

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ 2 ТИПА

С.М. Нимаева (Томск)

Аннотация. Проводится сравнение частоты встречаемости тревожно-депрессивных расстройств в группе больных сахарным диабетом 2 типа и в группе соматически здоровых людей. Выявлено влияние тревожно-депрессивных расстройств на характер течения заболевания.

Ключевые слова: сахарный диабет; тревожные расстройства; депрессивные расстройства; гликированный гемоглобин; компенсация заболевания.

В последние десятилетия во всем мире отмечается рост числа заболеваний сахарным диабетом (СД). По данным ВОЗ, в 2000 г. на планете насчитывалось 175,4 млн больных СД, а к 2025 г. предполагается их увеличение до 300 млн человек [2]. В последние 30 лет, особенно в промышленно развитых странах, распространенность СД составляет 5–6% от всего населения и имеет тенденцию к дальнейшему увеличению [5]. Каждые 10–15 лет число больных СД удваивается, прежде всего, за счет СД 2 типа, составляющего более 90% случаев заболевания [2]. По данным ОГУЗ «Томская областная клиническая больница», за последние 5 лет уровень общей заболеваемости СД на 100 тыс. населения в Томской области увеличился с 1590,1 в 2003 г. до 2120,0 человек в 2008 г.

Ранняя инвалидизация и повышенная смертность обуславливают высокую социальную значимость СД [2]. Поиск наиболее эффективных путей предупреждения и лечения диабета, улучшение качества жизни больных – одна из основных задач современной науки.

СД – это группа заболеваний, характеризующаяся повышенным уровнем глюкозы в крови (гипергликемией) из-за нарушений секреции или действия гормона инсулина. Инсулин вырабатывается в β -клетках поджелудочной железы и способствует тому, чтобы глюкоза из крови поступала в клетки и ткани организма [1]. Выделяют два основных типа СД: при СД типа 1 полностью погибают β -клетки, а при СД типа 2 происходит снижение чувствительности тканей к действию инсулина (инсулинорезистентность) [2]. На ранних стадиях лечения СД 2 типа применяется таблетированная терапия, которая повышает чувствительность к собственному инсулину или способствует улучшению секреции инсулина. Но с течением заболевания выделение инсулина β -клетками поджелудочной железы снижается, в результате становятся необходимыми инъекции инсулина [2].

СД относят к группе психосоматических заболеваний, т.е. к группе заболеваний, имеющих психологическую природу. Качествен-

ная помощь больному может быть оказана тогда, когда пациент будет рассматриваться не как носитель какого-либо больного органа, а как целостный организм, как личность, понимаемая в контексте биопсихосоциоэтической модели [4]. Поэтому в настоящее время помимо медикаментозного лечения ведется активное обучение больных СД контролю за собственным состоянием. Основная цель обучения – снизить риск поздних осложнений диабета. Но какими бы правильными не были рекомендации врача, они не дадут нужного эффекта, если поведение больного не будет этому способствовать. Доказано, что больные, которые отличаются негативной оценкой себя и своего будущего, в 3 раза чаще не выполняют рекомендации врача [9]. Как следствие у таких больных всегда хуже показатель контроля гликемии – гликированный гемоглобин (HbA_{1c}), выше распространенность осложнений, выше уровень смертности и других медико-социальных показателей (инвалидность, продолжительность временной нетрудоспособности или госпитализации). Таким образом, своевременное выявление и лечение тревожно-депрессивных расстройств будет способствовать улучшению состояния больных СД и, таким образом, повышению эффективности использования финансовых средств, затраченных на медикаментозное обеспечение таких больных [8]. По данным группы из Вашингтонского медицинского университета (W.J. Katon), в результате отсутствия компенсации заболевания (при HbA_{1c} выше 7%) затраты на лечение осложнений СД в сотни раз выше затрат на лекарственное обеспечение.

Исследования, представленные на V Всероссийском диабетологическом конгрессе в 2010 г., выявили, что среди пациентов с СД в 38% случаев наблюдаются депрессивные расстройства различной степени тяжести, что превышает показатели распространенности таких состояний при ишемической болезни сердца, а также при онкологических или кожных заболеваниях [6]. Указанные исследования проводились с целью выявления тревожно-депрессивных состояний при конкретных тяжелых осложнениях СД, таких как диабетическая стопа или диабетическая нефропатия (О.А. Герасименко, О.В. Удовиченко, С.И. Дивисенко). В то же время распространенность тревожно-депрессивных расстройств в амбулаторной практике среди общей популяции больных СД остается недостаточно изученной. В рамках данной работы нами была изучена распространенность тревожно-депрессивных расстройств среди больных СД 2 типа на обычном амбулаторном приеме в практике врача эндокринолога.

С целью выявления уровня тревоги и депрессии была применена госпитальная шкала тревоги и депрессии HADS (Hospital anxiety and depression scale), разработанная A.S. Zigmond и R.P. Shraith. Данный опросник рекомендован ВОЗ и является одним из наиболее надежных скрининговых инструментов в диагностике психосоциальных рас-

стройств [7]. Шкала составлена из 14 утверждений, обслуживающих две подшкалы: тревога (нечетные пункты) и депрессия (четные пункты). Каждому утверждению соответствуют 4 варианта ответа. Согласно инструкции больному требовалось выбрать тот вариант ответа, который соответствовал его состоянию на прошлой неделе. Суммарный балл по результатам госпитальной шкалы тревоги и депрессии по каждой из подшкал в пределах 6–9 баллов указывал на субклинические проявления тревоги или депрессии, 10 и более баллов – на клинически выраженные.

С целью выявления влияния различных медико-социальных факторов на уровень тревоги и депрессии было проведено предварительное анкетирование, включавшее в себя такие данные, как пол, возраст, длительность и степень тяжести СД, вид сахароснижающего лечения (при инсулинотерапии – её длительность), уровень HbA_{1c} .

Исследование проводилось на базе эндокринологического отделения консультативно-диагностической поликлиники ОГУЗ «Томская областная клиническая больница» и Республиканского эндокринологического центра ГУЗ «Республиканская клиническая больница им. Семашко» в г. Улан-Удэ. Нами было обследовано 15 человек с СД 2 типа, средний возраст которых составил $56,8 \pm 12,9$ года, из них удельный вес мужчин – 27%, женщин – 73%, средний уровень HbA_{1c} равен 8,1% (компенсацией СД считается уровень HbA_{1c} менее 7%). В контрольную группу вошло 10 человек, не имеющих СД, средний возраст которых составил $55,2 \pm 9,8$ года, большую часть составили женщины – 80%, меньшую мужчины – 20%. Между контрольной и экспериментальной группами не было выявлено значимых различий по полу и возрасту ($p = 0,698$).

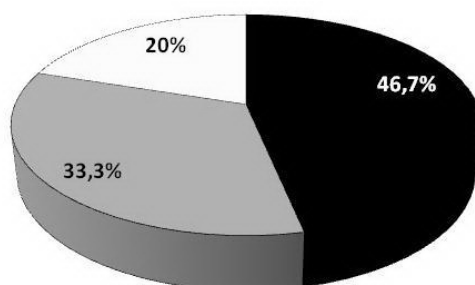
Результаты исследования подвергались статистической обработке в программе «Biostat». Учитывая отсутствие нормального распределения значений большинства параметров, нами были использованы методы непараметрической статистики [3]. Для выявления достоверности различий между группами по количественным параметрам использовался критерий Манна – Уитни. Для установления достоверности различий между группами по качественным параметрам использовался критерий Хи-квадрат и критерий Фишера.

Данные наших исследований показали, что у больных СД 2 типа клинически выраженные тревожные расстройства встречались в 40% случаев, субклинические признаки – в 26,7%. Клинически выраженные депрессивные расстройства у больных СД 2 типа были выявлены в 46,7% случаев, субклинические – в 33,3%. В группе больных СД 2 типа статистически достоверных различий между частотой встречаемости депрессивных расстройств у мужчин и женщин не выявлено ($p = 0,169$).

В целом тревожно-депрессивные расстройства в группе больных СД 2 типа наблюдались в 60% случаев.

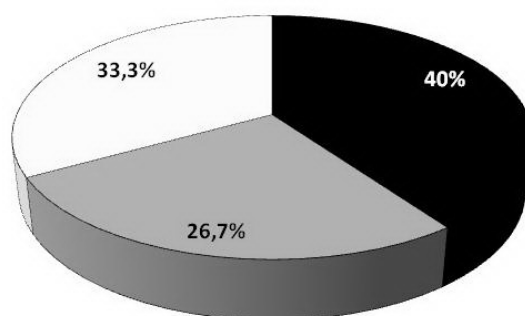
Выраженность депрессивных расстройств в группе больных СД 2 типа

- клинически выраженные депрессивные расстройства
- субклинические проявления депрессивных расстройств
- нет жалоб



Выраженность тревожных расстройств в группе больных СД 2 типа

- клинически выраженные тревожные расстройства
- субклинические проявления тревожных расстройств
- нет жалоб



В контрольной группе установлено, что не имели жалоб 70% опрошенных, субклинические проявления тревожных расстройств выявлены в 20% случаев, субклинические проявления депрессивных расстройств – в 10%, клинически выраженных расстройств не выявлено. Полученные нами данные показывают, что тревожно-депрессивные расстройства значительно чаще встречаются в группе больных СД 2 типа ($p = 0,014$).

Дальнейший анализ материалов исследования показал, что у 78% больных с тревожно-депрессивными состояниями различной степени

тяжести уровень HbA_{1c} был выше нормы (7%), что говорит об отсутствии компенсации заболевания и о высоком риске развития осложнений СД. Самые высокие показатели по шкале «тревога» (12–15 баллов) наблюдались у больных с тяжелым течением СД. Смешанные тревожно-депрессивные расстройства отмечены в 80% случаев среди тех больных, которые находились на инсулинотерапии, т.е. с тяжелой и средне-тяжелой степенью течения заболевания.

Резюмируя вышесказанное, отметим следующие ключевые моменты:

1. Встречаемость тревожно-депрессивных расстройств у больных СД 2 типа в 6 раз выше, чем в группе людей, у которых отсутствует данный диагноз.

2. У большей части больных с тревожно-депрессивными расстройствами отсутствует компенсация заболевания, за счет чего повышается риск развития осложнений.

Таким образом, результаты проведенного исследования подчеркивают необходимость оказания амбулаторным больным СД 2 типа не только медицинской, но и психологической помощи. Оставленные без внимания тревожно-депрессивные расстройства оказывают негативное влияние на соблюдение обязательного для больных СД режима (диета, постоянный прием лекарственных препаратов), мешают достижению комплаенса между врачом и пациентом, что может привести, с одной стороны, к тяжелым осложнениям и снижению качества жизни пациента, с другой – к росту финансовых затрат системы здравоохранения. На наш взгляд, внедрение в штат ЛПУ клинических (медицинских) психологов, обучение медицинского персонала основам оказания психологической помощи, увеличение количества «школ здоровья» для больных тяжелыми хроническими заболеваниями смогли бы повысить качество оказываемых пациентам медицинских услуг и эффективность лечения в целом.

Литература

1. *Алгоритмы специализированной медицинской помощи больным сахарным диабетом* / под ред. И.И. Дедова. М.: МЗСР РФ ЭНЦ РАМН, 2007. 112 с.
2. Балаболкин М.И. *Диабетология*. М.: Медицина, 2000. 672 с.
3. Гланц С. *Медико-биологическая статистика*: пер. с англ. М.: Практика, 1998. 459 с.
4. Залевский Г.В. От «демонической» до «биопсихосоциозэтической» модели психического расстройства // Сиб. психол. журн. 2009. № 32. С. 57–64.
5. Казачкова Н.В. Динамика причин смертности от сахарного диабета // Успехи современного естествознания. 2008. № 5. С. 39.
6. *Результаты скрининга на депрессию среди пациентов с синдромом диабетической стопы*: отчет о НИР / О.А. Герасименко, О.В. Удовиченко, С.И. Дивисенко // V Всерос. диабетологич. конгресс: сб. тезисов. М., 2010.
7. *Руководство по медицинской профилактике* / под ред. Р.Г. Оганова, Р.А. Хальфина. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. 450 с.

8. *Смулевич А.Б.* Депрессии в общей медицине. М.: Мед. информ. агентство, 2001. 256 с.
9. *Lustman P.J.* Fluoxetine for depression in diabetes: a randomized double-blind placebo-controlled trial / P.J. Lustman, R. Clouse // *Diabetes Care*. 2000. № 23. P. 618–623.

PREVALENCE OF ANXIETY-DEPRESSIVE DISORDERS IN TYPE 2 DIABETES

Nimaeva S.M. (Tomsk)

Summary. The frequency of occurrence of anxiety – depressive disorders in group of patients with diabetes type 2 and in group of healthy people has been compared. Influence of anxiety – depressive disorders on character of disease has been revealed.

Key words: diabetes; anxiety disorders; depressive disorders; glycated hemoglobin; indemnification of disease.