

2000. — № 1. — С.3-13.
11. Франке Р. Восполнение объема циркулирующей крови с использованием коллоидных растворов // Анест. и реан. — 1999. — № 3. — С.70-76.
12. Boldt J., Muller M., Heesen M., et al. Influence of different volume therapies on platelet function in the critically ill // Inten. Care Med. — 1996. — Vol. 22. — P.1075-1081.
13. Mastroianni L., Low H.B.C., Rollman J., et al. A comparison of 10% pentastarch and 5% albumin in patients undergoing open-heart surgery // J. Clin. Pharmacol. — 1994. — Vol.34. — P.34-40.
14. Whinney R.R., Stephen M.C., Sharline J.Z. Fluid resuscitation for trauma patients in the 21st century // Curr. Opin. in Critical Care. — 2000. — Vol. 6. — P.395-400.

Адрес для переписки:

664003, г. Иркутск, ул. Красного восстания, 1, Иркутский государственный медицинский университет, кафедра анестезиологии и реаниматологии, Нетёсин Евгений Станиславович — к.м.н., ассистент.

© ПЕТРОВА М.М., ПРОКОПЕНКО С.В., ПРОНИНА Е.А. — 2008

ТРЕВОГА И ДЕПРЕССИЯ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА

М.М. Петрова, С.В. Прокопенко, Е.А. Пронина

(Красноярский государственный медицинский университет им. В.Ф. Войно-Ясенецкого, ректор — д.м.н. проф. И.П. Артюхов, кафедра поликлинической терапии и семейной медицины с курсом ПО, зав. — д.м.н. проф. М.М. Петрова, кафедра нервных болезней, зав. — д.м.н. проф. С.В. Прокопенко)

Резюме. Проведено изучение эмоциональных расстройств у 103 больных сахарным диабетом 2 типа в возрасте от 40 до 70 лет. Эмоциональные нарушения широко распространены среди больных сахарным диабетом 2 типа. Тревожные расстройства были выявлены в 59% случаев, депрессивные расстройства — в 45,6%. Длительность заболевания сахарным диабетом, наличие специфических осложнений являются значимыми факторами риска развития тревожно-депрессивных расстройств у данной категории больных.

Ключевые слова: сахарный диабет, когнитивные нарушения, тревога, депрессия.

DEPRESSION AND ANXIETY IN PATIENTS WITH TYPE 2 DIABETES

M.M. Petrova, S.V. Prokopenko, E.A. Pronina
(Krasnoyarsk State Medical University)

One hundred and three patients with type 2 diabetes aged from 40 to 70 were assessed for emotional impairment. A lot of patients had emotional distress. Fifty nine percent of patients had anxiety and 45.6% of patients had depression. Diabetes duration and diabetes-related complications are significant risk factors for emotional dysfunctions in type 2 diabetes.

Key words: diabetes, cognitive infringements, alarm, depression.

Сахарный диабет (СД) — наиболее распространенное из тяжелых метаболических заболеваний, является серьезной проблемой здравоохранения всех стран мира.

Практически повсеместно отмечается рост заболеваемости сахарным диабетом. За 20 лет число больных сахарным диабетом в мире увеличилось в 6 раз. Численность больных сахарным диабетом в настоящее время составляет 177 млн. человек. Согласно прогнозам, при сохранении таких темпов к 2025 г. ожидается увеличение числа больных сахарным диабетом до 300 млн. человек. Из числа заболевших у 80-90% больных отмечается СД 2 типа [3].

Внимание, уделяемое проблеме диабета, помимо его высокой распространенности во всем мире и на территории России, связано с высоким риском развития поздних осложнений, которые определяют показатели заболеваемости, инвалидизации и смертности.

Распространенность развивающихся при СД депрессий значительно превышает популяционные показатели (5-10%) и составляет в среднем 14,4-32,5% [5].

У больных, страдающих сахарным диабетом, также отмечается высокий уровень тревожности [4]. Распространенность генерализованного тревожного расстройства при сахарном диабете колеблется от 14 до 40% [6].

Тревожные расстройства при сахарном диабете — очень коварное явление. Тревожные расстройства могут сопровождаться вегетативными изменениями, столь характерными для гипогликемических состояний: слабостью, потливостью, тремором, головокружением, за

счет активизации симпатно-адреналовой системы. В таких случаях требуется дополнительный контроль гликемии [1].

Большинство медицинских рекомендаций в диабетологии требует активного участия больного в процессе контроля и лечения своего заболевания. Необходимо учитывать, что проведение контрольных мероприятий само по себе не улучшает течения СД и эффективность терапии в целом зависит от умения больного принимать самостоятельные решения в различных ситуациях и осознанно управлять своим заболеванием [2]. Для этого больные должны пройти соответствующие обучающие программы. Симптомы депрессии следует рассматривать в качестве противопоказания для интенсивных обучающих мероприятий (особенно в составе группы), требующих активного участия больных в терапевтическом процессе. Такое обучение целесообразно проводить после купирования проявлений депрессивного состояния [2].

Таким образом, сопутствующие СД тревожно-депрессивные состояния могут препятствовать длительной компенсации диабета оказывать существенное влияние на качество жизни, социальную активность и трудоспособность больных [1].

С целью выявления особенностей нарушений в эмоционально-волевой сфере у больных сахарным диабетом 2 типа, нами было проведено обследование взрослых больных с СД 2 типа без сопутствующих тяжелых соматических (за исключением патогенетически свя-

занных с СД артериальной гипертензии, ИБС) и психических заболеваний, препятствующих обследованию.

Материалы и методы.

Обследование проводилось на базе эндокринологического отделения ГКБ № 6 им. Н.С. Карповича, которое обеспечивает неотложную помощь больным с эндокринной патологией, а также плановое обследование и лечение в условиях стационара больных с эндокринной патологией всего г. Красноярска. Основной процент больных, поступающих в отделение, составляют больные с сахарным диабетом.

Всем больным проведено комплексное соматическое, общеклиническое, офтальмологическое, неврологическое, нейропсихологическое обследование.

Для верификации нарушений в эмоционально-волевой сфере были использованы Госпитальная Шкала Тревоги и Депрессии (HADS) и шкала CES-D (Centre for Epidemiologic Studies Depression).

Статистическая обработка данных проводилась с помощью пакета прикладных программ Statistika 6.0. Данные приведены в виде средних арифметических значений и средних квадратических отклонений. Для сравнения несвязанных групп по количественным признакам использован непараметрический метод (критерий Манна-Уитни). Критический уровень значимости при проверке статистических гипотез в данном исследовании принимался равным 0,05.

Выборку составили 103 больных (женщины, средний возраст—55,6±7,9 лет, средняя длительность сахарного диабета — 8,2±7,9 лет, средняя длительность артериальной гипертензии 11,7±7,4 года), находившихся на стационарном лечении в эндокринологическом отделении ГКБ №6 в 2006–2007 гг., из них 31 (30%) принимали пероральные сахароснижающие препараты, 20 (19,5%) получали инсулинотерапию, 52 (50,5%) — комбинированную терапию. Средний уровень гликированного гемоглобина (HbA1c) — 8,9±3,9% (норма 2,9–4,6%). У большинства больных имели место специфические диабетические осложнения в органах мишенях различной степени выраженности: ретинопатия у 46 (45%), нефропатия у 41 (40%), полинейропатия у 54 (53%), а также ряд сопутствующих заболеваний, среди которых ИБС имела место у 38 (37%).

Результаты и обсуждение

Сопутствующие сахарному диабету депрессивные расстройства диагностированы почти у половины — 47 (45,6%) больных изученной выборки. Средний показатель по шкале HADS в этой группе составил 10,6±2,4 балла. Из них у 19 (40,4%) — клинически значимые депрессии. У больных с депрессией также отмечался более высокий уровень тревоги 11,1±3,4 балла по сравнению с больными без депрессии 7,3±3,1 балла по шкале HADS ($p<0,001$). Средняя продолжительность сахарно-

го диабета составила 10,1±7,8 лет у больных с депрессией и 6,5±7,6 лет у больных без сопутствующего депрессивного расстройства ($p<0,025$). Значимых отличий по возрасту не выявлено.

Сопутствующие тревожные расстройства были выявлены почти у двух третей — 61 (59%) больной (средний балл в этой группе составил 11,5±2,7), из них у 35 (57,4% с тревожными расстройствами) больных диагностировано клинически значимое тревожное расстройство. У больных с выявленным тревожным расстройством также отмечался более высокий показатель депрессии по шкале HADS — 9,0±3,0 балла по сравнению с больными без тревожных расстройств 5,2±3,1 балла ($p<0,001$) и по шкале CES-D 23,0±9,9 балла против 13,6±6,1 балла ($p<0,001$). Средняя продолжительность сахарного диабета у больных с тревожным расстройством оказалась статистически значимо выше и составила 9,5±8,0 лет по сравнению с больными без тревожных расстройств 6,1±7,3 года ($p<0,05$).

У больных, имеющих различные осложнения сахарного диабета, нарушения в эмоционально-волевой сфере носили более выраженный характер. Так, у больных с диабетической ретинопатией депрессия имела место в 29 (63%) случаев по сравнению с больными без ретинопатии — 18 (32%) $p=0,0022$. Средний балл по подшкале депрессии шкалы HADS у больных с диабетической ретинопатией составил 8,3±3,9 балла, в отличие от больных без ретинопатии 6,7±3,1 балла ($p<0,05$). Распространенность депрессии среди больных, имеющих такое осложнение диабета, как полинейропатия, также оказалась выше и составила 31 (57%) случай, по сравнению с больными без полинейропатии 16 (32%) $p=0,012$. Средний балл по шкале HADS, составил 8,4±3,8, по сравнению с больными без полинейропатии 6,5±3,04 балла ($p<0,05$).

Нарушения в эмоционально-волевой сфере являются частой патологией, выявляемой у больных сахарным диабетом 2 типа. Тревожные расстройства были обнаружены в 59% случаев, депрессивные расстройства — в 43%. Длительность заболевания сахарным диабетом, наличие специфических осложнений являются значимыми факторами риска развития тревожно-депрессивных расстройств у данной категории больных.

ЛИТЕРАТУРА

1. Антонова К.В. Психические расстройства в клинике эндокринных заболеваний // Рус. мед. журн. — 2006. — Т. 14, № 26. — С.1889–1894.
2. Анциферов М.Б., Дробизев М.Ю., Захарчук Т.А., Мельникова О.Г. Сахарный диабет и депрессивные расстройства // Рус. мед. журн. — 2003. — № 27. — С.1480–1486.
3. Балаболкин М.И. Диабетология. — М.: Медицина, 2000. — 672 с.
4. Строков И.А., Моргоева Ф.Э., Строков К.И., Аметов А.С.

- Терапевтическая коррекция диабетической полинейропатии и энцефалопатии Актовегином // Рус. мед. журн. — 2006. — Т. 14, № 9. — С.698–703.
5. De Groot M., Jacobson A.M., Samson J.A., Welch G. Glycemic control and major depression in patients with Type 1 and Type 2 diabetes mellitus // J. Psychosom. Res. — 1999. — № 46. — P.425–435.
6. Grigsby A.B., Anderson R.J., Freedland K.E., et al. Prevalence of anxiety in adults with diabetes: a systematic review // J Psychosom Res. — 2002. — № 53. — P.1053–1060.

Адрес для переписки:

660001, г. Красноярск, ул. Копылова д. 20 кв. 46, тел/факс (3912) 46-93-51, сот. тел. 8 902 925 7224

Пронина Елена Александровна — заочный аспирант кафедры поликлинической терапии и семейной медицины с курсом ПО, Красноярский государственный медицинский университет.