
ДЕПРЕССИЯ У ПОЖИЛЫХ И ВОЗМОЖНОСТИ НЕМЕДИКАМЕНТОЗНОЙ ТЕРАПИИ

А.Н. Ильницкий

Курс физической и медицинской реабилитации
Полоцкий государственный университет
ул. Блохина, 27, Новополоцк, Беларусь, 211440

**Г.И. Гурко, Д.С. Медведев,
С.У. Мурсалов, А.А. Алтухов**

Отдел клинической геронтологии
Институт биорегуляции и геронтологии
пр. Динамо, 3, С.-Петербург, Россия, 197110

Н.М. Куницына

Медицинский центр «Поколение»
пр. Б. Хмельницкого, 50а, Белгород, 308000

В настоящей статье рассмотрены вопросы немедикаментозных средств лечения и реабилитации пожилых пациентов с депрессией как осложнением сахарного диабета.

Ключевые слова: сахарный диабет, пожилой возраст, депрессия.

Сахарный диабет является одним из самых распространенных заболеваний среди лиц пожилого возраста, которое вносит существенный вклад в снижение качества жизни и инвалидизацию. Одним из осложнений, снижающим качество жизни, является депрессия [1, 2].

Цель работы — оценить психотерапевтическое вмешательство в системе немедикаментозных методов вторичной профилактики депрессии при сахарном диабете в пожилом возрасте.

Материал и методы. Из 114 человек сформированы две группы пациентов, страдающих СД второго типа. Пациенты 1-й группы (56 чел.) получали специальное психотерапевтическое вмешательство на амбулаторно-поликлиническом, стационарном и санаторном этапах организации гериатрической помощи, 2-й (58 чел.) — только лечебные мероприятия. Средний возраст — $64,8 \pm 3,4$ года. Проведен анализ частоты развития депрессивных состояний через год после психотерапевтического вмешательства.

Результаты и обсуждение. В первой группе частота развития депрессии отмечена в 12% случаев, во второй — 27%, $p > 0,05$. Кроме того, применена пятибалльная оценка основных симптомов депрессии. Выраженность основных симптомов была достоверно ниже в первой группе, чем во второй, $p > 0,05$ (табл. 1).

Частота развития и степень выраженности основных симптомов депрессии на фоне психотерапевтического вмешательства (баллы)

Симптом	Первая группа	Вторая группа	<i>p</i>
Сниженный фон настроения	1,5 ± 0,6	3,4 ± 0,7	< 0,05
Утрата прежних интересов	1,2 ± 0,5	3,2 ± 0,4	< 0,05
Снижение уровня активности	1,4 ± 0,3	3,5 ± 0,5	< 0,05

Нами изучены особенности применения психотерапевтических методов на отдельных этапах организации помощи. Так, на поликлиническом этапе $99,4 \pm 0,4\%$ больным назначались методы рациональной психотерапии, релаксирующие методики — $23,2 \pm 2,3\%$, групповая психотерапия — $17,2 \pm 2,1\%$. Интенсивность назначения других видов психотерапевтического воздействия была значительно меньшей. В санаторных условиях отмечалась аналогичная закономерность: рациональная психотерапия назначалась $98,2 \pm 0,4\%$ больным и проводилась лечащими врачами; релаксирующие методики — $22,3 \pm 2,1\%$, методы групповой психотерапии были рекомендованы в $24,2 \pm 2,1\%$ случаев. Подобные тенденции наблюдались и на стационарном этапе: рациональная психотерапия присутствовала в $98,6 \pm 0,2\%$ реабилитационных программах, релаксирующие методики имели место в $21,4 \pm 2,1\%$ случаев; групповая психотерапия — $18,3 \pm 1,7\%$. Достоверной разности в частоте назначения видов психотерапии на организационных этапах не выявлено, $p > 0,05$. При изучении необходимости назначения психотерапевтических методов по мере реализации профилактических программ выявлено следующее. Занятия с больными в плане объяснения сущности заболевания, создания адекватной «внутренней картины» болезни, т.е. мероприятия рациональной психотерапии были возобновлены у $21,5 \pm 2,1\%$ реабилитируемых больных на поликлиническом этапе, $16,5 \pm 1,5\%$ — на санаторном, $24,1 \pm 1,7\%$ — в стационарных условиях. Необходимость в разъяснении пациенту особенностей его состояния лечащим врачом связана с высоким уровнем тревожности, явлениями депрессивного характера и пр. Групповые психотерапевтические мероприятия были рекомендованы соответственно в $15,3 \pm 2,5\%$, $11,3 \pm 1,7\%$ и $13,1 \pm 2,5\%$ случаев дополнительно в динамике проведения профилактических мероприятий. Интенсивность дополнительных занятий гипнозом составила $3,1 \pm 1,0\%$ в поликлинике, $10,6 \pm 15,7\%$ в санатории и $9,5 \pm 1,3\%$ — на стационарном этапе. Индивидуальные занятия проводились дополнительно в $11,9 \pm 1,6\%$ случаев в поликлинике, $11,3 \pm 1,4\%$ — в санатории и $9,7 \pm 1,4\%$ — на стационарном этапе. Дополнительной необходимости в назначении психотерапии не возникало на стационарном этапе в $29,1 \pm 2,4\%$ случаев, санаторном — $34,5 \pm 2,3\%$, поликлиническом — $34,3 \pm 2,2\%$.

Заключение. Психотерапия как метод вторичной профилактики депрессий при сахарном диабете обладает достоверным профилактическим действием в отношении развития депрессии и снижает выраженность отдельных симптомов.

ЛИТЕРАТУРА

- [1] *Шестакова М.В.* Сахарный диабет в пожилом возрасте: особенности клиники, диагностики и лечения // *Consilium medicum*. — 2002. — Т. 4. — № 10. — С. 544—548.
- [2] *Wassink A.M., Olijhoek J.K., Visseren F.L.* The metabolic syndrome: metabolic changes with vascular consequences // *Eur. J. Clin. Invest.* — 2007. — Vol. 37. — N 1. — P. 8—17.

DEPRESSION IN ELDERS AND NON-DRUG THERAPY

A.N. Initski

Department of Medical Rehabilitation
Polotsk State University
Blokhina str., 27, Polotsk, 211440

**G.I. Gurko, D.S. Medvedev,
С.У. Мурсалов, А.А. Altuhov**

Department of clinical gerontology
Institute of Bioregulation and Gerontology
Dinamo av., 3, S-Petersburg, Russia, 197110

N.M. Kunitsyna

Medical Centre «Pokolenije»
Khmelnitskogo av., 50a, Belgorod, 308000

The problems of non-drug treatment and rehabilitation in elder patient with depression and diabetes mellitus are presented in this article.

Key words: diabetes mellitus, elders, depression.