



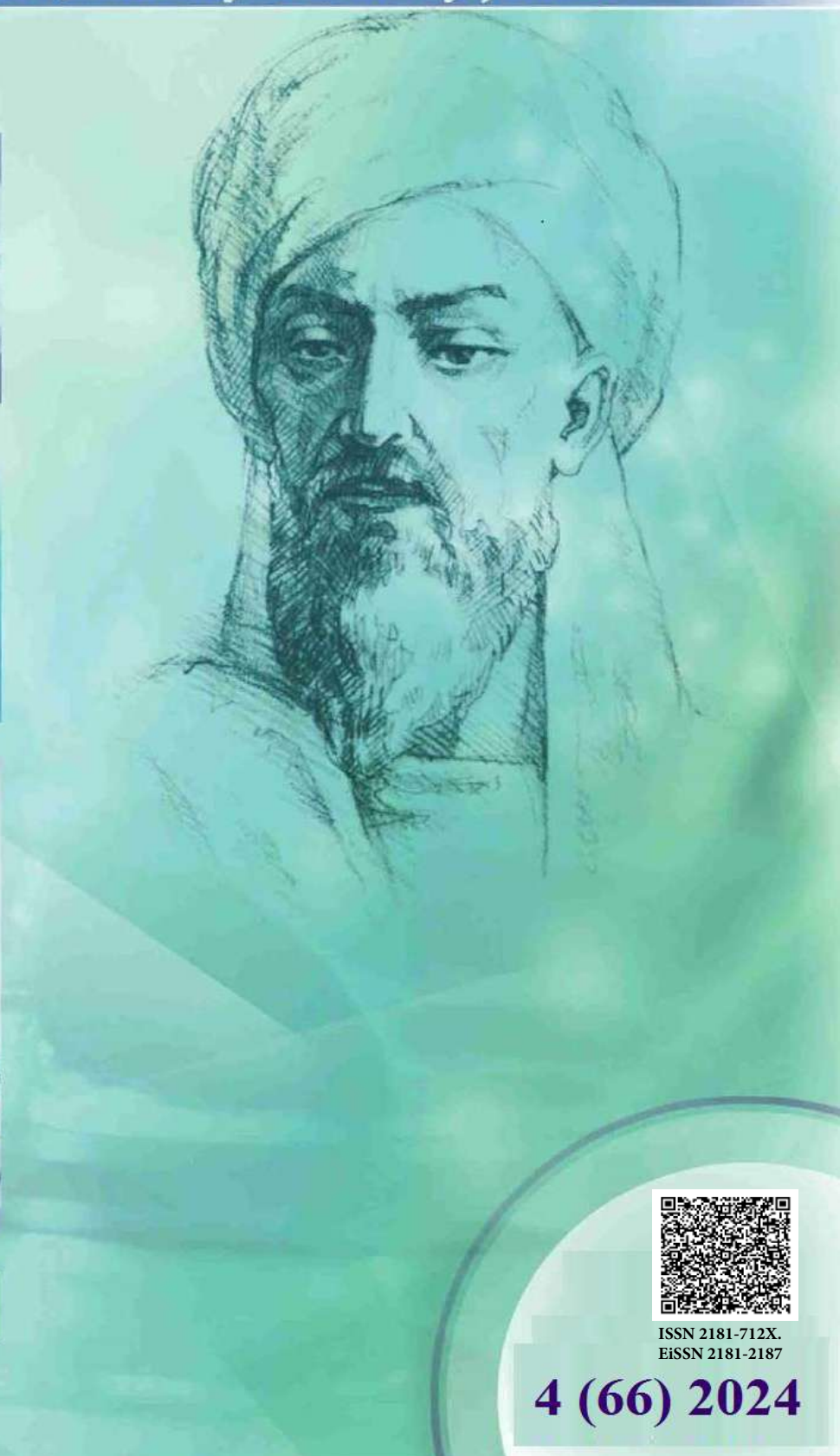
New Day in Medicine
Новый День в Медицине

NDM



TIBBIOVIYOTDA YANGI KUN

Ilmiy referativ, marifiy-ma'naviy jurnal



AVICENNA-MED.UZ



ISSN 2181-712X.
EiSSN 2181-2187

4 (66) 2024

Сопредседатели редакционной коллегии:

**Ш. Ж. ТЕШАЕВ,
А. Ш. РЕВИШВИЛИ**

Ред. коллегия:

М.И. АБДУЛЛАЕВ
А.А. АБДУМАЖИДОВ
Р.Б. АБДУЛЛАЕВ
Л.М. АБДУЛЛАЕВА
А.Ш. АБДУМАЖИДОВ
М.А. АБДУЛЛАЕВА
Х.А. АБДУМАДЖИДОВ
Б.З. АБДУСАМАТОВ
М.М. АКБАРОВ
Х.А. АКИЛОВ
М.М. АЛИЕВ
С.Ж. АМИНОВ
Ш.Э. АМОНОВ
Ш.М. АХМЕДОВ
Ю.М. АХМЕДОВ
С.М. АХМЕДОВА
Т.А. АСКАРОВ
М.А. АРТИКОВА
Ж.Б. БЕКНАЗАРОВ (главный редактор)
Е.А. БЕРДИЕВ
Б.Т. БУЗРУКОВ
Р.К. ДАДАБАЕВА
М.Н. ДАМИНОВА
К.А. ДЕХКОНОВ
Э.С. ДЖУМАБАЕВ
А.А. ДЖАЛИЛОВ
Н.Н. ЗОЛотова
А.Ш. ИНОЯТОВ
С. ИНДАМИНОВ
А.И. ИСКАНДАРОВ
А.С. ИЛЪЯСОВ
Э.Э. КОБИЛОВ
А.М. МАННАНОВ
Д.М. МУСАЕВА
Т.С. МУСАЕВ
М.Р. МИРЗОЕВА
Ф.Г. НАЗИРОВ
Н.А. НУРАЛИЕВА
Ф.С. ОРИПОВ
Б.Т. РАХИМОВ
Х.А. РАСУЛОВ
Ш.И. РУЗИЕВ
С.А. РУЗИБОВЕВ
С.А. ГАФФОРОВ
С.Т. ШАТМАНОВ (Кыргызстан)
Ж.Б. САТТАРОВ
Б.Б. САФОВЕВ (отв. редактор)
И.А. САТИВАЛДИЕВА
Ш.Т. САЛИМОВ
Д.И. ТУКСАНОВА
М.М. ТАДЖИЕВ
А.Ж. ХАМРАЕВ
Д.А. ХАСАНОВА
А.М. ШАМСИЕВ
А.К. ШАДМАНОВ
Н.Ж. ЭРМАТОВ
Б.Б. ЕРГАШЕВ
Н.Ш. ЕРГАШЕВ
И.Р. ЮЛДАШЕВ
Д.Х. ЮЛДАШЕВА
А.С. ЮСУПОВ
Ш.Ш. ЯРИКУЛОВ
М.Ш. ХАКИМОВ
Д.О. ИВАНОВ (Россия)
К.А. ЕГЕЗАРЯН (Россия)
DONG JINCHENG (Китай)
КУЗАКОВ В.Е. (Россия)
Я. МЕЙЕРНИК (Словакия)
В.А. МИТИШ (Россия)
В.И. ПРИМАКОВ (Беларусь)
О.В. ПЕШИКОВ (Россия)
А.А. ПОТАПОВ (Россия)
А.А. ТЕПЛОВ (Россия)
Т.Ш. ШАРМАНОВ (Казахстан)
А.А. ЩЕГОЛОВ (Россия)
Prof. Dr. KURBANHAN MUSLUMOV (Azerbaijan)
Prof. Dr. DENIZ UYAK (Germany)

ТИББИЁТДА ЯНГИ КУН НОВЫЙ ДЕНЬ В МЕДИЦИНЕ NEW DAY IN MEDICINE

*Илмий-рефератив, маънавий-маърифий журнал
Научно-реферативный,
духовно-просветительский журнал*

УЧРЕДИТЕЛИ:

**БУХАРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ
ООО «ТИББИЁТДА ЯНГИ КУН»**

Национальный медицинский
исследовательский центр хирургии имени
А.В. Вишневского является генеральным
научно-практическим
консультантом редакции

Журнал был включен в список журнальных
изданий, рецензируемых Высшей
Аттестационной Комиссией
Республики Узбекистан
(Протокол № 201/03 от 30.12.2013 г.)

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ:

М.М. АБДУРАХМАНОВ (Бухара)
Г.Ж. ЖАРЫЛКАСЫНОВА (Бухара)
А.Ш. ИНОЯТОВ (Ташкент)
Г.А. ИХТИЁРОВА (Бухара)
Ш.И. КАРИМОВ (Ташкент)
У.К. КАЮМОВ (Тошкент)
Ш.И. НАВРУЗОВА (Бухара)
А.А. НОСИРОВ (Ташкент)
А.Р. ОБЛОКУЛОВ (Бухара)
Б.Т. ОДИЛОВА (Ташкент)
Ш.Т. УРАКОВ (Бухара)

4 (66)

2024

апрель

www.bsmi.uz

<https://newdaymedicine.com> E:

ndmuz@mail.ru

Тел: +99890 8061882

УДК 616. 895.4:616-056.52+616.379+008.64+616.12-008.331.1

ОСОБЕННОСТИ ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОЙ СФЕРЫ У ПАЦИЕНТОВ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

¹Артыкова М.А. <https://orcid.org/https://orcid.org/0000-0003-2750-8114>

²Мамасолиев Ш. М., <https://orcid.org/0009-0008-4570-1886>

¹Бухарский государственный медицинский институт имени Абу Али ибн Сины, Узбекистан, г. Бухара, ул. А. Навои. 1 Тел: +998 (65) 223-00-50 e-mail: info@bsmi.uz

²Андижанский государственный медицинский институт Узбекистон, Андижон, Ул. Атабеков 1 Тел:(0-374)223-94-60. E-mail: info@adti

✓ Резюме

Цель исследования. Оценить изменения в психоэмоциональной сфере при метаболическом синдроме. Проведено комплексное обследование 241 пациента, отобранных из числа лиц, находившихся на амбулаторном и стационарном лечении в клинике АндГосМИ. Средний возраст которых составил $43,7 \pm 10,8$ (от 29 до 72 лет).

Разработанный алгоритм, по которому осуществлялось обследование пациентов с МС, включал: анкетирование по специально разработанной анкете, сбор жалоб, анамнеза жизни и заболевания, измерение артериальной гипертензии, выявления ожирения, нарушения толерантности к глюкозе; объективное исследование: общий осмотр, антропометрию, интерпретация результатов лабораторного обследования: данные клинического и биохимического анализов крови, липидограммы; инструментальное обследование: выполнение электрокардиографии и оценка данных проведённого сонографического исследования органов брюшной полости; анкетирование при помощи Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS, 1983 г.) в целях оценки психологического статуса пациента; анкетирование при помощи опросника оценки качества жизни 36-Item Short Form Survey (SF- 36, 1992 г.).

Ключевые слова: особенности психоэмоциональной сферы, пациенты с метаболическим синдромом, анкетирование при помощи Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS, 1983 г.), оценки психологического статуса пациента; анкетирование при помощи опросника оценки качества жизни 36-Item Short Form Survey (SF- 36, 1992 г.).

FEATURES OF THE PSYCHOEMOTIONAL SPHERE IN PATIENTS WITH METABOLIC SYNDROME

¹Artykova M.A. <https://orcid.org/https://orcid.org/0000-0003-2750-8114>

²Mamasoliev Sh. M., <https://orcid.org/0009-0008-4570-1886>

¹Bukhara State Medical Institute named after Abu Ali ibn Sina, Uzbekistan, Bukhara, st. A. Navoi. 1 Tel: +998 (65) 223-00-50 e-mail: info@bsmi.uz

²Andijan State Medical Institute of Uzbekistan, Andijon, st. Atabekov 1 Tel: (0-374)223-94-60. E-mail: info@adti

✓ Resume

Purpose of the study. To evaluate changes in the psychoemotional sphere in metabolic syndrome. A comprehensive examination of 241 patients selected from among those undergoing outpatient and inpatient treatment at the Andrei State Medical Institute clinic was carried out. Their average age was 43.7 ± 10.8 (from 29 to 72 years).

The developed algorithm, which was used to examine patients with MS, included: questioning using a specially designed questionnaire, collecting complaints, life history and illness, measuring arterial hypertension, detecting obesity, impaired glucose tolerance; objective examination: general examination, anthropometry, interpretation of laboratory examination results: data from clinical and biochemical blood tests, lipid profile; instrumental examination: performing electrocardiography and evaluating data from a sonographic examination of the abdominal organs; questionnaire using the

Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS, 1983) to assess the psychological status of the patient; questionnaire using the 36-Item Short Form Survey (SF-36, 1992).

Key words: *features of the psycho-emotional sphere, patients with metabolic syndrome, questionnaires using the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS, 1983), assessment of the patient's psychological status; questionnaire using the 36-Item Short Form Survey (SF-36, 1992).*

METABOLIK SINDROMLI BESORLARDA PSIXEMOTSIONAL SHARA XUSUSIYATLARI

¹Artikova M.A. <https://orcid.org/0000-0003-2750-8114>

²Mamasoliev Sh., <https://orcid.org/0009-0008-4570-1886>

¹Abu Ali ibn Sino nomidagi Buxoro davlat tibbiyot instituti, O'zbekiston, Buxoro, ko'ch. A. Navoiy. 1
Tel: +998 (65) 223-00-50 e-mail: info@bsmi.uz

²Andijon davlat tibbiyot instituti, Andijon, st. Otabekov 1 Tel: (0-374)223-94-60. Email: info@adti

✓ Rezyume

Tadqiqot maqsadi. *Metabolik sindromda psixoemotsional sohadagi o'zgarishlarni baholash. Andrey davlat tibbiyot instituti klinikasida ambulator va statsionar davolanayotganlar orasidan tanlab olingan 241 nafar bemor kompleks tekshiruvdan o'tkazildi. Ularning o'rtacha yoshi $43,7 \pm 10,8$ (29 yoshdan 72 yoshgacha).*

MS bilan og'rigan bemorlarni tekshirish uchun foydalanilgan ishlab chiqilgan algoritm quyidagilarni o'z ichiga oladi: *maxsus ishlab chiqilgan anketa yordamida so'roq qilish, shikoyatlar, hayot tarixi va kasalliklarini to'plash, arterial gipertenziyani o'lchash, semirishni aniqlash, glyukoza bardoshliligining buzilishi; ob'ektiv tekshirish: umumiy tekshiruv, antropometriya, laboratoriya tekshiruvi natijalarini talqin qilish: klinik va biokimyoviy qon testlari ma'lumotlari, lipid profili; instrumental tekshirish: elektrokardiografiya o'tkazish va qorin bo'shlig'i organlarining sonografik tekshiruvdan olingan ma'lumotlarni baholash; bemorning psixologik holatini baholash uchun kasalxonada tashvish va depressiya shkalasi (HADS, 1983) yordamida so'rovnoma; 36-banddan iborat qisqa shakl so'rovidan foydalangan holda so'rovnoma (SF-36, 1992).*

Kalit so'zlar: *psixo-emotsional sohaning xususiyatlari, metabolik sindromli bemorlar, kasalxonada tashvish va depressiya shkalasi (HADS, 1983) yordamida so'rovnoma, bemorning psixologik holatini baholash; 36-banddan iborat qisqa shakl so'rovidan foydalangan holda so'rovnoma (SF-36, 1992).*

Актуальность

Из всех заболеваний неинфекционной природы сердечно - сосудистая патология выступает в качестве одной из наиболее частых причин летальных исходов: так, согласно аналитическим данным, представленным в 2015 году экспертами Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) их вклад в смертность населения во всём мире составил более 30% [1,2]. Факторами, влияющими на увеличение риска формирования заболеваний сердечно-сосудистой системы, являются артериальная гипертензия, абдоминальное ожирение, дислипидемия и инсулинорезистентность, способствующие прогрессированию атерогенного поражения сосудов [3,4]. Указанные патологические процессы составляют синдромокомплекс, который носит название «метаболический синдром». Продемонстрированное в отчётах ВОЗ 2016 года, практически трехкратное возрастание выявляемости ожирения в мировой популяции по сравнению с данными 1975 года: согласно результатам мета-анализов, доля лиц с избыточной массой тела и ожирением старше 18 лет соответственно составила более 1,9 миллиарда и 650 миллионов человек, что свидетельствовало о наметившейся тенденции к неуклонному росту встречаемости данной патологии. Вместе с тем на 2019 год в мире было зарегистрировано 463 миллиона пациентов с сахарным диабетом 2 типа (СД 2 типа) (5,6). Рост распространенности ожирения и инсулинорезистентности в мировой популяции, которые составляют патогенетическую основу метаболического синдрома (МС), а также широкая вариабельность сопутствующих клинических состояний диктуют медицинскому сообществу необходимость всестороннего изучения указанной проблемы [1,3].

Одним из наиболее перспективных направлений, которое с высокой долей вероятности позволит достигнуть понимания взаимосвязанности процессов, приводящих к каскаду метаболических нарушений, является исследование воздействия предрасполагающих к формированию синдрома факторов, в частности, питания, которое в свою очередь включает в себя особенности пищевого

рациона и пищевого поведения. Данные обстоятельства предопределяют актуальность темы настоящего исследования.

Цель исследования. Оценить изменения в психоэмоциональной сфере при метаболическом синдроме.

Материал и методы

Проведено комплексное обследование 241 пациента, отобранных из числа лиц, находившихся на амбулаторном и стационарном лечении в клинике АндГосМИ. Средний возраст которых составил $43,7 \pm 10,8$ (от 29 до 72 лет). Соотношение мужчин и женщин, отобранных в исследование, составило 1: 1,17 (111:130 человек), практически две трети респондентов в возрасте до 45 лет составляли мужчины (69,2% против 30,8% женщин), количество пациентов мужского и женского пола среднего возраста было приблизительно равным (50,5% и 49,5% соответственно), в группе лиц старше 60 лет преобладали женщины (77,1% против 22,9% мужчин). Разработанный алгоритм, по которому осуществлялось обследование пациентов с МС, включал: анкетирование по специально разработанной анкете, представляющее собой подробный сбор жалоб, анамнеза жизни и анамнеза заболевания, в частности, давность установления диагноза артериальной гипертензии, выявления ожирения, признаков дислипидемии и нарушения толерантности к глюкозе; объективное исследование, включающее общий осмотр, антропометрию, интерпретация результатов лабораторного обследования: данные клинического и биохимического анализов крови, липидограммы; инструментальное обследование: выполнение электрокардиографии и оценка данных проведённого сонографического исследования органов брюшной полости; анкетирование при помощи Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS, 1983 г.) в целях оценки психологического статуса пациента; анкетирование при помощи опросника оценки качества жизни 36-Item Short Form Survey (SF- 36, 1992 г.).

Статистический анализ данных выполнен с использованием пакетов прикладных программ SPSS Statistics 17.0, разработанной SPSS Inc., и Statistica 10.0 компании StatSoft.

Результат и обсуждения

В результате анкетирования пациентов по опроснику HADS получены следующие данные: рассчитанный по шкале тревоги опросника средний балл был равен 5,0 (2,0; 8,0). Доля респондентов с признаками тревожности составила менее трети от общей выборки: субклинически выраженная тревога (8-10 баллов по шкале HADS) наблюдалась у 44 (18,26%) обследованных, в то время как клинически выраженный уровень тревоги (≥ 11 баллов) отмечался у 29 (12,03%) больных. Различий по показателю тревоги между представителями сформированных групп не было обнаружено ($p < 0,05$). Распространенность депрессии у пациентов в исследуемой выборке была ниже и составляла 26,6%, при этом у 19,5% (47 опрошенных) выявлялась субклинически выраженная депрессия, и 7,1% (17 больных) имели признаки тяжёлого депрессивного расстройства, средний балл по шкале депрессии был равен 5,0 (2,0; 8,0). У пациентов с патологическим пищевым поведением были получены более высокие баллы по шкале HADS в сравнении с представителями группы «рациональный тип питания» ($p = 0,002$). Число лиц с признаками клинически выраженной депрессии было выше у респондентов с эмоциогенным вариантом питания – 20,0% против 1,7% и 3,3% ($p = 0,0001$).

Качество жизни (КЖ) обследованных с МС оценивалось на основании результатов их анкетирования по опроснику SF-36. Сравнительный анализ данного показателя проводился между представителями одинаковых возрастных категорий. Снижение «физического компонента здоровья» КЖ наблюдалось у 48,5% (117 респондентов) во всех исследуемых группах вне зависимости от возраста и типа пищевого поведения – среди лиц в возрасте от 25 до 44 лет снижение данного показателя имело место у 24,6% (16 пациентов), при этом медианное значение баллов составило 49 (41; 54). Также снижение КЖ по физическому компоненту здоровья наблюдалось у 52,7% больных (49 человек) в возрасте от 45 до 59 лет – 40 (33; 49) баллов, и у 62,7% (52 обследованных) представителей старшей возрастной группы – 37 (31; 44) балла соответственно. Медианные значения «сырых» баллов всех четырёх компонентов, характеризующих данный показатель здоровья находились преимущественно на среднем и высоком уровнях ($> 60\%$ от максимальной суммы баллов), различий в зависимости от вида питания не было обнаружено. Доля обследованных с низкими уровнями «психического компонента здоровья» КЖ в выборке была меньше – 37,8% (91 обследованный). Среди больных молодого возраста подобная картина наблюдалась в 24,6% случаев, а медианное значение данного показателя было равно 50 (41; 55).

баллов. Снижение КЖ по указанному показателю встречалось среди 34,4% лиц среднего возраста (32 случая) – 46 (37; 54) баллов, и у 51,8% представителей старшей возрастной группы (43 респондента) – 40 (34; 49) баллов. Обусловленных характером питания различий между группами не отмечалось, исключая показатель степени сохранности психологического здоровья у пациентов старше 60 лет – у лиц с ограничительным типом пищевого поведения он был выше по сравнению с эмоциогенным и экстернальным вариантом питания ($p=0,02$). Таким образом, вне зависимости от характера пищевых привычек приблизительно у половины пациентов с МС имело место ухудшение КЖ в большей степени за счёт физического компонента.

Между клиническими проявлениями расстройства питания обнаружены прямые корреляционные связи с возрастом ($r=0,706$ при $p<0,0001$), принадлежностью к женскому полу ($r=0,219$, $p=0,001$), низким уровнем физической активности ($r=0,464$, $p=0,0001$), долей жировой массы тела ($r=0,199$, $p=0,003$), наличием нарушений сна ($r=0,217$, $p=0,001$), преимущественно, ранним пробуждением ($r=0,144$, $p=0,026$) и сонливостью в течение дня ($r=0,187$, $p=0,004$), наличием обусловленных семейными традициями патологических стереотипов питания ($r=0,193$ при $p=0,003$), гиперфагической реакции на стресс ($r=0,214$ при $p=0,001$), а также с количеством суточного потребления кофеин- и танинсодержащих продуктов ($r=0,139$, $p=0,031$), концентрацией глюкозы ($r=0,227$, $p=0,0001$) и ТГ ($r=0,140$, $p=0,043$) в крови, выраженностью симптомов депрессии ($r=0,228$, $p=0,0001$). В то же время отмечалась обратная корреляционная связь с показателями выраженности стресса ($r=-0,186$, $p=0,004$), продолжительностью ($r=-0,253$, $p=0,031$) и качеством сна ($r=-0,260$, $p<0,0001$).

В целях оценки вероятности формирования снижения качества жизни пациента с помощью критерия χ^2 Пирсона выполнялся расчёт отношения шансов (OR) развития указанного исхода в зависимости от ряда исследуемых факторов (табл. 1).

Таблица 1. Оценка шансов развития снижения качества жизни пациента

Фактор	Фактор:	Фактор:	OR (95% ДИ)	P
Возраст ≥ 45 лет	0 (0,0%)	176 (97,2%)	13,00 (5,59-30,30)	0,0001
Низкая	0 (0,0%)	95 (52,5%)	1,70 (1,48-1,95)	0,0001
Нарушения сна	30 (50,0%)	133 (73,5%)	1,33 (1,10-1,60)	0,0020

Заключение

У пациентов с МС отмечались сравнительно более высокие баллы по шкале депрессии HADS ($p=0,002$), закономерное снижение качества жизни по показателю физического компонента здоровья в равной степени наблюдалось у респондентов во всех исследуемых группах независимо от возраста ($p=0,235$, $p=0,129$ и $p=0,892$ соответственно), что не позволяет исключить возможность возникновения более тяжёлых тревожно-депрессивных расстройств и, как следствие, снижения показателя психического качества жизни при дальнейшем прогрессировании патологического процесса.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Бокарев И. Н. Метаболический синдром // И. Н. Бокарев // Журнал клинической медицина. 2014;9(8):71.
2. Бородин С. В. Генетические предикторы развития ожирения [Текст] / С. В. Бородин, К. М. Гаппарова, З. М. Зайнудинов, О. Н. Григорьян // Ожирение и метаболизм. 2016;13(2):7-13.
3. Василенко М. А. Роль продукции адипсина и лептина в формировании инсулинорезистентности у больных абдоминальным ожирением / М. А. Василенко, Е. В. Кириенкова, Д. А. Скуратовская [и др.] // Доклады Академии наук. 2017;475(3):336-341.
4. Верткин А. Л. Коморбидность: история, современное представление, профилактика и лечение. / А. Л. Верткин // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. 2015;14(2):74-79.
5. Altin S. Metabolic syndrome does not impair the response to alfuzosin treatment in men with lower urinary tract symptoms: a double-blind, randomized, placebo-controlled study / S. Altin, T. Ozan, S. Ilhan et al. // Turk J Urol. 2015;41(3):125-131.
6. Di Bello, J. R. Prevalence of metabolic syndrome and its components among men with and without clinical benign prostatic hyperplasia: a large cross-sectional, UK epidemiological study / J. R. Di Bello, C. Ioannou, J. Rees et al. // BJU Int. 2016;117(5):801-808.

Поступила 20.03.2024