

# Психические расстройства у больных сахарным диабетом 2-го типа

Профессор А. Е. Бобров<sup>1,2</sup>, М. Н. Володина<sup>3</sup>, к. м. н. И. Н. Агамамедова<sup>1</sup>, к. м. н. Т. Е. Никитина<sup>1</sup>, Ю. В. Карачёва<sup>1</sup>, Д. А. Третьякова<sup>1</sup>, к. м. н. М. А. Парпара<sup>1</sup>, профессор Е. Г. Старостина<sup>3</sup>

<sup>1</sup> ФГБУ «НМИЦ ПН им. В. П. Сербского» Минздрава России, Москва

<sup>2</sup> ФГБОУ ВО «РНИМУ им. Н. И. Пирогова» Минздрава России, Москва

<sup>3</sup> ГБУЗ МО «МОНИКИ им. М. Ф. Владимирского», Москва

## РЕЗЮМЕ

В обзоре анализируются данные литературы о распространенности и структуре психических расстройств (ПР) при сахарном диабете 2-го типа (СД2). Показано, что СД2 часто ассоциирован с депрессивными и тревожными расстройствами, расстройствами приема пищи и когнитивными нарушениями, включая деменцию. Наличие психопатологической симптоматики часто затрудняет дифференциальный диагноз и способствует неверной интерпретации состояния больного. Так, соматические симптомы депрессии могут имитировать болевой синдром, сходный с таковым при диабетической нейропатии, в то время как клинические проявления фобии гипогликемий и панические атаки могут быть неотличимыми от симптомов гипогликемии. Пациентам с СД2 и коморбидными соматоформными расстройствами нередко проводятся многочисленные повторные обследования с последующим назначением ненужного лечения, что в совокупности резко увеличивает использование медицинских ресурсов. Некоторые ПР влияют на приверженность терапии СД2 и качество жизни больных СД2, а также независимо от других факторов укорачивают продолжительность их жизни. В связи с этим своевременное выявление ПР врачами, осуществляющими диагностику СД2 и ведение больных, имеет важное клиническое и прогностическое значение. Раннее выявление и лечение нетяжелых (непсихотических) ПР при СД2 вполне могут осуществляться эндокринологами, терапевтами и врачами общей практики после соответствующего обучения и супервизии.

**Ключевые слова:** сахарный диабет, психические расстройства, когнитивные расстройства, депрессия, патологическая тревога, краткосрочные расстройства адаптации, пищевые эксцессы, соматоформные расстройства.

**Для цитирования:** Бобров А.Е., Володина М.Н., Агамамедова И.Н. и др. Психические расстройства у больных сахарным диабетом 2-го типа // РМЖ. 2018. № 1. С. 28–33.

## ABSTRACT

### Mental disorders in type 2 diabetic patients

A.E. Bobrov<sup>1,2</sup>, M.N. Volodina<sup>3</sup>, I.N. Agamamedova<sup>1</sup>, T.E. Nikitina<sup>1</sup>, Yu.V. Karachyova<sup>1</sup>, D.A. Tretyakova<sup>1</sup>, M.A. Parpara<sup>1</sup>, E.G. Starostina<sup>3</sup>.

<sup>1</sup> National Medical Research Center of Psychiatry and Narcology named after V.P. Serbskiy, Moscow

<sup>2</sup> Pirogov Russian National Research Medical University, Moscow

<sup>3</sup> Moscow Regional Research and Clinical Institute named after M.F. Vladimirskiy

The review presents an analysis of literature on the prevalence and types of mental disorders in type 2 diabetes mellitus (DM2). It has been shown that DM2 is frequently associated with depressive and anxiety disorders, eating disorders and cognitive dysfunction, including dementia. The presence of psychopathological symptoms commonly hinders differential diagnosis and contributes to misinterpretation of the patient's status. Thus, physical symptoms of depression may imitate the pain syndrome similar to that of diabetic neuropathy, whereas clinical manifestations of phobia of hypoglycemia and panic attacks can be indistinguishable from the symptoms of hypoglycemia. Patients with DM2 and comorbid somatoform disorders frequently undergo multiple examinations with subsequent administration of unnecessary treatment, which, taken together, dramatically increase the use of medical resources. Some mental disorders affect the patient's compliance to the treatment of DM2 and quality of life in DM2 patients, as well as may shorten the life expectancy, independently of other factors. Early detection and treatment of non-severe (non-psychotic) mental disorders in DM2 can be rather successfully done by endocrinologists, internists and general practitioners after appropriate training and supervision.

**Key words:** diabetes mellitus, mental disorder, cognitive disorder, depression, anxiety, stress-related disorder, eating disorder, somatoform disorder.

**For citation:** Bobrov A.E., Volodina M.N., Agamamedova I.N. et al. Mental disorders in type 2 diabetic patients // RMJ. 2018. № 1. P. 28–33.

## ВВЕДЕНИЕ

Психические расстройства (ПР) при сахарном диабете 2-го типа (СД2) чрезвычайно распространены. По данным электронных регистров, они встречаются минимум у 37–40% этих пациентов [1]. На практике же выраженные психопатологические симптомы у больных СД2, находящихся

в эндокринологическом стационаре, выявляются не менее чем в 80% случаев [2, 3]. СД2 часто сочетается с депрессивными состояниями [4–7], патологической тревогой [8, 9] и деменцией [10]. Имеются данные об ассоциации СД2 с биполярным аффективным расстройством [11], расстройствами приема пищи (РПП) и ожирением [12, 13],

алкоголизмом [14], нарушениями сна [15]. Многие больные СД2 страдают стрессовыми расстройствами [16, 17], у них отмечаются серьезные аномалии личности [18, 19], нередко выявляются панические расстройства и фобии [4, 20—22]. Сопутствующая психопатологическая симптоматика часто приводит к серьезным дифференциально-диагностическим затруднениям и неверной интерпретации состояния больного [4, 23]. ПР способствуют снижению качества жизни и комплаентности больных [24]. Более того, они независимо от других факторов укорачивают продолжительность жизни больных СД2 [6, 25].

Однако в силу сложившейся профессиональной специализации врачей, ряда недостатков существующей системы их подготовки и организации здравоохранения значимость ПР у соматических больных часто недооценивается. Они фактически не выявляются, а их наличие никак не учитывается при ведении соматических заболеваний. Вот почему крайне важно ознакомить эндокринологов и врачей других специальностей, не являющихся психиатрами, с основными категориями ПР при СД2, продемонстрировать необходимость их раннего обнаружения, а также изложить соответствующие диагностические критерии.

### КОГНИТИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА

Основные расстройства — *мягкое когнитивное расстройство* (МКР) и *деменция* (слабоумие). Эти психопатологические состояния образуют континуум психоорганических нарушений, обусловленных комплексом патологических процессов в мозге сосудистого, метаболического и нейровоспалительного характера [26, 27]. Клиническая картина соответствующих синдромов определяется нарушениями познавательных функций: памяти, восприятия, мышления и целенаправленной деятельности. На этом фоне у больных СД2 могут развиваться и другие расстройства психоорганического континуума: органические аффективные, тревожные, бредовые и личностные расстройства. К психоорганической патологии относятся и расстройства сознания, включая делирий, аменцию, сумеречные состояния, а также нарушения сознания при кетоацидотической, гиперосмолярной и гипогликемической коме.

В практическом отношении при обследовании пациентов с СД2 врачам необходимо уметь выявлять синдромы МКР и деменции. И тот, и другой относительно неспецифичны, т.е. их клинические проявления мало зависят от этиологии. В беседе с пациентом врачу необходимо обратить внимание на выявление признаков ухудшения памяти, мышления, нарушения ориентировки или возникновение состояний спутанности, а также уточнить их наличие со слов близких родственников пациента. Целесообразно также провести предварительное тестирование для выявления нарушений когнитивных функций с помощью шкалы MMSE (Краткая шкала оценки психического статуса) [28] или шкалы FAB (батарея лобной дисфункции) [29].

Термином «мягкое когнитивное расстройство» описываются состояния, которые характеризуются объективно установленным нарушением памяти или других когнитивных функций. При этом обычно страдает только одна из когнитивных функций, например, память или внимание, степень же их нарушения — промежуточная между нормой и деменцией. Ключевым критерием данного расстройства является то, что когнитивный дефицит не сказывается на повседневной жизни пациента. Пациенты с МКР набирают 27—29 баллов по шкале MMSE.

В противоположность этому диагноз начальной деменции ставится при объективно подтверждаемой умеренной забывчивости и легких трудностях повседневного функционирования (20—26 баллов по шкале MMSE). Более выраженные нарушения памяти и других когнитивных функций, например, ориентации, понимания, письма, чтения и др., вызывающие значительные нарушения повседневной деятельности, относят к умеренной деменции (10—19 баллов по MMSE). Тяжелая потеря памяти с полной дезориентировкой и полной несостоятельностью в быту, включая гигиенические навыки, относится к тяжелой деменции, или слабоумию (менее 10 баллов по MMSE).

При подозрении на деменцию следует проконсультировать больного у психиатра с целью верификации и анализа симптомов нарушения сознания, восприятия, мышления, памяти, интеллекта, провести оценку неврологического и нейропсихологического статуса. Целесообразно также осуществить инструментальные обследования, включая МРТ головного мозга и УЗДГ магистральных сосудов головы и шеи.

### АФФЕКТИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА (РАССТРОЙСТВА НАСТРОЕНИЯ)

У больных СД2 текущая *депрессия* выявляется чаще, чем в популяции, — у 15—20% больных [30], тогда как пожизненная вероятность возникновения депрессивных расстройств может достигать 30—40% [4]. Есть данные, что и *гипоманиакальные*, и *смешанные* состояния при СД2 также встречаются достаточно часто. Частота гипоманий у больных СД2 достигает 3—7%. Это стойкие изменения настроения развиваются в рамках таких расстройств, как депрессивный эпизод, рекуррентная депрессия и дистимия. В свою очередь смешанные, гипоманиакальные и маниакальные эпизоды указывают на наличие биполярного аффективного расстройства I и II типа или на циклотимию. Аффективная симптоматика нередко проявляется в непосредственной связи с когнитивным дефицитом или психическим стрессом.

Врачи-непсихиатры выявляют у больных СД2 сравнительно небольшое количество случаев текущей депрессии и только отдельные случаи мании. Это обусловлено схожестью соматических проявлений депрессии и ряда симптомов СД [4, 23]. Другая причина низкого уровня диагностики аффективных расстройств заключается в низкой психиатрической настороженности врачей, они часто расценивают психопатологические симптомы как «естественные» и «психологически понятные».

Практическая диагностика аффективных расстройств при СД включает скрининговое обследование и клиническую оценку состояния пациента. Для скрининга депрессии целесообразно использовать такие методики, как Госпитальная шкала тревоги и депрессии (HADS) [31], скрининговая анкета для выявления риска расстройств аффективного спектра (САВРАС) [32] и опросник здоровья пациента (ОЗП-9, РНҚ-9) [33, 34]. Для экспресс-диагностики маниакальных и гипоманиакальных состояний полезно применять шкалу гипомании (ШГМ, HCL-32p) [35]. Можно использовать также скрининговые вопросы, касающиеся изменений настроения больного, энергичности и способности переживать положительные эмоции [36].

При клинической диагностике аффективных расстройств врач должен обращать внимание на характер эмоционального реагирования пациента, его мотивацию,

активность, протекание когнитивных процессов и вегетативно-болевою симптоматику. На наличие депрессии при СД2 указывают следующие признаки:

- стойко пониженное настроение, подавленность, тоска;
- безрадостность, неспособность переживать положительные эмоции;
- апатия, безразличие, утрата интересов;
- отсутствие энергии, пассивность, бездеятельность, слабость, чувство истощения, заторможенность, реже — беспокойство и ажитация;
- сокращение продолжительности сна, ранние пробуждения, отсутствие чувства свежести после сна, реже — повышенная сонливость;
- снижение либидо;
- снижение или реже — усиление аппетита, приступы переедания;
- нарушение концентрации внимания, замедление ассоциативного процесса, ухудшение памяти;
- пессимизм, фиксация на отрицательных мыслях, воспоминаниях и переживаниях;
- неприятные и трудно объяснимые соматические ощущения, разнообразные вегетативные и нервно-мышечные дисфункции, нарушения в сердечно-сосудистой, пищеварительной, дыхательной и других системах организма.

При мании и гипомании у пациентов отмечаются следующие симптомы:

- стойко повышенный, не зависящий от обстоятельств фон настроения;
- легко возникающая эйфория, радость, чувство эмоционального комфорта;
- усиление побуждений, расторможенность влечений, отвлекаемость, легко возникающая гневливость;
- повышенная активность, суетливость, реже — ажитация;
- сокращение продолжительности сна, ранние пробуждения, реже — сонливость;
- усиление либидо;
- снижение аппетита и потребности в пище, реже — усиление;
- нарушение концентрации, ускорение ассоциативного процесса, вплоть до «скачки» идей, субъективное улучшение памяти, внимания и понимания.

Таким образом, при расстройствах настроения на первый план могут выходить нарушения, которые прямо не относятся к эмоциональной сфере. Они проявляются в нарушении когнитивных процессов, психомоторики, а также в общем соматическом состоянии пациента. Могут иметь место физиологически необъяснимые жалобы на неприятные телесные ощущения («жжение», «покалывание», «стягивание», «пульсация», «шум в ушах»), особенно часто болевые синдромы, которые иногда могут имитировать «головные боли напряжения», «остеохондроз», патологию сердца и даже болевую диабетическую нейропатию [4, 23]. При этом специфических для всех форм депрессии соматических симптомов не существует. Исключением является меланхолическая депрессия. При этом синдроме отмечаются ранние пробуждения с последующей бессонницей (в 2—4 часа ночи), потеря аппетита, снижение массы тела и утрата либидо, суточные колебания самочувствия с очень плохим состоянием утром и в первую половину дня и улучшением к вечеру, нередко — ощущение давления в надсердечной области («витальная тоска»).

## ТРЕВОЖНЫЕ РАССТРОЙСТВА

В эту категорию входит обширная группа психопатологических состояний, в генезе и клинических проявлениях которых ведущее место занимает патологическая тревога. Хотя патологическая тревога может быть спровоцирована жизненными обстоятельствами, она не соответствует их реальной значимости и возникает по внутренним причинам. Патологическая тревога затрудняет адаптацию, препятствуя процессу принятия решений. Она не контролируется пациентом, доминирует в сознании и проявляется в виде ряда очерченных психопатологических синдромов, имеющих тенденцию к затяжному течению. Главными из них являются постоянная и пароксизмальная (приступообразная) тревога. Тревожные расстройства встречаются у больных СД2 не менее чем в 30—35% случаев, а по некоторым данным — до 60% [3]. При СД2 генерализованное тревожное расстройство / органическое тревожное расстройство отмечается у 15—20% больных, агорафобия — у 12—15%, паническое расстройство — у 2—13%, социальная фобия — у 8—11% [37]. Указанные тревожные расстройства могут сочетаться друг с другом, а также с аффективными, стрессовыми и когнитивными расстройствами.

*Постоянная патологическая тревога* характеризуется так называемыми тревожными опасениями, которые представляют собой неоправданное беспокойство по самым разным поводам, смутные тревожные ожидания. Они плохо поддаются самоконтролю и изматывают больного. Часто отмечаются повышенная раздражительность и когнитивные нарушения, которые связаны с искажением вероятностной оценки ситуации (так называемая «непереносимость неопределенности»). Характерны для постоянной тревоги нарушения засыпания и частые ночные пробуждения, повышение мышечного тонуса с тремором, суетливостью, головными болями напряжения. Нередко обнаруживается «стартл»-реакция (усиленное вздрагивание на неожиданные раздражители, например, громкий звук). Отмечаются также постоянная тахикардия, повышенная потливость, сухость слизистых, затруднение дыхания, тошнота, кишечный дискомфорт, гипотермия конечностей, необъяснимый субфебрилитет, ознобы и другие вегетативные симптомы. Сохраняющееся на протяжении 6 мес. сочетание указанных признаков свидетельствует в пользу диагноза генерализованного тревожного расстройства. Постоянная тревога при СД2 нередко проявляется и в субсиндромальной форме (до 13% пациентов), когда такой диагноз поставить нельзя из-за неполноты клинической картины, но отдельные симптомы тревоги (психологические, когнитивные, моторные или вегетативные) сохраняются на протяжении длительного времени [3, 4].

*Пароксизмальная патологическая тревога* проявляется в форме четко очерченных эпизодов сильного страха (доминирует страх смерти или сумасшествия) или беспокойства, при которых быстро (обычно в течение 10—15 мин) развиваются симптомы, связанные с чувством потери самоконтроля, вегетативной активацией и моторикой. Частые жалобы пациентов в состоянии тревожного приступа: усиленное или учащенное сердцебиение, потливость, чувство нехватки воздуха, боль или дискомфорт в груди, легкая тошнота, позывы на дефекацию, головокружение, потеря равновесия, ощущение приближающегося обморока, парестезии (ощущения онемения, покалывания), ознобы или приливы жара, ухудшение ориентации. Имеют место также тремор, ощущение внутренней дрожи,

возможно двигательное возбуждение. Как правило, больные «катастрофизуют» свое состояние, преувеличивая отрицательные последствия неприятных телесных ощущений или угрозу, связанную с окружающими объектами или ситуацией.

Пароксизмальная тревога обычно проявляется при паническом расстройстве и фобиях. Чаще всего у больных СД2 отмечаются страх перед инъекциями и страх гипогликемий, а также агорафобия (страх замкнутых и открытых пространств), социальная фобия (страх контактов с другими людьми или прилюдного совершения каких-либо действий). При фобиях пациенты осознают неадекватность своих страхов, но, несмотря на это, не могут относиться к провоцирующим их объектам или ситуациям спокойно.

В процессе диагностики тревожных расстройств пациентам целесообразно предложить ответить на пункты HADS, выявляющие тревогу. Кроме того, можно задать ряд скрининговых вопросов, описывающих основные симптомы патологической тревоги.

### СОМАТОФОРМНЫЕ РАССТРОЙСТВА

К соматоформным относятся ПР, проявляющиеся жалобами пациентов на соматическое состояние, однако при этом результаты объективного обследования не соответствуют характеру и тяжести имеющихся симптомов. В основном у больных выявляются разнообразные патологические телесные ощущения и вегетативные дисфункции со стороны сердечно-сосудистой, пищеварительной, костно-мышечной и урогенитальной системы, а в поведении отражается чрезмерное и неадекватное беспокойство по поводу собственного здоровья. Клиническая картина этих расстройств на самом деле определяется когнитивными и аффективными сдвигами, в результате которых больные не доверяют врачам, данным медицинских обследований и терапии. В некоторых случаях прослеживается зависимость между состоянием больных и интенсивностью неблагоприятных психосоциальных факторов.

Распространенность соматоформных расстройств при СД2 не изучена. Однако, по предварительным данным, необъяснимые с медицинской точки зрения жалобы имеют не менее чем 20% пациентов с СД. Типология соматоформных расстройств, в т. ч. выявляемых при СД2, включает четыре основные группы психопатологических состояний: собственно «*необъяснимые соматические жалобы*», *соматовегетативная дисфункция*, *ипохондрическое расстройство* и *соматоформное болевое расстройство*. Дифференцированная диагностика этих состояний определяется характером и количеством соматических симптомов.

При большом количестве симптомов и их вариабельности речь идет о необъяснимых соматических жалобах. Если симптоматика ограничена какой-либо одной или несколькими физиологическими системами и сопровождается объективными изменениями вегетативной регуляции (например, одышка или тахикардия), то, скорее всего, пациент страдает соматоформной вегетативной дисфункцией. При наличии выраженной концептуализации, в т. ч. концептуализированных страхов по типу канцерофобии, кардиофобии или страхов перед гипогликемией, то в соответствии с существующей классификацией следует думать об ипохондрии. Если же жалобы пациента сводятся к болям, чаще локального характера, то у него может быть диагностировано болевое соматоформное расстройство (необходим дифференциальный диагноз с затяжной депрессией).

При подозрении на психопатологическую природу имеющихся у пациента с СД2 соматических симптомов необходимо тщательно проанализировать результаты медицинских обследований, чтобы констатировать несоответствие клинической картины объективным данным. Целесообразно также предъявить пациенту Гиссенский опросник соматических жалоб [38, 39].

Вторым критерием соматоформных расстройств является наличие концептуализации: пациенты склонны интерпретировать свое состояние в соответствии с субъективными, как правило, неверными или неточными и трудно корригируемыми представлениями о природе симптомов или предположительного заболевания и способах его лечения.

Наконец, еще одним диагностическим признаком соматоформных расстройств служит многократное обращение за медицинским обследованием и лечением, несмотря на отрицательные результаты предшествующих обследований. Обычно пациенты с соматоформными расстройствами крайне чувствительны и резко отрицательно реагируют на заключение врача об отсутствии у них серьезных расстройств.

Диагноз соматоформного расстройства поставить очень непросто, поэтому для его подтверждения необходимо проконсультировать пациента у психиатра.

### РАССТРОЙСТВА ПРИЕМА ПИЩИ

Расстройства приема пищи (РПП) — широкий спектр состояний, куда входят нервная булимия и нервная анорексия, а также различные атипичные и условно-патологические формы приема пищи. Значимость этой группы состояний обусловлена тесной связью между СД2 и контролем за приемом пищи, которая, в частности, обнаруживается на примере ожирения [13, 40–42]. Основными формами РПП у больных СД2 являются пищевые эксцессы, а также условно-патологические формы приема пищи, которые с постоянством сопутствуют алиментарному ожирению.

*Синдром пищевых эксцессов* (СПЭ) имеет наибольшую значимость для больных СД2. В какой-то момент жизни СПЭ, включая его неполные формы, выявляется примерно у 50% больных СД2, причем почти исключительно у женщин [4]. Он характеризуется частыми эпизодами употребления чрезмерных объемов пищи. Многие пациенты отмечают неспособность остановиться и во время приступа продолжают есть, пока не возникнет ощущение дискомфорта от переедания. Эпизоды переедания не связаны с чувством естественного голода. Пищевые эксцессы воспринимаются больными как привычный способ снять напряжение, расслабиться, вознаградить себя или отдохнуть. Эпизоды переедания обычно происходят в одиночестве, причем после их завершения у больных часто возникает чувство подавленности, стыда и вины за свое поведение. Однако у них не бывает попыток «компенсировать» прием пищи с помощью голодания или элиминирующего (компенсаторного) поведения. Для диагностики СПЭ эпизоды переедания должны присутствовать не реже 1 раза в неделю. В случаях тяжелого расстройства они могут возникать до 14 и более раз в неделю.

К СПЭ примыкают условно-патологические состояния, которые сопутствуют ожирению. Это синдром ночной еды, синдром стрессовой еды, синдром гедонической еды, синдром постоянной еды и другие формы переедания [43]. В их происхождении большое значение имеют семейные,

культурные и ситуационно-психологические факторы. Так, при ночной еде имеет место нарушение ритма приема пищи, наибольшее ее количество принимается в вечернее время, перед сном [44, 45]. При стрессовой еде пациенты теряют контроль над приемом пищи в условиях эмоционального напряжения. Гедоническая еда существенно зависит от темперамента и психологического состояния пациента. Прием пищи в этих случаях становится главным источником удовольствия, что и приводит к ожирению. Близким к этой форме является синдром постоянной еды, когда пища превращается в источник постоянной эмоциональной поддержки, сопровождающей различные виды деятельности и общения.

Хотя наиболее известным РПП среди врачей-непсихиатров является нервная анорексия, при СД2 она возникает крайне редко, прежде всего в силу того, что обычно *нервная анорексия* дебютирует в подростковом и юношеском возрасте и сопровождается резким снижением массы тела. Несколько чаще при СД2 встречается *нервная булимия*. Анорексия и булимия имеют много общего: у больных развивается сильное неприятие образа своего тела, пациенты стремятся к его «коррекции» при помощи ограничений в объеме и калорийности пищи вплоть до голодания и так называемого «компенсаторного» (элиминирующего) поведения (пациенты искусственно вызывают рвоту, занимаются чрезмерными физическими нагрузками, принимают препараты, снижающие аппетит и влияющие на метаболизм, провоцируют диарею, отказываются от инъекций инсулина).

При нервной булимии пищевые эксцессы чередуются с «компенсаторным» ограничительным поведением, в то время как при нервной анорексии контроль за приемом пищи усилен, хотя при некоторых ее формах и возникают срывы в виде эпизодов переедания. «Компенсаторное» поведение при этом расстройстве более строгое и относится практически к любым видам пищи. Отсюда вытекает и главное отличие нервной анорексии от булимии: при анорексии ИМТ снижается до  $<17,5 \text{ кг/м}^2$ , и отмечаются вторичные изменения состояния гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой оси, с аменореей у женщин, снижением либидо и импотенцией у мужчин, а также гиперкортизолемиа, остеопороз, возможно развитие хронического гепатита и СД, протекающего как СД1. При булимии подобных нарушений не наблюдается, чаще имеется избыточная масса тела. Показано, что наличие нервной булимии у пациента без СД2 повышает риск развития СД2 в дальнейшем в 2,4 раза [46].

У больных любыми РПП часто отмечаются разнообразные психопатологические проявления: когнитивные нарушения, изменения личности, другие ПР. Большая группа пациентов с СД2 и РПП, особенно при пищевых эксцессах и булимии, злоупотребляет спиртными напитками и психоактивными веществами.

Первичную диагностику РПП и условно-патологических форм нарушений приема пищи при СД2 и ожирении целесообразно проводить врачам первичного звена здравоохранения. Однако для подтверждения этого диагноза и выявления сопутствующих ПР таких пациентов надо проконсультировать у психиатра.

## СТРЕССОВЫЕ РАССТРОЙСТВА

Стрессовые расстройства возникают под воздействием психотравмирующих обстоятельств острого или хронического характера и редуцируются по мере того, как ис-

чезают обстоятельства, повлекшие их появление. В клинической картине этих психопатологических состояний часто отражаются психотравмирующие переживания. Под влиянием сверхсильных психотравмирующих факторов, а также в условиях хронического стресса эти расстройства могут приобретать затяжной и хронический характер и даже приводить к изменениям личности. Однако большую часть стрессовых расстройств образуют относительно краткосрочные реакции длительностью до 6 мес., которые, несмотря на свою непродолжительность, могут приводить к серьезным социальным последствиям или провоцировать возникновение иных психопатологических и психосоматических сдвигов.

Наибольшее значение из стрессовых расстройств при СД2 имеют *краткосрочные расстройства адаптации* [19]. Они появляются примерно у 30–50% пациентов при установлении факта СД2, а также при выявлении серьезных осложнений СД. У таких пациентов могут отмечаться острые депрессивные и тревожные переживания, а также нарушения поведения. Наблюдаются также бессонница, снижение или повышение аппетита, уменьшение либидо. Пациенты могут разрывать отношения с окружающими, что приводит к изменению социального статуса, становится конфликтными, прекращать лечение или совершать акты самоповреждения. Предупреждение и своевременное выявление расстройств адаптации врачами, осуществляющими диагностику СД2 и ведение больных, имеют важное клиническое и прогностическое значение в связи с их влиянием на комплаентность и качество жизни больных.

У больных СД2 нередко отмечаются и *хронические стрессовые расстройства*, частота которых доходит до 7–10%. Эти состояния, среди которых наиболее известным является посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР), сопровождаются фиксацией на перенесенной психической травме, появлением так называемых флешбэков, которые отражают самопроизвольную реактивацию психотравмирующих обстоятельств. Обычно это непроизвольные образные, эмоционально яркоокрашенные воспоминания, а также сновидения, которые ассоциируются с перенесенным стрессом. При таких состояниях могут отмечаться и другие симптомы: резкие негативные реакции при попадании в ситуации, имеющие отношение к перенесенной психической травме, избегание напоминаний о стрессе, своеобразная эмоциональная анестезия, равнодушие и бесчувствие к переживаниям других людей. У таких пациентов нередко нарастает психологическая отчужденность, усиливаются раздражительность, иногда агрессивность. В некоторых случаях травматические обстоятельства «вытесняются» из сознания. Могут нарушаться память и внимание, возникать длительная депрессия, тревога или внутренние заболевания психосоматической природы. Больные СД2, страдающие хроническими стрессовыми расстройствами, обычно имеют низкую приверженность лечению. Нередко отмечаются рентные установки (поиск вторичной выгоды) и повышенная конфликтность, формируются химические и поведенческие зависимости.

Возникновение ПТСР у больных СД2 редко бывает связано исключительно с самим заболеванием, кроме случаев, когда оно развивается после ампутаций или коматозных состояний. Тем не менее симптомы ПТСР часто выявляются при СД2, связанном с ожирением и стрессовыми формами нарушения приема пищи. Согласно данным метаанализа,

наличие ПТСР повышает риск развития СД2 в дальнейшем примерно в 1,5 раза [47]. Предварительную диагностику таких расстройств может осуществлять лечащий врач, но в последующем больных необходимо направлять к психиатру.

### Заключение

ПР часто сочетаются с СД2 и имеют большое клиническое значение. Они обычно проявляются в виде хронических непсихотических форм, выявление которых для врачей, не имеющих психиатрической подготовки, может быть затруднительным [48]. Серьезные препятствия обусловлены также несовершенством организационных, образовательных, медико-юридических и этических аспектов оказания помощи больным данной категории [49].

Квалифицированное лечение, реабилитация и профилактика СД2 на сегодняшний день немыслимы без психотерапевтического сопровождения. Примером в этом отношении является разработанная в Московском НИИ психиатрии Минздрава России модель медико-психологического сопровождения больных с непсихотическими психическими расстройствами [50]. Как показывает опыт образовательной и консультативной работы с врачами различных лечебно-профилактических учреждений, рекомендации, заложенные в данной модели, весьма полезны для улучшения их практической деятельности. Ранее

выявление психических нарушений при СД2 и профилактическая работа с больными вполне могут осуществляться участковыми терапевтами, врачами общего профиля, а также эндокринологами после соответствующего обучения и при наличии надлежащей супервизии [51, 52].

### Литература

1. Wu L., Ghitza U., Batch B. et al. Substance Use and Mental Diagnoses among Adults with and without Type 2 Diabetes: Results from Electronic Health Records Data // *Drug Alcohol Depend.* 2015. Vol. 156. P. 162–169.
2. Старостина Е.Г., Бобров А.Е., Мошняга Е.Н., Володина М.Н. Непсихотические психические расстройства при сахарном диабете // *Ученые записки Санкт-Петербургского государственного университета им. акад. И.П. Павлова.* 2010. Т. XVII. № 2, приложение. С. 29–31 [Starostina E.G., Bobrov A.E., Moshnjaga E.N., Volodina M.N. Nepsihoticheskie psihicheskie rasstrojstva pri saharom diabete // *Uchenye zapiski Sankt-Peterburgskogo gosudarstvennogo universiteta im. akad. I. P. Pavlova.* 2010. T. XVII. № 2, prilozhenie. S. 29–31 (in Russian)].
3. Старостина Е.Г., Мошняга Е.Н., Володина М.Н., Малахова Т.С. Эпидемиология наиболее частых психических расстройств у больных сахарным диабетом // *Альманах клинической медицины.* 2014. № 32. С. 17–23 [Starostina E.G., Moshnjaga E.N., Volodina M.N., Malahova T.S. Jepidemiologija naibolee chastyh psihicheskikh rasstrojstv u bol'nyh saharnym diabetom // *Al'manah klinicheskoy mediciny.* 2014. № 32. S. 17–23 (in Russian)].
4. Старостина Е.Г. Сахарный диабет и психические расстройства. В кн.: *Осложнения сахарного диабета: лечение и профилактика / под ред. академика РАН И.И. Дедова, М.В. Шестаковой.* М.: Медицинское информационное агентство, 2017. С. 705–743 [Starostina E.G. Saharnyj diabet i psihicheskie rasstrojstva. V kn.: *Oslozhnenija saharного diabeta: lechenie i profilaktika / Pod red. akademika RAN I. I. Dedova, M. V. Shestakovej.* M.: Medicinskoe informacionnoe agentstvo, 2017. S. 705–743 (in Russian)].

Полный список литературы Вы можете найти на сайте <http://www.rmj.ru>

ФГБОУ ВО «Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова» МЗ РФ

Ассоциация врачей общей практики (семейных врачей) РФ



17  
АПР'18

XII Научно-практическая конференция  
Сахарный диабет 2 типа  
и метаболический синдром

МЕДЗНАНИЯ<sup>+</sup>

Здание Правительства Москвы,  
Новый Арбат, 36

+7 (495) 699-14-65; 699-81-84  
info@medq.ru; www.medQ.ru