

**ОТЛИЧИТЕЛЬНЫЕ ЧЕРТЫ
КОМОРБИДНОСТИ
И ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ
У ПАЦИЕНТОВ С НАРУШЕНИЕМ
УГЛЕВОДНОГО ОБМЕНА**

Мулюкина Л.А., Рассадникова В.В.,
Мокашева Евг.Н., Мокашева Ек.Н

*ФГБОУ ВО «Воронежский государственный
медицинский университет им. Н. Н. Бурденко»,
Воронеж, e-mail: liliatulukina@gmail.com*

В современном понимании течения болезней, в частности сахарного диабета (СД), большую роль играют хронизация патологических состояний, системность протекающих процессов в больном организме и сочетание нескольких заболеваний у одного человека или коморбидность [1]. Этот термин ввел американский ученый А. Файнштейн в 1970 году. В настоящее время под коморбидностью понимают наличие одного или нескольких хронических заболеваний, этиопатогенетически взаимосвязанных между собой или совпадающих по времени проявления. На данный момент эта тема обладает большой актуальностью, т.к. затрагивает вопросы атипичного течения соматической патологии, множественных осложнений, трудностей в постановке диагноза, особенности лечения, полипрагмазии, которые преобладают у пациентов гериатрического профиля. Главную роль в развитии коморбидности играют следующие общепатологические процессы: нарушение кровообращения, воспаление, ишемия. Сочетанные заболевания по отдельности при легкой и средней степени тяжести течения, как правило, не приводят к смерти. Однако, при одновременном развитии нескольких патологий, они отягощают друг друга, становятся причиной летального исхода в ряде случаев. К наиболее часто встречающимся комбинациям болезней относится сочетание сахарного диабета с остеоартрозом, ишемической болезнью сердца, артериальной гипертензией и гиперлипидемией [1]. СД зачастую сопровождается поражением центральной и периферической нервной системы различного генеза. Диабетическая нейропатия встречается у 90-100% больных с патологией углеводного обмена, она часто проявляется раньше всех остальных симптомов и может включать поражение периферической, центральной и/или вегетативной нервной системы [2]. Патологический процесс начинается с того, что на нервные волокна пагубно влияет гипергликемия, замедляя метаболические процессы в них, позже поражается миелиновая оболочка волокон, нарушается проведение импульсов, снижается чувствительность, особенно в дистальных отделах конечностей. В тяжелых случаях эти процессы приводят к возникновению диабетической стопы. Отсутствие приверженности к лечению и самоконтролю у пациен-

тов с сахарным диабетом определяется ранним развитием психогенных состояний разной выраженности [3]. Депрессия и тревожность являются одними из самых распространенных аффективных расстройств у пациентов с СД. Распространенность депрессивной симптоматики при патологии углеводного обмена находится в зависимости от методики проведения исследования, но средним показателем является наличие субпороговых депрессивных расстройств как минимум у трети пациентов [4]. Депрессия, являясь на данный момент серьезной медицинской проблемой [5], у больных с СД – это отягощающий фактор при попытках компенсации патологических состояний, приводящий к повышению риска развития осложнений, часто сочетающийся со следующими заболеваниями: ишемическая болезнь сердца, хроническая сердечная недостаточность и т.д. Для депрессивных состояний при патологии углеводного обмена существуют факторы риска, не зависящие от побочных патологий: женский пол, возраст старше 65 лет, одинокий и/или низкий уровень жизни, продолжительность СД свыше 15 лет [6]. Депрессия как фактор угнетения эмоциональной и когнитивной деятельности головного мозга уменьшает комплаентность пациентов с сахарным диабетом. Следовательно, снижается качество проводимой терапии и повышается риск осложнений [4].

Цель исследования: оценить уровень аффективных расстройств при коморбидной патологии у пациентов с нарушением углеводного обмена.

Материалы и методы исследования

В исследовании принял участие 31 пациент (16 женщин и 15 мужчин) эндокринологического отделения БУЗ ВО «ВГКБСМП № 10», средний возраст которых составил $51,48 \pm 8,57$ лет. У больных были зафиксированы такие параметры, как рост, вес, систолическое и диастолическое артериальное давление, частота сердечных сокращений. В последующем были рассчитаны индекс массы тела (ИМТ) и показатели, отражающие деятельность сердечно-сосудистой системы. Помимо этого, всем пациентам было предложено ответить на вопросы шкалы депрессии Бека. Был осуществлен анализ данных историй болезни, рассчитаны лейкоцитарные индексы и произведена оценка коморбидности с помощью шкалы CIRS. Для статистической обработки использовали прикладные программы STATISTICA version 6.0 и Microsoft Excel 2011.

Результаты исследования и их обсуждение

У 42% больных диагностирован сахарный диабет 1 типа, а у 58% – 2 типа. При расчете ИМТ у 3,2% пациентов фиксируется недостаточная масса тела, предожирение – у 41,3%, ожирение 1 степени – у 19,3%, ожирение 2 степени – у 9,6% больных. Средние значения суммы баллов по шкале коморбидности CIRS у па-

циентов с СД составили $14,12 \pm 0,7$. По болезням следующих органов и систем получены самые высокие средние значения баллов: эндокринная система и метаболические расстройства – $3,03 \pm 0,15$, печень – $2,93 \pm 0,14$, сердце – $1,7 \pm 0,08$, сосуды – $1,7 \pm 0,08$. Средние значения по шкале Бека равны $11,7 \pm 0,5$, что интерпретируется как легкая депрессия.

При оценке лейкоцитарных индексов был выявлен ряд отклонений от референсных показателей. Средние значения индекса соотношения нейтрофилов и моноцитов выше нормы почти в два раза и равны $22,53 \pm 1,12$. Это может свидетельствовать о протекании инфекционных процессов бактериальной природы у больных диабетического профиля. При интерпретации средних значений индекса соотношения лимфоцитов к моноцитам, которые равны $8,39 \pm 0,41$, также наблюдается превышение относительно нормальных показателей, что может указывать на наличие инфекции вирусной этиологии. Сравнивая повышение двух рассмотренных выше индексов, можно сделать предположение о большей вероятности развития инфекционного процесса именно бактериального генеза у данных больных с сахарным диабетом. Средние значения индекса соотношения лимфоцитов к эозинофилам, иллюстрирующего пропорциональность реакций немедленного и замедленного типов в механизме гиперчувствительности, равны $14,12 \pm 0,7$ и превышают референсные значения, что может свидетельствовать о высокой вероятности развития аутоиммунной интоксикации.

При оценке средних значений пульсового давления у больных СД, которые равны $51,09 \pm 2,5$, выявлено превышение данного показателя по сравнению с нормой (35 ± 10). Это может указывать на формирование патологических перестроек в стенках сосудов в виде изменения жесткости и атеросклеротических поражениях. Средние значения индекса Робинсона составили $101,8 \pm 5,0$, что характеризуется как «ниже среднего» и может свидетельствовать о недостаточном снабжении миокарда кислородом. Полученные при исследовании средние значения индекса Кердо, равные $-3,09165 \pm 0,15$, отражают преобладание парасимпатки в процессах нервной регуляции. Выявлено повышение коэффициента экономичности кровообращения (его средние значения составили $4002,48 \pm 200,12$), что может служить признаком более экономного расходования резервов сердечно-сосудистой системы у больных СД. Тип саморегуляции и кровообращения можно оценить как сердечно-сосудистый, так как средние значения равны $103,09 \pm 5,15$ и находятся в границах от 90 до 110, что соответствует данному типу. Среди средних значений показателей биохимии крови превышают границы нормы следующие параметры: глюкоза – $10,25 \pm 0,51$ ммоль/л, креатинин – $103,38 \pm 5,16$ мкмоль/л (предположительно в ре-

зультате поражения почек при сахарном диабете) и АСТ – $58,08 \pm 2,9$ Ед/л. Средние значения АЛТ равны $45,02 \pm 2,25$ Ед/л, что находится на границе между нормой и патологией. Повышение трансаминаз в данном случае вероятно можно связать с повреждением клеток печени из-за оксидативного стресса и воспалительных реакций, формирующихся при сахарном диабете. Средние значения гликированного гемоглобина (HbA1c) равны $8,74 \pm 0,43\%$. У пациентов с СД в самых сложных случаях (с множественными осложнениями и сопутствующими заболеваниями) рекомендуется установить целевые значения данного показателя $< 8\%$.

Выводы

У пациентов с патологией углеводного обмена высока вероятность развития коморбидной патологии, сочетающейся с депрессией. Подобные нарушения сопровождаются изменениями в лейкоцитарных индексах, которые указывают на высокую вероятность развития бактериальных осложнений и интоксикации аутоиммунного генеза, что неблагоприятно скажется на течении сопутствующей патологии у пациентов с сахарным диабетом. Наличие отклонений в сердечно-сосудистых индексах также подтверждает высокую вероятность осложнений со стороны гемодинамики, что может привести к развитию инсультов, тромбозов и инфарктов.

Список литературы

1. Наумова Л.А., Осипова О.Н. Коморбидность: как ее понимать? // Вестник СуГМУ. Медицина. 2017. № 2 (32). С. 57-64.
2. Пизова Н.В. Основные формы диабетических нейропатий // Consilium Medicum. 2018. № 20 (4). С. 36-42.
3. Вербовой А.Ф., Шаронова Л.А. Анализ нарушений пищевого поведения, депрессивных и тревожных расстройств у женщин с сахарным диабетом // Эндокринология: Новости. Мнения. Обучение. 2018. № 2 (23). С. 60-66.
4. Старостина Е.Г., Володина М.Н., Старостин И.В., Бобров А.Е. Депрессия и сахарный диабет как коморбидные заболевания // РМЖ. 2017. № 22. С. 1613-1620.
5. Колесникова А.Б., Богданчикова Л.В., Мокашева Е.Н., Мокашева Е.Н. Взаимосвязь степени депрессивных расстройств от количества соматических заболеваний // Научное обозрение. Педагогические науки. 2019. № 5-4. С. 66-70.
6. Арсентьева А.А., Кольшицын К.А., Архипова К.А., Фурфачева А.В., Магомедов М.Ю. Депрессия у пациентов с сахарным диабетом // StudNet. 2020. № 3 (9). С. 28-34.

ВАРИАНТНАЯ АНАТОМИЯ СОСУДОВ ЯИЧЕК (ОБЗОР НА ОСНОВЕ ЛИТЕРАТУРНЫХ ИСТОЧНИКОВ)

Мякушин С.С., Сорокин В.А.

ФГБОУ ВО «МГУ им. Н.П. Огарёва», Саранск,
e-mail: smyakushin@mail.ru

Для того, чтобы понять сущность и причину анатомических изменений яичка и его артерий и вен, нужно знать эмбриональное развитие самого органа. Мужские половые железы закладываются на поверхности I почки, т. е. в брюшной полости в поясничной области за-