

СИНДРОМ ДИСПЕПСИИ, УРОВЕНЬ ВЕГЕТАТИВНОЙ ДИСФУНКЦИИ, ОБЩЕЙ ТРЕВОЖНОСТИ И КАЧЕСТВО ЖИЗНИ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА

Жук Е. А., Медведева О. В., Шакалите Ю. Д., Воронцова Е. С.
ФГБОУ ВО НГМУ Минздрава России

DYSPEPSIA SYNDROME, LEVELS OF AUTONOMIC FUNCTION, ANXIETY AND QUALITY OF LIFE IN PATIENTS WITH DIABETES MELLITUS TYPE 2

Zhuk E. A., Medvedeva O. V., Shakaliter Yu. D., Voroncova E. S.
Novosibirsk State Medical University

Жук Елена Альбертовна
Zhuk Elena A.
ezhuk@mail.ru

Жук Е. А. — ФГБОУ ВО НГМУ Минздрава России, д.м.н, профессор кафедры пропедевтики внутренних болезней лечебного факультета

Медведева О. В. — к.м.н., врач ординатор

Шакалите Ю. Д. — к.м.н., начальник МСЧ

Воронцова Е. С. — ассистент кафедры пропедевтики внутренних болезней лечебного факультета

Резюме

В исследование включены 75 больных сахарным диабетом 2 типа (СД 2 типа) и 33 пациента с функциональной диспепсией. Цель исследования: изучить взаимосвязь между синдромом диспепсии и уровнем вегетативной дисфункции, общей тревожности и качеством жизни больных СД 2 типа. У больных СД 2 типа при наличии синдрома диспепсии выраженность вегетативной дисфункции была выше, чем при СД 2 типа без диспепсии, но ниже, чем у пациентов с функциональной диспепсией. Уровень общей тревожности у больных СД 2 типа был повышенным, не зависел от наличия синдрома диспепсии и не отличался от лиц с функциональной диспепсией. Наиболее низкие показатели качества жизни были у лиц СД 2 типа с синдромом диспепсии по сравнению с лицами СД 2 типа без диспепсии и больных с функциональной диспепсией. Выявлена отрицательная корреляционная связь между разными шкалами качества жизни и уровнем вегетативной дисфункции и общей тревожности во всех группах пациентов.

Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология 2017; 145 (9): 56–59

Summary

The research of 75 patients with diabetes mellitus type 2 and 33 patients with functional dyspepsia was conducted. The aim was to study relationship between dyspepsia and the level of autonomic function, general anxiety and quality of life in patients with diabetes mellitus type 2. The level of autonomic function was higher in patients with diabetes mellitus type 2 in the presence of dyspepsia, but did not reach indexes in patients with functional dyspepsia. The level of general anxiety in patients with diabetes mellitus type 2 was increased, did not depend on the presence of dyspepsia and did not differ from those with functional dyspepsia. Dyspepsia syndrome aggravated the reduced quality of life in patients with diabetes mellitus type 2, and its level was worse, than in patients with functional dyspepsia. Statistical analysis demonstrated negative correlation between the quality of life and the level of autonomic function and anxiety indexes.

Key words: diabetes mellitus type 2, dyspepsia, functional dyspepsia, autonomic function, anxiety, quality of life

Experimental'naya i Klinicheskaya Gastroenterologiya 2017; 145 (9): 56–59

Введение

При сахарном диабете (СД) 2 типа регистрируются изменения практически любого внутреннего органа и системы. Показано, что частота депрессии за 2000–2010 у больных СД 2 типа увеличилась в 1,5 раза, что значительно выше, чем в общей популяции [1]. Аналогичные данные получены и для уровня тревожности, частота которой в 2 раза выше у пациентов с нарушениями углеводного обмена [2]. Наличие СД 2 типа ассоциируется с пятикратным снижением качества жизни (OR 5,49, 95 % CI

от 1,26 до 23,88) [3]. Более низкое качество жизни связывают с высокой частотой депрессии [4], с тяжестью диабетических осложнений, в том числе диабетической нейропатии [5].

Синдром диспепсии относится к частым гастроэнтерологическим жалобам и встречается у четверти населения [6,7]. В ряде случаев он имеет вторичный генез и возникает при эрозивно-язвенных и опухолевых поражениях пищевода, желудка, двенадцатиперстной кишки, гастроэзофагеальной

рефлюксной болезни, патологии панкреатобилиарной системы. В ряде случаев диспепсия является проявлением функциональной патологии. Цель исследования: изучить взаимосвязь между

синдромом диспепсии и уровнем вегетативной дисфункции, общей тревожности и качеством жизни у больных СД 2 типа.

Материал и методы исследования

Проведено одноцентровое одномоментное обсервационное описательное сравнительное исследование. В исследование включены 75 больных СД 2 типа, состоящие на диспансерном учете в Федеральном казенном учреждении здравоохранения «Медико-санитарной части Министерства внутренних дел России по Новосибирской области» и 33 пациента с функциональной диспепсией. Все больные были протестированы на наличие синдрома диспепсии согласно критериям Рим III [7].

Детальное клиническое и лабораторно-инструментальное обследование позволило сформировать три группы пациентов. Группу 1 составили больные СД 2 типа без синдрома диспепсии (31 человек в возрасте $49,3 \pm 8,2$ лет, мужчин 54,8 %, женщин 45,2 %). В группу 2 включены 44 больных СД 2 типа с синдромом диспепсии ($57,7 \pm 9,8$ лет, женщин 45,5 %, мужчин 54,5 %). В исследование введены только пациенты СД 2 типа, не имеющие органических (вторичных) причин диспепсических жалоб. Пациенты с функциональной диспепсией составили группу 3 (33 человека в возрасте $41,2 \pm 10,6$ лет, женщин 16,1 %, мужчин 83,9 %).

Больные самостоятельно заполняли анкеты для изучения уровня вегетативной дисфункции

(анкета А.М. Вейна), общей тревожности (анкета С. Spielberger и Ю.Л. Ханина) и качества жизни (анкета SF-36). Критерием наличия вегетативной дисфункции считали количество баллов, превышающее 15. Сумму баллов при изучении тревожности ниже 30 трактовали как низкую, 31–45 баллов как умеренную, 46 и более баллов как высокую тревожность.

Статистическая обработка проведена с применением пакетов программы SPSS, ver. 11.5. Для количественных данных при нормальной симметрии рассчитывали среднее значение (M) и стандартное среднеквадратическое отклонение (SD), результаты представлены как $M \pm SD$. При асимметричном распределении результаты представлены в виде медианы (Me), 25 и 75 квартилей. Для парного межгруппового сравнения показателей пользовались U-критерием Манна-Уитни. Для проверки гипотез равенства дисперсий использовали критерий Фишера. Для определения связи между изучаемыми признаками использовали коэффициент ранговой корреляции Спирмена. Критический уровень значимости при проверке статистических гипотез (P) принимали равным 0,05.

Результаты исследования и их обсуждение

Уровень вегетативной дисфункции у больных СД 2 типа был повышенным ($30,1 \pm 8,34$ балла) и стал значимо выше при наличии синдрома диспепсии ($38,9 \pm 8,80$ балла, $P = 0,001$). При этом зафиксирована ассоциация вегетативной дисфункции с наличием синдрома диспепсии (OR 1,07, 95 % CI 1,01–1,13, $P = 0,019$). У пациентов с функциональной диспепсией уровень вегетативной дисфункции был еще выше ($49,1 \pm 6,40$ балла, $P = 0,001$). То есть наличие прогрессирующего эндокринного заболевания ассоциировано с менее выраженными изменениями вегетативного статуса больного, чем функциональная патология желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) [8]. Выраженная вегетативная дисфункция у больных СД, вероятно, связана с наличием вегетативной нейропатией, которая имеет многочисленные проявления.

Изучение уровня общей тревожности продемонстрировало высокую вариабельность показателя. Результаты изучения уровня общей тревожности представлены в таблице 1. Как видно, уровень тревожности во всех группах обследованных был умеренным, не различался и не был связан с наличием синдрома диспепсии.

В таблице 2 показано, что качество жизни у больных СД 2 типа было сниженным и составляло по разным шкалам от 43,5 до 75,4 баллов. При наличии синдрома диспепсии качество жизни снижалось

сильнее, при этом разница была значима по всем шкалам, за исключением шкалы ролевого функционирования, обусловленного эмоциональным состоянием. В то же время (Таблица 3) качество жизни больных СД 2 типа с синдромом диспепсии было снижено в большей степени, чем у пациентов с функциональной диспепсией, преимущественно по шкалам, характеризующим физический компонент здоровья. Таким образом, качество жизни у больных СД 2 типа оказалось хуже, чем у пациентов с функциональной диспепсией.

Был проведен корреляционный анализ уровня вегетативной дисфункции и общей тревожности с показателями шкал анкеты SF-36. Как видно из таблицы 4, у больных СД 2 типа с диспепсией качество жизни отрицательно коррелировало с уровнем вегетативной дисфункции и величиной общей тревожности. Корреляция разных шкал качества жизни с уровнем вегетативной дисфункции была умеренной, с уровнем общей тревожности от умеренной до сильной ($P < 0,005$).

Таким образом, три изученных параметра (уровень вегетативной дисфункции, общей тревожности и качество жизни) были связаны у больных СД 2 типа между собой, а уровень вегетативной дисфункции и качество жизни – с синдромом диспепсии. При этом изменения были более выражены, чем у больных с функциональной диспепсией.

Таблица 1

Уровень общей тревожности (баллы) у больных СД 2 типа без синдрома диспепсии (1), больных СД 2 типа с диспепсией, вызванной неорганическими причинами, (2) и пациентов с функциональной диспепсией (3) (M±SD)

1	2	3	P ₂₋₃	P ₂₋₄	P ₃₋₄
29,8±6,70	30,4±7,90	28,7±6,20	0,47	0,13	0,05

Таблица 2

Качество жизни больных СД 2 типа без синдрома диспепсии (1) и больных СД 2 типа с синдромом диспепсии, вызванный неор- ганическими причинами (2) (Me [25; 75])

Шкалы анкеты SF-36 (баллы)	1	2	P
Шкала физического функционирования	75,4 [60,2; 90,6]	61,2 [50,0; 74,2]	0,012*
Шкала ролевого функционирования, обусловленного физическим состоянием	48,1 [26,4; 69,8]	27,4 [16,1; 38,7]	0,04*
Шкала интенсивности боли	65,4 [41,3; 89,5]	43,1 [30,6; 55,6]	0,001*
Шкала общего состояния здоровья	63,2 [39,2; 87,2]	41,3 [26,1; 56,5]	0,017*
Шкала жизненной активности	43,5 [40,4; 46,6]	35,1 [31,1; 39,1]	0,001*
Шкала социального функционирования	56,2 [43,7; 68,7]	44,4 [37,3; 51,5]	0,028*
Шкала ролевого функционирования, обусловленного эмоциональным состоянием	72,1 [44,8; 99,4]	66,2 [43,2; 89,2]	0,34
Шкала психического здоровья	62,6 [56,5; 68,7]	48,1 [39,1; 57,1]	0,009*

Примечание:

* – вероятность статистиче- ски значимая.

Таблица 3

Качество жизни больных СД 2 типа с синдромом диспепсии, вызванный неор- ганическими причинами, (1) и пациентов с функциональ- ной диспепсией (2) (Me [25; 75])

Шкалы анкеты SF-36 (баллы)	1	2	P
Шкала физического функционирования	61,2 [50,0; 74,2]	86,2 [76,4; 92,4]	0,001*
Шкала ролевого функционирования, обусловленного физическим состоянием	27,4 [16,1; 38,7]	53,3 [39,3; 67,3]	0,001*
Шкала интенсивности боли	43,1 [30,6; 55,6]	54,4 [46,4; 62,4]	0,05
Шкала общего состояния здоровья	41,3 [26,1; 56,5]	57,1 [48,1; 66,1]	0,001*
Шкала жизненной активности	35,1 [31,1; 39,1]	53,6 [46,1; 61,1]	0,01*
Шкала социального функционирования	44,4 [37,3; 51,5]	51,2 [37,3; 65,1]	0,69
Шкала ролевого функционирования, обусловленного эмоциональным состоянием	66,2 [43,2; 89,2]	62,1 [44,2; 80,0]	0,58
Шкала психического здоровья	48,1 [39,1; 57,1]	55,2 [42,4; 68,0]	0,74

Примечание:

* – вероятность статистиче- ски значимая.

Таблица 4

Корреляционные связи (коэффициент Спирмена) между качеством жизни, уровнем вегетативной дисфункции и общей трево- жности у больных СД 2 типа с диспепсией, вызванной не- органическими причинами

Шкалы анкеты SF-36	Уровень вегетативной дисфункции	Уровень общей тревожности
Шкала физического функционирования		r = –0,382 P = 0,001
Шкала ролевого функционирования, обусловленного физическим состоянием	r = –0,388 P = 0,001	r = –0,562 P = 0,000
Шкала интенсивности боли	r = –0,403 P = 0,001	r = –0,603 P = 0,000
Шкала общего состояния здоровья	r = –0,320 P = 0,005	r = –0,678 P = 0,000
Шкала жизненной активности	r = –0,335 P = 0,003	r = –0,488 P = 0,000
Шкала социального функционирования		r = –0,433 P = 0,000
Шкала ролевого функционирования, обусловленного эмоциональным состоянием	r = –0,357 P = 0,002	r = –0,749 P = 0,000
Шкала психического здоровья		r = –0,643 P = 0,000

Примечание:

в таблице указаны только статистически значимые коэффициенты корреляции.

Не исключено, что синдром диспепсии у боль- ных СД 2 типа обусловлен патологией вегетатив- ной нервной системы, а также отражает наличие у больных явлений гастропареза, частота которого по разным данным колеблется от 5 до 30 % среди стардающих сахарным диабетом [8].

В целом в комплексном лечении больных СД 2 типа необходимо учитывать наличие синдрома диспепсии и проводить его коррекцию как фактора, дополнительно снижающего качество жизни.

Выводы

1. У больных СД 2 типа при наличие синдрома диспепсии, не вызванного органическими заболеваниями пищеварительной системы,

выраженность вегетативной дисфункции была выше, чем при СД без диспепсии, но ниже, чем у пациентов с функциональной диспепсией.

2. Уровень общей тревожности у больных СД 2 типа был повышенным, не зависел от наличия синдрома диспепсии и не отличался от лиц с функциональной диспепсией.
3. Наиболее низкие показатели качества жизни были у лиц СД 2 типа с синдромом диспепсии, не вызванным органическими причинами, по сравнению с лицами СД 2 типа без диспепсии и больных с функциональной диспепсией.
4. Выявлена отрицательная корреляционная связь между разными шкалами качества жизни и уровнем вегетативной дисфункции и общей тревожности во всех группах пациентов.

Литература

1. Tu H. P., Hsieh H. M., Liu T. L. et al. Prevalence of Depressive Disorder in Persons With Type 2 Diabetes: A National Population-Based Cohort Study 2000–2010 // *Psychosomatics*, 2017, vol. 58, no 2, pp. 151–163.
2. Tu H. P., Lin C. H., Hsieh H. M. et al. Prevalence of anxiety disorder in patients with type 2 diabetes: a nationwide population-based study in Taiwan 2000–2010 // *Psychiatr Q*, 2017, vol. 88, no 1, pp. 75–91.
3. Feng X., Astell-Burt T. Impact of a type 2 diabetes diagnosis on mental health, quality of life, and social contacts: a longitudinal study // *BMJ Open Diabetes Res Care*, 2017, vol. 5, no 1, pp. 1–6.
4. Schram M. T., Baan C. A., Pouwer F. Depression and quality of life in patients with diabetes: a systematic review from the European depression in diabetes (EDID) research consortium // *Curr Diabetes Rev*, 2009, vol. 5, no 2, pp. 112–119.
5. Younis B. B., Arshad R., Yousuf H. et al. Impact of type 2 diabetes mellitus on quality of life in people with diabetes presenting to a specialist diabetes clinic // *Turk J Med Sci*, 2017, vol. 47, no 1, pp. 123–126.
6. Harmon R. C., Peura D. A. Evaluation and management of dyspepsia // *Therap Adv Gastroenterol*, 2010, vol. 3, no 2, pp. 87–98.
7. Tack J., Talley N. J., Camilleri M. et al. Functional gastroduodenal disorders // *Gastroenterology*, 2006, vol. 130, no 5, pp. 1466–1479.
8. Parkman H. P., Camilleri M., Farrugia G. et al. Gastroparesis and functional dyspepsia: excerpts from the AGA/ANMS meeting // *Neurogastroenterol Motil.*, 2010, vol. 22, no 2, pp. 113–133.