причинами (26,2% - розлучені; 9,5% - вдові и так далі). Проживає окремо від старшого покоління 65,8% обстежених та їх родин, разом - 34,2%.

При модальному аналізі існуючих протягом життя пацієнта проблем (Табл. 1.) відзначено значимість таких психосоціальних факторів, як проблеми адаптації при переході від одного етапу життєвого циклу до іншого (36,3%), неадекватна сімейна підтримка (54,5%), відчуття недостатності розслаблення і відпочинку (63,6%), недостатня фізична активність (81,8%), виснаження (втрата життєвої енергії) (51,3%). Епідеміологічні дослідження, проведені Diest и Appels, також показали, що «виснаження життєвої енергії» є прогностичною ознакою серцево-судинного захворювання в популяціях як здорових осіб, так і кардіологічних хворих, але походження цих симптомів ще мало зрозуміле [17,23].

Крім того, ми виявили важливість таких фак-

торів, як змінений патерн сімейних взаємин у дитинстві (55,6%), неадекватне батьківське втручання (41,2%), переживання сильного страху в дитинстві (50,4%). Автори психосоматичних теорій та більшість інших дослідників також зазначають вагомий вплив батьківської родини і дитячих вражень на формування психосоматичних розладів [6,10,15,17,18]. Результати нашої роботи дозволяють підтвердити важливу роль аг-

ресивності та реакцій на фрустрацію в етіопатогенезі метаболічного синдрому Х. Так, епізоди перебування в ролі «агресор-жертва» відзначалося в 2,3 рази частіше, ніж у контрольній групі. Можна вважати, що дані клініко-психологічного дослідження на прикладі метаболічного синдрому Х підтверджують відому раніше гіпотезу, що психосоматичні розлади є одним з різновидів саморуйнуючої поведінки [15,17,23].

Таблиця 1

Модальний аналіз існуючих проблем

Окреслені пацієнтами проблеми	Абс.	%
Труднощі адаптації при переході від одного етапу життєвого циклу до іншого	42	36,3
Неадекватна сімейна підтримка або її відсутність	63	54,5
Складна або атипова батьківська ситуація	38	33,0
Змінений патерн сімейних взаємин у дитинстві	64	55,6
Неадекватне батьківське втручання	47	41,2
Переживання сильного страху в дитинстві	58	50,4
Недостатня фізична активність	94	81,8
Відчуття ізоляції серед оточуючих	29	25,2
Відчуття ізоляції серед однолітків	35	30,4
Незадоволення соціальною роллю	31	29,5
Відчуття недостачі розслаблення і відпочинку	73	63,6
Виснаження (втрата життєвої енергії)	59	51,3
Стрес	49	42,6
Неадекватне харчування	47	40,1
Емоційні проблеми	34	29,6

Таким чином, внаслідок модального аналізу існуючих протягом життя пацієнта проблем ми можемо виділити ряд психосоціальних факторів, значимих для виникнення та розвитку метаболі-

чного синдрому Х, для подальшого вивчення етіопатогенетичних механізмів і визначення «мішеней» психотерапевтичної і психофармако-терапевтичної інтервенції.

О.О. Хаустова

ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ МАРКЕРЫ РАЗВИТИЯ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА Х (ПСИХОСОМАТИЧЕСКИЙ ПОДХОД)

Украинский НИИ социальной судебной психиатрии и наркологии МЗ

Психологические проблемы, образ жизни наряду с соматическими симптомами непосредственно имеют отношение к метаболіческому синдрому Х (MSX). Депрессивные, тревожно-депрессивные и обсессивно-компульсивные расстройства упоминаются в сочетании с метаболіческим синдромом уже на преклиническом уровне. Психосоматический аспект диагностики MSX предполагает поиск диагностических маркеров, сопряженных в течение жизни с активностью симпат-адреналовой системы. В рамках многоосевого метода диагностики мы разработали «Мультимодальную карту обследования психосоматического пациента». Исследование отдельных диагностических блоков 115 пациентов указывает достаточную достоверность выявления диагностических маркеров метаболіческого синдрома Х, что позволяет нам продолжать исследование. (Журнал психиатрии и медицинской психологии. — 2004. — № 3 (13). — С.157-161)

**DIAGNOSTIC MARKERS OF METABOLIC SYNDROME X DEVELOPMENT
(PSYCHOSOMATIC APPROACH)**

Ukrainian Research Institute of Social and Forensic Psychiatry and narcology

The Psychological problems, lifestyle alongside with somatic symptoms directly refer to metabolic syndrome X (MSX). Depressive, anxious-depressive, obsessive-compulsive disorders are mentioned in combination with metabolic syndrome on preclinic level already. The Psychosomatic aspect of diagnostics MSX expects searching for of diagnostic markers associate during lifes with activity of sympathico-adrenalic system. Within the framework of multiaxial method of diagnostics we have made «Multimodal card of psychosomatic patient examination». The Study of separate diagnostic blocks 115 patients indicates sufficient validity of revealing the diagnostic markers of metabolic syndrome X that allows us to continue the study. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2004. — № 3 (13). — P.157-161)

Література

1. Александр Ф., Селесник Ш. Человек и его душа: познание и врачевание от древности и до наших дней. - М., 1995. - 605 с.
2. Гельдер М., Гэт Д., Мейо Р. Оксфордское руководство по психиатрии / Пер. с англ. — К., 1997. — Т. 2. - 435 с.
3. Гиндикин В. Я. Справочник: соматогенные и соматоформные психические расстройства. — М.: Триада-Х, 2000. - 256 с.
4. Есаян Н.Ф. Психосоматика детского возраста и психоанализ // Российский психоаналитический вестник. - 1993-1994.-№3-4. - С. 71-76.
5. Захаржевский В. Б. Физиологические аспекты невротической и психосоматической патологии: Механизмы специфичности психовегетативного эффекта. — Л.: Наука, 1990. - 175 с.
6. Коваленко А.Н., Логановский К.Н. Синдром хронической усталости и метаболический синдром X у пострадавших вследствие Чернобыльской катастрофы // Укр мед часопис.-2001.-N.6 (26).-с.70-81.
7. Коркина М. В., Марилев В. В. Психосоматические расстройства: Психиатрия. — М.: Медицина, 1995. — С. 501-502.
8. Коркина М. В., Марилев В. В. Роль психосоматических циклов в генезе психосоматических заболеваний // Журн. невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова - 1998.-Т. 98, № 11.-С. 30-32.
9. Метаболічний синдром X // Укр мед часопис.-2001.-N.4 (24).-с.93-96.
10. Михайлов Б. В., Табачников С. И и др. Патогенетические механизмы, клиника, дифференциальная диагностика и принципы терапии соматоформных расстройств // Проблемы медичної науки та освіти.-№2-2001, с.22-26.
11. Платонов К. К. Личностный подход в понимании психосоматических взаимоотношений: Роль психического фактора в происхождении, течении и лечении соматических болезней. — М., 1972. — С. 47—55.
12. Руководство по психиатрии / Под. ред. А. С. Тиганова. - М.: Медицина, 1999. - Т. 1. - 712 с.
13. Смулевич А.Б., Сыркин А.Л., Козырев В.Н. и др. Психосоматические расстройства (клиника, эпидемиология, терапия, модели медицинской помощи). - Журнал неврологии и психиатрии им. С.С.Корсакова.- 1999.- №4
14. Фрейд З. Психология бессознательного.— М.: Просвещение,1989. - 448 с.
15. Фресс П., Пиаже Ж. Экспериментальная психология. Пер. с фр. Под ред А.Н.Леонтьева.-М: Прогресс.-1975.-284с.
16. Bao W, Srinivasan SR, Wattigney WA, Berenson GS. Persistence of multiple cardiovascular risk clustering related to syndrome X from childhood to young adulthood // Arch Intern Med.- 1994.- Vol.154.- p.1842-1847.
17. Barefoot JC, Larsen S, von der Lieth L, Schroll M. Hostility, incidence of acute myocardial infarction, and mortality in a sample of older Danish men and women // Am J Epidemiol.- 1995.- Vol.142.- p.477-484.
18. Berenbaum H., James T. Correlates and retrospectively reported antecedents of alexithymia // Psychosom. Med. — 1994. - Vol. 56. - P. 363-359.
19. Fukunishi J. Social desirability and alexithymia // Psychol. Rep. - 1994. - Vol. 75. - P. 835-838. Kleinberg J. Working with the alexithymic patient in groups // Psychoanalysis and Psychotherapy. - 1996. - Vol. 13. - P. 1.
20. Harmon R. L., Mayer M. A. Prayer and meditation as medical therapies // Phys. Med. Rehabil. Clin. N. Am. — 1999. - Vol.10, № 3. - P. 651-662.
21. Klusmann R. Ongoing conflict situations and physical disease // Wien. Med. Wochenschr. — 1999. — Vol. 149, №11.— P. 318-322.
22. Matthew H. Occupational factors and unexplained physical symptoms.- Advances in Psychiatric Treatment, 1998.-vol.4.-pp.151-158.
23. Nickel R., Egle U. Somatoforme Stoerungen. Psychoanalytische Therapie // Praxis der Psychotherapie. Ein integratives Lehrbuch / W. Senf, M. Broda (Hrsg.). - Stuttgart, NewYork: Georg Thieme Verlag, 1999.-P. 883-842.
24. Ravaja N, Keltikangas-Järvinen L, Keski-vaara P. Type A factors as predictors of changes in the metabolic syndrome: precursors in adolescents and young adults. A 3-year follow-up study. //Health Psychol.- 1996.- Vol.15.-P.18-29
25. Vitaliano PP, Scanlan JM, Krenz C, Fujimoto W. Insulin and glucose: relationships with hassles, anger, and hostility in nondiabetic older adults.// Psychosom Med.-1996/- Vol.58.- P. 489-99
26. Wolff H. Life stress and bodily disease//Life stress and bodily disease / H. Wolff et al. (Eds.). - Baltimore: Williams, WHO. 1996.

Поступила в редакцию 9.07.2004