



КОМОРБИДНОСТЬ ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ И САХАРНОГО ДИАБЕТА 2-го ТИПА НА КАЧЕСТВО ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА

Мардиев Отабек Асриддинович¹

Хаятов Рустам Батырбекович²

Ассистенты кафедры психиатрии, медицинской психологии и
наркологии Самаркандский государственный медицинский
университет, Самарканд, Республика Узбекистан
<https://www.doi.org/10.5281/zenodo.8248716>

ARTICLE INFO

Received: 9th August 2023

Accepted: 14th August 2023

Online: 15th August 2023

KEY WORDS

ABSTRACT

Сахарный диабет часто ассоциируется с психическими заболеваниями. Депрессивные расстройства встречаются у пациентов с диабетом так же часто, как и в недиабетической популяции. Другие психические заболевания, которые часто сопровождают преддиабет и сахарный диабет, включают когнитивные дисфункции вплоть до деменции, обусловленное пищевое поведение, тревожные расстройства, шизофрению, биполярное расстройство и пограничные расстройства личности. Неблагоприятное воздействие этого совпадения на обмен веществ является устойчивым и проявляется в виде ухудшения метаболического контроля и усиления микро- и макроангиопатических осложнений.

Существует двусторонняя связь между диабетом и некоторыми психическими заболеваниями. Депрессия, тревожные расстройства, расстройства пищевого поведения и когнитивные нарушения распространены среди диабетиков [1]. Связи частично известны. Кроме того, некоторые психические расстройства, такие как шизофрения, шизотипические и бредовые расстройства, биполярное расстройство, могут привести к увеличению заболеваемости сахарным диабетом. Причина этого, вероятно, кроется в характерных чертах психического заболевания и возможных побочных эффектах некоторых психотропных препаратов [1-3]. Люди с соматическими заболеваниями в сочетании с тяжелыми психическими заболеваниями имеют гораздо более короткую продолжительность жизни и уровень смертности в два-три раза выше, чем психически здоровые пациенты, страдающие только соматическими заболеваниями [4].

Диабет в первую очередь влияет на следующие аспекты качества жизни: психологические, профессиональные, семейные, социальные и финансовые [1]. По мнению других авторов, физические, умственные и сексуальные компоненты жизни также страдают естественным образом [7]. У пациентов с диабетом личные реакции на болезнь формируют характерные изменения в социальной адаптации, которые



ухудшают качество жизни пациентов [4]. Общая стратегия адаптации зависит от баланса между изменениями образа жизни пациента, пытающегося адаптироваться к диабету, а также от того, насколько режим и диета адаптированы для выполнения других видов деятельности.

Современные публикации описывают возникновение "диабетической тревоги" у пациентов с когнитивной и эмоциональной перегрузкой и психическими симптомами с самоконтролем из-за сахарного диабета. Это часто связано с неблагоприятными условиями жизни [1]. Специфический для диабета стресс наблюдается при диабете 1 типа и диабете 2 типа. Диагностические критерии депрессии не соблюдаются, хотя описаны частично случайные симптомы. Поскольку течение, диагностика и терапия значительно различаются, необходимо провести четкую дифференциацию состояний и методов лечения, соответственно требуются клинические методы [5]. "Простейшей" реакцией на психологические трудности при сахарном диабете является формирование негативных изменений в поведении. Простой пример-отказ от необходимых ограничений в питании.

В течение жизни могут возникать или ухудшаться различные вредные привычки (курение, злоупотребление алкоголем или другими психоактивными веществами) [13]. Напротив, положительная эмоциональная реакция пациентов на болезнь характеризуется высоким соблюдением режима лечения, что напрямую влияет на результаты лечения и приводит к улучшению качества жизни [8]. На практике распространена противоположная тенденция - низкая совместимость. В результате недостаточный гликемический контроль, недостаточная психоэмоциональная реакция, повышается риск осложнений заболевания, что отрицательно сказывается на уровне социальной адаптации. Сообщается, что с помощью психологов и психотерапевтов можно преодолеть проблемы, вызванные болезнью, что может помочь улучшить качество жизни пациентов [12].

При диабете влияние психических заболеваний на качество метаболического контроля и факторы риска сердечно - сосудистых заболеваний обычно является неблагоприятным и значительным и влияет на развитие поздних микро-и макроангиопатических поражений [1, 4]. Известно, что на течение сахарного диабета 2 типа и качество жизни пациентов могут влиять различные психологические и психопатологические состояния, а также метаболические факторы. Среди аффективных расстройств, выявленных у пациентов с диабетом, депрессия является наиболее распространенной. Заболеваемость депрессией при диабете составляет в среднем 14,4-32,5%, что намного выше популярных показателей (5-10%) [6, 15]. Однако вклад депрессивных расстройств в снижение качества жизни у пациентов с диабетом 2 типа изучен недостаточно.

Цель исследования. Исследование влияния депрессивных расстройств на качество жизни пациентов пожилого возраста с диабетом 2 типа.

Материалы и методы исследования

В исследовании использовался дизайн поперечного сечения. Размер выборки был рассчитан на основе предыдущих оценок распространенности депрессии и генерализованного тревожного расстройства у пациентов с диабетом [4].



Необходимый размер выборки составлял 92 человека. Средний возраст участников составлял 55 лет и 3,4 года, при этом участники были протестированы по критериям включения, таким как Возраст 50 лет и старше и (2) наличие подтвержденного диагноза 2 типа или гестационного диабета. Пациенты с нарушениями умственных способностей, такими как психотические черты или когнитивные нарушения, были исключены из исследования. Все участники с диагнозом депрессия и тревожные расстройства были направлены в диспансерное отделение Самаркандской областной психиатрической больницы для дальнейшего обследования.

Участники заполнили анкету, в которой были собраны данные о демографических, социальных и клинических характеристиках. Демографические переменные включают возраст, пол, семейное положение, этническую принадлежность, уровень образования, статус занятости, семейный доход и религию. Социальные переменные включают уровень социальной поддержки, курение, употребление алкоголя и наркотиков. Клинические переменные включают историю болезни, диабет (начало, тип и использование инсулинотерапии), индекс массы тела (ИМТ) и самооценку лечения диабета (оценивается по пятибалльной шкале Лайкерта). Информация, представленная в анкете, была дополнена обзором медицинских карт пациентов. Кроме того, участникам была назначена общая шкала тревожных расстройств из семи частей (GAD-7) для оценки распространенности тревожности, анкета депрессии Бека-II (BDI-II) для оценки распространенности депрессии, анкета большой пятерки (BFI). Всемирная организация здравоохранения по оценке личностных качеств и качества жизни-Bref (JSSOL-Bref) для измерения качества жизни (QOL).

Семибалльная шкала генерализованного тревожного расстройства (GAD-7) GAD-7-это анкета, предназначенная для диагностики генерализованного тревожного расстройства (GAD). Он состоит из семи баллов, каждый из которых оценивается от 0 до 3 по шкале Лайкерта. Таким образом, его общий балл варьируется от 0 до 21.

Оценка депрессии по шкале Бека-II (BDI-II)

BDI-II-это анкета, обычно используемая для определения и оценки уровня депрессии. Он состоит из вещей, связанных с симптомами депрессии. Он состоит из 21 элемента, каждый из которых имеет рейтинг от 0 до 3. Оценка от 10 до 16 указывает на легкую депрессию, оценка от 17 до 29 указывает на умеренную депрессию, а оценка от 30 до 63 указывает на тяжелую депрессию.

BFI-это краткий инструмент оценки личностных качеств на основе пятифакторной модели. BFI включает 44 элемента, разделенных на пять подразделов: экстраверсия, доброжелательность, сознательность, невротизм и открытость. Каждый вопрос оценивается по пятибалльной шкале Лайкерта в диапазоне от 0 (я полностью согласен) до 4 (я категорически не согласен).

Качество жизни Всемирной организации здравоохранения-Bref (KIMQOL-Bref) KIMQOL-Bref-это анкета, которая оценивает качество жизни. Он состоит из 26 элементов. Пункты 1 и 2 оценивают общее качество жизни, а остальные разделены на четыре категории, которые оценивают различные области: физическое здоровье, психологию, социальные отношения и качество жизни в окружающей среде. Каждый



элемент оценивается по шкале Лайкерта от 1 до 5. Kimqol-Bref обладает хорошими психометрическими свойствами и доказал свою эффективность и надежность в качестве альтернативы kimqol-100 для измерения качества жизни.

Результаты исследования.

На момент госпитализации средний уровень глюкозы в крови составлял $7,89 \pm 1,06$ ммоль/л, что указывает на декомпенсацию диабета. Результаты обследования пациентов по шкале HADS показали следующее. Тревожность (0-7 баллов) была выявлена у трети пациентов (22,3%), у которых "нормальные" значения были низкими, субклинические уровни (8-10 баллов) – почти у половины (45,7%), а у 32% пациентов клинически выраженные значения были низкими (11 и более баллов). "Нормальный" уровень депрессии был только у 21,3% пациентов, субклинический – у 42,6%, клинически выраженный – у 37,1% пациентов. Таким образом, установлено, что каждый третий пациент с декомпенсированным сахарным диабетом имеет клинически выраженные тревожно-депрессивные расстройства.

Исследование качества жизни больных сахарным диабетом 36 типа методом СФ-2 позволило выявить: Как показано на рисунке 1, у обследованных пациентов наблюдалось снижение качества жизни по всем подсчетам анкеты. Показатели по шкале "физическая активность" ("ПФ)," ролевая деятельность ("РП)," общее самочувствие ("ГГ)," социальная активность ("СФ) находятся на уровне 1/3 (100 т-баллов) от "абсолютной нормы", значения шкалы "жизнедеятельность" (ЖТ), "эмоциональная активность" из-за состояния ролевая производительность ("RE) и" психическое здоровье ("MN) не достигали 50% нормы, а "интенсивность боли" (BP) не превышала 20%. Корреляционный анализ использовался для изучения связи аффективных расстройств с состоянием качества жизни у пациентов с сахарным диабетом 2 типа.

Было обнаружено, что уровни тревоги и депрессии отрицательно коррелируют с такими параметрами качества жизни, как физическое, ролевое и социальное функционирование, жизнедеятельность и психическое здоровье. Кроме того, сумма баллов опроса hads по подшкале депрессии имела обратную связь с ролевой производительностью, вызванной эмоциональным состоянием. И только два подшкалы (ад – интенсивность боли и гр – общее состояние здоровья) не показали статистически значимых различий. Большой интерес представляет сравнительная оценка качества жизни пациентов с высоким и низким уровнем депрессии, результаты которой показаны на рисунке 2. Согласно большинству подшкал опроса SF-36. Качество жизни пациентов с депрессией было значительно ниже ($p < 0,01$). Тревожные и депрессивные расстройства при сахарном диабете 2 типа имеют несколько общих патофизиологических механизмов, связанных с активацией симпатической нервной системы, гиперкоагуляцией, повышенной выработкой провоспалительных цитокинов [3]. Т. как показано в недавнем исследовании А. Дойл и др. (2013), более высокие уровни провоспалительного цитокина интерлейкина-6 были обнаружены у пациентов с более высоким уровнем депрессии, чем у пациентов без депрессии. Системная воспалительная реакция возникает как при сахарном диабете, так и при



депрессии, но патофизиологическое расширение ее генеза требует дальнейшего изучения.

Таким образом, у пациентов с диабетом 2 типа наблюдается значительное ухудшение качества жизни во всех аспектах. При этом значения параметров "физическая активность", "производительность роли", "общее состояние здоровья" и "социальная активность" составляют 1/3 от абсолютной нормы, "жизнедеятельность", "обусловленная работой роли". эмоциональное состояние "и" психическое здоровье "не достигают своих ценности. половина и" интенсивность боли "не более 1/5. Включение депрессивных расстройств сопровождается дальнейшим снижением физических и психических компонентов качества жизни пациентов, что необходимо учитывать при разработке терапевтической стратегии ведения таких пациентов.

Выводы

Диабет 2 типа естественным образом приводит к ухудшению физических и психических компонентов качества жизни пациентов. Однако спектр негативного влияния сахарного диабета на качество жизни не ограничивается тяжестью нарушений обмена веществ и развитием осложнений. Дальнейшее снижение качества жизни в значительной степени связано с добавлением тревожно-депрессивных расстройств, которые недостаточно учитываются терапевтическими врачами и требуют участия психиатров в лечении пациентов с диабетом 2 типа.

References:

1. Маслова О.В., Сунцов Ю.И. Эпидемиология сахарного диабета и микрососудистых осложнений. // Сахарный диабет. - 2011. - №3. - С. 6-12.
2. Мухтаренко С.Ю., Бобушова Г.С., Мураталиев Т.М., Федяй С.О. Тревожно-депрессивные расстройства и особенности субъективного контроля личности в отношении здоровья у больных сахарным диабетом 2-го типа Вестник Кыргызско-Российского Славянского университета. 2013. Т. 13. № 11. С. 108-111.
3. Маргулис М.Е., Поладов Э.Ш., Мокашева Е.Н., Макеева А.В. Сравнительный анализ психодиагностики тревоги и депрессии у пациентов с сочетанными заболеваниями Научное обозрение. Педагогические науки. 2019. № 5-4. С. 93-97.
4. Хаятов Р.Б., Велиляева А.С. Особенности развития и течения аффективных расстройств при сахарном диабете // Достижения науки и образования. 2020. №5 (59). С. 39-41.
5. Хаятов Р.Б., Велиляева А.С., Абдуразакова Р.Ш. Особенности возникновения и течения психоорганических расстройств при сахарном диабете // Достижения науки и образования. 2020. №7 (61). С. 31-33.
6. Хаятов Р.Б., Велиляева А.С. Влияние тревожно-депрессивных расстройств на тяжесть течения и качество жизни у больных сахарным диабетом 2 типа. // Доктор ахборотномаси. 2020, No4, с.98-101.



7. Эшдавлатов Б.М., Одилова М.А., Нуритов Н.Р. Показатель тревожности и депрессии у больных сахарным диабетом Теория и практика современной науки. 2017. № 5 (23). С. 932-934.
8. Nefs G, Hendrieckx C, Reddy P, Browne JL, Bot M, Dixon J, et al. Comorbid elevated symptoms of anxiety and depression in adults with type 1 or type 2 diabetes: results from the international diabetes MILES study. J Diabetes Complicat. 2019;33(8):523-9.
9. Khan P, Qayyum N, Malik F, Khan T, Khan M, Tahir A. Incidence of anxiety and depression among patients with type 2 diabetes and the predicting factors. Cureus. 2019;11(3):e4254.
10. Arambewela MH, Somasundaram NP, Jayasekara HBPR, Kumbukage MH. Prevalence of depression and associated factors among patients with type 2 diabetes attending the diabetic clinic at a tertiary care hospital in Sri Lanka: a descriptive study. Psychiatry J. 2019;2019:7468363.
11. Ahmad A, Abujbara M, Jaddou H, Younes NA, Ajlouni A. Anxiety and depression among adult patients with diabetic foot: prevalence and associated factors. J Clin Med Res. 2018;10(5):411-8.