

С. Д. Шаповал, И. Л. Савон, О. А. Левада, О. О. Максимова

ГЗ «Запорожская медицинская академия последипломного образования МЗ Украины»

ДИАГНОСТИКА И КОРРЕКЦИЯ ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ У БОЛЬНЫХ С ОСЛОЖНЕННЫМ СИНДРОМОМ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ

Проведено комплексное клинико-психопатологическое обследование 270 пациентов с осложненным синдромом диабетической стопы (СДС) за период 2013–2014 гг. Все больные оперированы – вскрытие и дренирование гнойно-некротического очага стопы либо ампутация на различном уровне. Средний возраст пациентов составил $64,2 \pm 2,3$ года. Средняя продолжительность заболеваемости сахарным диабетом составила $12,4 \pm 1,6$ лет. Депрессивные расстройства были выявлены у 169 пациентов, что составило 62,6% из общей группы, из них 106 женщин (62,7%) и 63 мужчин (37,3%). Для оценки эффективности психофармакотерапии депрессивных расстройств больные были распределены на две группы. Пациенты контрольной группы ($n=84$) получали стандартную терапию (местное лечение ран, антибактериальная, инфузионная, дезагрегантная терапии, обезбоживание, коррекция гликемии). Пациентам основной группы ($n=85$) наряду со стандартной терапией назначался венлафаксин (Venlafaxine) в дозе 75–150 мг утром во время еды в течение 3 месяцев. Психопатологическое исследование проводилось при госпитализации в стационар, на 20–21 день лечения и через 3 месяца после начала терапии. В контрольной группе (стандартная терапия) депрессивное расстройство не претерпело достоверного ($P>0,05$) улучшения. Проведенный курс психофармакотерапии депрессивных расстройств у больных с осложненным СДС оказал значительный эффект как в отношении проявлений самой депрессии ($P<0,05$), так и улучшения качества жизни пациентов ($P<0,05$). Лечение венлафаксином позволило снизить проявления депрессии уже на 20–21 день лечения. Редукция депрессивной симптоматики наиболее отчетливо зафиксирована спустя 3 месяца от начала терапии.

Ключевые слова: синдром диабетической стопы, депрессивные расстройства, диагностика, лечение.

Сахарный диабет (СД) – хроническое заболевание, вызванное нарушением углеводного обмена, на течение которого могут негативно влиять различные психопатологические состояния [1]. Наиболее частыми из них являются депрессивные расстройства, распространенность которых превышает популяционные показатели и достигает 70% [11].

Несмотря на значительную частоту депрессий у больных с синдромом диабетической стопы (СДС), своевременная диагностика и лечение осуществляется лишь в 30% случаев [3].

Это связано с тем, что ряд проявлений основного заболевания напоминают симптоматику депрессивных расстройств [10]. В результате многие больные не осознают наличия у себя психического заболевания и могут активно сопротивляться назначению адекватной терапии [4]. Часто депрессивное расстройство расценивается как нормальная психологическая реакция в ответ на тяжелое хирургическое страдание [2].

Недостаточная информированность специалистов хирургического профиля относительно доступных и надежных методик для диагностики депрессий также не способствует их своевременному выявлению [8].

В клинической картине СДС и депрессий мож-

но выделить ряд общих проявлений. К ним относятся: астенический синдром, нарушения аппетита, изменения массы тела, различные сенсорные и вегетативные нарушения [6]. Астенический синдром при СД проявляется в виде повышенной утомляемости, ухудшения переносимости физических нагрузок, расстройств сна, эмоциональной лабильности, ухудшения памяти и внимания, раздражительности. Общим при СДС и депрессиях могут быть болевой синдром и парестезии, в виде диффузных, жгучих, колющих, тянущих болей в нижних конечностях [12].

Сопутствующие диабету депрессии утяжеляют его течение, а также являются значимым и независимым неблагоприятным фактором развития и прогрессирования микрососудистых осложнений [7].

Наличие депрессии ухудшает выполнение лечебных рекомендаций касающихся соблюдения диеты, приема сахароснижающих препаратов, проведения самоконтроля. При этом степень невыполнения лечебных рекомендаций возрастает при нарастании депрессивных проявлений [5].

Цель исследования: оценка частоты и выраженности депрессивного расстройства больных с осложненным СДС, а также эффективности фармакотерапии венлафаксином у данного контингента лиц.

Материал и методы исследования

Проведено комплексное клинико-психопатологическое обследование 270 пациентов, находящихся на стационарном лечении в городском гнойно-септическом центре по поводу осложненного СДС КУ «Городская клиническая больница № 3» г. Запорожья (кафедра амбулаторной, гнойно-септической хирургии и УЗД, ГЗ «Запорожская медицинская академия последипломного образования МЗ Украины»), за период 2013–2014 гг.

Понятие «осложненный СДС» включал гнойно-некротическое поражение стопы: абсцесс; флегмона; гнойный тендовагинит; гнойный артрит; гангрена пальцев, переднего отдела стопы либо всей конечности.

Все больные оперированы, выполнены операции, направленные на вскрытие и дренирование гнойно-некротического очага стопы либо ампутация на различном уровне. Возраст пациентов варьировал от 39 до 82 лет, в среднем составил $64,2 \pm 2,3$ года. Среди обследованных было 156 (57,7%) женщин, 114 (42,3%) мужчин. Средняя продолжительность заболеваемости сахарным диабетом составила $12,4 \pm 1,6$ лет.

Диагностика депрессивных расстройств проводилась согласно критериям МКБ-10. Клинико-психометрический метод состоял в использовании шкалы Гамильтона для оценки депрессии (HDRS) [9].

Критерии включения пациентов в исследование: СД-2 типа, наличие гнойно-некротического поражения стопы, психопатологические расстройства, соответствующие критериям рубрики F 32 (МКБ-10).

Критерии исключения: СД-1 типа, СДС с неповрежденным кожным покровом.

Депрессивные расстройства были выявлены у 169 пациентов, что составило 62,6% из общей группы, из них 106 женщин (62,7%) и 63 мужчин (37,3%), средний возраст – $62,7 \pm 3,5$ лет. Продолжительность сахарного диабета составила $12,5 \pm 1,8$ лет.

Для оценки эффективности психофармакотерапии депрессивных расстройств больные были распределены на две группы.

Пациенты контрольной группы (n=84) получали стандартную терапию (местное лечение ран, антибактериальная, инфузионная, дезагрегантная терапии, обезболивание, коррекция гликемии).

Пациентам основной группы (n=85) наряду со стандартной терапией назначался венлафаксин (Venlafaxine) – антидепрессант, ингибитор обратного захвата серотонина и норадреналина, в дозе 75–150 мг утром во время еды в течение 3 месяцев. В первые семь дней лечения больные дополнительно получали транквилизатор феназепам для коррекции джиттер-феномена (остро-

го чувства тревоги, беспокойства и бессонницы). Дозы препаратов подбирались индивидуально, в соответствии с клиническим состоянием больного и психического состояния. Больные обеих групп были сопоставимы по возрасту, длительности и тяжести СД, продолжительности и выраженности депрессивных расстройств по шкале Гамильтона.

Психопатологическое исследование проводилось при госпитализации в стационар, на 20–21 день лечения и через 3 месяца после начала терапии.

Для оценки качества жизни, при госпитализации и через 3 месяца после начала терапии, применялся опросник SF-36 (Ware J.E. et al., 1993).

Статистический анализ осуществляли с помощью программы Statistica 6.0.

Результаты исследования и их обсуждение

Обследование пациентов на первичном этапе показало, что среди больных с осложненным СДС, депрессивные расстройства выявлены у 169 (62,6%) больных из подвергшихся обследованию. При этом большую часть из них – 106 (62,7%) – составляли женщины.

Преобладали пациенты зрелого и пожилого возраста от 45 до 75 лет (81,4%), со средней и тяжелой степенью тяжести СД (87,3%). Во время лечения в стационаре все пациенты получали инсулинотерапию.

Из 169 больных, согласно критериям МКБ-10, депрессивный эпизод легкой тяжести (F – 32.0) выявлен у 118 (69,8%) больных, средней тяжести (F – 32.1) у 51 (30,2%).

Длительность депрессивных расстройств у 125 (74,0%) больных не превышала 6 месяцев, у 44 (26,0%) была более 2-х лет.

В структуре депрессивного эпизода с наибольшей частотой регистрировались следующие признаки: угнетенное состояние более выражено по утрам, снижение интересов от деятельности, обычно приятной для больного, психомоторная заторможенность, отмеченная самим пациентом и окружающими лицами, пробуждение утром за два или больше часа до обычного времени, расстройства концентрации внимания, снижение уверенности и самооценки, повышенная утомляемость, нарушения аппетита.

У многих пациентов регистрировались психические и соматические признаки тревожного спектра: напряженность, чувство страха различной степени выраженности, беспокойство относительно своего состояния, сердцебиение, головокружение, чувство нехватки воздуха, затруднение дыхания, дискомфорт в эпигастральной области и др.

Уровень депрессии по шкале Гамильтона у больных с легкой степенью тяжести составил $12,2 \pm 1,3$ балла, средней тяжести – $16,1 \pm 1,8$ (табл. 1).

Применение антидепрессивной терапии в основной группе при легкой тяжести расстройства уже на 21 день привело в клиническому улучшению: выраженность депрессии по шкале Гамильтона достоверно уменьшилась ($P<0,05$). У больных основной группы со средней тяжестью депрессии количество баллов по шкале Гамильтона также снизилось, однако данные изменения носили недостоверный характер ($P>0,05$).

Через три месяца антидепрессивной терапии выраженность депрессии в группе с легкой стадией расстройства продолжила снижение и в среднем достигла нормальных показателей аффективного функционирования. В группе умеренного депрессивного расстройства выраженность симптоматики снизилась достоверно до уровня легкой степени нарушений.

В контрольной группе (стандартная терапия) ни на одном из этапов наблюдения депрессивное расстройство не претерпело достоверного улучшения.

В первые две недели лечения у 3 пациентов, получавших антидепрессивную терапию, отмечены значимые побочные эффекты (дневная сонливость, желудочно-кишечный дискомфорт, сухость во рту), которые в последующем редуцировались.

Проведено сравнение показателей физиче-

ского и психологического компонентов здоровья для оценки качества жизни до лечения и через 3 месяца.

У больных с депрессией легкой тяжести через 3 месяца от начала исследования получено достоверное ($P<0,05$) улучшение физического компонента здоровья, относительно исходных данных, в обеих группах (табл. 2).

«Физический компонент здоровья» характеризуется по следующим шкалам: физическое функционирование; ролевое функционирование, обусловленное физическим состоянием; интенсивность боли; общее состояние здоровья.

В контрольной группе стандартная терапия способствовала купированию болевого синдрома, снижению местной воспалительной реакции, улучшению функции стопы, увеличению дистанции ходьбы, что положительно повлияло на показатели физического компонента.

Показатели психологического компонента здоровья достоверно ($P<0,05$) улучшились лишь в основной группе, на фоне антидепрессивной терапии.

Позитивных изменений со стороны местного статуса, на фоне стандартной терапии, оказалось недостаточно, чтобы повлиять на психологический компонент здоровья, состоящий из следующих шкал: психическое здоровье; ролевое функ-

Таблица 1

Динамика выраженности депрессии по шкале Гамильтона у больных с осложненным СДС в основной и контрольной группах в процессе наблюдения ($M\pm m$)

Показатель депрессии по шкале Гамильтона	Контрольная группа		Основная группа	
	депрессия легкой тяжести, n=60	депрессия средней тяжести, n=24	депрессия легкой тяжести, n=58	депрессия средней тяжести, n=27
При госпитализации	12,1 $\pm$ 1,3	16,3 $\pm$ 1,7	12,2 $\pm$ 1,4	16,1 $\pm$ 1,8
20–21 день	12,3 $\pm$ 1,8	15,5 $\pm$ 1,9	9,8 $\pm$ 1,4*	13,7 $\pm$ 1,5
через 3 месяца после начала терапии	11,5 $\pm$ 1,7	15,9 $\pm$ 1,5	6,6 $\pm$ 1,2*	11,2 $\pm$ 1,3**

Примечание: * – достоверность различий выраженности депрессии легкой тяжести $P<0,05$ между контрольной и основной группами согласно временному этапу;

** – достоверность различий выраженности депрессии средней тяжести $P<0,05$ между контрольной и основной группами согласно временному этапу

Таблица 2

Оценка качества жизни у больных с осложненным СДС при депрессии легкой тяжести в процессе наблюдения ($M\pm m$)

Показатель	Контрольная группа, n=60		Основная группа, n=58	
	до лечения	через 3 мес.	до лечения	через 3 мес.
Физический компонент здоровья, у.е.	38,57 $\pm$ 1,34	44,39 $\pm$ 1,25*	38,61 $\pm$ 1,35	46,34 $\pm$ 1,31*
Психологический компонент здоровья, у.е.	34,87 $\pm$ 1,32	38,76 $\pm$ 1,37	34,82 $\pm$ 1,38	48,22 $\pm$ 1,32*, **

Примечание: * – достоверность различий выраженности депрессии $P<0,05$ внутри групп, до лечения и через 3 месяца;

** – достоверность различий выраженности депрессии $P<0,05$ между группами на фоне проводимой терапии

Таблиця 3

**Оценка качества жизни у больных с осложненным СДС
при депрессии средней тяжести в процессе наблюдения (M±m)**

Показатель	Контрольная группа, n=24		Основная группа, n=27	
	до лечения	через 3 мес.	до лечения	через 3 мес.
Физический компонент здоровья, у.е.	34,37±1,33	36,58±1,24	34,38±1,36	44,53±1,29*, **
Психологический компонент здоровья, у.е.	32,52±1,34	35,39±1,27	32,49±1,39	46,87±1,34*, **

Примечание: * – достоверность различий выраженности депрессии $P < 0,05$ внутри групп, до лечения и через 3 месяца;

** – достоверность различий выраженности депрессии $P < 0,05$ между группами на фоне проводимой терапии

ционирование, обусловленное эмоциональным состоянием; социальное функционирование; жизненная активность.

При оценке качества жизни, у больных с депрессией средней тяжести, достоверные ($P < 0,05$) изменения физического и психического компонентов здоровья выявлены лишь в основной группе (табл. 3).

В контрольной группе отмечено ухудшение физического и ролевого функционирования, обусловленного физическим состоянием, а так же ухудшение психического здоровья и жизненной активности, что повлияло на снижение общего состояния здоровья.

Таким образом, проведенный курс психофармакотерапии депрессивных расстройств у больных с осложненным СДС оказал значительный эффект как в отношении проявлений самой депрессии, так и улучшения качества жизни пациентов. Лечение венлафаксином позволило снизить проявления депрессии уже на 20–21 день лечения. Редукция депрессивной симптоматики наиболее отчетливо зафиксирована спустя 3 месяца от начала терапии.

Полученные результаты доказывают эффективность психофармакотерапии в лечении депрессивных расстройств у больных с осложненным СДС.

Выводы

1. Депрессивные расстройства у больных с осложненным СДС отличаются высокой распространенностью и различной степенью тяжести, в связи с чем необходимо включение стандартизированных диагностических методов в комплексное клинико-инструментальное обследование для выявления этих расстройств.

2. Пациентам с осложненным СДС, имеющим легкие и умеренные депрессивные нарушения, целесообразно назначение антидепрессивной терапии в условиях хирургического стационара с последующим продолжением приема препаратов в амбулаторных условиях.

3. Назначение венлафаксина в суточной дозе 75–150 мг позволяет достоверно уменьшить депрессивные проявления у пациентов с осложненным СДС и улучшить качество жизни данного контингента лиц.

4. Перспективы дальнейших исследований могут заключаться в определении долгосрочной эффективности антидепрессантов для предотвращения рекуррентных депрессивных эпизодов у пациентов с СДС, а также оценке влияния длительной психофармакотерапии на течение СД и его осложнения – СДС.

Список литературы

1. Гарганеева Н. П. Прогнозирование особенностей течения сахарного диабета 2-го типа у пациентов с непсихотическими психическими расстройствами / Н. П. Гарганеева, М. Ф. Белокрылова // Бюллетень сибирской медицины. – 2014, том 13, – № 1. – С. 31–38.
2. Дробижев М. Ю. Депрессия у больных сахарным диабетом (обзор литературы). Часть 1 / М. Ю. Дробижев, Т. А. Захарчук // Психиатрия и психофармакотерапия. – 2006. – № 8 (4). – С. 68–71.
3. Симптомы депрессии и тревоги у больных сахарным диабетом 2 типа и цереброваскулярной болезнью / И. И. Дубинина, В. А. Жаднов, С. В. Янкина [и др.] // Diabetes mellitus. – 2012. – V. 4. – P. 59–62.
4. A longitudinal study of affective and anxiety disorders, depressive affect and diabetes distress in adults with type 2 diabetes / L. Fischer, M. M. Skaff, J. T. Mullan [et al.] // Diabet. Med. – 2008. – Vol. 25. – P. 1096–1101.
5. Behavioral health coaching for rural veterans with diabetes and depression: a patient randomized effectiveness implementation trial / J. A. Cully, J. Y. Breland, S. Robertson [et al.] // BMC Health Serv. Res. – 2014. – Vol. 14, N 1. – P. 191.
6. Depression and diabetes: factors associated with major depression at five-year follow-up / W. Katon, J. Russo,

- E. H. Lin, [et al.] // Psychosomatics. – 2009. Nov-Dec. – Vol. 50 (6). – P. 570–579.
7. Depression and type 2 diabetes: a causal association? // A. G. Tabák, T. N. Akbaraly, G. D. Batty, M. Kivimäki // Lancet Diabetes Endocrinol. – 2014. – Vol. 2, N 3. – P. 236–245.
8. Dedov I. I. Diabetes mellitus: development of technologies in diagnostics, treatment and prevention / I. I. Dedov // Diabetes Mellitus. – 2010. – Vol. 3. – P. 6–13.
9. Hamilton M. A rating scale for depression / M. Hamilton // J. Neurol. Neurosurg. Psychiatry. – 1960. – Vol. 23. – P. 56–62.
10. Holt R. I. Diabetes and depression / R. I. Holt, M. de Groot, S. H. Golden // Curr. Diab. Rep. – 2014. – Vol. 14, N 6. – P. 491–496.
11. Palizgir M. Association of depression and anxiety with diabetes mellitus type 2 concerning some sociological factors / M. Palizgir, M. Bakhtiari, A. Esteghamat // Iran Red. Crescent. Med. J. – 2013. – Vol. 15, N 8. – P. 644–648.
12. Relationship between posttraumatic stress disorder and Type 2 Diabetes in a population-based cross-sectional study with 2970 participants / K. Lukaschek, J. Baumert, J. Kruse [et al.] // Journal of Psychosomatic Research. – 2013. – Vol. 74 (4). – P. 340.

Стаття надійшла до редакції: 21.05.2014 р.

С. Д. Шаповал, І. Л. Савон, О. А. Левада, О. О. Максимова
ДЗ «Запорізька медична академія післядипломної освіти МОЗ України»

ДІАГНОСТИКА ТА КОРЕКЦІЯ ДЕПРЕСИВНИХ РОЗЛАДІВ У ХВОРИХ НА УСКЛАДНЕНИЙ СИНДРОМ ДІАБЕТИЧНОЇ СТОПИ

Проведено комплексне клініко-психопатологічне обстеження 270 пацієнтів на ускладнений синдром діабетичної стопи (СДС) за період 2013–2014 рр. Усі хворі оперовані, проведено розтин і дренування гнійно-некротичного вогнища стопи або ампутація на різному рівні. Середній вік пацієнтів склав $64,2 \pm 2,3$ років. Середня тривалість захворювання на цукровий діабет становила $12,4 \pm 1,6$ років. Депресивні розлади були виявлені у 169 пацієнтів, що склало 62,6% від загальної групи, з них – 106 жінок (62,7%) і 63 чоловіків (37,3%). Для оцінки ефективності психофармакотерапії депресивних розладів хворі були розподілені на дві групи. Пацієнти контрольної групи ($n=84$) отримували стандартну терапію (місцеве лікування ран, антибактеріальна, інфузійна, дезагрегантна терапія, знеболювання, корекція глікемії). Пацієнтам основної групи ($n=85$) поряд зі стандартною терапією призначався венлафаксин (Venlafaxine) у дозі 75–150 мг вранці під час їжі, протягом 3 місяців. Психопатологічне дослідження проводилося при госпіталізації в стаціонар, на 20–21 добу лікування і через 3 місяці після початку терапії. У контрольній групі (стандартна терапія) депресивний розлад не зазнав достовірного ($P>0,05$) поліпшення. Проведений курс психофармакотерапії депресивних розладів у хворих на ускладнений СДС надав значний ефект, як щодо проявів самої депресії ($P<0,05$), так і поліпшення якості життя пацієнтів ($P<0,05$). Лікування венлафаксином дозволило знизити прояви депресії вже на 20–21 добу лікування. Редукція депресивної симптоматики найбільш виразно зафіксована через 3 місяці від початку терапії.

Ключові слова: синдром діабетичної стопи, депресивні розлади, діагностика, лікування.

S. D. Shapoval, I. L. Savon, O. A. Levada, O. O. Maksimova
SI «Zaporozhye Medical Academy of Postgraduate Education, Ministry of Health of Ukraine»

DIAGNOSTICS AND CORRECTION OF DEPRESSIVE DISORDERS IN PATIENTS WITH COMPLICATED DIABETIC FOOT SYNDROME

A comprehensive clinical and psychopathological examination of 270 patients with complicated diabetic foot syndrome (DFS) for the period 2013–2014. All patients were operated on - incision and drainage of necrotic suppurative focus or foot amputation at different levels. Mean age was $64,2 \pm 2,3$ years. The average duration of diabetes incidence was $12,4 \pm 1,6$ years. Depressive disorders have been identified in patients 169, representing 62,6% of the total group of 106 women (62,7%) and 63 men (37,3%). To assess the effectiveness of pharmacotherapy of depressive disorders the patients were divided into two groups. Patients in the control group ($n=84$) received standard therapy (topical treatment of wounds, antibiotic, infusion, antiplatelet therapy, pain relief, correction of glycemia). Patients of the main group ($n=85$) along with standard therapy was prescribed Venlafaxine at a dose of 75–150 mg in the morning while eating for 3 months. Psychopathological study was conducted at admission to hospital for 20–21

days of treatment and 3 months after initiation of therapy. In the control group (standard therapy) the depressive disorder has not undergone significant ($P > 0,05$) improvement. Conducted course of psychopharmacotherapy of depressive disorders in patients with complicated DFS had a significant effect both in terms of manifestations of the most depressed ($P < 0,05$), and improve the quality of life of patients ($P < 0,05$). Treatment with venlafaxine has reduced the manifestations of depression already on 20–21 days of treatment. Reduction in depressive symptoms most clearly detected after 3 months of therapy.

Keywords: diabetic foot syndrome, depressive disorders, diagnostic, treatment.