



**New Day in Medicine**  
**Новый День в Медицине**

**NDM**



# TIBBIYOTDA YANGI KUN

Ilmiy referativ, marifiy-ma'naviy jurnal



**AVICENNA-MED.UZ**



ISSN 2181-712X.  
EISSN 2181-2187

**5 (91) 2026**

**Сопредседатели редакционной  
коллекции:**

**Ш. Ж. ТЕШАЕВ,  
А. Ш. РЕВИШВИЛИ**

Ред. коллегия:  
М.И. АБДУЛЛАЕВ  
А.А. АБДУМАЖИДОВ  
Р.Б. АБДУЛЛАЕВ  
Л.М. АБДУЛЛАЕВА  
А.Ш. АБДУМАЖИДОВ  
М.А. АБДУЛЛАЕВА  
Х.А. АБДУМАДЖИДОВ  
Б.З. АБДУСАМАТОВ  
У.О. АБИДОВ  
М.М. АКБАРОВ  
Х.А. АКИЛОВ  
М.М. АЛИЕВ  
С.Ж. АМИНОВ  
Ш.Э. АМОИВ  
Ш.М. АХМЕДОВ  
Ю.М. АХМЕДОВ  
С.М. АХМЕДОВА  
Т.А. АСКАРОВ  
М.А. АРТИКОВА  
Д.Т. АШУРОВА  
Ж.Б. БЕКНАЗАРОВ (главный редактор)  
Е.А. БЕРДИЕВ  
Б.Т. БУЗРУКОВ  
Р.К. ДАДАБАЕВА  
М.Н. ДАМИНОВА  
К.А. ДЕХКОНОВ  
Э.С. ДЖУМАБАЕВ  
А.А. ДЖАЛИЛОВ  
Н.Н. ЗОЛотова  
А.Ш. ИНОЯТОВ  
С. ИНДАМИНОВ  
А.И. ИСКАНДАРОВА  
А.С. ИЛЪЯСОВ  
Э.Э. КОБИЛОВ  
А.М. МАННАНОВ  
Д.М. МУСАЕВА  
Т.С. МУСАЕВ  
М.Р. МИРЗОЕВА  
Ф.Г. НАЗИРОВ  
Н.А. НУРАЛИЕВА  
Ф.С. ОРИПОВ  
Б.Т. РАХИМОВ  
Х.А. РАСУЛОВ  
Ш.И. РУЗИЕВ  
С.А. РУЗИБОВ  
С.А. ГАФФОРОВ  
С.Т. ШАТМАНОВ (Кыргызстан)  
Ж.Б. САТТАРОВ  
Б.Б. САФОВ (отв. редактор)  
И.А. САТИВАЛДИЕВА  
Ш.Т. САЛИМОВ  
Д.И. ТУКСАНОВА  
М.М. ТАДЖИЕВ  
А.Ж. ХАМРАЕВ  
Б.Б. ХАСАНОВ  
Д.А. ХАСАНОВА  
Б.З. ХАМДАМОВ  
Э.Б. ХАККУЛОВ  
Г.С. ХОДЖИЕВА  
А.М. ШАМСИЕВ  
А.К. ШАДМАНОВ  
Н.Ж. ЭРМАТОВ  
Б.Б. ЕРГАШЕВ  
Н.Ш. ЕРГАШЕВ  
И.Р. ЮЛДАШЕВ  
Д.Х. ЮЛДАШЕВА  
А.С. ЮСУПОВ  
Ш.Ш. ЯРИКУЛОВ  
М.Ш. ХАКИМОВ  
Д.О. ИВАНОВ (Россия)  
К.А. ЕГЕЗАРЯН (Россия)  
DONG JINCHENG (Китай)  
КУЗАКОВ В.Е. (Россия)  
Я. МЕЙЕРНИК (Словакия)  
В.А. МИТИШ (Россия)  
В.И. ПРИМАКОВ (Беларусь)  
О.В. ПЕШИКОВ (Россия)  
А.А. ПОТАПОВ (Россия)  
А.А. ТЕПЛОВ (Россия)  
Т.Ш. ШАРМАНОВ (Казахстан)  
А.А. ЩЕГОЛОВ (Россия)  
С.Н. ГУСЕЙНОВА (Азербайджан)  
Prof. Dr. KURBANHAN MUSLUMOV (Azerbaijan)  
Prof. Dr. DENIZ UYAK (Germany)

**ТИББИЁТДА ЯНГИ КУН  
НОВЫЙ ДЕНЬ В МЕДИЦИНЕ  
NEW DAY IN MEDICINE**

*Илмий-рефератив, маънавий-маърифий журнал  
Научно-реферативный,  
духовно-просветительский журнал*

**УЧРЕДИТЕЛИ:**

**БУХАРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ  
МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ  
ООО «ТИББИЁТДА ЯНГИ КУН»**

Национальный медицинский  
исследовательский центр хирургии имени  
А.В. Вишневского является генеральным  
научно-практическим  
консультантом редакции

Журнал был включен в список журнальных  
изданий, рецензируемых Высшей  
Аттестационной Комиссией  
Республики Узбекистан  
(Протокол № 201/03 от 30.12.2013 г.)

**РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ:**

М.М. АБДУРАХМАНОВ (Бухара)  
Г.Ж. ЖАРЫЛКАСЫНОВА (Бухара)  
А.Ш. ИНОЯТОВ (Ташкент)  
Г.А. ИХТИЁРОВА (Бухара)  
Ш.И. КАРИМОВ (Ташкент)  
У.К. КАЮМОВ (Тошкент)  
Ш.И. НАВРУЗОВА (Бухара)  
А.А. НОСИРОВ (Ташкент)  
А.Р. ОБЛОКУЛОВ (Бухара)  
Б.Т. ОДИЛОВА (Ташкент)  
Ш.Т. УРАКОВ (Бухара)

**5 (91)**

**2026**  
*Май*

www.bsmi.uz  
https://newdaymedicine.com  
E: ndmuz@mail.ru  
Тел: +99890 8061882

Received: 20.04.2026, Accepted: 06.05.2026, Published: 10.05.2026

УДК 616.379-008.64:616.89-008.454

## ДЕПРЕССИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ 2 ТИПА: СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ ПРОБЛЕМЫ, КЛИНИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ И ПОДХОДЫ К ДИАГНОСТИКЕ

Истамов Мирмухсинжон Баходирович <https://orcid.org/0009-0006-6331-2396>

E-mail: [mirmuhsin13@gmail.com](mailto:mirmuhsin13@gmail.com)

Мухторова Хакикат Каримжановна, <https://orcid.org/0000-0001-9025-6138>

e-mail: [MuxtorovaX@bsmi.uz](mailto:MuxtorovaX@bsmi.uz)

Магзумова Шахноза Шахзадэевна e-mail: [shakhnoza2001@gmail.com](mailto:shakhnoza2001@gmail.com)

<sup>1</sup>Бухарский государственный медицинский институт имени Абу Али ибн Сины, Узбекистан,  
г. Бухара, ул. А. Навои. 1 Тел: +998 (65) 223-00-50 e-mail: [info@bsmi.uz](mailto:info@bsmi.uz)

<sup>2</sup>Ташкентский государственный медицинский университет,  
100109 Ташкент, Узбекистан, ул. Фаробия, 2, Тел: +998781507825 E-mail: [info@tdmu.uz](mailto:info@tdmu.uz)

### ✓ Резюме

*Сахарный диабет 2 типа является одним из наиболее распространённых хронических неинфекционных заболеваний и характеризуется высоким риском развития осложнений, снижением качества жизни и значительным медико-социальным бременем. Особое место в структуре коморбидных состояний при СД2 занимают депрессивные расстройства, которые встречаются у этой категории пациентов достоверно чаще, чем в общей популяции, и оказывают существенное влияние на течение заболевания, гликемический контроль, приверженность лечению и прогноз. В статье представлен обзор современных данных о депрессивных расстройствах при СД2, рассмотрены двусторонние связи между диабетом и депрессией, клиническое значение аффективной симптоматики в диабетологии, трудности дифференциальной диагностики, а также современные подходы к психосоциальному скринингу и клинической верификации депрессии. Показано, что депрессия у больных СД2 должна рассматриваться не как вторичная эмоциональная реакция на хроническое заболевание, а как самостоятельный клинически значимый фактор, требующий активного выявления и включения в систему комплексного междисциплинарного ведения пациентов.*

*Ключевые слова: сахарный диабет 2 типа, депрессивные расстройства, коморбидность, гликемический контроль, приверженность лечению, качество жизни, диагностика.*

## 2-TIP DIABETDAGI DEPRESSIV BUZILISHLAR: MUAMMONING HOZIRGI HOLATI, KLINIK AHAMIYATI VA DIAGNOSTIKAGA YONDASHUVLAR

M.B. Istamov <https://orcid.org/0009-0006-6331-2396> E-mail: [mirmuhsin13@gmail.com](mailto:mirmuhsin13@gmail.com)

X.K. Muxtorova, <https://orcid.org/0000-0001-9025-6138> e-mail: [MuxtorovaX@bsmi.uz](mailto:MuxtorovaX@bsmi.uz)

Sh.Sh. Magzumova e-mail: [shakhnoza2001@gmail.com](mailto:shakhnoza2001@gmail.com)

<sup>1</sup>Abu Ali ibn Sino nomidagi Buxoro davlat tibbiyot instituti, O'zbekiston, Buxoro sh. A. Navoiy  
kochasi 1 Tel: +998 (65) 223-00-50 e-mail: [info@bsmi.uz](mailto:info@bsmi.uz)

<sup>2</sup>Toshkent Davlat Tibbiyot Universiteti, 100109 Toshkent, O'zbekiston Farobiy ko'chasi 2, Tel:  
+998781507825 E-mail: [info@tdmu.uz](mailto:info@tdmu.uz)

### ✓ Rezyume

*2-tip diabet eng keng tarqalgan surunkali yuqumsiz kasalliklardan biri bo'lib, asoratlar xavfi yuqori, hayot sifatining pasayishi va sezilarli tibbiy va ijtimoiy yuk bilan tavsiflanadi. 2-tip diabetdagi komorbid holatlar orasida depressiv kasalliklar alohida o'rin tutadi, bu bemorlarning ushbu toifasida umumiy populyatsiyaga qaraganda ancha tez-tez uchraydi va kasallikning*

*kechishiga, glikemik nazoratga, davolanishga rioya qilishga va prognozga sezilarli ta'sir ko'rsatadi. Ushbu maqolada 2-tip diabetdagi depressiv kasalliklar bo'yicha mavjud ma'lumotlarga umumiy nuqtai nazar keltirilgan, diabet va depressiya o'rtasidagi ikki tomonlama munosabatlar, diabetologiyada affektiv alomatlarining klinik ahamiyati, differentsial tashxis qo'yishdagi qiyinchiliklar va depressiyani psixososyal skrining va klinik tekshirishga zamonaviy yondashuvlar o'rganilgan. 2-tip diabet bilan og'riqan bemorlarda depressiya surunkali kasallikka ikkilamchi hissiy reaksiya sifatida emas, balki faol identifikatsiyani va keng qamrovli, fanlararo bemorlarni boshqarish tizimiga kiritishni talab qiladigan mustaqil klinik jihatdan ahamiyatli omil sifatida qaralishi kerakligi ko'rsatilgan.*

*Kalit so'zlar: 2-tip diabet, depressiv kasalliklar, komorbidlik, glikemik nazorat, davolanishga rioya qilish, hayot sifati, diagnostika.*

## DEPRESSIVE DISORDERS IN TYPE 2 DIABETES: CURRENT STATUS OF THE PROBLEM, CLINICAL SIGNIFICANCE AND APPROACHES TO DIAGNOSTICS

*M.B. Istamov <https://orcid.org/0009-0006-6331-2396> e-mail: [mirmuhsin13@gmail.com](mailto:mirmuhsin13@gmail.com)  
Kh.K. Mukhtorova <https://orcid.org/0000-0001-9025-6138> e-mail: [MukhtorovaX@bsmi.uz](mailto:MukhtorovaX@bsmi.uz)  
Sh.Sh. Magzumova e-mail: [shakhnoza2001@gmail.com](mailto:shakhnoza2001@gmail.com)*

Bukhara State Medical Institute named after Abu Ali ibn Sina, Uzbekistan, Bukhara, st. A. Navoi. 1  
Tel: +998 (65) 223-00-50 e-mail: [info@bsmi.uz](mailto:info@bsmi.uz)  
Tashkent State Medical University, 100109 Tashkent, Uzbekistan, 2 Farobiy Street,  
Tel: +998781507825 E-mail: [info@tdmu.uz](mailto:info@tdmu.uz)

### ✓ *Resume*

*Type 2 diabetes mellitus is one of the most common chronic noncommunicable diseases, characterized by a high risk of complications, reduced quality of life, and significant medical and social burden. Depressive disorders occupy a special place among comorbid conditions in type 2 diabetes, occurring significantly more frequently in this category of patients than in the general population and significantly impacting the disease course, glycemic control, treatment adherence, and prognosis. This article presents an overview of current data on depressive disorders in type 2 diabetes, examining the bidirectional relationships between diabetes and depression, the clinical significance of affective symptoms in diabetology, the challenges of differential diagnosis, and current approaches to psychosocial screening and clinical verification of depression. It is demonstrated that depression in patients with type 2 diabetes should not be considered a secondary emotional reaction to a chronic disease, but rather as an independent clinically significant factor requiring active identification and inclusion in a comprehensive, interdisciplinary patient management system.*

*Key words: type 2 diabetes mellitus, depressive disorders, comorbidity, glycemic control, treatment adherence, quality of life, diagnostics.*

### Актуальность

Депрессивные расстройства занимают одно из центральных мест в структуре психической коморбидности у пациентов с хроническими соматическими заболеваниями. Их клиническое значение определяется не только высокой распространённостью, но и способностью существенно ухудшать субъективное самочувствие, ограничивать повседневное функционирование, снижать качество жизни и неблагоприятно влиять на исходы основного заболевания. В общей соматической практике депрессия всё чаще рассматривается не как вторичная эмоциональная реакция на болезнь, а как самостоятельное коморбидное состояние, активно модифицирующее течение хронической патологии; это особенно важно в условиях частой маскировки аффективной симптоматики соматовегетативными жалобами и недостаточной выявляемости психических нарушений в общеклинической сети [1, 15, 18, 22, 26].

Особую значимость данная проблема приобретает в диабетологии. Сахарный диабет 2 типа требует постоянного участия пациента в лечебном процессе, включая контроль гликемии, соблюдение диеты, модификацию образа жизни, регулярный приём препаратов и профилактику осложнений, поэтому психоэмоциональное состояние больного становится одним из ключевых факторов успешного ведения заболевания. Современные данные свидетельствуют, что у пациентов с СД2 депрессивные расстройства встречаются достоверно чаще, чем в общей популяции, а связь между депрессией и диабетом носит двусторонний характер: депрессия повышает риск последующего развития СД2, тогда как сам диабет ассоциирован с более высокой вероятностью формирования депрессивных нарушений [3, 7, 8, 16].

Дополнительную актуальность проблеме придаёт то, что депрессия при СД2 ассоциируется с ухудшением самоконтроля заболевания, снижением приверженности лечению, менее благоприятным гликемическим контролем, ростом частоты осложнений и снижением качества жизни, при этом в рутинной практике она нередко остаётся нераспознанной либо смешивается с диабет-дистрессом и соматическими проявлениями самого заболевания [7, 9, 14, 19, 20, 24]. В связи с этим цель данной статьи – обобщить современные представления о депрессивных расстройствах при сахарном диабете 2 типа, рассмотреть их клиническое значение, основные механизмы взаимосвязи с течением диабета и современные подходы к диагностике и раннему выявлению у данной категории пациентов [3, 4].

**Цель исследования:** анализ современных данных о депрессивных расстройствах при СД2, рассмотрены двусторонние связи между диабетом и депрессией, клиническое значение аффективной симптоматики в диабетологии, трудности дифференциальной диагностики, а также современные подходы к психосоциальному скринингу и клинической верификации депрессии.

#### **Материал и методы исследования**

Проведён тематический анализ современных отечественных и зарубежных публикаций, посвящённых депрессивным расстройствам при сахарном диабете 2 типа, их клиническому значению, влиянию на течение заболевания и современным подходам к диагностике. В обзор были включены работы, освещающие распространённость депрессии при СД2, двустороннюю взаимосвязь диабета и аффективных нарушений, вопросы приверженности лечению, гликемического контроля, качества жизни, а также проблемы дифференциальной диагностики депрессии и диабет-дистресса. Полученные данные систематизированы и изложены по тематическим разделам с позиций клинической психиатрии и междисциплинарного подхода.

#### **Депрессивные расстройства в общей соматической практике**

Депрессивные расстройства занимают одно из центральных мест в структуре психической коморбидности у пациентов общей соматической практики. Их значение определяется не только высокой распространённостью, но и выраженным влиянием на субъективное самочувствие, уровень повседневного функционирования, качество жизни и клинические исходы хронических заболеваний. В современных представлениях депрессия у соматически больных рассматривается не как вторичная психологическая реакция на болезнь, а как самостоятельное коморбидное состояние, способное активно модифицировать течение основной патологии. По данным международных источников, сочетание депрессии с хроническими соматическими заболеваниями сопровождается более тяжёлым клиническим профилем, чем изолированное течение каждого из этих состояний, что подчёркивает её самостоятельную медико-социальную и прогностическую значимость [5, 18].

В общей медицинской сети выявление депрессивных расстройств представляет собой серьёзную клиническую проблему. Одной из главных причин их недооценки является перекрытие соматических и аффективных симптомов. Утомляемость, астения, нарушения сна, снижение аппетита, когнитивное замедление, снижение активности и хроническая боль нередко трактуются как проявления основного соматического заболевания, возрастных изменений либо побочного действия терапии. Вследствие этого депрессия остаётся вне поля активного клинического внимания и своевременно не верифицируется. Между тем современные обзоры показывают, что у соматически больных депрессия ассоциируется с большей субъективной

тяжестью болезни, более низким уровнем общего здоровья, увеличением потребности в медицинской помощи и худшей приверженностью лечению [18, 22, 25]. По данным систематического обзора J. Walker и соавт., распространённость депрессии среди пациентов общемедицинских и хирургических стационаров в отдельных исследованиях колебалась от 5 до 34%, а средний показатель составил около 12%, что подтверждает необходимость её активного скрининга в общей соматической практике [26].

Клиническая значимость депрессивных расстройств у соматических пациентов определяется также их неблагоприятным влиянием на течение хронических заболеваний. Международные эпидемиологические данные свидетельствуют, что при сочетании депрессии с соматической патологией ухудшаются как физические, так и психосоциальные показатели функционирования. Одним из ключевых механизмов такого влияния считается снижение приверженности терапии. По данным метааналитических исследований, наличие депрессии у пациентов с хроническими заболеваниями статистически значимо связано с более высокой вероятностью несоблюдения врачебных рекомендаций, нерегулярного приёма препаратов и ухудшения самоконтроля заболевания [5, 10]. Тем самым депрессия становится фактором, который способен опосредованно усиливать тяжесть соматической патологии, способствовать хронизации симптомов и ухудшать долгосрочный прогноз.

Наряду с поведенческими механизмами, важную роль играют и биологические звенья взаимосвязи депрессии и хронических заболеваний. Современные данные указывают на участие хронического стресса, воспалительных каскадов, дисрегуляции гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой оси и нарушений энергетического обмена. Это позволяет рассматривать депрессию не только как психопатологический синдром, сопровождающий соматическое заболевание, но и как состояние, вовлечённое в формирование общего патологического круга. При этом у больных с хронической болью, утомляемостью и нарушениями сна депрессивная симптоматика нередко усиливается, а сами эти симптомы, в свою очередь, становятся более субъективно тяжёлыми на фоне депрессии, что дополнительно снижает адаптационные возможности пациента [5].

С практической точки зрения это означает необходимость перехода от пассивного распознавания депрессии к её активному выявлению. Ведение пациентов с хронической соматической патологией должно включать не только оценку телесного статуса, но и клиническую верификацию эмоциональных нарушений. Особенно важно, что сниженное настроение, астения, нарушения сна и когнитивное замедление нельзя автоматически расценивать как естественную реакцию на болезнь: в дифференциально-диагностический ряд должны входить собственно депрессивное расстройство, адаптационное расстройство, делирий, а также симптомы, индуцированные терапией или другим соматическим состоянием [22, 25, 27]. В рекомендациях NICE подчёркивается, что помощь таким пациентам должна строиться по ступенчатому принципу и в координации с командой, ведущей основное заболевание, а модель collaborative care предполагает взаимодействие врачей первичного звена и специалистов психиатрического профиля [12].

Таким образом, депрессивные расстройства в общей соматической практике следует рассматривать как самостоятельную междисциплинарную проблему, имеющую значение не только для психического состояния больного, но и для эффективности ведения хронического заболевания в целом. Высокая распространённость депрессии среди соматических пациентов, её связь со снижением качества жизни, нарушением повседневного функционирования и ухудшением приверженности лечению обосновывают необходимость её раннего выявления, клинической верификации и включения психосоциальной помощи в стандартную систему ведения хронических больных [12, 23, 26]. Именно в этом контексте особенно значимой становится проблема депрессивных расстройств у больных сахарным диабетом 2 типа, при котором успешность лечения в значительной степени зависит от активности и повседневного поведения самого пациента.

### **Депрессивные расстройства у больных сахарным диабетом 2 типа**

Современные литературные данные убедительно свидетельствуют о том, что у больных сахарным диабетом 2 типа депрессивные расстройства встречаются достоверно чаще, чем в

общей популяции, что позволяет рассматривать данную коморбидность как одну из ключевых медико-социальных проблем современной диабетологии [3, 7, 8]. По данным систематических обзоров и метаанализов, распространённость депрессии при СД2 существенно превышает аналогичные показатели у лиц без диабета, а сама депрессия у этой категории пациентов связана не только с субъективным ухудшением самочувствия, но и с более тяжёлым течением основного заболевания [8]. Современные стандарты диабетологической помощи подчеркивают, что психологическое благополучие является не второстепенным, а базовым условием достижения терапевтических целей, поскольку без учёта эмоционального состояния пациента невозможно обеспечить полноценный самоконтроль заболевания, устойчивую приверженность лечению и сохранение качества жизни.

Принципиально важным является то, что связь между депрессией и сахарным диабетом 2 типа носит двусторонний характер [16, 21]. С одной стороны, наличие депрессивной симптоматики ассоциируется с повышением риска последующего развития СД2, с другой – сам факт наличия диабета увеличивает вероятность формирования депрессивных нарушений [16, 18, 21]. Такая взаимосвязь объясняется сложным сочетанием биологических, поведенческих и психосоциальных механизмов. С биологической точки зрения обсуждаются хроническое воспаление, дисрегуляция гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой оси, нарушения энергетического обмена, формирование инсулинорезистентности и другие нейроэндокринно-метаболические изменения, способные создавать общий патогенетический фон для развития как диабета, так и аффективных нарушений [1, 19]. С поведенческой стороны существенную роль играют снижение мотивации, истощение адаптационных ресурсов, ухудшение самоэффективности пациента, снижение способности к регулярному самоконтролю гликемии, трудности соблюдения диеты, режима физической активности и медикаментозной терапии [9, 17]. Таким образом, депрессия при СД2 представляет собой не просто сопутствующее эмоциональное расстройство, а клинически значимый фактор, включённый в общий патологический круг заболевания.

Клиническое значение депрессивных расстройств при СД2 определяется не только их частотой, но и выраженным влиянием на течение заболевания и его прогноз. Установлено, что наличие депрессии у больных диабетом ассоциируется с ухудшением повседневного самоменеджмента, снижением приверженности лечению и менее благоприятными метаболическими показателями [9, 14]. В классических и современных метааналитических исследованиях показано, что депрессивная симптоматика связана с гипергликемией, более низким уровнем self-care и нарушением диабетического режима [2, 14]. Пациенты с депрессией чаще пропускают визиты к врачу, менее последовательно соблюдают диетические рекомендации, хуже контролируют уровень глюкозы и менее регулярно принимают назначенные препараты [9]. На этом фоне возрастает риск декомпенсации углеводного обмена, прогрессирования осложнений и формирования неблагоприятного клинического прогноза. В результате депрессия становится одним из факторов, который может прямо или опосредованно влиять на эффективность лечения СД2 и долгосрочные исходы заболевания [11, 13].

Наряду с влиянием на метаболический контроль, депрессия у больных СД2 тесно связана с выраженным снижением качества жизни. У таких пациентов ухудшаются как физический, так и психический компоненты повседневного функционирования, снижается уровень социальной активности, уменьшается удовлетворённость лечением и собственным состоянием, усиливается чувство хронической усталости и беспомощности перед заболеванием [3, 24]. Особенно важно, что при сахарном диабете эмоциональное неблагополучие нередко формируется на фоне необходимости постоянного самоконтроля, страха осложнений, чувства перегруженности лечением и хронического напряжения, связанного с болезнью. Именно поэтому проблема депрессии в диабетологии не может рассматриваться изолированно от более широкого круга психосоциальных нарушений, затрагивающих адаптацию пациента к хроническому заболеванию [7, 19, 20].

Отдельного внимания заслуживает вопрос недодиагностики депрессивных расстройств у больных СД2. У значительной части пациентов эмоциональные нарушения остаются нераспознанными и, соответственно, нелечеными. Это связано как с клинической маскировкой депрессии соматическими симптомами, так и с тем, что врачи общесоматического профиля

нередко интерпретируют жалобы на утомляемость, нарушения сна, снижение концентрации внимания, изменения аппетита и массы тела исключительно в контексте диабета или его осложнений [6, 7]. Между тем эти симптомы могут быть проявлением аффективного расстройства либо сочетать в себе как соматический, так и психопатологический компонент. Вследствие этого пациенты длительно наблюдаются по поводу эндокринной патологии без полноценной оценки психоэмоционального состояния, а депрессия продолжает негативно влиять на течение заболевания. Кроме того, существенные трудности создаёт необходимость разграничения собственно депрессии и диабет-дистресса – эмоционального напряжения, связанного с постоянной нагрузкой самоменеджмента заболевания. Эти состояния могут иметь сходные внешние проявления, но требуют различной клинической интерпретации и разных подходов к помощи [4, 7].

В связи с этим современные подходы к ведению больных сахарным диабетом 2 типа всё более явно ориентированы на необходимость регулярной психосоциальной оценки пациента. Скрининг депрессии, тревоги и диабет-дистресса должен рассматриваться как часть рутинного наблюдения, а положительные результаты опросников – не как окончательный диагноз, а как основание для последующей клинической верификации [3, 4, 6]. Такой подход позволяет своевременно выявлять пациентов группы риска, предупреждать ухудшение самоконтроля и повышать эффективность комплексного ведения больных СД2. Таким образом, депрессивные расстройства у пациентов с сахарным диабетом 2 типа следует рассматривать как одно из клинически значимых коморбидных состояний, оказывающих многоуровневое влияние на течение заболевания, качество жизни и результаты лечения.

#### **Диагностические трудности: депрессия и диабет-дистресс**

Одной из наиболее сложных задач в клинической практике при ведении больных сахарным диабетом 2 типа является разграничение собственно депрессивных расстройств и так называемого диабет-дистресса [3, 4, 7, 19, 20]. Диабет-дистресс представляет собой особую форму эмоционального неблагополучия, непосредственно связанную с повседневной нагрузкой хронического заболевания: необходимостью постоянного самоконтроля гликемии, соблюдения диеты, страха поздних осложнений, чувством усталости от длительного лечения, переживанием утраты контроля над собственным состоянием и фрустрацией, возникающей при недостаточно успешном течении болезни. По своим внешним клиническим проявлениям диабет-дистресс может напоминать депрессивное или тревожное расстройство, однако не является тождественным им состоянием и требует иной клинической интерпретации, поскольку отражает не столько нозологически оформленную аффективную патологию, сколько эмоциональное напряжение, связанное с бременем хронического самоменеджмента заболевания.

Существенные диагностические трудности обусловлены тем, что ряд симптомов, традиционно включаемых в структуру депрессии, нередко наблюдается и при самом сахарном диабете, особенно при его декомпенсации, нестабильном течении или развитии осложнений [6, 7]. К таким симптомам относятся утомляемость, астения, нарушения сна, снижение концентрации внимания, изменения аппетита и массы тела, снижение активности и субъективное чувство истощения. В клинической практике они могут быть следствием не только депрессивного расстройства, но и гипер- или гипогликемии, сопутствующих эндокринных и соматических нарушений, ожирения, обструктивного апноэ сна, заболеваний щитовидной железы, витаминных дефицитов и других состояний, нередко встречающихся у пациентов с СД2 [6]. Именно поэтому положительный результат скринингового опросника не может автоматически рассматриваться как окончательный диагноз депрессии; он должен служить лишь основанием для дальнейшей клинической оценки, уточнения структуры симптомов и определения их связи с соматическим состоянием пациента.

Дополнительную сложность создаёт то, что депрессия и диабет-дистресс нередко сосуществуют у одного и того же пациента, взаимно усиливая друг друга и формируя клинически смешанную картину [2, 7]. При этом диабет-дистресс может способствовать снижению мотивации к лечению, ухудшению самоконтроля и росту эмоционального истощения, тогда как депрессивное расстройство придаёт этим переживаниям более стойкий,

генерализованный и клинически более тяжёлый характер. Обзоры подчёркивают, что значительная часть пациентов с диабетом остаётся как с нераспознанной депрессией, так и с невыявленным диабет-дистрессом, вследствие чего эмоциональные нарушения длительно сохраняются вне поля активного клинического внимания и продолжают неблагоприятно влиять на течение заболевания [7, 19, 20]. В этом контексте особенно важно не сводить весь спектр эмоциональных жалоб больного к «естественной реакции на хроническую болезнь», а рассматривать их в рамках дифференцированного психосоциального и клинического анализа.

Современные подходы к диагностике предполагают ступенчатую модель оценки, при которой первичный психосоциальный скрининг сочетается с последующей клинической верификацией [3, 4]. В этой системе применение валидизированных инструментов, таких как BDI-II, HAM-A и опросники оценки качества жизни, имеет важное практическое значение, поскольку позволяет количественно охарактеризовать выраженность депрессивной и тревожной симптоматики, а также оценить степень влияния эмоциональных нарушений на повседневное функционирование пациента. Вместе с тем интерпретация результатов этих шкал должна быть осторожной и клинически обоснованной, поскольку соматическая нагрузка у больных СД2 может существенно влиять на выраженность отдельных пунктов опросников и, следовательно, на итоговые баллы [6]. Именно поэтому в современной диабетологии положительный результат скрининга рассматривается не как диагноз, а как показание к углублённой клинической оценке и, при необходимости, направлению пациента к профильному специалисту.

В этих условиях особое значение приобретает междисциплинарный подход, объединяющий возможности эндокринолога, психиатра, психотерапевта, а при необходимости и других специалистов [3, 4]. Только сочетание соматической и психиатрической оценки позволяет корректно интерпретировать эмоциональные нарушения у больного СД2, разграничить депрессивное расстройство, диабет-дистресс и реакции на соматическую декомпенсацию, а также определить оптимальную тактику ведения. Такой подход обеспечивает не только более точную диагностику, но и позволяет своевременно выявлять пациентов группы риска по снижению приверженности лечению, ухудшению гликемического контроля и снижению качества жизни. Следовательно, проблема разграничения депрессии и диабет-дистресса имеет не только диагностическое, но и непосредственное практическое значение, поскольку от её правильного решения зависит эффективность всей системы комплексного ведения больных сахарным диабетом 2 типа.

### Заключение

Анализ современной литературы позволяет рассматривать депрессивные расстройства при сахарном диабете 2 типа как клинически значимое коморбидное состояние, имеющее самостоятельное влияние на течение заболевания, качество жизни, приверженность лечению и прогноз. Депрессия у больных СД2 встречается чаще, чем в общей популяции, а её связь с диабетом носит двусторонний характер. Это требует отказа от представления о депрессии как о вторичной психологической реакции и перехода к пониманию её как важного элемента клинической картины хронического заболевания.

Современные подходы к ведению больных СД2 обосновывают необходимость активного психосоциального скрининга, дифференциальной диагностики депрессии и диабет-дистресса, а также междисциплинарного взаимодействия специалистов. Включение оценки эмоционального состояния в систему рутинного наблюдения больных сахарным диабетом 2 типа следует рассматривать как одно из необходимых условий повышения эффективности лечения и улучшения долгосрочных исходов.

### СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Восиков Б. А., Магзумова Ш. Ш. Сравнительная динамика тревожно-депрессивной симптоматики у пациентов с различными формами гипотиреоза // Медицинский журнал молодых ученых. 2025. № 16(12). С. 42–46.
2. Ajele KW, Idemudia ES. The role of depression and diabetes distress in glycemic control: A meta-analysis. *Diabetes Res Clin Pract.* 2025;221.

3. American Diabetes Association Professional Practice Committee. Facilitating Positive Health Behaviors and Well-being to Improve Health Outcomes: Standards of Care in Diabetes—2025. *Diabetes Care*. 2024;48(Suppl 1):S86–S127.
4. American Diabetes Association Professional Practice Committee. Summary of Revisions: Standards of Care in Diabetes—2025. *Diabetes Care*. 2024;48(Suppl 1):S6–S13.
5. Berk M, et al. Comorbidity between major depressive disorder and physical diseases: a comprehensive review of epidemiology, mechanisms and management. *World Psychiatry*. 2023;22(3):366–387.
6. Beverly EA, Gonzalez JS. The interconnected complexity of diabetes and depression. *Diabetes Spectr*. 2025;38(1):23–31.
7. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Diabetes and mental health [Internet]. Available from: <https://www.cdc.gov/diabetes/living-with/mental-health.html> (cited 2026 Mar 12).
8. Farooqi A, et al. A systematic review and meta-analysis to compare the prevalence of depression between people with and without Type 1 and Type 2 diabetes. *Prim Care Diabetes*. 2022;16(1):1–10.
9. Gonzalez JS, et al. Depression and diabetes treatment nonadherence: a meta-analysis. *Diabetes Care*. 2008;31(12):2398–2403.
10. Grenard JL, et al. Depression and medication adherence in the treatment of chronic diseases in the United States: a meta-analysis. *J Gen Intern Med*. 2011;26(10):1175–1182.
11. de Groot M, et al. Association of depression and diabetes complications: a meta-analysis. *Biopsychosoc Sci Med*. 2001;63(4):619.
12. National Collaborating Centre for Mental Health (UK). Service-level interventions for people with depression and a chronic physical health problem. British Psychological Society; 2010.
13. Horsbøl TA, et al. Diabetic complications and risk of depression and anxiety among adults with type 2 diabetes. *Diabet Med*. 2024;41(4):e15272.
14. Lustman PJ, et al. Depression and poor glycemic control: a meta-analytic review of the literature. *Diabetes Care*. 2000;23(7):934–942.
15. Marx W, et al. Major depressive disorder. *Nat Rev Dis Primers*. 2023;9(1):44.
16. Mezuk B, et al. Depression and type 2 diabetes over the lifespan: a meta-analysis. *Diabetes Care*. 2008;31(12):2383–2390.
17. Moulton CD, Pickup JC, Ismail K. The link between depression and diabetes: the search for shared mechanisms. *Lancet Diabetes Endocrinol*. 2015;3(6):461–471.
18. Moussavi S, et al. Depression, chronic diseases, and decrements in health: results from the World Health Surveys. *Lancet*. 2007;370(9590):851–858.
19. Mukherjee N, Chaturvedi SK. Depressive symptoms and disorders in type 2 diabetes mellitus. *Curr Opin Psychiatry*. 2019;32(5):416.
20. Owens-Gary MD, et al. The importance of addressing depression and diabetes distress in adults with type 2 diabetes. *J Gen Intern Med*. 2019;34(2):320–324.
21. Pan A, et al. Bidirectional association between depression and type 2 diabetes mellitus in women. *Arch Intern Med*. 2010;170(21):1884–1891.
22. Rosenblat JD, et al. Depression in the medically ill. *Aust N Z J Psychiatry*. 2020;54(4):346–366.
23. Schillok H, et al. Effective components of collaborative care for depression in primary care: an individual participant data meta-analysis. *JAMA Psychiatry*. 2025;82(9):868–876.
24. Sommer J, et al. Depression symptoms, wellbeing, health-related quality of life, and diabetes-related distress in novel subtypes of recent-onset diabetes in Germany: a 5-year observational follow-up study. *Lancet Diabetes Endocrinol*. 2024;12(12):890–903.
25. Thom R, Silbersweig DA, Boland RJ. Major depressive disorder in medical illness: a review of assessment, prevalence, and treatment options. *Biopsychosoc Sci Med*. 2019;81(3):246.
26. Walker J, et al. The prevalence of depression in general hospital inpatients: a systematic review and meta-analysis of interview-based studies. *Psychol Med*. 2018;48(14):2285–2298.
27. Zapata-Ospina JP, Jiménez-Benítez M, Fierro M. “I was very sad, but not depressed”: phenomenological differences between adjustment disorder and a major depressive episode. *Front Psychiatry*. 2023;14:1291659.

**Поступила 20.04.2026**