

ПРАКТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ДИАГНОСТИКИ У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2-ГО ТИПА

Истамов М.Б.

*Бухарского государственного
медицинского институт*

Резюме. Актуальность. Сахарный диабет и депрессия сегодня являются распространенными и социально значимыми заболеваниями. Несмотря на множество работ и исследований, посвященных изучению причин этих состояний, современный взгляд на этиологию как СД, так и депрессии оставляет множество невыясненных вопросов.

Цель. Продемонстрировать практическое применение шкал диагностики депрессии у пациентов с СД 2-го типа.

Материалы и способы. В исследовании было рандомизировано 190 пациентов. Для диагностики депрессии использовались адаптированные шкалы PHQ-9, PAID, WHO, MINI-6, шкала Гамильтона; обработаны данные по амбулаторным картам пациента за последние 15 лет; проведен сбор анамнеза, общий осмотр, измерение уровня гликированного гемоглобина и липидограммы, а также обязательную консультацию психиатра, эндокринолога, подолога. Согласно анализу собранных данных и полученных результатов, пациентам назначались при необходимости седативные препараты, антидепрессанты, анксиолитики и психотерапия.

Результаты. Из общего количества пациентов ($n=230$) после скрининга было рандомизировано 190 человек. Состояние депрессии, выявленное во время интервью, расценивалось как текущий (в течение двух недель) диагноз большого депрессивного расстройства (Major Depressive Disorder) по Международной классификации болезней 10-го просмотра. Если в амбулаторной карточке пациента эпизоды депрессии были зафиксированы и документированы, то устанавливался диагноз «рекуррентная депрессия». Обязательной также была информация о состоянии тревоги и суицидальных намерениях (или их попытка в прошлом). После полученных результатов психиатром принималось решение о необходимости приема седативных препаратов, антидепрессантов, анксиолитиков и психотерапии.

Выводы. Синергический эффект тревоги и депрессии на состояние СД повышает риск развития микро- и макрососудистых осложнений, вызывает гипергликемию у пациентов и обуславливает поиск новых методов решения этой проблемы.

Ключевые слова: сахарный диабет; депрессия; шкала депрессии; антидепрессанты; психотерапия

Введение

Депрессию относят к наиболее распространенным расстройствам здоровья человека. По статистике риск возникновения хотя бы одного депрессивного эпизода в течение жизни достигает 10–12 % для мужчин и 20–30 % для женщин, а при наличии этой патологии у близких родственников такая вероятность значительно возрастает. Итак, на долю депрессии приходится около 10% всех обращений к врачу общей практики, семейному врачу и специалистам узкого профиля [1]. Чаще всего такие пациенты обращаются к врачам разных специальностей только с жалобами, характерными для соматических заболеваний, и только в редких случаях самостоятельно обращаются к психиатрам или получают рекомендацию о необходимости консультации у психиатра.

Понимание патогенного влияния стрессовых факторов на жизнь человека, приводящих к существенному ухудшению социального функционирования, стало главным вопросом сегодняшнего дня для Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ). Актуальной проблемой развитых стран мира является разработка превентивных мер по преодолению снижения качества жизни людей вследствие действия негативных эмоциональных факторов, ведь именно они являются триггером по состоянию психического перенапряжения и истощения в лю-дыны . Такой состояние и есть результатом неудовольствие базовыми вещами , ощущение дискомфорта , появления фрустрации , тревоги , страха , нарушения сна , постоянной раздражительности , снижение самооценки и как следствие , возникновение депрессии с ее чрезвычайно серьезными отрицательными соматическими , психологическими да социальными осложнениями [2]. Пациенты с сахарным диабетом (СД) страдают от депрессии почти втрое чаще , чем пациенты без него [3, 4]. В результате наличия депрессии нарушается эмоциональный состояние , что достаточно часто приводит к отказа пациента от назначенного адекватного лечение , и в конце концов наступает декомпенсация СД [5–7]. В свою очередь, СД вызывает эпизоды депрессии, что требует назначения психиатрических препаратов и психотерапии.

Отдельно следует отметить, что депрессивное настроение может включать не только аффект тоски, но и аффект тревоги, поэтому в значительной степени выражение обоих аффектов оценивается как тревожно-депрессивное состояние.

Цель работы: продемонстрировать практическое использование в Украине шкал диагностики депрессии у пациентов с СД 2-го типа.

Материалы и методы

Учитывая актуальность этой проблемы в последнее десятилетие было проведено немало проспективных исследований в мире для выявления депрессии и ее коморбидных состояний [8, 10–12]. В 2013 году стартовал проект International Prevalence and Treatment of Diabetes and Depression Study с привлечением 14 стран из четырех континентов мира, включая Украину, для наблюдения и оценки проявления состояния депрессии у пациентов с СД 2-го типа в течение года. Среди стран-участников Украины представлена кафедрой диabetологии Национальной медицинской академии последипломного образования имени П.Л. Шупика на базе Киевской городской клинической больницы №6.

До этого исследования в течение первого года наблюдения, согласно критериям, проведен скрининг 230 пациентов (рандомизировано 190 человек), из которых 115 женщин (60,35%) и 75 мужчин (39,47%). В исследовании использованы адаптированные шкалы диагностики депрессии PHQ-9, PAID, WHO, MINI-6, шкала Гамильтона. Методы обследования содержали сбор анамнеза, антропометрическое измерение (рост, масса тела), расчет индекса массы тела, измерение артериального давления, обработанные данные с амбулаторных карт пациента за последние 15 лет, лабораторные и инструментальные исследования: определение уровня гликированного гемоглобина (HbA1c), эндокринолог, хирург кабинета диабетической стопы.

Критериями включения были: привлечение взрослых пациентов в возрасте 18–65 лет с СД 2-го типа (согласно критериям ВОЗ, 2006), диагностированным не менее чем за 12 месяцев до привлечения пациента в исследование. Пациенты не были включены, если не могли самостоятельно заполнить инструменты исследования (анкеты, шкалы депрессии) из-за трудностей общения или когнитивных нарушений; если в анамнезе фигурировало угрожающее жизни состояние (например, рак, инсульт за последние 6 месяцев); а также через текущую или запланированную госпитализацию (если это только не касалось лечения СД); клинически диагностированную алкогольную или наркотическую зависимость (не принимая во внимание курение) и присутствие в анамнезе диагноза шизофрении. Не вошли в исследование и беременные женщины или родившие в течение последних шести месяцев.

До начала диалога с психиатром пациентам необходимо было подписать информированное согласие и заполнить следующие сведения:

- форма информации о пациенте (Patient Information Form - PIF) - данные об общем осмотре, антропометрическом измерении, лабораторных и инструментальных исследованиях, а также описание психического статуса

(сведения о любом психическом расстройстве, его медикаментозном лечении и т.п.), исследованный с амбулаторной карточки пациента за последние 15 лет;

- демографическая информация (профессия, доход, семейное положение, образование);

адаптирована шкала PHQ-9 (Patient Health Questionnaire);

адаптирована шкала PAID (Problem Areas in Diabetes Scale);

адаптирована шкала WHO (World Health Organization).

Все анкеты и адаптированные шкалы заполнялись пациентом самостоятельно, удобном для пациента языке (украинском, русском или английском). В случае возникновения у пациента вопросов или непонятной формулировки проводили пояснения. Для того, чтобы исследовать связь СД 2-го типа с депрессией клинически, проводилась дальнейшая консультация психиатра с привлечением MINI-6 (Mini International Neuropsychiatric Interview, версия 6) и использованием шкалы Гамильтона (Hamilton M., 1967) — одного из наиболее распространенных по частоте использования. В нашем исследовании применялась оригинальная версия, содержащая 23 пункта, 2 из которых (16-й и 18-й) состоят из двух частей - А и Б, которые заполняются альтернативно. Шкала обеспечивает простой способ оценки тяжести депрессии в динамике.

Состояние депрессии, выявленное во время интервью, расценивалось как текущий (в течение двух недель) диагноз большого депрессивного расстройства (Major Depressive Disorder — MDD), согласно Международной классификации болезней 10-просмотра (МКБ-10). Если в амбулаторной карточке пациента эпизоды депрессии были зафиксированы и документированы, то устанавливался диагноз «рекуррентная депрессия». Обязательной также была информация о состоянии тревоги и суицидальных намерениях (или их попытка в прошлом). После полученных результатов психиатром принималось решение о необходимости приема седативных препаратов, антидепрессантов, анксиолитиков и психотерапии.

Получены результаты относительно HbA1c и липидограммы, антропометрического обследования, заключение хирурга кабинета диабетической стопы оценивались эндокринологом и были занесены в форму информации о пациенте (PIF), а также предоставлены рекомендации.

Все исследование проводилось после подписания информированной согласия пациента, утвержденной комиссией с вопросов этики при лечебно-профилактическом заведении. Исследование проводилось с соблюдением всех морально-этических принципов с учетом положений ICHGCP и Хельсинкской декларации Всемирной медицинской ассоциации с биомедицинских исследований (World Medical Association Declaration of Helsinki).

Статистическая обработка полученных данных осуществлялась с помощью системы SPSS, версия 23 и Excel.

Результаты

Из общего количества пациентов ($n = 230$) было рандомизировано 190 пациентов, среди которых было 115 (60,53%) женщин и 75 (39,47%) мужчин; медиана возраста пациентов составляла 52 (50–54) лет. Женщины охотнее соглашались участвовать в исследовании, чем мужчины (93,7 % против 90,8 %; $p = 0,003$). По уровню образования данные распределились следующим образом: полное среднее — 12,63 %, среднее специализированное — 42,63 %, высшее — 44,74 %; по семейному положению: женатые - 53,68%, разведенные - 13,16%, овдовели - 17,89%, незарегистрированные отношения - 15,26%; по финансовому доходу (в частности, льготы и социальные выплаты): обеспеченные - 97,37%, необеспеченные - 2,63%; по наличию труда: пенсионеры (не работают) - 14,21%, трудоустроенные - 85,79%.

При анализе показателей, зафиксированных в амбулаторной карточке пациента, получены данные относительно сопутствующей соматической патологии в анамнезе (рис. 1), а именно: транзиторная ишемическая атака (ТИА), инфаркт миокарда (ИМ), диабетическая стоматология, диабетическая полинейропатия ноготь (онихокриптоз), патология щитовидной железы, дислипидемия.

Оценка шкал диагностики депрессии происходила путем суммирования и интерпретации баллов (табл. 1) каждой из вышеупомянутых по отдельности.

Оценка по шкале WHO производилась путем суммарного подсчета баллов всех вопросов. Суммарный балл находится в диапазоне от 0 до 25, при этом 0 отображает наихудшее из возможных, а 25 — наилучшее из возможных качество жизни. Балл меньше 13 означает плохое самочувствие и является показанием к обследованию депрессии согласно критериям МКБ-10.

Опросник PAID содержит 5 возможных ответов, обозначенных соответственно баллами 0–4, где 0 – это отсутствие проблемы, а 4 – серьезная проблема [7].

Относительно шкал Гамильтона и MINI-6 оценка результатов осуществлялась психиатром непосредственно

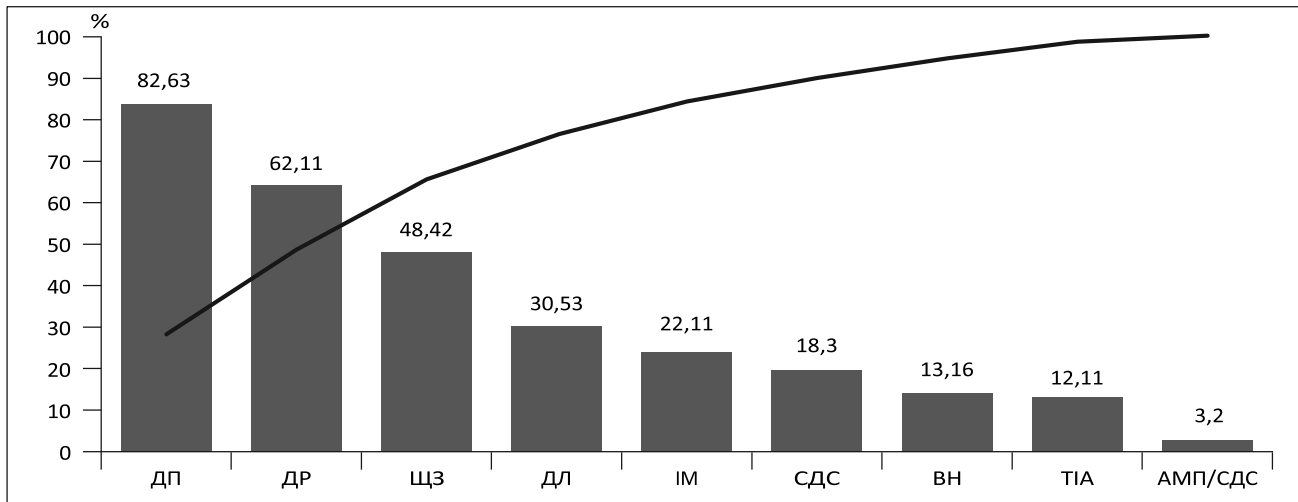


Рисунок 1. Наличие сопутствующей патологии у обследованных больных;
ДП – диабетическая полинейропатия; ДР – диабетическая ретинопатия;
ЩЖ - патология щитовидной железы; ДЛ – дислипидемия; ИМ – инфаркт миокарда;

СДС – синдром диабетической стопы; ВН – вросший ноготь; ТИА – транзиторная ишемическая атака; АМП/СДС – ампутация на фоне СДС

Таблица 1. Интерпретация суммарного балла **Таблица 2. Распределение групп больных по уровню**

по шкале PHQ-9

компенсации СД

Суммарный балл	Степень тяжести депрессии
0–4	Депрессии нет
5–9	Легкая депрессия
10–14	Умеренная депрессия

Группа больных	Всего больных, n(%)	Распределение по статье, n(%)	
		Женщины	Мужчины
Первая	13 (6,8)	8 (4,21)	5 (2,63)
Второй	64 (33,6)	41 (21,58)	23 (12,1)

15–19	Умеренно тяжелая депрессия				
	Тяжелая депрессия	Третья	123 (64,7)	72 (37,89)	51 (26,84)

после интервью, а полученный результат учитывался при установлении диагноза.

Отдельное внимание было акцентировано на доле курильщиков, которая составляла 15,26% ($n = 29$), из которых 1,3% использовали электронные сигареты, 9,3% – «легкие» сигареты и 4,66% – употребляли «тяжелые» сигареты. Исследование уровня HbA1c показало, что его медиана составляет 9,4% (9–10,8%). Учитывая этот показатель как критерий компенсации углеводного обмена при СД (компенсация - 6,0-6,5%, субкомпенсация - 6,6-7%, декомпенсация $\rightarrow$ 7%) пациентов было распределено на три группы (табл. 2) и рассчитана вероятность проявления депрессивного расстройства у них.

После завершения исследования врачом-психиатром устанавливался или опровергался диагноз депрессии и ее тяжесть. По решению психиатра назначалось необходимое лечение: седативные препараты, антидепрессанты, анксиолитики и соответствующая психотерапия. Среди всего количества привлеченных участников у 2,7% пациентов диагностировано текущее большое депрессивное расстройство (MDD), а у 17% — умеренно тяжелую и тяжелую депрессию по результатам шкал PHQ-9, WHO и PAID.

Обсуждение

Согласно полученным нами результатам, риск возникновения депрессии увеличивается с возрастом. Кроме возраста факторами риска появления

депрессии у пациентов с СД 2-го типа являются: низкий уровень образования, отсутствие работы, нестабильный финансовый доход, семейное состояние, наличие депрессии в семейном анамнезе, высокий уровень соматической патологии в анамнезе, что значительно ухудшает качество жизни таких пациентов и повышает уровень их инвалидизации.

Среди наиболее важных тенденций, выявленных при анализе, следует отметить стабильный рост распространенности СД 2-го типа и депрессии во всем мире [9, 13–16]. По полученным результатам отчетливо отслеживается закономерность обострения депрессии с развитием осложнений СД, перенесенного ИМ, ТИА и другой соматической патологии.

Согласно этому распределению, наибольшей группой риска возникновения большого депрессивного расстройства есть пациенты с декомпенсированным уровнем СД 2-го типа. Поэтому, принимая во внимание полученные результаты исследования, для первичного скрининга или при наличии малейшего подозрения на расстройства психического здоровья у пациента рекомендуем несколько вариантов шкал депрессии.

Выводы

Риск возникновения депрессии у больных СД 2-го типа увеличивается с возрастом. Помимо возраста факторами риска появления депрессии у пациентов с СД 2-го типа являются низкий уровень образования, отсутствие работы, нестабильный финансовый доход, семейное положение, наличие депрессии в семейном анамнезе, высокий уровень соматической патологии в анамнезе, что значительно ухудшает качество жизни таких пациентов и повышает уровень их инвалидизации.

Из полученных результатов отчетливо отслеживается закономерность обострения депрессии с развитием осложнений СД в связи с перенесенным инфарктом миокарда, транзиторной ишемической атакой и другой соматической патологией.

Важнейшей группой риска возникновения большого депрессивного расстройства являются пациенты с СД 2-го типа в состоянии декомпенсации.

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов при подготовке данной статьи.

References

1. Qin X, Wang W, Jin Q, et al. Предотвращение и свидетельства отражения от депрессивных disorders в внутренней медицине отличные отделения от 23 целевых hospitals в Shenyang, Китай. J Affect Disord. 2008;110(1-2):46-54. doi: 10.1016/j.jad.2007.12.237.
2. Lustman PJ, Penckofer SM, Clouse RE. Recent Advances in Understanding Depression in Adults with Diabetes . Curr Diab Rep. 2007 Apr;7(2):114-22.

3. Introduction: Standards of Medical Care in Diabetes - 2018 .
4. Diabetes Care . 2018 Jan;41(Suppl 1):S1-S2. doi:10.2337/dc 18-Sint01.
5. B ă descu SV , T ă taru C , Kob ylinska L , et al . The association between Diabetes mellitus and Depression . J Med Life. 2016 Apr Jun;9(2):12 0-5.
6. Ali S, Stone M, Skinner TC, et al. Ассоциация между стремлением и здоровым отношением жизни в жизни людей с типом 2 дневных путей: systematic literature review. Diabetes Metab Res Rev. 2010 Feb;26(2):75-89. doi: 10.1002/dmrr.1065.
7. Nouwen A, Nefs G, Caramlau I, et al . Prevalence of depression в отдельных лицах с impaired glucose metabolism or undiagnosed diabetes: systematic review and meta-analysis of the European Depression in Diabetes (EDID) Research Consortium. Diabetes Care. 2011 г. Mar;34(3):752-62. doi: 10.2337/dc10-1414.
8. Papathanasiou A, Koutsovasilius A, Shea S, et al. Проблема регионов в Diabetes (PAID) ступеня: Психометрическая evaluation survey в греческом шаблоне с типом 2 diabetes. J Psychiatr Ment Health Nurs. 2014 May;21(4):345-53. doi: 10.1111/j.1365-2850.2012. 01875.x.
9. International Diabetes Federation. IDF Diabetes Atlas. 8th ed. Brussels: IDF, 2017.
10. ЧЖЭНЬ Y, Ley SH, Hu FB. Global Etiology and Epidemiology of тип 2 Diabetes Mellitus и его complications . Nat Rev Endocrinol. 2018 Feb;14(2):88-98. doi: 10.1038/nrendo.2017.151.
11. Лин ЕН, von Korff MV, Alonso J, et al. Mental disorders among persons with Diabetes – Results from the World Mental Health Surveys. J Psychosom Res. 2008 Dec;65(6):571-80. doi: 10.1016/j. jpsychores.2008.06.007.
12. Roy T, Lloyd CE. Epidemiology of depression and diabetes: systematic review. J Affect Disord. 2012 ОКТ;142 СВЯЗЬ:S 8-21. doi: 10.1016/S0165-0327(12)70004-6.
13. National Collaboraing Centre для Mental Health. Depres sion in adults with chronic physical health problem: Treatment and Management. Лейстер (UK): British Psychological Society; 2010.
14. Moriarty AS, Gilbody S, McMillan D, Manea L. Скоренение и попадание для major depressive disorder using Patient Health Questionnaire (PHQ-9): a meta-analysis. Gen Hosp Psychiatry. 2015 Nov-Dec;37(6):567-76. doi: 10.1016/j.genhosppsy.2015.06.012.
15. Bromet E , Andrade LH , Hwang I , et al . Cross-national epi -8. НК Mukhtorova, NB Mukhamadieva, UT Rustamov The American Journal of Medical Sciences and Pharmaceutical Research 2 (12 ...2020
16. Истамов М. Б. . (2023). НОВЫЕ ПОДХОДЫ И СОВРЕМЕННЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ В ОБЛАСТИ ПСИХИАТРИИ. БОШКАРУВ ВА ЭТИКА

- КОЙДАЛАРИ ОНЛАЙН ИЛМИЙ ЮРНАЛИ, 3(11), 19-24.
<http://sciencebox.uz/index.php/sjeg/article/view/8633>
- 17.MB Istamov. . (2023). NEW APPROACHES AND CURRENT RESEARCH IN THE FIELD OF PSYCHIATRY , BOSHQARUV VA ETIKA QOIDALARI ONLAYN ILMIY JURNALI: BOSHQARUV VA ETIKA QOIDALARI ONLAYN ILMIY JURNALI Vol. 3 No. (11), 13-18.
<http://sciencebox.uz/index.php/sjeg/article/view/8633>
- 18.IM Bahodirovich. . (2023). SHAXS XUSUSIYATI PATOLOGIIYALI O'SMIRLARDA RUHIY FAOL MODDALAR SUISTEMOL XUSUSIYATLARI. BOSHQARUV VA ETIKA QOIDALARI ONLAYN ILMIY, 3(8), 5-8.
https://scholar.google.com/citations?view_op=view_citation&hl=ru&user=O6jdxvsAAAAJ&citation_for_view=O6jdxvsAAAAJ:qjMakFHDy7sC
- 19.IM Bahodirovich. . (2023). XURUJSIMON SHIZOFRENIYA REMISIYASIDA DEPRESSIYA KLINIKASI VA DAVOLASH. IJTIMOIIY FANLARDA INNOVASIYA ONLAYN ILMIY, 3(6), 94-97.
https://scholar.google.com/citations?view_op=view_citation&hl=ru&user=O6jdxvsAAAAJ&citation_for_view=O6jdxvsAAAAJ:2osOgNQ5qMEC
- 20.XK Мухтарова, М Б Истамов. . (2023). Актуальные Задачи Современной Судебной Психиатрии. Исследовательский журнал исследований травмы и инвалидности, 2(6), 187-193.
<http://journals.academiczone.net/index.php/rjtds/article/view/1034>
- 21.X.K., M. ., & M.B., I. . (2023). ПРОБЛЕМЫ СОЦИАЛЬНОЙ ИЗОЛЯЦИИ ПАЦИЕНТОВ ПРИ ШИЗОФРЕНИИ . Исследовательский журнал исследований травмы и инвалидности, 2(5), 206–209.
<http://journals.academiczone.net/index.php/rjtds/article/view/908>
- 22.Rustamov U.T, Tilavov M.T., Karimova S.SH, Istamov M.B, & Jo'raev Sh.J. (2023). Specific Characteristics And Prevalence of Mental Disorders in Oncological Diseases of The Lung And Gastrointestinal Tract. Journal of Advanced Zoology, 44(S4), 141–145. <https://doi.org/10.17762/jaz.v44iS4.2345>
- 23.Истамов Мирмухсинжон Баходирович. Vol. 49 (2024): Miasto Przyszłości Алкогольный Фактор В Криминальной Агрессии При Психопатологических Расстройства