

УДК 616.89

О.Ю. Жабенко

**ПОДІБНОСТІ ТА ВІДМІННОСТІ ПСИХОЕНДОКРИННОГО  
ТА МЕТАБОЛІЧНОГО СИНДРОМІВ**

Український НДІ соціальної та судової психіатрії та наркології МОЗ України, м. Київ

**Ключові слова:** метаболічний синдром, психоендокринний синдром, психічні розлади, психосоматичні розлади

**Вступ**

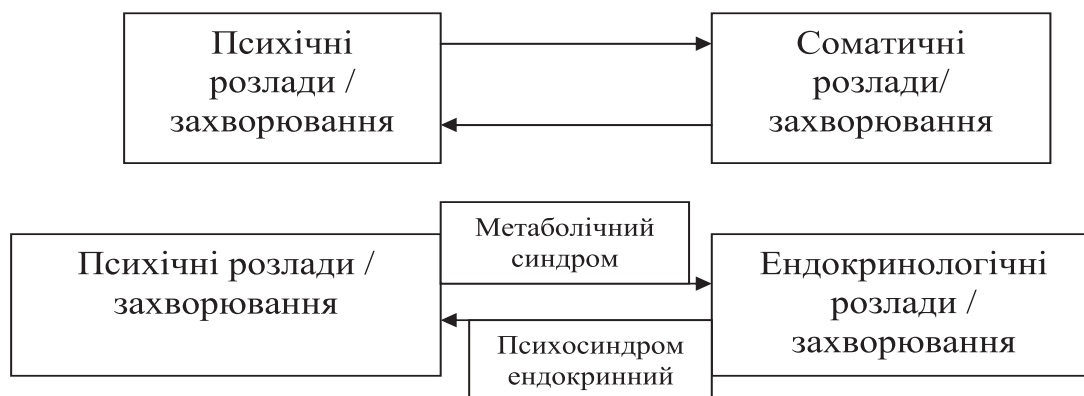
Серед численних психосоматичних розладів, у виникненні і розвитку яких лежать психологічні травми, агресія, тривога, страх, останні роки дослідники приділяють увагу симптомокомплексу метаболічного синдрому (МС). Метаболічний синдром, діагностується відповідно до класифікації Всесвітньої Організації Охорони Здоров'я за наявністю одного з наведених станів: цукрового діабету, порушення толерантності до глюкози, порушенню глікемії натще або резистентності до інсуліну; та як мінімум двох ознак з перерахованих: артеріальна гіпертензія (артеріальний тиск  $\geq 140/90$  мм рт ст), дисліпідемія: тригліцериди  $\geq 1,695$  ммоль/л та ліпопротеїди високої щільності  $\leq 0,9$  ммоль/л (чоловіки),  $\leq 1,0$  ммоль/л (жінки), абдомінальне ожиріння (об'єм талії / обсяг стегон  $> 0,90$  для чоловіків і  $> 0,85$  для жінок) та/або індекс маси тіла (ІМТ)  $> 30$ , мікроальбінурія: альбумін у сечі  $\geq 20$  мкг/хв або альбумін: креатинін  $\geq 30$  мг/г [7].

Психічними проявами метаболічного синдрому є: постійне відчуття втоми і виснаження; нез'ясовні спалахи голоду і бажання з'їсти що-небудь солодке (виникають періодично); емоційні розлади - дратівливість, напади гніву, панічного страху, які переходять в стан слізливості. Клінічні прояви метаболічного синдрому включають в себе недовіру, когнітивні проблеми (гіпомнезія, зниження уваги), еректильну дисфункції [6]. За частотою психічних розладів на перший план виходять тривожно-депресивні та іпохондричні стани.

За Bleuler M. (1948) психосиндром ендокринний - це сукупність психопатологічних змін, обумовлених патологією ендокринних залоз. У першу чергу для нього притаманні афективно-особистісні зміни - пору-

шення сфери інстинктів, потягів, настрою. не є настільки грубими, як при психічних захворюваннях [2; 5].

Ендокринний психосиндром включає: зниження активності з редукцією енергетичного потенціалу та аспонтанності, астенією, зміною потягів (особливо статевого та трав'яного), зміною настрою (депресії, манії, реакції на зміну зовнішнього вигляду). Зниження психічної активності може бути виражено в різному ступені - від підвищеної виснажливості до пасивності в межах астеничних станів до повної аспонтанності зі значним звуженням кола інтересів та примітивізації контактів з оточенням, коли стан наближається до апато-абулічного. Порушення настрою різноманітні та мають різну вираженість як у бік зростання та й у бік зниження. В афективних порушеннях при ендокринних захворюваннях переважають змішані стани - депресії з дисфоріями, маніакальні та депресивні стани з люттю та почуттям ненависті, депресивно-апатичні стани, астеничні депресії та інше. Бувають стани тривоги і страху. Афективні порушення при ендокринному психосиндромі відрізняються також лабільністю настрою. Властиві класичним афективним синдромам зміни мислення і рухової сфери (загальмованість при депресії і гіперактивність при маніакальних станах) для ендокринних порушень не характерні. Навпроти, нерідко спостерігаються дисоційовані розлади, наприклад припіднятий настрій з повною бездіяльністю і руховою загальмованістю. Афективні розлади при психопатоподібному синдромі ендокринного типу бувають тривалими, епізодичними або пароксизмальноподібними. Отже, існує тісний взаємозв'язок між психічними та соматичними розладами, та конкретно між психічними та ендокринними розладами/захворюваннями.



**Малюнок 1. Поєднання соматичної і психічної патології**

**Метою** цієї роботи було дослідити подібності та відмінності психічних та психосоматичних ознак метаболічного та психоендокринного синдромів на прикладі двох клінічних випадків.

**Матеріали і методи дослідження.** Біохімічні показники крові (холестерин, тригліцериди, ліпопротеїди високої щільності (ЛПВЩ), ліпопротеїди низької щільності (ЛПНЩ), глюкоза), шкала депресії Бека (Beck Depression Inventory) [4], опитувальник якості життя розроблений в Кардіологічному науковому центрі РАМН [3], шкала психологічного стресу PSM-25 (Psychological Stress Measure) [1, 9], нейрокогнітивний тест Mini-Mental State Examination (MMSE) або Folstein тест [8].

**Результати.** Нами було обстежено 142 пацієнта, з них 74 пацієнта страждали психоендокринним синдромом та 68 пацієнтів мали метаболічний синдром. Пацієнти були обстежені за вищенаведеним алгоритмом, були визначені клінічні особливості цих станів. Ми звернули увагу на достовірне переважання когнітивних порушень у пацієнтів з психоендокринним синдромом та достовірне переважання афективних порушень у пацієнтів з метаболічним синдромом. Механізм формування порушень психіки у пацієнтів з психоендокринним синдромом та метаболічним синдромом етіопатогенетично відрізнявся, що наявно демонструють наведені дані клінічних прикладів.

*Пацієнтка Х., 1956 р.н.,* проходила стаціонарне лікування в ВПН ДКЛ № 1 вперше в житті. *Скарги* при надходженні на: слабкість, порушений сон.

*Анамнез захворювання:* спадковість нервово-психічними захворюваннями не обтяжена. Мати пацієнтки страждала гіпоталамо-гіпофізарним ожирінням. Вперше Х. звернулася за допомогою до психіатра після тривалого лікування у неврологів з приводу органічного ураження головного мозку. Вогнищевої патології не виявлено, мала місце тільки загальноомозкова симптоматика.

*Психічний статус:* контакту доступна. Мова в уповільненому темпі, в бесіді сльозливість. У місці, часі, навколишньому оточенні, власній особистості орієнтована вірно. Інтерорецептивне відчуття посилене. Відзначається симптом парадної гіперестезії. Церебрастенічна симптоматика (втом, нездужання, слабкість). Обмани в сфері сприйняття на момент огляду заперечує, поведінкою не виявляє. Пам'ять по структурі не порушена. Мислення в уповільненому темпі. Хворобливих ідей не висловлює. Інтелект відповідає отриманій освіті. Настрій рівний. Антивітальні тенденції заперечує. Емоційно лабільна. Коло інтересів обмежено фізіологічними потребами. Рухова активність дещо сповільнена. Увага зосереджена на внутрішніх переживаннях. Інсомнічні розлади у вигляді раннього пробудження (в 3.00-4.00), відсутності бадьорості вранці; періодичні кошмарні сновидіння. Апетит підвищений. Критика до свого стану на вербальному рівні.

*Неврологічний статус:* загальна мозкова дисфункція.

*Соматичний статус:* підвищеної статури. Шкірні покрови звичайного кольору, вільні від висипань. У легенях везикулярне дихання, хрипів немає. Серцева діяльність ритмічна, ясна. Артеріальний тиск 135/80 мм рт. ст., пульс 64 удара в хвилину. Живіт: симетричний, при пальпації м'який. Фіз.отправлення без особливостей.

*У відділенні обстежена:*

*Біохімічний аналіз крові:*

Холестерин	Тригліцериди	ЛПВЩ	ЛПНЩ	глюкоза
5,6	1,83	0,89	3,6	6,3
ммоль/л	ммоль/л	ммоль/л	ммоль/л	ммоль/л

**Примітка:** ЛПВЩ - ліпопротеїди високої щільності, ЛПНЩ - ліпопротеїди низької щільності.

Шкала	Бали
Шкала депресії Бека (Beck Depression Inventory)	2
Опитувальник якості життя	87
- соматичний стан	23
- психологічний стан	38
- соціальний стан	26
Шкала психологічного стресу PSM-25 (Psychological Stress Measure)	54
Нейрокогнітивний тест Mini-Mental State Examination (MMSE) або Folstein тест	25

*Додаткові обстеження:* ЕКГ: Синусовий ритм, з частотою серцевих скорочень (ЧСС) 64-65 ударів в хвилину. Нормальне розташування електричної вісі серця (ЕОС). Сглаженість зубця Т. Істотні зміни міокарда обмінного характеру. *Терапевт:* Гіпертонічна хвороба 2 стадії. Фактор ризику середній. Гіпертензивне серце. Ішемічна Хвороба Серця. Дифузний кардіосклероз. Уповільнення атріовентрикулярної провідності. Серцева Недостатність 1. Функціональний Клас 1. Виразкова хвороба дванадцятипалої кишки. Хронічний гастродуоденіт, стадія ремісії. Хронічний холецистит, стадія ремісії. Хронічний панкреатит, стадія ремісії. Субфебрилітет неясного генезу. *Ендокринолог:* Цукровий діабет II типу, легка форма. Дисліпідемія. Гіпоталамо-гіпофізарне ожиріння 2 стадії. *Кардіолог:* Гіпертонічна хвороба, 2 стадія, ризик помірний.

Первинним порушенням у пацієнтки клінічного спостереження №1 є соматичні розлади у вигляді гіпоталамо-гіпофізарного ожиріння 2 стадії з дитинства, до якого додалися порушення толерантності до глюкози у вигляді цукрового діабету II типу, гіпертонічна хвороба 2 стадії, дисліпідемія (підвищення рівня холестеріна, тригліцеридів, низький рівень ліпопротеїдів

високої щільності), що сформували *психоендокринний синдром*. При цьому у пацієнтки відмічається зниження психічної активності у вигляді підвищеної виснаженості, пасивності в рамках астеничних станів. Згідно нейропсихологічного дослідження у пацієнтки стан без депресії (Шкала депресії Бека = 2), добра якість життя (опитувальник якості життя розроблений в РАМН = 87), низький рівень стресу (Шкала психологічного стресу PSM-25 = 54) та помірна когнітивна недостатність, ймовірна м'яка (легка) деменція (Нейрокогнітивний тест MMSE = 25). Таким чином, нервові процеси переважно гальмівного типу. Розвиток захворювання - соматопсихічний.

*Пацієнт Б.*, 1979 р.н., проходив стаціонарне лікування в ВПН ДКЛ № 1. *Скарги при надходженні на:* напади тривоги, страх, занепокоєння, поганий сон.

*Анамнез захворювання:* спадковість нервово-психічними захворюваннями не обтяжена. Погіршення стану пов'язує з психотравмуючою ситуацією на роботі, про яку в подробицях не розповідає, а також сімейної ситуації - "дружина перебуває на збереженні вагітності". В результаті став дратівливий, знизився настрій, порушився сон, різко знизився життєвий тонус, почав набирати вагу. З даною проблемою звернувся за допомогою до психіатрів.

*Психічний статус:* контакту доступний, повністю переживань не розкриває. У місці, навколишньому оточенні, власної особистості, часі орієнтований вірно. Мова дещо в уповільненому темпі, після додаткових стимуляцій. Обмани в сфері сприйняття заперечує, поведінкою не виявляє. Відзначається симптом парадної гіперестезії («періодично яскраве світло, голосні звуки дратують»), інтерорецептивні відчуття посилені, симптоми вегетативного збудження («періодично відзначається оніміння кінчиків пальців рук і ніг», гіпергідроз шкірних покривів верхніх і нижніх кінцівок). Пам'ять без особливостей. Мислення логічне. Хворобливих ідей на момент огляду не висловлює. Інтелект відповідає отриманій освіті. Настрій на момент огляду ситуативно знижений до депресивного рівня, відзначає пригніченість, тривожність, «страх виникнення занепокоєння». Емоційно лабільний. Антивітальні тенденції заперечує. Рухова активність дещо прискорена. Інсомнічні розлади у вигляді: утрудненого засипання, поверхневого сну (з пробудженнями 1-2 рази за ніч, 2-3 рази на тиждень), відсутність бадьорості вранці. Апетит підвищений. Шкідливі звички заперечує.

*Неврологічний статус:* менінгеальних знаків немає. У позі Ромберга стійкий, пальце-носову пробу виконує вірно.

*Соматичний статус:* підвищеної статури. Шкірні покриви звичайного кольору. У легнях везикулярне дихання, хрипів немає. Серцева діяльність ритмічна, ясна. Артеріальний тиск 145 / 90 мм рт. ст., пульс 64 в хвилину. Живіт: симетричний, при пальпації м'який. Фізичні отправления: без особливостей.

*У відділенні обстежений:*

*Біохімічний аналіз крові:*

Холестерин	Тригліцериди	ЛПВЩ	ЛПНЩ	глюкоза
5,4	1,84	0,85	2,7	6,2
ммоль/л	ммоль/л	ммоль/л	ммоль/л	ммоль/л

**Примітка:** ЛПВЩ - ліпопротеїди високої щільності, ЛПНЩ - ліпопротеїди низької щільності.

Шкала	Бали
Шкала депресії Бека (Beck Depression Inventory)	25
Опитувальник якості життя	78
- соматичний стан	31
- психологічний стан	23
- соціальний стан	24
Шкала психологічного стресу PSM-25 (Psychological Stress Measure)	110
Нейрокогнітивний тест Mini-Mental State Examination (MMSE) або Folstein тест	28

*ЕКГ:* Синусовий ритм, прискорений, частота серцевий скорочень 98-104, горизонтальне розташування електричної вісі серця. Несуттєві зміни міокарда.

Первинним порушенням у пацієнта клінічного спостереження №2 є психічні розлади у вигляді тривоги та депресії, які призвели до *метаболічного синдрому* (порушенню толерантності до глюкози, підвищення холестерину, тригліцеридів, зниження ліпопротеїдів високої щільності та артеріальної гіпертензії). При цьому у пацієнта відмічається стресова ситуація, яка призвела до психічної дезадаптації з перерозподілом психічної активності, що сформувало емоційно-афективні прояви (у вигляді тривожно-депресивної симптоматики) та підвищення ваги. Згідно нейропсихологічного дослідження у пацієнта феномен вираженої депресії (Шкала депресії Бека = 25), задовільна якість життя (опитувальник якості життя розроблений в РАМН = 78), середній рівень стресу (Шкала психологічного стресу PSM-25 = 110) та відсутність когнітивної недостатності (Нейрокогнітивний тест MMSE = 28). Таким чином, нервові процеси переважно збудливого типу. Розвиток захворювання - психосоматичний.

#### Висновки

Результати дослідження демонструють типовий розподіл показників, що достовірно підтверджується на групах пацієнтів з метаболічним та психоендокринним синдромами. Первинним порушенням при психоендокринному синдромі є соматичний розлад (у вигляді цукрового діабету, ожиріння), в той час, як при метаболічному синдромі – психічний розлад (тривожно-депресивний розлад, обумовлений стресовими реакція-

ми). Результати клінічних випадків демонструють більш високі показники депресії (25 проти 2) та низьку адаптацію до стресу (110 проти 54) при метаболічному синдромі, порівняно з психоендокринним синдромом. Перерозподіл показників якості життя при метаболічному та психоендокринному синдромах супроводжувався по двом субшкалам: соматичній (31 проти 23) та психологічній (23 проти 38). Нейрокогнітивне тестування демонструє більш високі показники серед пацієнтів з метаболічним синдромом (28), порівняно з психоендокринним синдромом (25).

#### Література:

1. Водопьянова Н.Е. Психодиагностика стресса. – СПб.: Питер, 2009. – 336с.: ил. – (Серия «Практикум»).
2. Руководство по психиатрии / Под ред. А.В. Снежневского. – Т.

2. – М.: Медицина – 1983 – с. 176 – 212.

3. Психосоматическая медицина: Руководство для врачей / П.И. Сидоров, А.Г. Соловьев, И.А. Новикова; Под ред. акад. РАМН П.И. Сидорова. – М.: МЕДпрессинформ – 2006. – 568с.

4. Beck A.T., Ward C.H., et al. An Inventory for Measuring Depression // Archives of General Psychiatry. – 1961 - Vol. 4. – p. 14.

5. Bleuler M. Gesamte Neurol Psychiatr. Archive Psychiatry Nervenkr Z // 1948 – Vol. 59 (3-4) – p. 492-528.

6. . . . Why can patients with erectile dysfunction be considered lucky? The association with testosterone deficiency and metabolic syndrome. Aging Male // - 2008 – Vol. 11 (4). – p. 193-199.

7. Definition, Diagnosis and Classification of Diabetes Mellitus and its Complications. Report of a WHO Consultation. Part 1: Diagnosis and Classification of Diabetes Mellitus. World Health Organization. Department of Noncommunicable Disease Surveillance Geneva. - 1999. – p. 59.

8. Folstein M.F., Folstein S.E., McHugh P.R. Mini-Mental State: A practical method for grading the state of patients for the clinician // Journal of Psychiatric Research. – 1975. – Vol. 12. – p. 189-198.

9. Lemyre L., Tessier R., et al. Psychological Stress Measurement (-PSM): A translation. Universite Laval. – 1991.

## СХОДСТВА И РАЗЛИЧИЯ ПСИХОЭНДОКРИННОГО И МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМОВ

Е.Ю. Жабенко

Целью настоящей работы было исследовать сходства и различия психических и психосоматических признаков метаболіческого и психоендокринного синдромов на примере двух клинических случаев.

Сходства и различия пациентов с психоендокринным и метаболіческим синдромами на примере двух клинических случаев демонстрируют более высокие показатели депрессии и низкую адаптацию к стрессу при метаболіческом синдроме в сравнении с психоендокринным синдромом. Перераспределение показателей качества жизни происходит по двум субшкалам: соматической и психологической. Нейрокогнитивное тестирование демонстрирует более высокие показатели среди пациентов с метаболіческим синдромом в сравнении с психоендокринным синдромом.

Результаты исследования демонстрируют клиническое соотношение метаболіческого и психоендокринного синдромов.

**Ключевые слова:** метаболіческий синдром, психоендокринный синдром, психические расстройства, психосоматические расстройства

## SIMILARITIES AND DIFFERENCES OF PSYCHOENDOCRINE AND METABOLIC SYNDROMES

O. Zhabenko

The aim of the current study was to explore the similarities and differences between mental and psychosomatic symptoms between two clinical cases with metabolic and psychoendocrine syndrome.

As an example of two clinical cases similarities and differences among patients with psychoendocrine and metabolic syndromes demonstrate higher rates of depression and poor adaptation to stress among patient with metabolic syndrome compared to the patient with psychoendocrine syndrome. Redistribution of quality of life occurs on two subscales: somatic and psychological. Neurocognitive testing shows higher rates among patients with metabolic syndrome compared to psychoendocrine syndrome.

The results of case reports demonstrate the relationship of metabolic and psychoendocrine syndrome.

**Keywords:** metabolic syndrome, psychoendocrine syndrome, psychiatric disorders, psychosomatic disorders