

УДК: 616.891.6:616.895.4:616-036.12-084(470.43)

# РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ СИНДРОМОВ ТРЕВОГИ И ДЕПРЕССИИ ВО ВЗАИМОСВЯЗИ С ОСНОВНЫМИ ФАКТОРАМИ РИСКА ХРОНИЧЕСКИХ НЕИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ СРЕДИ ПАЦИЕНТОВ САМАРСКОЙ ОБЛАСТИ

PREVALENCE OF ANXIETY AND DEPRESSION SYNDROMES IN CORRELATION WITH MAJOR RISK FACTORS FOR CHRONIC NONINFECTIOUS DISEASES AMONG PATIENTS OF THE SAMARA REGION

Крылова И.А.  
Купаев В.И.  
Слободянюк А.Л.  
Нурдина М.С.  
Борисов О.Ю.

Krylova IA  
Kupaev VI  
Slobodyanyuk AL  
Nurdina MS  
Borisov OYu

ФГБОУ ВО «Самарский государственный медицинский университет» Минздрава России

Samara State Medical University

**Цель** — изучить распространенность синдромов тревоги и депрессии во взаимосвязи с основными факторами риска (ФР) хронических неинфекционных заболеваний (ХНИЗ) среди пациентов Самарской области, считающих себя здоровыми.

**Материалы и методы.** Сравнительное популяционное одномоментное исследование на репрезентативной выборке пациентов (95 чел.) Самарской области (в сельской местности и в городе) в возрасте от 19 до 68 лет.

**Результаты.** Выявлено достоверное повышение показателей усталости, тревоги и депрессии у амбулаторных пациентов. Синдром тревоги субклинического уровня выявлен у 35,7% пациентов, клинического уровня у 23,2%; синдром депрессии субклинического уровня у 21,0% пациентов, клинического уровня у 4,2%. Обнаружена взаимосвязь синдромов тревоги и депрессии с основными ФР ХНИЗ и удовлетворенностью пациента качеством медицинской помощи в поликлинике. Высокие показатели тревоги чаще встречались у мужчин, в старшем возрасте, при гиподинамии. Выраженная депрессия встречалась чаще в старшем возрасте, при наличии гиперхолестеринемии. Уровень доходов пациента взаимосвязан с уровнем подверженности стрессу, удовлетворенности работой поликлиники и физической активности. Не установлено связи между синдромами тревоги и/или депрессии с уровнем

**Aim** — to study the prevalence of syndromes of anxiety and depression in correlation with major risk factors (RF) of chronic noninfectious diseases among patients of the Samara region considering themselves healthy.

**Materials and methods.** A comparative population-based cross-sectional study was based on a representative selection of patients (95 people) from the Samara region (rural and urban population) at the age of 19—68 years.

**Results.** The study revealed a significant increase in the rates of fatigue, anxiety and depression in outpatients. The syndrome of anxiety of subclinical level was detected in 35.7% of patients, clinical level — in 23.2% of patients; the syndrome of subclinical depression was revealed in 21.0% of patients, and 4.2% had the clinical level. We discovered the correlation between the syndromes of anxiety and depression and the major RF of chronic noninfectious diseases and patient's satisfaction with quality of medical care in the clinic. High levels of anxiety were more frequent in men, at older age, and were associated with physical inactivity. Severe depression more often occurred at older age and in the presence of hypercholesterolemia. The income level of the patient correlated with the level of stress exposure, physical activity and satisfaction with the work of the polyclinics. We did not reveal the relationship between the syndromes of

доходов, степенью артериальной гипертензии, социальной активностью, статусом курения, употреблением алкоголя, индексом массы тела.

**Заключение.** Наличие синдромов тревоги и депрессии повышает риск возникновения других независимых факторов риска возникновения ХНИЗ. Выявленные тенденции могут быть основой для целенаправленных программ скрининговой диагностики и профилактики ХНИЗ.

**Ключевые слова:** тревога, депрессия, факторы риска, профилактика ХНИЗ.

anxiety and/or depression and the level of income, degree of hypertension, social activity, smoking, alcohol consumption, and body mass index.

**Conclusion.** The results indicate that the presence of the syndromes of anxiety and depression increases the risk of occurrence of other independent risk factors of chronic noninfectious diseases. The identified trends can serve as the basis for targeted screening programs for diagnostics and prevention of chronic noninfectious diseases.

**Keywords:** anxiety, depression, risk factors, prevention of chronic noninfectious diseases.

## ■ ВВЕДЕНИЕ

В настоящее время в структуре заболеваемости, ранней инвалидности и преждевременной смертности населения России основное место (96%) принадлежит хроническим неинфекционным заболеваниям (ХНИЗ), лишь оставшиеся 4% приходятся на долю инфекционных болезней [1, 2].

Основные социально-значимые ХНИЗ, приводящие к смерти (сердечно-сосудистые заболевания — 54%, внешние причины — 17% и онкологические заболевания — 14%), имеют сходные доказанные медицинские ФР, ухудшающие показатель здоровья населения «потерянные годы здоровой жизни»: повышенное артериальное давление (12,8%); курение табака (12,3%); злоупотребление алкоголем (10,1%); повышение уровня холестерина крови (8,7%); избыточная масса тела (8,7%); низкий уровень потребления фруктов и овощей (4,4%); малоподвижный образ жизни (гиподинамия) (3,5%). Для сердечно-сосудистых заболеваний дополнительным ФР является сахарный диабет. Каждый из перечисленных ФР является общим как минимум для двух заболеваний, и каждое заболевание связано не менее чем с двумя перечисленными ФР. Результат воздействия факторов риска ХНИЗ определяется индивидуальными характеристиками (наследственность, пол, расово-этническая принадлежность, социально-экономическое положение и т.д.) и состоянием системы здравоохранения и уровнем жизни [2, 3].

В исследовании INTERHEART (2004) депрессия и психосоциальный стресс были признаны независимыми ФР развития ишемической болезни сердца и артериальной гипертензии и занимают 3 место по значимости среди известных ФР ХНИЗ [4, 5].

Согласно данным исследования ЭССЕ-РФ, в Российской Федерации распространенность синдрома тревоги составляет 46,3%, синдрома депрессии — 25,6% [2, 5]. По прогнозам экспертов ВОЗ, к 2020 году депрессия займет второе место в качестве причин потери трудоспособности и смерти населения [1].

## ■ ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Изучить распространенность синдромов тревоги и депрессии во взаимосвязи с основными факторами риска хронических неинфекционных заболеваний среди пациентов Самарской области, считающих себя здоровыми.

## ■ ХАРАКТЕРИСТИКА ИЗУЧАЕМЫХ ГРУПП ПАЦИЕНТОВ

Репрезентативная выборка амбулаторных пациентов (95 чел.: мужчин — 44 чел. (46,3%); женщин — 51 чел. (53,7%)) Самарской области в возрасте от 19 до 68 лет. Критерии включения: пациенты, считавшие себя здоровыми или не обращавшиеся за медицинской помощью в течение последних 3 месяцев. Критерии исключения: пациенты с клинически значимыми нарушениями здоровья и имеющимися выявленными заболеваниями.

## ■ МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Сравнительное популяционное одномоментное исследование репрезентативной выборки пациентов Самарской области (сельской местности и города). Обязательным условием участия пациентов было получение добровольного согласия.

Проведено анкетирование для определения фенотипа (пол, возраст), социального статуса (семейное положение, уровень дохода) пациента, отношения его к своему здоровью (в том числе наличие курения и приема алкоголя по частоте употребления в пересчете значений на чистый спирт), удовлетворенности работой поликлиники. Определены уровни: физической активности по шкале ФАВР [6]; тревоги и депрессии по госпитальной шкале HADS (содержит 14 утверждений для двух подшкал: «тревога» и «депрессия» с результатом по каждой из них, для трех областей значений: 0–7 — норма, отсутствие достоверно выраженных симптомов тревоги/депрессии; 8–10 — субклинически выраженная тревога/депрессия, 11 и выше — клинически выраженная тревога/депрессия); подверженности стрессу по шкале PSS; мотивационных установок по шкале МУН. Изучены объективные данные: антропометрия (измерение роста, веса, окружности талии) с определением индекса массы тела (ИМТ) Кетле (кг/м<sup>2</sup>) и оценкой согласно рекомендациям ВОЗ (ИМТ менее 18,5 кг/м<sup>2</sup> — дефицит массы тела, 18,5–24,9 кг/м<sup>2</sup> — нормальный индекс массы тела, 25,0–29,9 кг/м<sup>2</sup> — предожирение, 30,0–34,9 кг/м<sup>2</sup> — ожирение I степени, 35,0–39,9 кг/м<sup>2</sup> — ожирение II степени, более 40,0 кг/м<sup>2</sup> — ожирение III степени; абдоминальным ожирением считалась окружность талии у мужчин ≥ 94 см, у женщин — ≥ 80 см) [1], артериальное давление (измеряли в положении обслеваемого сидя, трижды на обеих руках, с точностью до

2 мм рт. ст. и брали наименьшее из измерений; наличие артериальной гипертензии оценивали в соответствии с российскими рекомендациями по диагностике и лечению артериальной гипертензии: диагноз АГ ставили при наличии повышенного систолического АД  $\geq 140$  мм рт. ст. и/или диастолического АД  $\geq 90$  мм рт. ст., либо при условии приема пациентами гипотензивных препаратов при нормальном АД в течение последних двух недель), частота сердечных сокращений, результаты дополнительных скрининговых методов исследования (глюкоза крови, ОХС, ХС ЛНП, ХС ЛВП, ТГ).

## ■ МЕТОДЫ ОБРАБОТКИ ДАННЫХ

Статистический анализ материала проводился с помощью прикладных программ Statistical10.0, электронных таблиц Microsoft Office Excel. Для оценки достоверности различий использовался критерий Манна – Уитни, тест  $\chi^2$ , для выявления корреляции – коэффициент Спирмана. Различия считали достоверными при уровне значимости  $p < 0,05$  [7].

## ■ РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Среди обследованных пациентов синдром тревоги обнаружен у 56 чел., 58,8% (субклинического уровня у 34 чел., 35,7%; клинического уровня у 22 чел., 23,2%), синдром депрессии – у 24 чел., 25,2% (субклинического

уровня у 20 чел., 21,0%; клинического уровня у 4 чел., 4,2%).

Выявлена взаимосвязь синдромов тревоги и депрессии с основными ФР ХНИЗ и удовлетворенностью пациента качеством медицинской помощи в поликлинике. Оказалось, что высокие показатели тревоги чаще встречались в старшем возрасте ( $r=0,26$ ;  $p < 0,05$ ), у мужчин ( $r=0,3$ ;  $p < 0,05$ ) при более низких показателях самочувствия [по мнению пациента ( $r=0,33$ ;  $p < 0,05$ ) и по шкале «общая самооценка здоровья» опросника «Градусник» ( $r= -0,37$ ;  $p < 0,05$ )]; обнаружена тенденция к взаимосвязи тревоги и гиподинамии ( $r= -0,03$ ;  $p > 0,05$ ). Выявлена корреляционная зависимость выраженности депрессии и возраста пациента ( $r=0,34$ ;  $p < 0,05$ ); депрессии и индекса массы тела пациента ( $r=0,3$ ;  $p < 0,05$ ); депрессии и гиперхолестеринемии ( $r=0,23$ ;  $p < 0,05$ ), его самочувствия [при оценке здоровья ( $r=0,49$ ;  $p < 0,05$ ), по опроснику «Градусник» ( $r= -0,48$ ;  $p < 0,05$ )] и гиподинамии ( $r= -0,29$ ;  $p < 0,05$ ).

Достоверные различия между уровнем тревоги у мужчин и женщин отсутствуют: при значении  $p < 0,05$  критическое значение  $\chi^2= 5,99$ , в нашем исследовании значение  $\chi^2= 4,74$ . Достоверные различия между уровнем депрессии у мужчин и женщин отсутствуют: при значении  $p < 0,05$  критическое значение  $\chi^2= 5,99$ , в нашем исследовании значение  $\chi^2= 1,95$ .

Достоверных различий индекса массы тела в зависимости от выраженности тревоги не выявлено: при сравнении группы пациентов с клинически выраженной тревогой и группы пациентов с субклинически выраженной тревогой ( $u=356,5$ ;  $z=0$ ;  $p=1,0$ ); группы пациентов с нормальным уровнем тревоги и группы пациентов с субклинически выраженной тревогой ( $u=267,5$ ;  $z=0,717$ ;  $p=0,47$ ); группы пациентов с клинически выраженной тревогой и группы пациентов с нормально выраженной тревогой ( $u=356,5$ ;  $z=0$ ;  $p=1,0$ ) достоверных различий не выявлено.

При определении удовлетворенности пациента качеством медицинской помощи в поликлинике оказалось, что показатели удовлетворенности тем ниже, чем выше выраженность тревоги ( $r=0,3$ ;  $p < 0,05$ ) и/или депрессии ( $r=0,36$ ;  $p < 0,05$ ) и чем ниже доход пациента ( $r=-0,28$ ;  $p < 0,05$ ). Кроме того, пациенты с низким уровнем дохода более подвержены стрессу ( $r=0,24$ ;  $p < 0,05$ ), у них ниже уровень физической активности ( $r=0,33$ ;  $p < 0,05$ ).

Таким образом, в обследованной популяции наблюдается неблагоприятная ситуация по распространенности тревожно-депрессивной симптоматики. Установлено, что синдром тревоги достоверно чаще встречается у мужчин, в старших возрастных группах, при наличии гиподинамии. Синдром депрессии чаще встречается в старшем возрасте при наличии гиперхолестеринемии. Уровень доходов пациента связан с уровнем подверженности стрессу, удовлетворенности работой поликлиники и физической активности.

Не установлено связи между синдромами тревоги/депрессии и уровнем дохода, статусом курения, употреблением алкоголя, социальной активностью, уровнями индекса массы тела и артериальной гипертензией.

№	Факторы риска ХНИЗ	M ± σ
1	• Возраст (лет)	41±27
	• Уровень дохода (руб./мес.)	7248±4832
	• Курение (чел.)	37 чел.
	• Употребление алкоголя (мл/прием)	23±40
	• Удовлетворенность работой поликлиники (балл)	2,08±2,0
	• Физическая активность (балл)	4,41±3,1
	• Тревога:	
	— норма (балл)	3,97±1,03
	— субклиническая тревога (балл)	4,42±3,58
	— клинически выраженная тревога (балл)	11,09±1,91
	• Депрессия:	
	— норма (балл)	1,95±5,05
	— субклиническая тревога (балл)	4,01±3,2
	— клинически выраженная тревога (балл)	11,01±1,94
	• Подверженность стрессу (балл)	16±6,0
• Мотивационные установки (балл)	16,3±2,7	
2	• Индекс массы тела (кг/м <sup>2</sup> )	25,5±14,7
	Окружность талии:	
	— у мужчин (см)	101±6,8
	— у женщин (см)	84±5,6
	• Артериальное давление систолическое (мм рт. ст.)	97,7±32
	• Частота сердечных сокращений (уд./мин.)	62±7
	• Глюкоза крови	4,7±2,5
	• ОХС	3,8±2,1

Таблица 1. Характеристика обследуемых лиц по основным факторам риска

## ■ ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Полученные результаты свидетельствуют о том, что наличие синдромов тревоги и депрессии повышает риск возникновения других независимых факторов риска возникновения ХНИЗ. Выявленные в ходе исследования тенденции могут быть основой для целенаправленных программ скрининговой диагностики и профилактики ХНИЗ.

## ■ ВЫВОДЫ

1. Проведенное нами исследование показывает, что независимые факторы риска ХНИЗ тревога и депрес-

сия влияют на субъективный показатель самочувствия пациента, который может применяться в скрининговой диагностике.

2. Синдром повышенной тревоги у мужчин старшего возраста может требовать уточнения анамнеза в отношении гиподинамии и мероприятий по ее коррекции.

3. У пациентов старшего возраста необходима ранняя диагностика синдромов депрессии и дислипидемии.

4. Пациент с низким доходом обладает низким уровнем физической активности, более подвержен стрессу и менее удовлетворен качеством помощи в поликлинике. ■

## ЛИТЕРАТУРА / REFERENCES

1. World Health Statistics. <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2017/half-deaths-recorded/en/>

2. Гаврилова Е.С., Яшина Л.М., Яшин Д.А., Сумеркина В.А. Распространенность биологических факторов риска хронических неинфекционных заболеваний и тревожно-депрессивной симптоматики во взаимосвязи с уровнем лептина сыворотки крови среди студенческой молодежи. *Фундаментальные исследования*. 2015;(1—3):478—482. [Gavrilova ES, Jashina LM, Jashin DA, Sumerkina VA. The prevalence of biological risk factors of chronic noncommunicable diseases with anxiety-depressive symptoms in correlation with the leptin level of blood serum among students. *Fundamental'nye issledovaniya*. 2015;(1—3):478—482. (In Russ.)].

3. Гаранин А.А. Кинетика артерий мышечного типа у больных сахарным диабетом 1 и 2 типов. *Аспирантский вестник Поволжья*. 2012;(1—2):21—24. [Garanin AA. The kinetics of the arteries of muscular type in patients with diabetes mellitus 1 and 2 classes. *Aspirantskij vestnik Povolzh'ja*. – 2012;(1—2):21—24. (In Russ.)].

4. Закроева А.Г., Андриянова О.В., Солодовников А. Г. Исследование качества жизни, распространенности тревожных и депрессивных расстройств у сельского населения Свердловской области. *Уральский*

*медицинский журнал*. 2007;11(39):7—10. [Zakroeva AG, Andrijanova OV, Solodovnikov AG. The study of quality of life, prevalence of anxiety and depressive disorders in the rural population of the Sverdlovsk region. *Ural'skij medicinskij zhurnal*. – 2007;11(39):7—10. (In Russ.)].

5. Закроева А.Г., Андриянова О.В., Солодовников А.Г. и др. Сравнительный анализ распространенности некоторых хронических неинфекционных заболеваний и их факторов риска в сельской и городской популяциях среднего Урала. *Профилактическая медицина*. 2013;(6):94—102. [Zakroeva AG, Andrijanova OV, Solodovnikov AG et al. Comparative analysis of the prevalence of some chronic non-communicable diseases and their risk factors in the rural and urban populations of the Middle Ural Region. *Profilakticheskaja medicina*. 2013;(6):94—102. (In Russ.)].

6. Бойцов С.А., Потемкина Р.А. Физическая активность. Методические рекомендации. ФГБУ «ГНИЦПМ». М., 2012. [Bojcov SA, Potemkina RA. Fizicheskaja aktivnost'. Metodicheskie rekomendacii. FGBU «GNICPM». M., 2012. (In Russ.)].

7. Chan K-S, Tong H. Chaos: A Statistical Perspective. Springer Series in Statistics. *Springer Science & Business Media*. 2013; 300. doi: 10.1007/978-1-4757-3464-5

## ■ Участие авторов

Концепция и дизайн исследования, редактирование статьи: Купаев В.И.

Концепция и дизайн исследования, обработка материала, написание текста: Крылова И.А.

Сбор материала: Слободянюк А.Л.\*

Статистическая обработка – Крылова И.А., Нурдина М.С.

**Конфликт интересов отсутствует.**

\*В сборе материала также принимали участие **врачи общей практики медучреждений Самарской области:**

Абдылдаева Р.М., Бакланов С.В., Бем Ю.Г., Бильдина О.В., Борзова Л.В., Гаврилов В.В., Евдокимова Е.А., Зарубаева Г.Н., Игнатъева С.В., Калишева Ю.В., Кимсанбаева Р.Э., Кудреватых О.А., Курушкина Н.Н., Малахова И.А., Маслянецв Б.М., Мигалина Н.С., Сариев Б.Д., Сельченкова С.Ю., Симученко И.И., Стройкин М.И., Татаринцева О.П., Трубина С.В., Фомина Е.Г., Шимарова Ф.Я.

**Коллектив авторов выражает коллегам благодарность.**

## СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРАХ

**Купаев В.И.** – д.м.н., профессор, заведующий кафедрой семейной медицины Института профессиональной подготовки СамГМУ. E-mail: vk1964sam@rambler.ru

## INFORMATION ABOUT AUTHORS

**Купаев VI** – PhD, Professor, head of the Department of family medicine of the Institute of Professional Training of SSMU. E-mail: vk1964sam@rambler.ru

**Крылова И.А.** – к.м.н., ассистент кафедры семейной медицины Института профессиональной подготовки СамГМУ.  
E-mail: raznoe.2009@list.ru

**Слободянюк А.Л.** – к.м.н., доцент кафедры семейной медицины Института профессиональной подготовки СамГМУ.  
E-mail: AS1204Samara@yandex.ru

**Нурдина М.С.** — аспирант кафедры семейной медицины Института профессиональной подготовки СамГМУ.  
E-mail: Goremykina\_marya@mail.ru

**Борисов О.Ю.** – ассистент кафедры семейной медицины Института профессиональной подготовки СамГМУ.  
E-mail: borisov@mail.ru

**Krylova IA** — PhD, assistant of the Department of family medicine of the Institute of Professional Training of SSMU.  
E-mail: raznoe.2009@list.ru

**Slobodyanyuk AL** — PhD, associate professor of the Department of family medicine of the Institute of Professional Training of SSMU.  
E-mail: AS1204Samara@yandex.ru

**Nurdina MS** – post-graduate student of the Department of family medicine of the Institute of Professional Training of SSMU.  
E-mail: Goremykina\_marya@mail.ru

**Borisov OYu** — assistant of the Department of family medicine of the Institute of Professional Training of SSMU.  
E-mail: borisov@mail.ru

#### ■ Контактная информация

**Крылова Ирина Александровна**  
Адрес: ул. Мяги 24б, кв. 86, Самара,  
Россия, 443093.  
E-mail: raznoe.2009@list.ru  
Раб. тел. + 7 (846) 332 48 36  
Моб. тел. +7 (961) 38 57 461

#### ■ Contact information

**Krylova Irina Alexandrovna**  
Address: ap. 86, 24b Myagi st., Samara,  
Russia, 443093.  
E-mail: raznoe.2009@list.ru  
Work tel. + 7 (846) 332 48 36  
Mob. phone + 7 (961) 38 57 461