

**СОСТОЯНИЕ ТРЕВОЖНОСТИ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ
ДИАБЕТОМ ТИПА 2***Мамаджанова Хадича Хабибуллаевна**Ташпулатова Махлиё Пазилджановна**(Central Asian Medical University, Фергана, Узбекистан)***Аннотация**

Цереброваскулярные заболевания являются одной из наиболее актуальных медицинских и социально-экономических проблем [4]. СД приводит к изменениям в деятельности центральной нервной системы в результате острых и хронических сосудистых и метаболических нарушений. У больных СД чаще развиваются ишемические инсульты, приводящие к высокой летальности [5]. По данным Национального регистра инсульта, только 20% выживших больных, перенесших инсульт, могут вернуться к прежней работе [6]. По прогнозам ВОЗ, к 2030 г. цереброваскулярные заболевания составят 4-ю позицию по сокращению полноценной жизни человека [7,8]. В последнее время все большее внимание уделяется психическим расстройствам, обусловленным повреждением и дисфункцией головного мозга [9]. Среди психических расстройств, выявляемых у больных СД значительно превышает популяционные показатели (5–10%) и составляет в среднем 14,4–32,5% [10]. Несомненно, имеется корреляция психопатологических проявлений с неврологическими и сосудистыми осложнениями СД [11, 13]. В настоящее время широко обсуждается возможность прямого влияния цереброваскулярной недостаточности на развитие депрессии [12]. В этой связи очевидна актуальность систематизации и дальнейшего изучения факторов риска, предрасполагающих к развитию тревожных и депрессивных расстройств у больных СД2 и цереброваскулярной болезнью (ЦВБ). Малоизученным остается вопрос влияния тревоги и депрессии на качество жизни больных СД2 и ЦВБ, а также разработка лечебных и профилактических мероприятий.

Ключевые слова: депрессия, тревога, сахарный диабет 2 типа, цереброваскулярная болезнь

Цель исследования: оценить нарушения церебрального кровотока и симптомы тревожности у больных с диабетической энцефалопатией

Материалы и методы. Обследованы 46 пациента, (женщины 32 -69,5%, мужчины 14 -30,5%, страдающих СД 2-го типа, находившихся на лечении в эндокринологическом отделении Терапии клиники MERIDIAN DIAGNOSTIC HOSPITAL. Возраст больных составил $55,5 \pm 9,1$ лет, индекс массы тела (ИМТ)

31,3±3,6 кг/м². Диагноз СД 2-го типа и степень компенсации углеводного обмена устанавливалась согласно рекомендациям ВОЗ (1999) [3]. У всех пациентов оценивались антропометрические параметры с расчетом ИМТ по формуле Кетле, проводилось исследование углеводного обмена – глюкозы крови натощак, постпрандиальной гликемии и гликированного гемоглобина (HbA1c) для количественной оценки основных симптомов нейропатии (боль, жжение, парестезии, онемение) использовалась схема невропатического симптоматического счета (НСС) как по отдельным симптомам, так и по сумме баллов. Клиническое неврологическое исследование проводили для объективной оценки выраженности сенсомоторных расстройств в соответствии со шкалой НДСм. Для определения симптомов тревоги и степени их выраженности использовалась шкала тревожности Спилберга (определялись ситуационная и личностная тревожность) – Spielberger State and Trait Anxiety Scale.

Изучали гемодинамику в магистральных артериях головы методом ультразвуковой доплерографии в пульсирующем и непрерывном режимах. Исследовались общая, наружная и внутренняя сонные артерии, позвоночные артерии с использованием датчика с частотой 4 МГц. Контрольную группу составили 10 здоровых лиц сопоставимых по возрасту и полу. Статистическую обработку материала осуществляли с помощью программы Excel. Достоверность различий оценивали по t-критерию Стьюдента. Вычисление коэффициента корреляции проводилось методом рангов по Спирмену. Статистическая значимость результатов подтверждалась при $p < 0,05$.

Результаты и их обсуждение

Характерными для больных данной категории был стойкий цефалгический синдром и высокий процент распространенности (90%) достаточно выраженных астено-невротических проявлений. У всех обследованных больных диагностирована диабетическая сенсорная симметричная нейропатия. При этом, НСС в среднем составил 9,43±0,7 баллов, а НДСм - 8,6±0,3 баллов. При анализе углеводного обмена нами было выявлено: у 8 (18,2%) диагностировано состояние компенсации и у 36 (81,8%) больных – декомпенсация, данные ИМТ, САД, ДАД не отличаются от контрольной группы. В то же время отмечается достоверное увеличение показателей углеводного обмена у обследованных больных по сравнению с контрольной группой. Так HbA1c, в группе компенсаций увеличен на 36%, а в группе декомпенсации на 48%, что отражает декомпенсацию диабета. При анализе доплерографического исследования брахецефальных и вертебробазиллярных артерий нами выявлено: атеросклеротические изменения по позвоночным артериям, общей, внутренней и наружной сонными артериям. При анализе параметров доплерографии

брахеоцефальных и вертебробазиллярных сосудов нами выявлено: УЗДГ признаки атеросклероза по сонным и паравертебральным сосудам. У 9 (20,4%) больных выявлен стенозирующий атеросклероз по левой позвоночной артерии, у 11 (25%) – по левой наружной сонной артерии. Критическая ишемия церебральных сосудов у обследованных пациентов не было выявлено. У этих больных отмечается усиление линейной скорости кровотока компенсированного характера.

У пациентов с компенсацией тревожность отсутствовала в 60% случаев, была умеренной у остальных 40% пациентов. У больных с декомпенсацией СД только у 16% больных тревожность отсутствовала, у остальных 84% больных превалировала умеренная тревожность, при этом у этих пациентов средний показатель шкалы Спилберга составил $37,4 \pm 5,8$ баллов. Необходимо отметить, что у 80% больных превалировала личностная тревожность. Также, у пациентов с преобладанием атеросклероза по позвоночным артериям тревожность была более выраженной - $35,4 \pm 2,8$ баллов, по сравнению, при котором преобладает атеросклероз по сонным артериям. Средний балл при этом составил $30,5 \pm 2,9$ баллов.

Вывод: У больных СД типа 2 снижение скоростных характеристик, повышение индексов периферического сопротивления свидетельствуют о прогрессирующем снижении эластико-тонических свойств сосудистой стенки, что, в конечном итоге, способствует снижению церебрального кровотока и развитию диабетической энцефалопатии

Список литератур

1. Dedov II, Shestakova MV, Ametov AS, Antsiferov MB, Galstyan GR, Mayorov AYu, Mkrtunyan AM, Petunina NA, Sukhareva OYu. Consensus statement by a panel of experts of the Russian Association of Endocrinologists (RAE) on initiation and intensification of hypoglycemic therapy for type 2 diabetes mellitus. *Diabetes mellitus*. 2011;(1):95-105.
2. Dedov II. Diabetes mellitus: development of technologies in diagnostics, treatment and prevention. *Diabetes mellitus*. 2010;(3):6-13.
3. Suntsov YuI, Bolotskaya LL, Maslova OV, Kazakov IV. Epidemiology of diabetes mellitus and prognosis of its prevalence in the Russian Federation. *Diabetes mellitus*. 2011;(1):15-18.
4. Gusev EI, Skvortsova VI, Stakhovskaya LV. Neuroscience and behavioral physiology. 2003; (8 Suppl. Stroke):4-9.
5. Messier C, Awad N, Gagnon M. The relationships between atherosclerosis, heart diseases, type 2 diabetes and dementia. *Neurol Res*. 2004 Jul;26(5):567-572.

6. Ckvortsova VI. Snizhenie zaboлеваemosti, smernosti i invalidnosti ot insul'tov v Rossiyskoy Federatsii. II Rossiyskiy mezhdunarodnyy kongress: Tserebrovaskulyarnaya patologiya i insul't. Neuroscience and behavioral physiology. 2007; (8 Suppl. Stroke):25-27.
7. Desjarlais R, Eisenberg L, Good B, Kleinman A. World mental health. Problems York: Oxford University Press; 1995. Krasnov VN.
8. Sovremennye podkhody k terapiidepressiy. Russian medical journal. 2002;(12-13):553-560.
9. T.Ya, Gusev EI. Genetic aspects of ischemic stroke. Neuroscience and behavioral physiology. 2008;108(23 suppl. Stroke):49-57.
10. Antsiferov MB, Mel'nikova OG, Drobizhev MYu, Zakharchuk TA. Sakharnyy diabet i depressivnye rasstroystva. Russian medical journal. 2003;11(27):1480-1483.
11. Гусев ЕИ, Боголепова АН. Depressive disorders in patients after stroke. Neuroscience and behavioral physiology. 2008;108(22 suppl. stroke):10-15.
12. Kanner AM, Barry JJ. The impact of mood disorders in neurological diseases: should neurologists be concerned? Epilepsy Behav. 2003 Oct;4 Suppl 3:S3-13.
13. Shishkova JA, Surkova EV, Motovilin OG, Mayorov AYu. Quality of life diabetes mellitus: definitions, modern research approaches, tool for evaluation. Diabetes mellitus. 2011;(3):70-75