

©КАРАТАЕВА О.В., 2017

УДК 616-056.257-055.1-074

Каратаева О.В.

ОСОБЕННОСТИ СЕКРЕЦИИ АДИПОНЕКТИНА И ЕГО СВЯЗЬ С НЕКОТОРЫМИ ПОКАЗАТЕЛЯМИ МЕТАБОЛИЗМА У МУЖЧИН ТРУДОСПОСОБНОГО ВОЗРАСТА ПРИ НАЛИЧИИ ОЖИРЕНИЯ

ФКУЗ «МСЧ МВД России по Нижегородской области», 603600, г. Нижний Новгород; кафедра эндокринологии и внутренних болезней «Нижегородская государственная медицинская академия» Минздрава России, 603005, г. Нижний Новгород

♦ Обследовано 79 мужчин трудоспособного возраста. У 58% из них выявлена артериальная гипертензия II—III стадии; ожирение (ОЖ) разной степени тяжести диагностировано у 63%; метаболический синдром (МС) по критериям АТФ-III отмечался у 46,8% обследуемых. Проведено общеклиническое и антропометрическое обследование, лабораторные исследования включали определение липидограммы, гликемии натощак, а также гормонов адипонектина и инсулина с последующим расчетом индекса инсулинорезистентности HOMA-IR (Homeostasis Model Assessment of Insulin Resistance). Целью работы явилось изучение влияния ОЖ на секрецию адипонектина и его связи с показателями липидограммы и уровнем инсулинорезистентности (ИР). При сравнении групп с наличием и отсутствием ОЖ не выявлено значимой разницы в уровне адипонектина и показателях липидограммы. Прослеживались значимые различия в уровнях базального инсулина и, следовательно, в величине индекса HOMA-IR, что говорит о гиперинсулинемии и выраженной ИР у пациентов с ОЖ. В зависимости от наличия признаков МС, пациентов разделили на две группы: с метаболически здоровым (МЗОЖ) и метаболически осложненным (МООЖ) ожирением. Анализ показал значимое снижение уровня адипонектина в группе МООЖ, сопровождающееся ИР, дислипидемией и повышенным уровнем гликемии. Влияния степени тяжести ОЖ на снижение уровня адипонектина не выявлено, также отсутствуют значимые различия в уровнях последнего при сравнении группы без ОЖ с группой МЗОЖ. Корреляционный анализ в группе с ОЖ показал обратную связь уровня адипонектина с содержанием общего холестерина, липопротеинов низкой плотности и коэффициентом атерогенности. При сравнении групп по медиане адипонектина, значимые различия выявлены в частоте возникновения МС и величине коэффициента атерогенности.

Ключевые слова: ожирение; метаболический синдром; адипонектин; инсулинорезистентность; дислипидемия.

Для цитирования: Каратаева О.В. Особенности секреции адипонектина и связь его с некоторыми показателями метаболизма у мужчин трудоспособного возраста при наличии ожирения. *Российский медицинский журнал*. 2017; 23(6): 312—315. DOI <http://dx.doi.org/10.18821/0869-2106-2017-23-6-312-315>

Для корреспонденции: Каратаева Ольга Вячеславовна, асп. кафедры эндокринологии и внутренних болезней «Нижегородская государственная медицинская академия» МЗ РФ, 603005, г. Нижний Новгород, E-mail: olgamichaleva@mail.ru

Karataeva O.V.

THE CHARACTERISTICS OF SECRETION OF ADIPONECTIN AND ITS RELATIONSHIP WITH PARTICULAR INDICES OF METABOLISM IN MALES OF ABLE-BODIED AGE IN CASE OF OBESITY

The medical sanitary unit in the Nizhegorodskaya oblast of the Ministry of internal affairs of Russia,
603600, Nizhny Novgorod, Russian Federation

The Nizhegorodskaya state medical academy of Minzdrav of Russia, 603005, Nizhny Novgorod, Russian Federation

♦ The sampling consisted of 79 examined males of able-bodied age. The arterial hypertension stage I and II was established in 58% of them; obesity of various degree of severity was diagnosed in 63% of them; metabolic syndrome according criteria ATP-III was noted in 46.8% of examined patients. The general clinical and anthropometric examination was carried out. The laboratory analyses included estimation of lipidogram, fasting glycaemia and also hormones adiponectin and insulin with following calculation of index of insulin resistance HOMA-IR (Homeostasis Model Assessment of Insulin Resistance).

The study was organized to investigate effecting of obesity on secretion of adiponectin and its relationship with indices of lipidogram and level of insulin resistance. The comparative analysis of groups with and absence of obesity established no significant difference in level of adiponectin and indices of lipidogram. The significant differences were established in the levels of basal insulin hence in value of index NOMA-IR that points to hyperinsulinemia and expressed insulin resistance in patients with obesity. The patients were separated in two groups depending on presence of manifestations of metabolic syndrome: with metabolically healthy obesity and metabolically complicated obesity. The analysis established a significant decreasing of level of adiponectin in the group of metabolically complicated obesity accompanied by insulin resistance, dyslipidemia and increased level of glycaemia. The study established no effect of degree of obesity on decreasing of level of adiponectin. The significant differences between levels of adiponectin in comparison between group without obesity and group of metabolically healthy obesity. The correlation analysis in group with obesity demonstrated back-coupling between level of adiponectin and content of total cholesterol, low density lipoproteins and coefficient of atherogenicity. The comparison of groups according median of adiponectin established significant differences in rate of development of metabolic syndrome and value of coefficient of atherogenicity.

Keywords: obesity; metabolic syndrome; adiponectin; insulin-resistance; dyslipidemia.

For citation: Karataeva O.V. The characteristics of secretion of adiponectin and its relationship with particular indices of metabolism in males of able-bodied age in case of obesity. *Rossiiskii meditsinskii zhurnal (Medical Journal of the Russian Federation, Russian journal)*. 2017; 23(6): 312—315. (In Russ.) DOI <http://dx.doi.org/10.18821/0869-2106-2017-23-6-312-315>

For correspondence: Olga V. Karataeva, post-graduate student of the chair of endocrinology and inner diseases the Nizhegorodskaya state medical academy of Minzdrav of Russia, 603005, Nizhny Novgorod, Russian Federation, E-mail: olgamichaleva@mail.ru

Information about author:

<https://orcid.org/0000-0002-0041-7098>

Conflict of interest. The author declares no conflict of interest.

Acknowledgments. The study had no sponsorship.

Received 20.10.16

Accepted 28.03.17

Введение

Высокая повсеместная распространенность ожирения (ОЖ) [1, 2] в настоящее время диктует необходимость изучения механизмов неблагоприятных эффектов, сопряженных с ним, в частности, факторов риска кардиоваскулярной патологии, остающейся в настоящее время одной из основных причин временной и стойкой утраты трудоспособности и преждевременной смерти, которая в нашей стране сохраняется на высоком уровне и представляет существенную проблему для современного здравоохранения. Целым рядом исследований последних десятилетий [3—5] установлено, что жировая ткань является активным эндокринным органом, продуцирующим большое количество гормонов-адипоцитокитов. В настоящее время активно обсуждается специфичный коллагеноподобный белок — адипонектин, характеризующийся способностью оказывать антиатерогенное, антидиабетическое, противовоспалительное и даже антиканцерогенное действие [6, 7]. Изучению изменений секреции адипонектина при ОЖ посвящены работы ряда исследователей [8, 9].

В то же время в литературе недостаточно освещены особенности секреции адипонектина при различных вариантах ОЖ, особенно у мужчин трудоспособного возраста, что послужило поводом для нашего исследования.

Цель работы — оценить влияние ОЖ, а также его особенностей, на уровень секреции адипонектина и проследить связь последнего с показателями липидного обмена и уровнем ИР у мужчин трудоспособного возраста.

Материал и методы

В исследование включено 79 мужчин, работающих в полиции, в возрасте от 30 до 63 лет (средний возраст $46 \pm 7,4$ года), госпитализированных в терапевтические отделения госпиталя ГУВД для планового обследования.

Помимо общеклинического, всем пациентам проведено антропометрическое обследование — измерение массы, роста, расчёт индекса массы тела (ИМТ, индекса Кетле), окружности талии (ОТ) и объёма бедер (ОБ) с расчетом коэффициента ОТ/ОБ для диагностики ОЖ и оценки его типа.

Лабораторные исследования включали оценку липидного спектра с определением уровня общего холестерина (Хс), холестерина липопротеинов высокой плотности (ХсЛПВП), холестерина липопротеинов низкой плотности (ХсЛПНП), триглицеридов (Тг). В соответствии с полученными данными определяли коэффициент атерогенности (КА) по формуле:

$$КА = (Хс - ХсЛПВП) / ХсЛПВП.$$

Содержание глюкозы в крови определяли энзиматическим глюкозооксидазным методом.

Гормональные исследования включали определение содержания адипонектина и базального инсулина методом электрохемилюминесцентного иммуноанализа с помощью анализатора IMMULITE с последующим расчетом индекса ИР — НОМА-ИР по формуле:

НОМА-ИР = [базальный инсулин (мкЕд/мл) · глюкоза крови натощак (ммоль/л)]: 22,5 (ед.).

Наличие метаболического синдрома (МС) оценивалось в соответствии с критериями АТР-III [10].

Среди обследованных пациентов 50(63%) страдали ОЖ, признаки МС наблюдались у 37(46,8%). Основной

патологией у больных была артериальная гипертензия (АГ), отмечавшаяся у 46 (58,2%) пациентов, 18 страдали ИБС, стабильной стенокардией I—II класса.

Статистическая обработка полученных данных проведена с помощью программы Statistica 6.0 (StatSoft) с использованием непараметрических методов. Количественные показатели представлены в виде $Me [25p; 75p]$ (медианы первого и третьего квартилей). Измеряли частоту выявления (в %) качественных показателей. Полученные данные не подчинялись закону нормального распределения, в связи с чем статистическую значимость межгрупповых различий оценивали с помощью критерия Манна—Уитни. Достоверность различий относительных величин оценивали с использованием критерия χ^2 . Оценка взаимосвязи изучаемых признаков проводилась с использованием критерия Спирмена (r). Критический уровень значимости (p) при проверке статистических гипотез принимался равным 0,05.

Результаты

При сравнении гормонально-метаболических показателей у пациентов с наличием (1-я группа, $n = 50$) и отсутствием (2-я группа, $n = 29$) ОЖ выявлено, что секреция адипонектина у пациентов 1-й группы была снижена, но при этом различия не достигали статистически значимого уровня, равно как и различия показателей липидограммы. При этом, что закономерно, прослеживались различия (значимые) в уровнях базального инсулина и НОМА-ИР (табл. 1), свидетельствующие, как известно, об ИР и гиперинсулинемии.

Дальнейший анализ показателей проведен нами у пациентов с ОЖ, которые были разделены на две группы в зависимости от наличия признаков МС: группа А ($n = 17$) — пациенты с метаболически здоровым ОЖ (МЗОЖ) и группа Б ($n = 33$) — больные с метаболически осложненным ОЖ (МООЖ) (табл. 2).

Анализ показал значимое снижение секреции адипонектина при МООЖ, протекающее на фоне выраженной ИР, сопровождающейся повышением гликемии и гипертриглицеридемией.

При этом степень тяжести ОЖ не влияла на снижение секреции адипонектина. Так, при сравнении ее у пациентов с сопоставимым ИМТ (медиана 34,4 в группе А и 34,7 в группе Б) сохранялось значимое снижение секреции адипонектина при наличии МООЖ — 7,7 [6,2; 14,1] и 13,3 [8,1; 16,5] мкг/мл, $p = 0,04$.

Существенным является отсутствие различий в уровне адипонектина у больных с МЗОЖ и пациентов

Таблица 1

Гормонально-метаболический профиль у мужчин при наличии и отсутствии ОЖ

Показатель	1-я группа ИМТ >30 ($n = 50$)	2-я группа ИМТ до 30 ($n = 29$)	p
Адипонектин, мкг/мл	8,5 [6,5; 14,2]	11,2 [8,6; 14,8]	0,1
Тг, ммоль/л	2,1 [1,4; 2,7]	1,4 [1; 2]	0,07
ХсЛПВП, ммоль/л	1,3 [1,1; 1,4]	1,3 [1,2; 1,5]	0,6
Глюкоза, ммоль/л	5,4 [5; 6,1]	5,4 [4,7; 5,6]	0,4
Хс, ммоль/л	5,4 [5,1; 6,2]	5,9 [5,3; 6,3]	0,7
ХсЛПНП, ммоль/л	3,5 [2,6; 4,1]	3,7 [3,2; 4,3]	0,2
Инсулин, мкЕд/мл	17,0 [12,2; 22,2]	6,8 [3,87; 11,3]	0,00001
НОМА-ИР, ед.	4,0 [2,7; 6,4]	1,7 [1,05; 3,01]	0,000006

Таблица 2
Метаболические и гормональные показатели у мужчин с различными типами ожирения

Показатель	Группа Б — пациенты с МЗОЖ (n = 17)	Группа А — пациенты с МООЖ (n = 33)	p
Адипонектин, мкг/мл	13,2 [7,9; 15,8]	7,7 [5,5; 11,8]	0,02
Тг, ммоль/л	1,2 [0,9; 1,4]	2,5 [1,9; 3,2]	0,00001
ХсЛПВП, ммоль/л	1,4 [1,35; 1,5]	1,3 [1,1; 1,3]	0,4
Глюкоза, ммоль/л	5,2 [4,7; 5,3]	5,6 [5,2; 6,5]	0,01
Хс, ммоль/л	5,8 [5,4; 6,1]	5,9 [5,2; 6,8]	0,5
ХсЛПНП, ммоль/л	3,9 [3,3; 4,2]	3,3 [2,7; 4,8]	0,1
Инсулин, мкЕд/мл	14,5 [10,4; 18,3]	19,2 [12,8; 27,8]	0,07
НОМА-IR, ед.	3,48 [2,3; 4,25]	5,24 [3,32; 7,45]	0,01

Таблица 3
Коррелятивные связи адипонектина с ИМТ и гормонально-метаболическими показателями у больных с ОЖ (n = 50)

Показатель	r	p
ИМТ, кг/м ²	-0,01	0,90
Инсулин, мкЕд/мл	-0,16	0,23
НОМА-IR, ед.	-0,19	0,16
Хс, ммоль/л	-0,36	0,01
ХсЛПНП, ммоль/л	-0,31	0,03
КА	-0,41	0,01
Гликемия натощак, ммоль/л	-0,05	0,74
Тг, ммоль/л	-0,24	0,10
ХсЛПВП, ммоль/л	0,19	0,22

Таблица 4
Характеристика групп пациентов с ОЖ в зависимости от содержания адипонектина

Показатель	Группа с пониженным содержанием адипонектина (n = 26)	Группа с повышенным содержанием адипонектина (n = 24)	p
Возраст, годы	46 [42; 49]	49,5 [46; 54]	0,4
ИМТ, кг/м ²	35,1 [32,6; 38,2]	33 [32; 39]	0,4
ОТ, см	114,5 [107; 120]	114,5 [110; 124]	0,8
Абдоминальное ОЖ, n (%)	25 (96,1)	20 (83,3)	0,1
ИР, n (%)	24 (92,3)	21 (87,5)	0,9
МС, n (%)	21 (80,7)	12 (50)	0,01
АГ II—III стадии, n (%)	19 (73)	20 (83,3)	0,8
Тг, ммоль/л	2,4 [1,8; 3,2]	1,5 [0,9; 2,8]	0,08
ХсЛПВП, ммоль/л	1,2 [1; 1,6]	1,4 [1,1; 1,5]	0,1
Глюкоза, ммоль/л	5,3 [4,5; 7,3]	5,4 [5,2; 5,8]	0,5
Хс, ммоль/л	6,1 [5,6; 6,9]	5,4 [4,7; 6,3]	0,08
ХсЛПНП, ммоль/л	3,85 [3; 4,8]	3,25 [2,5; 4,15]	0,2
Инсулин, мкЕд/мл	17,9 [12,8; 22,8]	16,7 [10,4; 21,4]	0,5
НОМА-IR, ед.	4,37 [3,32; 7,27]	3,9 [2,3; 6,18]	0,5
КА	4,1 [3,6; 4,8]	3,3 [3; 3,8]	0,006

Примечание. n (%) — число больных.

с нормальной массой тела, который составил 13,3 [8,1; 16,5] и 12,2 [8,6; 14,8] соответственно, $p = 0,5$.

Из полученных данных логически вытекает заключение, что сам по себе факт наличия ОЖ, оцененного по ИМТ, значимо не влияет на секрецию адипонектина, существенное снижение которой выявлено лишь в случаях МООЖ.

Корреляционный анализ показал наличие при ОЖ значимой обратной связи адипонектина с липидными показателями, что подтверждает известный факт ангиопротективного эффекта адипонектина и свидетельствует у пациентов о выраженном атерогенезе с повышенным кардиоваскулярным риском. Так, по нашим данным, адипонектин коррелировал с Хс, ХсЛПНП, КА (табл. 3).

В зависимости от уровня адипонектина, определённого по его медиане, больные с ОЖ были разделены на группы: с пониженным (8,5 мкг/мл и менее) содержанием гормона ($n = 26$) и повышенным ($> 8,5$ мкг/мл) его содержанием ($n = 24$).

Сравнительная характеристика этих групп не продемонстрировала значимой разницы в клинико-метаболических показателях (табл. 4), хотя в группе с пониженным содержанием гормона чаще выявлялось наличие метаболического синдрома (80,7 и 50%; $p = 0,01$), свидетельствовавшего о МООЖ.

При этом пациентам с пониженным содержанием адипонектина были присущи более выраженные липидные нарушения со статистически значимо более высоким КА, что в совокупности с выявленной нами корреляцией его с адипонектином свидетельствует об ассоциации относительно пониженных показателей адипонектина с агрессивным атерогенезом.

Проведённое исследование свидетельствует об особенностях секреции адипонектина у мужчин трудоспособного возраста при наличии ОЖ, связанных с его типом. Выявлено прогностически неблагоприятное снижение уровня адипонектина при метаболически осложнённом варианте ОЖ, что сопровождается выраженным явлением атерогенеза. Следовательно, при оценке прогностических факторов кардиоваскулярного риска у мужчин с ОЖ важно уделять внимание не только и не столько факту наличия ОЖ, сколько наличию при нём компонентов МС.

Выводы

Не выявлено значимой связи факта наличия ОЖ (ИМТ > 30 кг/м²) со снижением секреции адипонектина.

Сочетание ОЖ с компонентами МС (метаболически осложнённое ожирение) сопровождается существенным (статистически значимым) угнетением продукции адипонектина, что протекает на фоне инсулинорезистентности и гиперлипидемии.

Сниженная секреция адипонектина коррелирует с показателями липидного обмена и может свидетельствовать об активном атерогенезе у обследованной категории пациентов, инсулинорезистентности.

Финансирование. Исследование не имело спонсорской поддержки.

Конфликт интересов. Автор заявляет об отсутствии конфликта интересов.

ЛИТЕРАТУРА (п.п. 7, 10 см. REFERENCES)

1. Романцова Т.И. Эпидемия ожирения: очевидные и вероятные причины. *Ожирение и метаболизм*. 2011; (1): 5-17.
2. Шляхто Е.В., Недогода С.В., Конради А.О., Баранова Е.И., Фомин В.В., Верткин А.Л. и др. Концепция новых национальных

- клинических рекомендаций по ожирению. *Российский кардиологический журнал*. 2016; (4): 7-13.
- Белоцерковцева Л.Д., Коваленко Л.В., Корнеева Е.В. Жировая ткань и её роль в развитии метаболического синдрома у женщин. *Вестник СурГУ. Медицина*. 2011; (1): 11-27.
 - Кравчун П.Г., Кадыкова О.И., Габисония Т.Н. Роль гормонов жировой ткани в формировании метаболических нарушений у больных с сердечно-сосудистой патологией. *Журнал научных публикаций аспирантов и докторантов*. 2013; (1): 114-7.
 - Никонова Л.В., Тишковский С.В., Гулинская О.В., Дорошкевич И.П., Янец Н.В., Давыдчик Э.В. Метаболическая активность жировой ткани и её роль в формировании инсулинорезистентности. *Журнал Гродненского государственного медицинского университета*. 2012; (1): 7-9.
 - Косыгина А.В. Адипоцитокينات в научной и клинической практике. *Ожирение и метаболизм*. 2011; (1): 32-9.
 - Сметнев С.А., Мешков А.Н. Роль пептидных гормонов (адипонектин, лептин, инсулин) в патогенезе атеросклероза. *Рациональная фармакотерапия в кардиологии*. 2015; 11(5): 522-8.
 - Парфенова Н.С., Таянский Д.А. Адипонектин: влияние на метаболические и сердечно-сосудистые нарушения. *Артериальная гипертензия*. 2013; 19(1): 84-96.

REFERENCES

- Romantsova T.I. Obesity epidemic: the obvious and likely causes. *Ozhirenie i metabolizm*. 2011; (1): 5-17. (in Russian)
- Shlyakhto E.V., Nedogoda S.V., Konradi A.O., Baranova E.I., Fomin V.V., Vertkin A.L., et al. The concept of the new national clinical guidelines on obesity. *Rossiyskiy kardiologicheskiy zhurnal*. 2016; (4): 7-13. (in Russian)
- Belotserkovtseva L.D., Kovalenko L.V., Korneeva E.V. Adipose tissue and its role in the development of metabolic syndrome in women. *Vestnik SurGU. Meditsina*. 2011; (1): 11-27. (in Russian)
- Kravchun P.G., Kadykova O.I., Gabisoniya T.N. The role of hormones in the formation of adipose tissue metabolic disorders in patients with cardiovascular disease. *Zhurnal nauchnykh publikatsiy aspirantov i doktorantov*. 2013; (1): 114-7. (in Russian)
- Nikonova L.V., Tishkovskiy S.V., Gulinskaya O.V., Doroshkevich I.P., Yanets N.V., Davydchik E.V. Metabolic activity of adipose tissue and its role in the insulin resistance. *Zhurnal Grodnenskogo gosudarstvennogo meditsinskogo universiteta*. 2012; (1): 7-9. (in Russian)
- Kosygina A.V. Adipocytokines in research and clinical practice. *Ozhirenie i metabolizm*. 2011; (1): 32-9. (in Russian)
- Wang Y.Y., Lin S.Y., Chuang Y.H., Chen C.J., Tung K.C., Sheu W.H. Adipose proinflammatory cytokine expression through sympathetic system is associated with hyperglycemia and insulin resistance in a rat ischemic stroke model. *Am. J. Physiol. Endocrinol. Metab.* 2011; 300(1): E155-63.
- Smetnev S.A., Meshkov A.N. The role of peptide hormones (adiponectin, leptin, insulin) in the pathogenesis of atherosclerosis. *Ratsional'naya farmakoterapiya v kardiologii*. 2015; 11(5): 522-8. (in Russian)
- Parfenova N.S., Tanyanskiy D.A. Adiponectin: impact on metabolic and cardiovascular disorders. *Arterial'naya gipertenziya*. 2013; 19(1): 84-96. (in Russian)
- Grundy S.M., Cleeman J.I., Merz C.N.B., Brewer H.B., Clark L.T., Hunninghake D.B., et al. Implications of Recent Clinical Trials for the National Cholesterol Education Program Adult Treatment Panel III Guidelines. NCEP Report. *Circulation*. 2004; 110: 227-39.

Поступила 20.10.16
Принята к печати 28.03.17

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2017
УДК 617-089.197.7

Петрова Н.Н.¹, Калакуцкий Н.В.², Палатина О.М.¹

КЛИНИЧЕСКАЯ И ПСИХОСОЦИАЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПАЦИЕНТОВ ПЛАСТИЧЕСКОЙ ХИРУРГИИ

¹ФГБОУ ВПО «Санкт-Петербургский государственный университет», медицинский факультет, кафедра психиатрии, наркологии и медицинской психологии, 199034, г. Санкт-Петербург;

²ГБОУ ВПО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова», кафедра стоматологии хирургической и челюстно-лицевой хирургии, 197022, г. Санкт-Петербург

♦ В настоящее время не определены стандарты оказания специализированной психиатрической помощи пациентам пластической хирургии. Расширение знаний о клинических, психосоциальных особенностях пациентов реконструктивной и пластической хирургии поможет определить группы риска по развитию психических расстройств и уточнить алгоритмы ведения данных пациентов. В работе обследовано 44 пациента, перенесших пластические операции в области лица и шеи. Применялись клинический и психометрический методы (шкала депрессии Гамильтона, Госпитальная шкала тревоги и депрессии). Пациенты эстетической хирургии отличаются более высоким уровнем социального функционирования, однако у них чаще встречались психические расстройства в прошлом. При этом пациенты реконструктивной и эстетической хирургии получали лечение по поводу психических расстройств в 33,3 и 46,2% случаев соответственно. К психиатру обращались изредка. Психопатология, чаще невротического уровня, диагностировалась в 52,4% случаев в группе реконструктивной хирургии и в 81,6% случаев в группе эстетической хирургии. Пациенты реконструктивной хирургии отличались большей распространённостью последствий тяжёлого стресса и реактивных состояний, лучшей критикой, ипохондрическими тенденциями. Субъективно пациенты с глубокими поражениями тканей лица и шеи психологически наиболее тяжёлым считали первый год после первого лечения у пластических хирургов. Для пациентов эстетической хирургии характерны дисморфобия и расстройство личности. В обеих группах более чем в 50% случаев выявлялась депрессивная симптоматика. В группе реконструктивной хирургии структура депрессивного синдрома отличалась поверхностным сном, двигательным беспокойством, в то время как в группе эстетической хирургии ярче проявлялись вегетативный и психический компоненты тревоги.

Ключевые слова: психическая патология; реконструктивная и эстетическая хирургия; депрессия.

Для цитирования: Петрова Н.Н., Калакуцкий Н.В., Палатина О.М. Клиническая и психосоциальная характеристика пациентов пластической хирургии. *Российский медицинский журнал*, 2017; 23(6): 315—320.
DOI http://dx.doi.org/10.18821/0869-2106-2017-23-6-315-320

Для корреспонденции: Петрова Наталья Николаевна, д-р мед. наук, проф., зав. кафедрой психиатрии, наркологии и медицинской психологии медицинского факультета ФГБОУ ВПО «Санкт-Петербургский государственный университет», 199034, г. Санкт-Петербург; E-mail: petrova_nn@mail.ru

Petrova N.N.¹, Kalakutsky N.V.², Palatina O.M.¹

THE CLINICAL AND PSYCHO-SOCIAL CHARACTERISTIC OF PATIENTS IN PLASTIC SURGERY