

УДК 616.379-008.64:616.89-008.19-07

DOI: 10.22141/2224-0721.15.1.2019.158695

Шевчук М.В.¹, Циганенко О.О.², Тараненко О.В.³, Крижевський В.В.², Маньковський Б.М.¹¹ Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, м. Київ, Україна² Київська міська клінічна лікарня № 6, м. Київ, Україна³ ТМО «Психіатрія» у місті Києві, м. Київ, Україна

Практичне значення діагностики депресії у пацієнтів із цукровим діабетом 2-го типу

For cite: Міжнародний ендокринологічний журнал. 2019;15(1):50-54. doi: 10.22141/2224-0721.15.1.2019.158695

Резюме. Актуальність. Цукровий діабет (ЦД) і депресія сьогодні є поширеними та соціально значущими захворюваннями. Незважаючи на величезну кількість робіт і досліджень, присвячених вивченню причин цих станів, сучасний погляд на етіологію як ЦД, так і депресії залишає безліч нез'ясованих питань. **Мета.** Продемонструвати практичне застосування шкал діагностики депресії у пацієнтів із ЦД 2-го типу. **Матеріали та методи.** У дослідження було рандомізовано 190 пацієнтів. Для діагностики депресії використовувалися адаптовані шкали PHQ-9, PAID, WHO, MINI-6, шкала Гамільтона; опрацьовано дані з амбулаторних карт пацієнта за останні 15 років; проведено збір анамнезу, загальний огляд, вимірювання рівня глікованого гемоглобіну та ліпідограми, а також обов'язкову консультацію психіатра, ендокринолога, подолога. Згідно з аналізом зібраних даних і отриманих результатів, пацієнтам призначалися за необхідності седативні препарати, антидепресанти, анксиолітики та психотерапія. **Результати.** Із загальної кількості пацієнтів (n = 230) після скринінгу було рандомізовано 190 осіб. Стан депресії, виявлений під час інтерв'ю, розцінювався як поточний (протягом двох тижнів) діагноз великого депресивного розладу (Major Depressive Disorder) за Міжнародною класифікацією хвороб 10-го перегляду. Якщо в амбулаторній картці пацієнта епізоди депресії були зафіксовані та задокументовані, то встановлювався діагноз «рекурентна депресія». Обов'язковою також була інформація про стан тривоги та суїцидальні наміри (чи їх спроба в минулому). Після отриманих результатів психіатром приймалося рішення про необхідність прийому седативних препаратів, антидепресантів, анксиолітиків і проведення психотерапії. **Висновки.** Синергічний ефект тривоги та депресії на стан ЦД підвищує ризик розвитку мікро- та макросудинних ускладнень, спричинює гіперглікемію у пацієнтів та зумовлює пошук нових методів вирішення цієї проблеми.

Ключові слова: цукровий діабет; депресія; шкала депресії; антидепресанти; психотерапія

Вступ

Депресію відносять до найпоширеніших розладів здоров'я людини. За статистикою, ризик виникнення хоча б одного депресивного епізоду протягом життя досягає 10–12 % для чоловіків і 20–30 % для жінок, а за наявності цієї патології у близьких родичів така ймовірність значно зростає. Отже, на частку депресії припадає близько 10 % всіх звернень до лікаря загальної практики, сімейного лікаря та спеціалістів вузького профілю [1]. Найчастіше такі пацієнти звертаються до лікарів різних спеціальностей тільки зі скаргами, характерними для соматичних захворювань, і лише в поодиноких випадках

самостійно звертаються до психіатрів чи отримують рекомендацію про необхідність консультації у психіатра.

Розуміння патогенного впливу стресових факторів на життя людини, які призводять до суттєвого погіршення соціального функціонування, стало головним питанням сьогодення для Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ). Актуальною проблемою розвинених країн світу є розробка превентивних заходів щодо подолання зниження якості життя людей внаслідок дії негативних емоційних чинників, адже саме вони є тригером щодо стану психічного перенапруження та виснаження у лю-

дини. Такий стан і є результатом незадоволення базовими речами, відчуття дискомфорту, появи фрустрації, тривоги, страху, порушення сну, постійної роздратованості, зниження самооцінки та, як наслідок, виникнення депресії з її надзвичайно серйозними негативними соматичними, психологічними та соціальними ускладненнями [2]. Пацієнти з цукровим діабетом (ЦД) страждають від депресії майже втричі частіше, ніж пацієнти без нього [3, 4]. Внаслідок наявності депресії порушується емоційний стан, що досить часто призводить до відмови пацієнта від призначеного адекватного лікування, і врешті-решт настає декомпенсація ЦД [5–7]. У свою чергу, ЦД спричинює епізоди депресії, що потребує призначення психіатричних препаратів і психотерапії.

Окремо слід відзначити, що депресивний настрій може включати не лише афект туги, але й афект тривоги, тому значною мірою вираження обох афектів оцінюють як тривожно-депресивний стан.

Мета роботи: продемонструвати практичне використання в Україні шкал діагностики депресії у пацієнтів із ЦД 2-го типу.

Матеріали та методи

З огляду на актуальність цієї проблеми протягом останнього десятиліття було проведено чимало проспективних досліджень у світі для виявлення депресії та її коморбідних станів [8, 10–12]. 2013 року стартував проект International Prevalence and Treatment of Diabetes and Depression Study із залученням 14 країн з чотирьох континентів світу, включаючи Україну, для проведення спостереження та оцінки прояву стану депресії у пацієнтів з ЦД 2-го типу протягом року. Серед країн-учасників Україна була представлена кафедрою діабетології Національної медичної академії післядипломної освіти імені П.Л. Шупика на базі Київської міської клінічної лікарні № 6.

До цього дослідження протягом першого року спостереження, згідно з критеріями, проведено скринінг 230 пацієнтів (рандомізовано 190 осіб), з яких 115 жінок (60,35 %) та 75 чоловіків (39,47 %). У дослідженні використано адаптовані шкали діагностики депресії PHQ-9, PAID, WHO, MINI-6, шкалу Гамільтона. Методи обстеження містили збір анамнезу, антропометричне вимірювання (зріст, маса тіла), розрахунок індексу маси тіла, вимірювання артеріального тиску, опрацьовані дані з амбулаторних карт пацієнта за останні 15 років, лабораторні та інструментальні дослідження: визначення рівня глікованого гемоглобіну (HbA1c), ліпідограми, діагностика полінейропатії, а також консультацію психіатра, ендокринолога, хірурга кабінету діабетичної стопи.

Критеріями включення були: залучення дорослих пацієнтів віком 18–65 років із ЦД 2-го типу (згідно з критеріями ВОЗ, 2006), діагностованим щонайменше за 12 місяців до залучення пацієнта у дослідження. Пацієнти не були включені, якщо не могли самостійно заповнити інструменти дослідження (анкети, шкали депресії) через трудно-

щі спілкування чи когнітивні порушення; якщо в анамнезі фігурував загрозливий для життя стан (наприклад, рак, інсульт за останні 6 місяців); а також через поточну або заплановану госпіталізацію (якщо це лише не стосувалося лікування ЦД); клінічно діагностовану алкогольну або наркотичну залежність (не беручи до уваги тютюнопаління) та присутність в анамнезі діагнозу шизофренії. Не увійшли до дослідження і вагітні жінки чи ті, які народили протягом останніх шести місяців.

До початку діалогу із психіатром пацієнтам необхідно було підписати інформовану згоду та заповнити такі відомості:

- форма інформації про пацієнта (Patient Information Form — PIF) — дані про загальний огляд, антропометричне вимірювання, лабораторні та інструментальні дослідження, а також опис психічного статусу (відомості про будь-який психічний розлад, його медикаментозне лікування тощо), досліджений із амбулаторної картки пацієнта за останні 15 років;

- демографічна інформація (професія, дохід, сімейний стан, освіта);

- адаптована шкала PHQ-9 (Patient Health Questionnaire);

- адаптована шкала PAID (Problem Areas in Diabetes Scale);

- адаптована шкала WHO (World Health Organization).

Всі анкети та адаптовані шкали заповнювалися пацієнтом самостійно, зручною для пацієнта мовою (українською, російською чи англійською). У випадку виникнення у пацієнта запитань чи незрозумілого формулювання проводили пояснення. Для того, щоб дослідити зв'язок ЦД 2-го типу із депресією клінічно, проводилася подальша консультація психіатра з залученням MINI-6 (Mini International Neuropsychiatric Interview, версія 6) та використанням шкали Гамільтона (Hamilton M., 1967) — одного з найпоширеніших за частотою використання інструментів у клініці афективної патології. В нашому дослідженні застосовувалася оригінальна версія, що містить 23 пункти, 2 з яких (16-й і 18-й) складаються з двох частин — А і Б, що заповнюються альтернативно. Шкала забезпечує простий спосіб оцінки тяжкості депресії в динаміці.

Стан депресії, виявлений під час інтерв'ю, розцінювався як поточний (протягом двох тижнів) діагноз великого депресивного розладу (Major Depressive Disorder — MDD), згідно з Міжнародною класифікацією хвороб 10-перегляду (МКХ-10). Якщо в амбулаторній картці пацієнта епізоди депресії були зафіксовані та задокументовані, то встановлювався діагноз «рекурентна депресія». Обов'язковою також була інформація про стан тривоги та суїцидальні наміри (чи їх спробу в минулому). Після отриманих результатів психіатром приймалося рішення про необхідність прийому седативних препаратів, антидепресантів, анксиолітиків та проведення психотерапії.

Отримані результати щодо HbA1c та ліпідогра-ми, антропометричного обстеження, висновок хі-рурга кабінету діабетичної стопи оцінювалися ендокринологом і були занесені до форми інформації про пацієнта (PIF), а також надані рекомендації.

Усі дослідження проводилися після підписання інформованої згоди пацієнта, затвердженої комісією з питань етики при лікувально-профілактичному закладі. Дослідження проводилося із дотриманням усіх морально-етичних принципів з урахуванням положень ICHGCP і Гельсінської декларації Всесвітньої медичної асоціації з біомедичних досліджень (World Medical Association Declaration of Helsinki).

Статистична обробка отриманих даних здійснювалася за допомогою системи SPSS, версія 23, та Excel.

Результати

Із загальної кількості пацієнтів (n = 230) було рандомізовано 190 пацієнтів, серед яких було 115 (60,53 %) жінок та 75 (39,47 %) чоловіків; медіана віку пацієнтів становила 52 (50–54) роки. Жінки більш охоче погоджувалися брати участь у дослідженні, ніж чоловіки (93,7 % проти 90,8 %; p = 0,003). За рівнем освіти дані розподілилися так: повна середня — 12,63 %, середня спеціалізована — 42,63 %, вища — 44,74 %; за сімейним станом: одружені — 53,68 %, розлучені — 13,16 %, овдовіли — 17,89 %,

незареєстровані стосунки — 15,26 %; за фінансовим доходом (зокрема, пільги та соціальні виплати): забезпечені — 97,37 %, незабезпечені — 2,63 %; за наявністю праці: пенсіонери (не працюють) — 14,21 %, працевлаштовані — 85,79 %.

Під час аналізу показників, зафіксованих в амбулаторній картці пацієнта, отримано дані щодо супутньої соматичної патології в анамнезі (рис. 1), а саме: транзиторна ішемічна атака (ТІА), інфаркт міокарда (ІМ), діабетична ретинопатія, діабетична полінейропатія, синдром діабетичної стопи (СДС), ампутація на тлі СДС, врослий ніготь (оніхокриптоз), патологія щитоподібної залози, дисліпідемія.

Оцінка шкал діагностики депресії відбувалася шляхом сумачі та інтерпретації балів (табл. 1) кожної з вищезазначених окремо.

Оцінка за шкалою WHO здійснювалася шляхом сумарного підрахунку балів усіх питань. Сумарний бал знаходиться в діапазоні від 0 до 25, при цьому 0 відображає найгіршу з можливих, а 25 — найкращу з можливих якість життя. Бал менший 13 означає погане самопочуття та є показанням до дообстеження депресії згідно з критеріями МКХ-10.

Опитувальник PAID містить 5 можливих відповідей, позначених відповідно балами 0–4, де 0 — це відсутність проблеми, а 4 — серйозна проблема [7].

Щодо шкал Гамільтона та MINI-6, то оцінка результатів здійснювалася психіатром безпосередньо

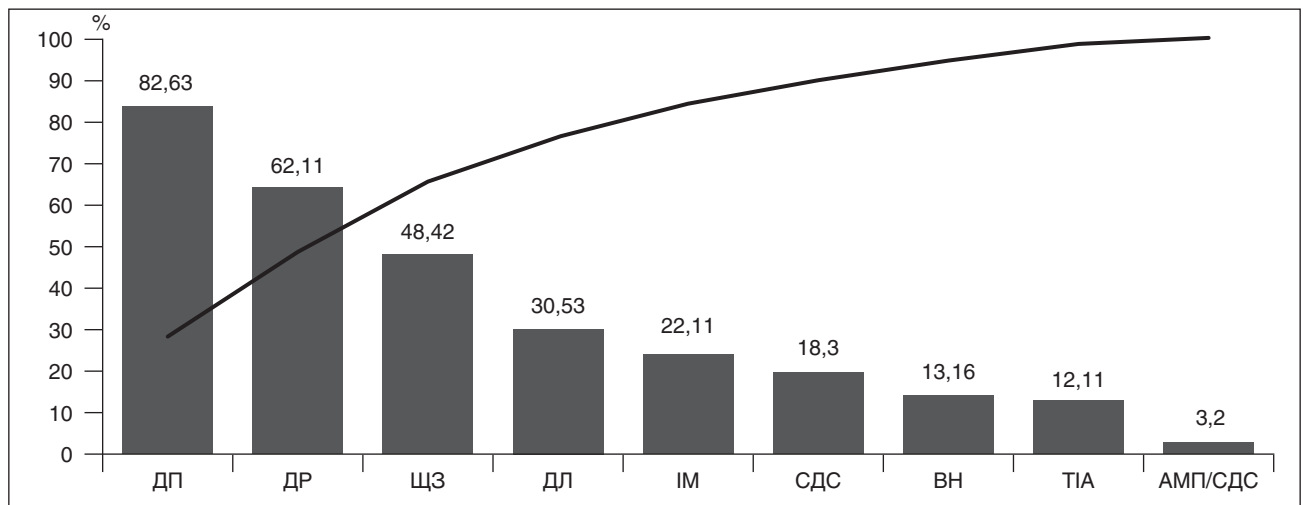


Рисунок 1. Наявність супутньої патології в обстежених хворих; ДП — діабетична полінейропатія; ДР — діабетична ретинопатія; ЩЗ — патологія щитоподібної залози; ДЛ — дисліпідемія; ІМ — інфаркт міокарда; СДС — синдром діабетичної стопи; ВН — врослий ніготь; ТІА — транзиторна ішемічна атака; АМП/СДС — ампутація на тлі СДС

Таблиця 1. Інтерпретація сумарного бала за шкалою PHQ-9

Сумарний бал	Ступінь тяжкості депресії
0–4	Депресії немає
5–9	Легка депресія
10–14	Помірна депресія
15–19	Помірно-тяжка депресія
20–27	Тяжка депресія

Таблиця 2. Розподіл груп хворих за рівнем компенсації ЦД

Група хворих	Всього хворих, n (%)	Розподіл за статтю, n (%)	
		Жінки	Чоловіки
Перша	13 (6,8)	8 (4,21)	5 (2,63)
Друга	64 (33,6)	41 (21,58)	23 (12,1)
Третя	123 (64,7)	72 (37,89)	51 (26,84)

після інтерв'ю, а отриманий результат враховувався при встановленні діагнозу.

Окрему увагу було акцентовано на частці курців, яка становила 15,26 % ($n = 29$), з яких 1,3 % використовували електронні сигарети, 9,3 % — «легкі» сигарети та 4,66 % — вживали «важкі» сигарети.

Дослідження рівня HbA1c показало, що його медіана становить 9,4 % (9–10,8 %). З огляду на цей показник як критерій компенсації вуглеводного обміну при ЦД (компенсація — 6,0–6,5 %, субкомпенсація — 6,6–7 %, декомпенсація — > 7 %) пацієнтів було розподілено на три групи (табл. 2) і розраховано вірогідність прояву депресивного розладу в них.

Після завершення дослідження лікарем-психіатром встановлювався або спростовувався діагноз депресії та її тяжкість. За рішенням психіатра призначалося необхідне лікування: седативні препарати, антидепресанти, анксиолітики та відповідна психотерапія. Серед усієї кількості залучених учасників у 2,7 % пацієнтів діагностовано поточний великий депресивний розлад (MDD), а у 17 % — помірно-тяжку і тяжку депресію за результатами шкал PHQ-9, WHO та PAID.

Обговорення

Згідно з отриманими нами результатами, ризик виникнення депресії збільшується з віком. Крім віку, факторами ризику появи депресії у пацієнтів із ЦД 2-го типу є: низький рівень освіти, відсутність роботи, нестабільний фінансовий дохід, сімейний стан, наявність депресії у сімейному анамнезі, високий рівень соматичної патології в анамнезі, що значно погіршує якість життя таких пацієнтів та підвищує рівень їх інвалідизації.

Серед найбільш важливих тенденцій, виявлених під час аналізу, слід зазначити стабільне зростання поширеності ЦД 2-го типу та депресії в усьому світі [9, 13–16]. За отриманими результатами чітко відстежується закономірність загострення депресії з розвитком ускладнень ЦД, перенесеного ІМ, ТІА та іншої соматичної патології.

Відповідно до цього розподілу, найбільшою групою ризику виникнення великого депресивного розладу є пацієнти з декомпенсованим рівнем ЦД 2-го типу. Тому, беручи до уваги отримані результати дослідження, для первинного скринінгу чи за наявності щонайменшої підозри на розлади психічного здоров'я у пацієнта рекомендуємо застосування кількох варіантів шкал депресії.

Висновки

Ризик виникнення депресії у хворих на ЦД 2-го типу збільшується з віком. Крім віку, факторами ризику появи депресії у пацієнтів із ЦД 2-го типу є низький рівень освіти, відсутність роботи, нестабільний фінансовий дохід, сімейний стан, наявність депресії у сімейному анамнезі, високий рівень соматичної патології в анамнезі, що значно погіршує якість життя таких пацієнтів і підвищує рівень їх інвалідизації.

З отриманих результатів чітко відстежується закономірність загострення депресії з розвитком ускладнень ЦД, у зв'язку з перенесеним інфарктом міокарда, транзиторною ішемічною атакою та іншою соматичною патологією.

Найвагомішою групою ризику виникнення великого депресивного розладу є пацієнти з ЦД 2-го типу в стані декомпенсації.

Конфлікт інтересів. Автори заявляють про відсутність конфлікту інтересів при підготовці даної статті.

References

1. Qin X, Wang W, Jin Q, et al. Prevalence and rates of recognition of depressive disorders in internal medicine outpatient departments of 23 general hospitals in Shenyang, China. *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. *Diabetes Care.* 2018 Jan;41(Suppl 1):S1-S2. doi:10.2337/dc-18-Sint01.
4. Bădescu SV, Tătaru C, Kobylinska L, et al. The association between Diabetes mellitus and Depression. *J Med Life.* 2016 Apr-Jun;9(2):120-5.
5. Ali S, Stone M, Skinner TC, et al. The association between depression and health-related quality of life in people with type 2 diabetes: a systematic literature review. *Diabetes Metab Res Rev.* 2010 Feb;26(2):75-89. doi: 10.1002/dmrr.1065.
6. Nouwen A, Nefs G, Caramlau I, et al. Prevalence of depression in individuals with impaired glucose metabolism or undiagnosed diabetes: a systematic review and meta-analysis of the European Depression in Diabetes (EDID) Research Consortium. *Diabetes Care.* 2011 Mar;34(3):752-62. doi: 10.2337/dc10-1414.
7. Papatheanasiou A, Koutsovasiliou A, Shea S, et al. The Problem Areas in Diabetes (PAID) scale: psychometric evaluation survey in a Greek sample with type 2 diabetes. *J Psychiatr Ment Health Nurs.* 2014 May;21(4):345-53. doi: 10.1111/j.1365-2850.2012.01875.x.
8. International Diabetes Federation. *IDF Diabetes Atlas. 8th ed.* Brussels: IDF, 2017.
9. Zheng Y, Ley SH, Hu FB. Global Etiology and Epidemiology of type 2 Diabetes Mellitus and its complications. *Nat Rev Endocrinol.* 2018 Feb;14(2):88-98. doi: 10.1038/nrendo.2017.151.
10. Lin EH, 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.
11. Roy T, Lloyd CE. Epidemiology of depression and diabetes: a systematic review. *J Affect Disord.* 2012 Oct;142 Suppl:S8-21. doi: 10.1016/S0165-0327(12)70004-6.
12. National Collaborating Centre for Mental Health. *Depression in adults with a chronic physical health problem: Treatment and Management.* Leicester (UK): British Psychological Society; 2010.
13. Moriarty AS, Gilbody S, McMillan D, Manea L. Screening and case finding for major depressive disorder using the Patient Health Questionnaire (PHQ-9): a meta-analysis. *Gen Hosp Psychiatry.* 2015 Nov-Dec;37(6):567-76. doi: 10.1016/j.genhosppsych.2015.06.012.
14. Bromet E, Andrade LH, Hwang I, et al. Cross-national epi-

demiology of DSM-IV major depressive episode. *BMC Med.* 2011 Jul 26;9:90. doi: 10.1186/1741-7015-9-90.

15. Moulton CD, Pickup JC, Ismail K. The link between depression and diabetes: the search for shared mechanisms. *Lancet Diabetes Endocrinol.* 2015 Jun;3(6):461-471. doi: 10.1016/S2213-8587(15)00134-5.

16. Samaan Z, Garasia S, Gerstein HC, et al. Lack of association between type 2 diabetes and major depression: epidemiologic and genetic evidence in a multiethnic population. *Transl Psychiatry.* 2015 Aug 11;5:e618. doi: 10.1038/tp.2015.113.

Отримано 04.02.2019 ■

Шевчук М.В.¹, Цыганенко А.О.², Тараненко Е.В.³, Крижевский В.В.², Маньковский Б.Н.¹

¹Национальная медицинская академия последипломного образования имени П.Л. Шупика, г. Киев, Украина

²Киевская городская клиническая больница № 6, г. Киев, Украина

³ТМО «Психиатрия» в городе Киеве, г. Киев, Украина

Практическое значение диагностики депрессии у пациентов с сахарным диабетом 2-го типа

Резюме. *Актуальность.* Сахарный диабет (СД) и депрессия на сегодняшний день являются распространенными и социально значимыми заболеваниями. Несмотря на большое количество работ и исследований, посвященных изучению причин этих состояний, современный взгляд на этиологию как СД, так и депрессии содержит множество невыясненных вопросов. *Цель.* Продемонстрировать практическое использование шкал диагностики депрессии у пациентов с СД 2-го типа. *Материалы и методы.* В исследование были рандомизированы 190 пациентов. Для диагностики депрессии использовались адаптированные шкалы PHQ-9, PAID, WHO, MINI-6, шкала Гамильтона; обработаны данные из амбулаторных карт пациентов за последние 15 лет, анамнез; проведены общий осмотр, измерение уровня гликированного гемоглобина и липидограммы, а также обязательная консультация психиатра, эндокринолога и подолога. Согласно анализу собранных данных и полученных результатов, пациенту назначались при необходимости седативные препараты, антидепрессанты, анксиолитики и психотерапия. *Результаты.* Из

общего количества скринированных пациентов (n = 230) было рандомизировано 190 пациентов. Состояние депрессии, определенное во время интервью, расценивалось как текущий диагноз (в течение двух недель) большого депрессивного расстройства (Major Depressive Disorder) по Международной классификации болезней 10-го пересмотра. Если в амбулаторной карте пациента эпизоды депрессии были зафиксированы и задокументированы, то устанавливался диагноз «рекуррентная депрессия». Обязательной была также информация о состоянии тревоги и суицидальных намерениях (или их попытках в прошлом). После полученных результатов психиатром принималось решение о приеме седативных препаратов, антидепрессантов, анксиолитиков и психотерапии. *Выводы.* Синергический эффект тревоги и депрессии на состояние СД повышает риск развития микро- и макрососудистых осложнений, став причиной гипергликемии у пациентов и обуславливает поиск новых методов решения данной проблемы.

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

M.V. Shevchuk¹, O.O. Tsiganenko², O.V. Taranenko³, V.V. Kryzhevsky², B.M. Mankovsky¹

¹ Shupyk National Medical Academy of Postgraduate Education, Kyiv, Ukraine

² Kyiv City Clinical Hospital 6, Kyiv, Ukraine

³ TMA "Psychiatry" in Kyiv, Kyiv Ukraine

The practical importance of depression diagnosis in type 2 diabetes mellitus patients

Abstract. *Background.* Nowadays diabetes mellitus (DM) and depression are widespread and socially significant diseases. A lot of studies and works are dedicated to these diseases, although modern view on the etiology of DM and depression remain unspecified. Depression occurrence is two to three times higher in people with diabetes mellitus, the majority of the cases remain underdiagnosed. Purpose of the study was to demonstrate practical use of the scales for depression diagnosing in Ukrainian patients with type 2 DM and to show the links between depression and DM, point out the importance of identifying depression in diabetic patients and to determine the possible ways to manage both diseases. Possible common pathophysiological mechanisms as stress and inflammation were explained, while screening for depression in diabetic patients was emphasized. *Materials and methods.* One-hundred and ninety patients with type 2 DM were randomized. The depression was diagnosed using adapted scales PHQ-9, PAID, WHO, MINI-6, Hamilton Scale, processed data from patients Medical History for the last 15 years, anamnesis, physical examination, glycated hemoglobin (HbA1c) and lipid profile measuring, and obligatory advice

of psychiatrist, endocrinologist and surgery of diabetic foot care. All collected data and results were analyzed and if necessary, sedative pills, antidepressants, anxiolytics and psychotherapy were prescribed. *Results.* Out of all screened patients (n = 230), 190 persons were randomized. Depression revealed during the interview was assessed as a current (within 2 weeks) diagnosis MDD in accordance with the criteria given in the International Classification of Diseases (ICD) 10. If previous MDD, lifetime episodes of depression were detected and documented in medical history, the diagnosis of recurrent depression was established. The information about anxiety, suicidality (current or previously) was obligatory as well. Psychiatrist decided about treatment with sedative pills, antidepressants, anxiolytics and psychotherapy. *Conclusions.* The synergistic effect of anxiety and depression on the state of diabetes mellitus increases the risk of developing micro- and macrovascular complications, causing hyperglycemia in patients, and pre-determines the search for new methods for solving this problem.

Keywords: diabetes mellitus; depression; scale for depression; antidepressants; psychotherapy