

УДК 616.895:616.379-008.64-07-08
DOI: 10.36979/1694-500X-2025-25-5-87-94

ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫЕ ПОДХОДЫ В ФОРМИРОВАНИИ ЛЕЧЕБНО-ДИАГНОСТИЧЕСКОЙ МОДЕЛИ ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ С УЧЕТОМ ПСИХОКОРРЕКЦИИ

М.Р. Сулайманова, А.Б. Кутликова, К.А. Тобокелова

Аннотация. Количество пациентов с сахарным диабетом в мире превысило 800 млн человек (WHO, 2024). На сегодняшний день в России сахарным диабетом страдают более 5 млн (ФГБУ НМИЦ эндокринологии, 2024), при этом в Кыргызской Республике – 254 тыс. человек (МЗ КР, 2023). Существенное влияние на развитие и тяжесть сахарного диабета оказывают тревожно-депрессивные расстройства. Цель исследования – сформулировать алгоритм дифференцированной диагностики и терапии сахарного диабета с учетом психокоррекции, в зависимости от типа для улучшения качества жизни пациентов с сахарным диабетом. Было обследовано 60 респондентов с сахарным диабетом на базе ряда лечебных учреждений Кыргызской Республики. Пациенты были подразделены на 2 группы: первая группа с СД 1 и вторая с СД 2. Методы исследования: полуструктурированное интервью, шкала тревоги, депрессии, механизмы психической защиты, одиночества. Статистический анализ проводился с помощью программ Statistics SPSS 16.0 for Windows, Microsoft Excel. По данным результатов и обсуждения, уровень тревоги преобладал у группы пациентов с СД 2 по сравнению с группой с СД 1; уровень депрессии был идентичен в обеих группах, при этом уровень одиночества оказался выше у пациентов с СД 2 по сравнению с СД 1. При исследовании механизмов психической защиты в группе с СД 1 доминируют рационализация, компенсация, вытеснение; в группе с СД 2 – рационализация, компенсация, проекция. Таким образом, выявленные корреляции позволяют обозначить стереотипы коморбидности при сахарном диабете, что следует учитывать при построении стратегий диагностики и терапии, с учетом сформированной нами лечебно-диагностической модели с дифференцированными подходами в психокоррекции, в зависимости от типа сахарного диабета.

Ключевые слова: сахарный диабет; тревога; депрессия; одиночество; механизмы психической защиты; лечебно-диагностическая модель.

ПСИХОКОРРЕКЦИЯНЫ ЭСКЕ АЛУУ МЕНЕН КАНТ ДИАБЕТИН ДАРЫЛОО-ДИАГНОСТИКАЛОО МОДЕЛИН ТҮЗҮҮДӨГҮ ДИФФЕРЕНЦИЯЛАНГАН ЫКМАЛАР

М.Р. Сулайманова, А.Б. Кутликова, К.А. Тобокелова

Аннотация. Дүйнөдө кант диабети менен ооругандардын саны 800 миллион адамдан ашты (WHO, 2024). Бүгүнкү күндө Россияда КД менен 5 миллиондон ашык адам (Эндокринология улуттук илимий-изилдөө борборунун федералдык мамлекеттик бюджеттик мекемеси, 2024) жапа чегип жатат, ошол эле учурда Кыргыз Республикасында (КР) 254 миң адамга (КРнын Саламаттык сактоо министрлиги, 2023) жетти. КД өнүгүшүнө жана оорлошуусуна тынчсыздануу жана депрессиялык бузулуулар олуттуу таасир тийгизет. Изилдөөнүн максаты: КД менен ооруган бейтаптардын жашоо сапатын жакшыртуу үчүн, тибине жараша психикалык коррекцияны эске алуу менен дифференцияланган диагностика жана КД терапиясынын алгоритмин формулировкалоо. Изилдөөнүн материалдары жана ыкмалары: КР бир катар дарылоо мекемелеринин базасында КД менен ооруган 60 респондент катышты. Бейтаптар 2 топко бөлүнгөн: биринчи топ КД1 жана экинчи топ КД2 менен ооруган бейтаптар. Изилдөөнүн ыкмалары: жарым формалдаштырылган интервью, тынчсыздануу, депрессия, ПКМ, жалгыздык шкалалары. Статистикалык талдоо Statistics SPSS 16.0 for Windows, Microsoft Excel программаларынын жардамы менен жүргүзүлдү. Натыйжалар жана талкуулар: Тынчсыздануунун деңгээли КД2 менен ооруган бейтаптардын тобунда КД1 тобуна салыштырмалуу басымдуулук кылган; депрессиянын деңгээли эки топто бирдей болгон,

ал эми жалгыздыктын деңгээли КД2 менен ооруган бейтаптарда КД1ге салыштырмалуу жогору болгон. ПКМди изилдөөдө КД1 тобунда рационалдаштыруу, компенсациялоо, сүрүп чыгаруу; КД2 тобунда – рационалдаштыруу, компенсациялоо, проекция үстөмдүк кылган. Корутунду: Ошентип, аныкталган корреляциялар КДнин коморбиддик стереотиптерин белгилөөгө мүмкүндүк берет, муну биз калыптандырган психокоррекциядагы дифференцияланган ыкмалары бар дарылоо-диагностикалоо моделин диагностика жана терапия стратегияларын түзүүдө эске алуубуз керек.

Түйүндүү сөздөр: кант диабети; тынчсыздануу; депрессия; жалгыздык; психикалык коргоо механизмдери; дарылоо-диагностикалоо модели.

DIFFERENTIATED APPROACHES TO THE FORMATION OF THE TREATMENT AND DIAGNOSTIC MODEL FOR DIABETES MELLITUS, TAKING INTO ACCOUNT PSYCHOCORRECTION

M.R. Sulaimanova, A.B. Kutlikova, K.A. Tobokelova

Abstract. According to the World Health Organization (WHO, 2024), the number of people living with diabetes mellitus (DM) worldwide has exceeded 800 million. In Russia, more than 5 million individuals are affected by DM (National Medical Research Center of Endocrinology, 2024), while in the Kyrgyz Republic (KR), the number has reached 254,000 (Ministry of Health of the Kyrgyz Republic, 2023). Anxiety and depressive disorders significantly influence the progression and severity of DM. The aim of the study is to develop an algorithm for differentiated diagnosis and therapy of DM, incorporating psychocorrection tailored to diabetes type, with the aim of improving the quality of life for individuals with DM. Sixty patients with diabetes mellitus were examined across several medical institutions in the Kyrgyz Republic. The patients were divided into two groups: Group 1 included individuals with type 1 diabetes mellitus, and Group 2 included those with type 2 diabetes mellitus. Research methods: Semi-structured interviews were conducted, and patients were assessed using standardized tools for anxiety, depression, mental defense mechanisms (MDMs), and the loneliness scale. Statistical analysis was performed using SPSS Statistics 16.0 for Windows and Microsoft Excel. Results and Discussion: Patients with type 2 diabetes mellitus demonstrated higher levels of anxiety compared to those with type 1. Depression levels were similar in both groups. However, loneliness was more pronounced among type 2 DM patients. Regarding mental defense mechanisms, rationalization, compensation, and repression were more commonly observed in patients with type 1 DM, whereas rationalization, compensation, and projection were predominant among those with type 2 DM. Thus, the identified correlations allow us to identify stereotypes of comorbidity in diabetes mellitus, which should be taken into account in the construction of diagnostic and therapeutic strategies, taking into account our therapeutic and diagnostic model with differentiated approaches in psychocorrection, depending on the type of diabetes mellitus.

Keywords: diabetes mellitus; anxiety; depression; loneliness; mental defense mechanisms; treatment and diagnostic model.

В настоящее время количество пациентов с сахарным диабетом (СД) в мире превысило 800 млн человек (ВОЗ, 2024) [1]. В Российской Федерации (РФ) СД страдают более 5,5 млн человек (ФГБУ «ЦНИИОИЗ» Минздрава России, 2024; Деев И.А. и др., 2024); в Кыргызской Республике (КР) в 2023 г. – 254 400 человек (МЗ КР, 2023) [2, 3]. Существует две основные гипотезы возникновения аффективных расстройств у пациентов с СД: с одной стороны, аффективные сдвиги являются следствием биохимических изменений, присущих основному заболеванию;

с другой – аффективные расстройства развиваются в результате психосоциальных факторов, определяющих развитие СД, что соответствует описанным Гансом Селье (Selye H., 1960, 1986) эндокринным осям стресса, согласно которым дистресс является пусковым фактором в процессе развития психосоматических связей [4–7]. Тревожно-депрессивные расстройства (ТДР) негативно влияют на приверженность лечению и проведению самоконтроля гликемии, способствуют развитию осложнений, связанных с СД, снижают качество жизни, увеличивают общие

медицинские затраты здравоохранения и риск смерти (Соложенкин В.В., 2011; Сулайманова М.Р., 2024; McGrath N., McHugh S, Racine E. et al., 2021) [8–10]. При этом своевременное выявление ТДР и изучение механизмов адаптации может способствовать эффективной коррекции заболевания, что является актуальным в настоящее время (Tai L.A., Tsai L.Y., Lin C.H. et al., 2024) [11].

Частота депрессии примерно в 2 раза выше среди пациентов с СД1 и примерно в 3 раза выше среди пациентов с СД2, что усугубляет озабоченность тем, что у большинства пациентов диагноз не ставится [12]. По данным ученых, при СД часто выявляются расстройства адаптации (28,1 %), невротоподобные (40,4 %), депрессивные (69,4 %), органические психические расстройства (90,1 %), расстройства личности и поведения (59,5 %), тревожно-депрессивные реакции и т. д. [4]. Механизмы психологической защиты (МПЗ) играют существенную роль в формировании аффективных расстройств (АР) (Freud A., 1993) и процессов коморбидности СД, так как МПЗ в дебюте заболевания оказывают защитную и в процессе расстройства – деструктивную функцию [8, 9, 13–15]. Таким образом, комплексный подход, включающий психодиагностику и коррекцию ТДР у пациентов с СД, обусловлен необходимостью повышения эффективности лечения, профилактики осложнений и улучшения качества жизни больных, в связи с чем необходимо разработать современные дифференцированные подходы в терапии и профилактики СД.

Цель исследования – сформулировать алгоритм дифференцированной диагностики и терапии СД с учетом психокоррекции в зависимости от типа для улучшения качества жизни пациентов с СД.

Материалы и методы исследования. Исследовано 60 респондентов, страдающих СД, из них 30 (50 %) женщин и 30 (50 %) мужчин, на базе отделения эндокринологии Городской клинической больницы № 1 МЗ КР, Городского эндокринологического диспансера МЗ КР, ряда ЦСМ городов Бишкека и Токмока, в возрасте от 18 лет до 60 лет.

Согласно типологии, пациенты разделены на две группы: I составили пациенты с сахарным диабетом первого типа (СД 1) – 28 (46,7 %) респондентов, II группу – пациенты с СД второго типа (СД 2) – 32 (53,3 %) респондента. Для реализации поставленных задач, с информированного согласия пациентов, мы применили следующие *методы исследования*: полуструктурированное интервью, шкалы ситуативной и личностной тревожности Спилбергера – Ханина и депрессии Цунга, шкала одиночества UCLA, опросник Плутчика – Келлермана – Конте для определения силы МПЗ. Полученные данные подвергались процедуре статистической обработки с использованием пакета компьютерных программ Statistics SPSS 16.0 for Windows, Microsoft Excel.

Результаты и обсуждение. Идентификация уровня аффекта выявила: высокий уровень СТ у 16 (26,7 %) респондентов, умеренный уровень СТ – у 37 (61,7 %), низкий уровень СТ – у 7 (11,7 %) респондентов. При этом высокий уровень ЛТ отмечен у 31 (51,7 %) респондента, умеренный уровень ЛТ – у 26 (43,3 %), низкий уровень ЛТ – у 3 (5 %) (таблица 1).

Таблица 1 – Уровень тревоги у респондентов с СД (по шкале Спилбергера – Ханина)

Уровень тревоги	Ситуативная тревога		Личностная тревога	
	частота	%	частота	%
Низкий	7	11,7	3	5,0
Умеренный	37	61,7	26	43,3
Высокий	16	26,7	31	51,7
Итого	60	100,0	60	100,0

Выявлен высокий уровень одиночества у 16 респондентов (26,7 %), средний уровень – у 44 респондентов (73,3 %) (таблица 2).

Таблица 2 – Уровень одиночества у респондентов с СД (по шкале UCLA)

Уровень одиночества	Частота	%
Средний	44	73,3
Высокий	16	26,7
Итого	60	100,0

Таблица 3 – Сравнение уровня тревоги у пациентов с СД 1 и СД 2

Название аффекта	I группа (СД 1)	II группа (СД 2)	p
Ситуативная тревога	38,57 ± 1,58	41,03 ± 1,19	p > 0,05
Личностная тревога	39,68 ± 1,51	45,41 ± 1,53	p < 0,05

Таблица 4 – Сравнение уровня депрессии у пациентов с СД 1 и СД 2

Название аффекта	I группа (СД 1)	II группа (СД 2)	p
Депрессия	37,11 ± 1,22	37,78 ± 1,03	p > 0,05

Таблица 5 – Сравнение уровня одиночества у пациентов с СД 1 и СД 2

Название аффекта	I группа (СД 1)	II группа (СД 2)	p
Одиночество	32,89 ± 0,92	35,28 ± 1,01	p > 0,05

Сравнительный анализ уровня тревоги, депрессии и одиночества у респондентов в зависимости от типологии СД продемонстрировал следующие результаты: уровень ЛТ преобладал у пациентов с СД 2 (45,41 ± 1,53; p < 0,05) по сравнению с показателями пациентов с СД 1 (39,68 ± 1,51; p < 0,05), а уровень СТ у пациентов с СД 2 (41,03 ± 1,19; p > 0,05) превышал показатели у пациентов с СД 1 (37,11 ± 1,22; p > 0,05); уровень депрессии у пациентов с СД 2 (37,78 ± 1,03; p > 0,05) был идентичен уровню депрессии в группе с СД 1 (37,11 ± 1,22; p > 0,05); уровень одиночества у респондентов с СД 2 (35,28 ± 1,01; p > 0,05) значительно превысил показатели пациентов с СД 1 (32,89 ± 0,92; p > 0,05) (таблицы 3–5).

Нами получены статистически значимые результаты идентификации МПЗ: в группе респондентов с СД 1 доминируют “рационализация” (73,15 ± 2,54; p < 0,05), “отрицание” (72,91 ± 3,11; p < 0,05), “компенсация” (61,78 ± 2,95; p < 0,05), “вытеснение” (59,28 ± 2,66; p < 0,05), “проекция” (55,11 ± 2,03; p < 0,05). В группе респондентов с СД 2 доминируют “отрицание” (63,63 ± 1,89; p < 0,05), “рационализация” (63,23 ± 1,72; p < 0,05), “компенсация”

(49,68 ± 2,59; p < 0,05); “вытеснение” (39,06 ± 2,34; p < 0,05); “проекция” (41,77 ± 1,57; p < 0,05) (таблица 6).

Таблица 6 – Сравнительный анализ силы МПЗ у пациентов с СД 1 и СД 2

Название МПЗ	I группа (СД 1)	II группа (СД 2)	p
Вытеснение	59,28 ± 2,66	39,06 ± 2,34	p < 0,05
Регрессия	40,62	50,00	p > 0,05
Замещение	20,00	30,00	p > 0,05
Отрицание	72,91	63,63	p < 0,05
Проекция	55,11 ± 2,03	41,77 ± 1,57	p < 0,05
Компенсация	61,78 ± 2,95	49,68 ± 2,59	p < 0,05
Гиперкомпенсация	39,64 ± 5,47	45,00 ± 5,04	p > 0,05
Рационализация	73,15 ± 2,54	63,23 ± 1,72	p < 0,05

Анализ корреляционных связей выявил взаимообуславливающие процессы. Так, нами обнаружены прямые корреляции: уровень депрессии средне-, высокодостоверно коррелирует с уровнем ЛТ (r = 0,373; p < 0,01); достоверно – с уровнем гиперкомпенсации (r = 0,303; p < 0,05); уровень СТ средне-, высокодостоверно коррелирует с уровнем гиперкомпенсации (r = 0,491; p < 0,01), регрессией (r = 0,50; p < 0,01); уровень одиночества средне-, высокодостоверно коррелирует с регрессией (r = 0,38; p < 0,01); вытеснение средне-, высокодостоверно – с уровнем проекции (r = 0,332; p < 0,01), отрицанием (r = 0,42; p < 0,01) и компенсацией (r = 0,375; p < 0,01); уровень регрессии сильно-, высокодостоверно – с уровнем гиперкомпенсации (r = 0,53; p < 0,01); уровень замещения имеет среднестатистическую связь – с уровнем отрицания (r = 0,25; p < 0,05), с компенсацией (r = 0,32; p < 0,05); отрицание средне-, высокодостоверно коррелирует с уровнем рационализации (r = 0,63; p < 0,01), компенсацией (r = 0,48; p < 0,01) и проекцией (r = 0,48; p < 0,01); компенсация средн., высокодостоверно коррелирует с уровнем рационализации (r = 0,40; p < 0,01); гиперкомпенсация среднестатистическая – с рационализацией (r = 0,25; p < 0,05). Уровень ЛТ имеет статистически значимую обратную, среднюю

Таблица 7 – Корреляции уровня аффекта, одиночества и МПЗ при СД

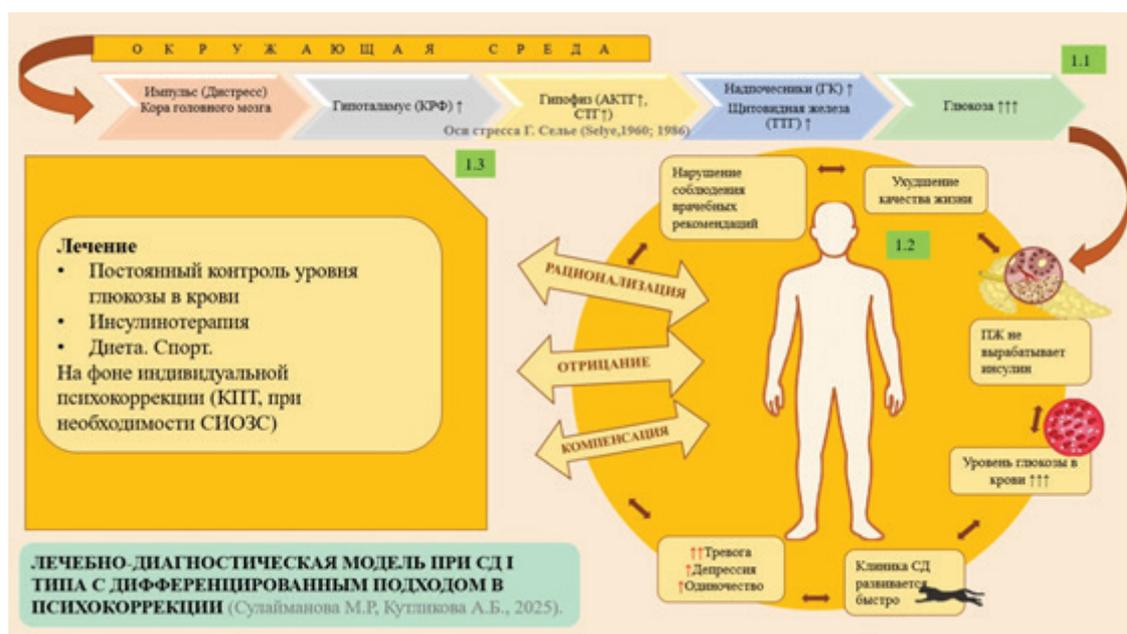
Наименование	Депрессия	СТ	ЛТ	Одиночество	Вытеснение	Регрессия	Замещение	Отрицание	Проекция	Компенсация	Гиперкомпенсация	Рационализация
Депрессия	-	0,19	0,37**	-0,03	-0,77	-0,03	0,17	-0,20	-0,02	-0,19	0,30*	0,16
СТ	0,19	-	0,18	0,14	-0,20	0,50**	-0,04	-0,25*	0,02	-0,21	0,49**	-0,02
ЛТ	0,37**	0,18	-	0,18	-0,18	0,16	-0,19	-0,60**	-0,23	-0,38**	0,01	-0,43**
Одиночество	-0,03	0,14	0,18	-	-0,18	0,38**	-0,17	-0,38**	-0,01	-0,13	0,07	-0,46**
Вытеснение	-0,07	-0,20	-0,18	-0,18	-	-0,07	0,01	0,42**	0,33**	0,37**	-0,10	0,13
Регрессия	-0,036	0,50**	0,16	0,38**	-0,07	-	0,03	-0,25	-0,10	-0,08	0,53**	0,02
Замещение	0,17	-0,04	-0,19	-0,17	0,01	0,03	-	0,25*	-0,06	0,32*	0,12	0,41**
Отрицание	-0,20	-0,25*	-0,60**	-0,38**	0,42**	-0,25	0,25*	-	0,34**	0,48**	0,05	0,63**
Проекция	-0,02	0,02	-0,23	-0,01	0,33**	-0,10	-0,06	0,34**	-	0,08	-0,07	0,23
Компенсация	-0,19	-0,21	-0,38**	-0,13	0,37**	-0,08	0,32*	0,48**	0,08	-	-0,01	0,40**
Гиперкомпенсация	0,30*	0,49**	0,01	0,07	-0,10	0,53**	0,12	0,05	-0,07	-0,01	-	0,25*
Рационализация	0,16	-0,02	-0,43**	-0,46**	0,13	0,02	0,4**	0,63**	0,23	0,40**	0,25*	-

Примечание. * – Статистически значимая корреляция (голубой фон); ** – Высокая статистическая значимость корреляций (желтый фон); “-”* – Статистически значимая обратная корреляция (оранжевый фон); “-”** – Высоко статистически значимая обратная корреляция (зеленый фон).

связь с компенсацией ($r = -0,38$; $p < 0,01$), отрицанием ($r = -0,38$; $p < 0,01$) и рационализацией ($r = -0,43$; $p < 0,01$); уровень одиночества имеет статистически значимую, среднюю связь с рационализацией ($r = -0,46$; $p < 0,01$) и отрицанием ($r = -0,38$; $p < 0,01$); уровень отрицания имеет статистически значимую обратную связь с уровнем ЛТ ($r = -0,60$; $p < 0,01$) и СТ ($r = -0,25$; $p < 0,05$) (таблица 7).

На основании полученных результатов мы сформулировали лечебно-диагностическую модель (ЛДМ) с дифференцированными подходами в психокоррекции в зависимости от типа. Как известно, согласно теории стресса Ганса Селье (Selye H., 1960, 1986), в развитии СД эндокринные оси имеют основополагающее значение по принципу психосоматических связей (рисунок 1 (1.1), рисунок 2 (2.1)). Наряду с механизмами, препятствующими выработке инсулина с метаболическими нарушениями,

в процесс включается эмоциональное напряжение, что способствует формированию МПЗ: при СД 1 повышается уровень тревоги и усиливаются такие МПЗ, как рационализация, компенсация, вытеснение, а при СД 2 значительно повышаются уровень аффекта, одиночества и такие МПЗ, как рационализация, компенсация, проекция. Выявленные регрессивные МПЗ способствуют кратковременному эффекту “самоуспокоения” на непродолжительный период, что влечет за собой нарушение врачебных рекомендаций (отсутствие должного контроля уровня глюкозы в крови, режима питания и терапии), что в итоге негативно воздействует на работу поджелудочной железы (ПЖ). Следовательно, формируется патологический “замкнутый круг”: дистресс → нарушение выработки инсулина (при СД 1 – абсолютная инсулиновая недостаточность, при СД 2 – относительная инсулиновая недостаточность) → ↑ уровень глюкозы в крови



1.1 – оси стресса по Гансу Селье;

1.2 – этиопатогенез при СД 1 типа;

1.3 – алгоритм лечения;

КРФ – кортикотропин релизинг фактор;

АКТГ – адренокортикотропный гормон;

ТТГ – тиреотропный гормон;

СТГ – соматотропный гормон;

ПЖ – поджелудочная железа;

КПТ – когнитивно-поведенческая терапия;

СИОЗС – селективные ингибиторы обратного захвата серотонина

Рисунок 1 – Лечебно-диагностическая модель при СД 1 в зависимости от типа с дифференцированным подходом в психокоррекции

→ ↑ уровень аффекта (при СД 1: ↑↑ тревога + ↑ депрессия + ↑ одиночество; при СД2: ↑↑↑ одиночество + ↑↑↑ тревога + ↑ депрессия) → усиление МПЗ (при СД 1: рационализация, отрицание, компенсация; при СД 2: отрицание, рационализация, компенсация) → нарушение соблюдения врачебных рекомендаций → ухудшение качества жизни → дистресс → нарушение выработки инсулина (см. рисунок 1 (1.2), рисунок 2 (2.2)). Предлагаемый нами комплексный терапевтический подход с адресной психотерапией, направленной на снижение уровня тревоги и доминирующих МПЗ при СД 1, а также на снижение уровня аффекта, одиночества и доминирующих МПЗ при СД 2, может снизить влияние патогенных факторов, связанных с дистрессом, либо фактически нивелировать их, таким образом

разрывая непрерывную цепь этиопатогенеза (рисунок 1 (1.3), рисунок 2 (2.3)).

Таким образом, у исследуемых респондентов был существенно повышен уровень тревоги, причем у пациентов с СД 2 уровни ЛТ и СТ преобладали по сравнению с показателями у респондентов с СД 1. Уровень депрессии у пациентов идентичен в обеих группах, при этом уровень одиночества оказался выше у пациентов с СД 2 по сравнению с СД 1. При СД 1 доминируют такие МПЗ как: рационализация, отрицание, компенсация, вытеснение; при СД 2 – отрицание, рационализация, компенсация, проекция. Определяются статистически значимые корреляции между уровнем тревоги, депрессии, одиночества и силы МПЗ, что формирует клинко-психологические механизмы



2.1 – оси стресса по Гансу Селье;
 2.2 – этиопатогенез при СД 2 типа;
 2.3 – алгоритм лечения;
 КРФ – кортикотропин релизинг-фактор
 АКТГ – адренкортикотропный гормон

ТТГ – тиреотропный гормон;
 СТГ – соматотропный гормон;
 ПЖ – поджелудочная железа;
 СИОЗС – селективные ингибиторы
 обратного захвата серотонина

Рисунок 2 – Лечебно-диагностическая модель при СД 2 в зависимости от типа с дифференцированным подходом в психокоррекции

коморбидности ТДР и соматических нарушений при СД. Выявленные корреляции позволяют обозначить стереотипы коморбидности аффективных и соматических нарушений при СД в зависимости от его типологии, что требует дальнейшего углубленного изучения. Для построения стратегий диагностики и тактики терапии предлагается сформированная нами лечебно-диагностическая модель с дифференцированными подходами психокоррекции в зависимости от типа СД, что направлено на повышение эффективности персонализированной терапии, профилактику осложнений и улучшение качества жизни пациентов.

Поступила: 10.04.2025;
 рецензирована: 24.04.2025; принята: 25.04.2025.

Литература

1. World Health Organization (2024). URL: <https://www.who.int/news/item/13-11-2024-urgent-action-needed-as-global-diabetes-cases-increase-four-fold-over-past-decades> (дата обращения: 29.03.2025).
2. Федеральная служба государственной статистики // Здоровоохранение в России. 2021. URL: <https://rosstat.gov.ru/folder/210/document/13218> (дата обращения: 29.03.2025).
3. Деев И.А. Заболеваемость всего населения России в 2023 году: статистические материалы / И.А. Деев, О.С. Кобякова, В.И. Стародубов [и др.]. М.: ФГБУ “ЦНИИ-ОИЗ” Минздрава России, 2024. URL: <https://doi.org/10.21045/978-5-94116-160-7-2024>.
4. Хаятов Р.Б. Особенности развития и течения аффективных расстройств при сахарном диабете / Р.Б. Хаятов, А.С. Велиляева //

- Достижения науки и образования. 2020. № 5 (59). С. 39–41.
5. Тен В.И. Введение в стрессологию: учебное пособие / В.И. Тен, Н.В. Фетисова, М.Р. Сулайманова. Бишкек: Изд-во КРСУ, 2016. 129 с.
 6. Селье Г. Стресс без дистресса / Г. Селье. М.: Наука, 1986. 123 с.
 7. Селье Г. Очерки об адаптационном синдроме / Г. Селье. М., 1960. 254 с.
 8. Соложенкин В.В. Избранные лекции по психиатрии с элементами психотерапии: учебное пособие / В.В. Соложенкин. Бишкек: Изд-во КРСУ, 2011. 318 с.
 9. Сулайманова М.Р. Основы психопатологии в общей медицинской практике: учеб. пособие / М.Р. Сулайманова. Бишкек: Изд-во КРСУ, 2024. 149 с.
 10. McGrath N., McHugh S., Racine E. et al. Barriers and enablers to screening and diagnosing diabetes distress and depression in people with type 2 diabetes mellitus: a qualitative evidence synthesis // Prim Care Diabetes. 2021; 15 (6): 923–936.
 11. Сулайманова М.Р. Паттерны мультиморбидности у пациентов с аффективными нарушениями при сахарном диабете в зависимости от типа / М.Р. Сулайманова, А.Б. Кутликова, К.А. Тобокелова [и др.] // Вестник КРСУ. 2023. Т. 23. № 9. С. 123–130.
 12. Tai L.A., Tsai L.Y., Lin C.H., Chiu Y.C. Depressive symptoms and daily living dependence in older adults with type 2 diabetes mellitus: the mediating role of positive and negative perceived stress // BMC Psychiatry. 2024; 24(1):14. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38166717/>
 13. Сулайманова М.Р. Клиническая значимость МПЗ в структуре аффективного синдрома при сердечно-сосудистых и психических расстройствах / М.Р. Сулайманова // Внебольничная психиатрическая помощь: вехи становления и перспективы развития // Сб. статей / под ред. Г.П. Костюка, А.А. Шмиловича. М., 2019. С. 318–324.
 14. Freud A. (1993). The Ego and the Mechanisms of Defence (Reprint edition). London: Karnac Books. URL: <https://psptraining.com/wp-content/uploads/Freud-A.-1936-1993.The-ego-and-the-mechanisms-of-defence.-London-Karnac-Books.pdf> (дата обращения: 29.03.2025).
 15. Сулайманова М.Р. Аффективные нарушения и механизмы адаптации у пациентов с сахарным диабетом / М.Р. Сулайманова, А.Б. Кутликова, К.А. Тобокелова [и др.] // Вестник КРСУ. 2023. Т. 23. № 5. С. 155–161