

Дизайн исследования — случай-контроль, соответствовал современным требованиям к научному исследованию.

Определялись уровни острофазовых белков (С-реактивного белка, липополисахаридсвязывающего белка), цитокинов (IL-1 $\beta$ , 6, 8, 10 и TNF $\alpha$ ),  $\beta_2$ -микроглобулина, растворимого рецептора к IL-2 у больных СКВ и здоровых доноров, а также чувствительность, специфичность и диагностическая эффективность каждого показателя. Впервые авторами изучена диагностическая значимость интегрального показателя цитокинемии при СКВ. Несомненный интерес представляет вывод, что из всех изучаемых показателей наибольшей диагностической ценностью обладают IL-6, IL-8, TNF $\alpha$ , которые играют большую роль в воспалитель-

ной реакции, обуславливая повреждение тканей, стимулируя экссудацию, запуская дегрануляцию, активируя экспрессию медиаторов воспаления.

Достоверность научных положений определяется четким соответствием поставленных задач и выводов, полученных в результате работы, использованием объективных и достоверных методов статистического анализа.

Мониторинг цитокинов позволит врачу оценивать активность непосредственно патологического процесса, а не ограничиваться лишь выявлением клинических проявлений. Результаты мониторинга позволят своевременно выявлять обострения заболевания и осуществлять коррекцию терапии.

*Д. м. н., профессор Тузанкина И.А.*

## Сравнительное исследование показателей психического здоровья и их ассоциаций с факторами риска хронических неинфекционных заболеваний в сельской и городской популяциях

А. Г. Закроева, О. В. Андриянова, А. Г. Солодовников

Кафедра семейной медицины ГОУ ВПО УГМА Росздрава,  
Свердловский областной центр медицинской профилактики, г. Екатеринбург

### Comparative evaluation of the mental health problems and their associations with the risk factors of the chronic somatic diseases at the rural and urban populations

A. G. Zakroyeva, O. V. Andriyanova, A. G. Solodovnikov,

Department of Family Medicine, the Ural State Medical Academy, Ekaterinburg, Russian Federation; Department of Public Health, The Sverdlovsk Oblast Medical Center of Prevention, Ekaterinburg, Russian Federation

#### Резюме

С целью анализа эпидемиологии тревожных и депрессивных расстройств, злоупотребления алкоголем, курения и их ассоциаций, при одномоментном популяционном исследовании проанкетированы 522 жителя села и 404 городских респондента (опросники GSAD, GHQ-12, CINDI и др.).

Доля лиц, имевших «50-процентную вероятность депрессии» и «50-процентную вероятность тревожного расстройства» в селе 42 $\pm$ 2,2% и 35 $\pm$ 2,1%, в городе — 42,6 $\pm$ 2,5% и 37,9 $\pm$ 2,4% соответственно, и нарастает с возрастом. Данные проблемы чаще выявляются у женщин, и ассоциированы с низким уровнем образования, семейным статусом, высоким уровнем стресса, высоким индексом массы тела, наличием ряда соматических заболеваний. Злоупотребление алкоголем широко распространено в популяции и ассоциировано с низким уровнем образования и доходов респондентов. Курение чаще наблюдается среди жителей села, молодых мужчин, лиц с низким уровнем образования, но уровнем дохода выше минимального.

**Заключение:** выявлена высокая распространенность депрессивных и тревожных расстройств, злоупотребления алкоголем и курения среди сельских и городских жителей. Население исследованных районов характеризуется крайне низкой информированностью относительно проблем в области психического здоровья.

**Ключевые слова:** психическое здоровье, тревожное расстройство, депрессия, эпидемиология.

А. Г. Закроева — к. м. н., доцент кафедры семейной медицины ФПК и ПП Уральской государственной медицинской академии;

А. Г. Солодовников — ассистент кафедры семейной медицины ФПК и ПП Уральской государственной медицинской академии.

**Summary**

The 522 rural and 404 urban respondents were asked using GSAD, GHQ-12, CINDI questionnaires etc to assess prevalence of mental health problems and their associations on the population-based study.

Percentage of people with high of depression and anxiety is  $42 \pm 2,2\%$  and  $35 \pm 2,1\%$  acc. at the rural population, and  $42,6 \pm 2,5\%$  and  $37,9 \pm 2,4\%$  acc. among townspeople, and generally rises with the age. The problems at women are more often, and associated with primary education, marital status peculiarities; high stress level and BMI, some somatic diseases. We obtained high prevalence of alcohol abusing, especially among rural people. It is associated with primary education and low family income. Smoking is more often at rural respondents and associated with male sex, primary education but financial status «more than minimal».

We suppose the serious burden of depression, anxiety, alcohol abusing and smocking but low awareness concerning mental health problems at the rural and urban populations.

**Key words:** mental health, depression, anxiety disorders, epidemiology.

**Введение**

Состояние психического здоровья населения является важной эпидемиологической характеристикой популяции. В медико-демографическую обстановку существенный вклад вносят также специфические черты образа жизни, особенности факторов риска и семейно-социальных отношений городского и сельского населения, а также региональные различия.

Однако в доступной отечественной литературе нет сведений о распространенности и структуре таких важных факторов, как злоупотребление алкоголем, уровень подверженности стрессу, курение, тревожные, депрессивные расстройства и их ассоциации с показателями соматического здоровья, и социально-демографическими индексами у жителей села и городского населения. Поэтому при организации долгосрочных профилактических программ возникает необходимость в специально спланированных популяционных исследованиях, позволяющих изучить и сравнить распространенность, структуру и ассоциации основных показателей психического и физического здоровья на селе и в городе [1-4].

Целью данной работы являлось сравнительное изучение проблем психического здоровья сельской и городских популяций Урала, и их ассоциаций с показателями физического здоровья, факторами риска основных хроничес-

ких неинфекционных заболеваний, социо-демографическими характеристиками.

**Материалы и методы исследования**

Проведено одномоментное популяционное исследование в Нижне-Сергинском районе Свердловской области и промышленном городе Ревда. Методом простого случайного выбора из списка избирателей была сформирована репрезентативная выборка из респондентов старше 25 лет. Сбор данных осуществлялся прошедшими обучение интервьюерами-сотрудниками лечебно-профилактических учреждений, методом личного опроса. Респондентам также проводилось измерение артериального давления (АД) с использованием откалиброванных тонометров. В Нижне-Сергинском районе на вопросы анкеты ответили 522 человека (237 мужчин и 285 женщин), средний возраст —  $45,4 \pm 10,6$  лет. В городе Ревда было проанкетировано 404 респондента (155 мужчин и 254 женщины), средний возраст которых был  $53,3 \pm 15,8$  лет. Поскольку различия между популяциями по полу и возрасту достоверны, при сравнении показателей городской и сельской территорий проводилась соответствующая стратификация данных.

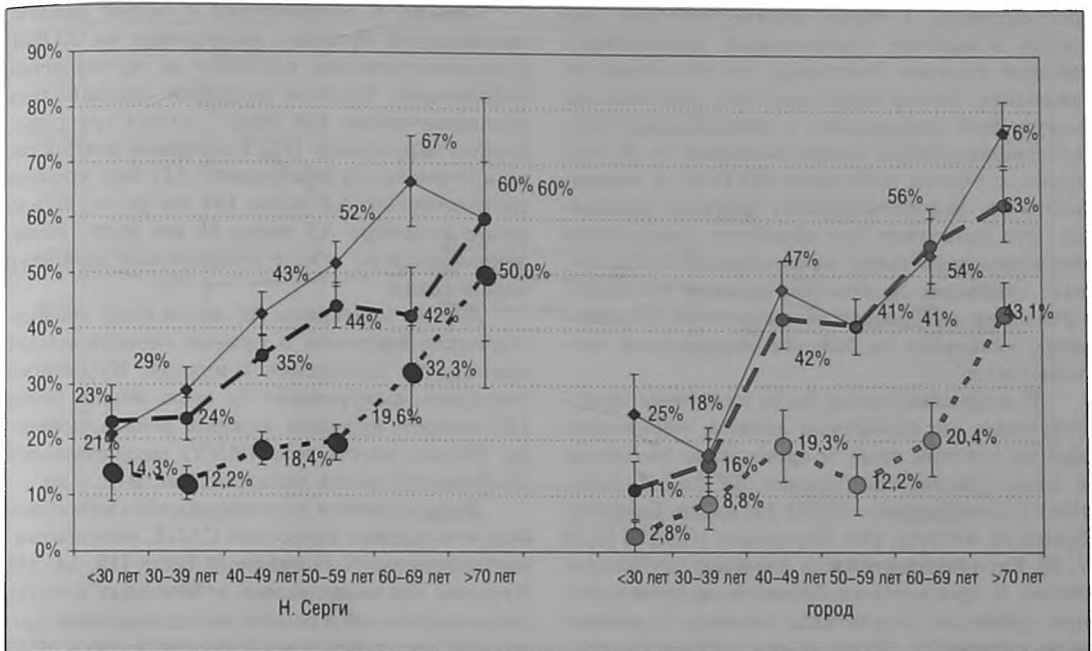
Использовался вопросник, охватывающий социо-демографические данные, информацию

Таблица 1. Показатели «высокая вероятность депрессии» и «высокая вероятность тревожных расстройств» в исследованных популяциях

Параметры	Нижне-Сергинский район			Город Ревда		
	мужчины	женщины	Всего	мужчины	женщины	всего
Количество респондентов	237	285	522	150	254	404
Доля лиц с высокой вероятностью тревожных расстройств, %	$30,5 \pm 3,0$	$38,6 \pm 2,9$	$34,9 \pm 2,1$	$24,0 \pm 3,5$	$46,1 \pm 3,1^{**}$	$37,9 \pm 2,4$
Доля лиц с высоким риском депрессии, %	$36,9 \pm 3,1$	$46,7 \pm 3,0^{**}$	$42,1 \pm 2,2$	$29,3 \pm 3,7$	$32,7 \pm 2,9$	$42,6 \pm 2,5$
Доля лиц с высоким уровнем стресса	$15,3 \pm 2,3$	$20,7 \pm 2,4$	$18,2 \pm 1,7$	$9,3 \pm 2,4$	$22,4 \pm 2,6^{**}$	$17,6 \pm 1,9$

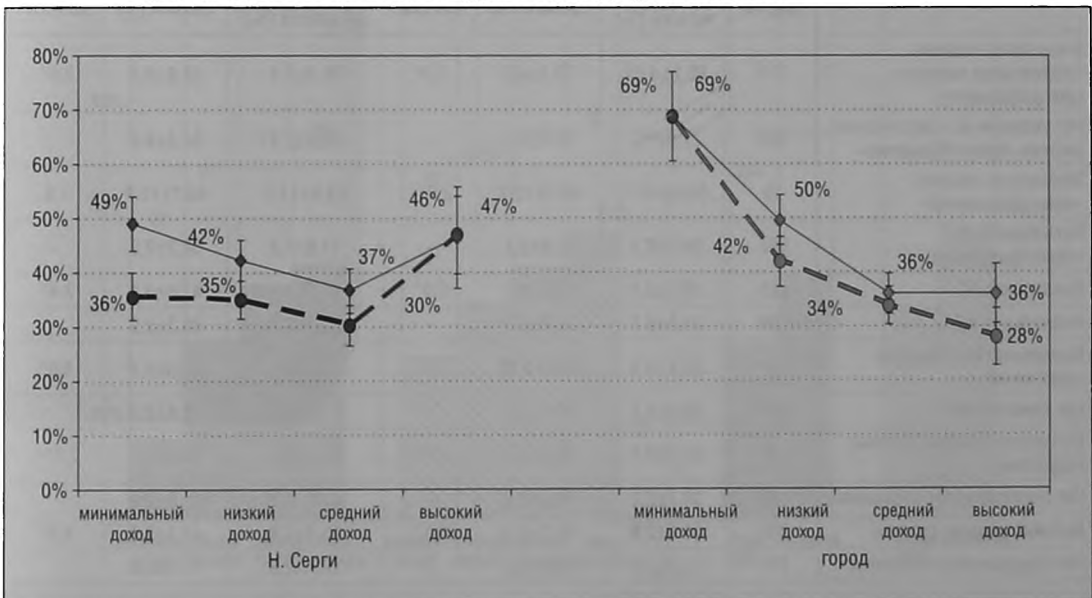
Примечание. В таблице указаны значения долей (%)  $\pm$  стандартная ошибка доли. Использовался критерий  $\chi^2$ ; \* —  $p < 0,05$ , в сравнении с аналогичным показателем у мужчин той же популяции, критерий  $\chi^2$ ; \*\* —  $p < 0,001$ , в сравнении с аналогичным показателем у мужчин той же популяции, критерий  $\chi^2$ ; ~ —  $p < 0,05$ , в сравнении с аналогичным показателем у женщин города Ревда, критерий  $\chi^2$ ; ^^ —  $p < 0,001$ , в сравнении с аналогичным показателем у женщин города Ревда, критерий  $\chi^2$ .

Рисунок 1. Показатели высокого риска аффективных расстройств и подверженности стрессу в исследуемых популяциях



Примечание. Прерывистая черная линия — показатели риска тревожных расстройств на селе. Сплошная черная линия — показатели риска депрессии на селе. Пунктирная черная линия — высокая подверженность стрессу на селе. Прерывистая серая линия — показатели риска тревожных расстройств, промышленный город. Сплошная серая линия — показатели риска депрессии, город. Пунктирная серая линия — высокая подверженность стрессу, город; «усы» — стандартная ошибка доли.

Рисунок 2. Показатели высокого риска тревожных расстройств и депрессии в исследуемых популяциях, в зависимости от уровня дохода респондентов



Примечание. Слева — показатели сельской популяции, справа — города. Прерывистая черная линия — показатели риска тревожных расстройств на селе, прерывистая серая линия — показатели риска тревожных расстройств в городе. Сплошная черная линия — показатели риска депрессии на селе, сплошная серая линия — показатели риска депрессии в городе; «усы» — стандартная ошибка доли.

об образовании, среднемесечном доходе относительно прожиточного минимума, росте, весе респондентов, а также анамнестические сведения о наличии «заболеваний, диагностированных врачом». Учитывая, что последние не являлись верифицированными диагнозами, полученная информация о заболеваниях была классифицирована исследователями на 18 подгрупп, с учетом принципов МКБ-10, в зависимости от «задействованной» системы организма. Это позволило при обработке результатов анализировать такие качественные признаки, как: «указание на болезни нервной системы», «указание на болезни системы кровообращения», «указание на болезни эндокринной системы» и т.д.

В вопросник также были включены существующие англоязычные анкеты, переведенные на русский язык, и прошедшие языковую и культурную адаптацию: SF-36, General Health Questionnaire (GHQ-12) и The Goldberg Scales of Anxiety and Depression (GSAD) [5, 6, 7, 8]. Распространенность стенокардии напряжения и хронического бронхита определялась при суммации результатов анамнеза и данных вопросников Дж. Роуза, в соответствии с протоколом «Общенациональной интегрированной

программы профилактики неинфекционных заболеваний (CINDI)» [9, 10, 11].

Однако, в соответствии с целью работы, хронический бронхит, подозрение на ХОБЛ, и анамнестическое указание на хроническое заболевание бронхов и легких, оценивались исследователями как общая группа «респираторных нарушений» [12]. Критерием диагностики артериальной гипертонии (АГ) был уровень систолического АД выше 139 мм рт. ст., и/или диастолического АД выше 89 мм рт.ст., выявленные дважды в ходе стандартных процедур определения.

Другим критерием АГ могли быть анамнестические сведения о приеме гипотензивных препаратов последние 2 недели. Курящими считались выкурившие за свою жизнь более 100 сигарет, курящие каждый день или иногда. Индекс массы тела (ИМТ) рассчитывался по формуле: масса тела/рост<sup>2</sup>(кг/м<sup>2</sup>).

Для выявления злоупотребления алкоголем был использован вопросник CAGE, разработанный на основе Мичиганского теста [13, 14, 15]. Курение анализировалось с помощью анкеты, рекомендованной в рамках международной программы интегрированной профилактики НИЗ CINDI [9, 10].

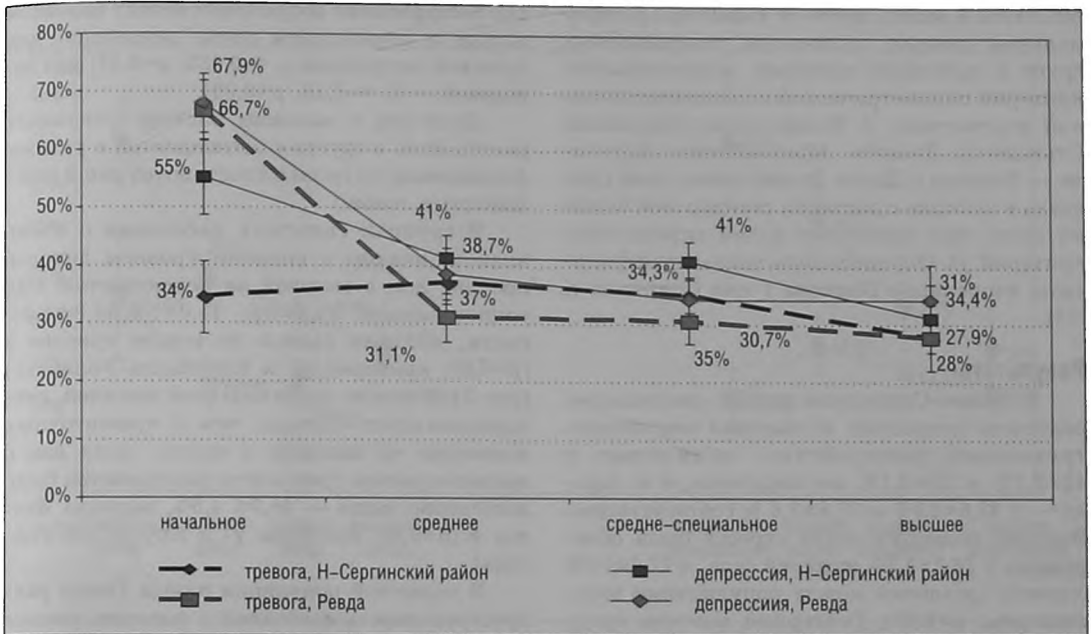
Таблица 2. Ассоциации риска тревожных и депрессивных расстройств с хроническими неинфекционными заболеваниями и высоким уровнем стресса в сельской популяции

Фактор	Число респондентов	Доля лиц с высоким риском тревоги (%)	Доля лиц без риска тревоги (%)	Отношение шансов	Доля лиц с высоким риском депрессии (%)	Доля лиц без риска тревоги (%)	Отношение шансов
Указание на наличие «заболевания системы кровообращения»	113	60,2±4,61	39,8±4,6	3,9*	66,4±4,4	33,6±4,4	3,6 <sup>^</sup>
Нет указания на «заболевания системы кровообращения»	409	27,9±2,2	72,1±2,2	-	35,5±2,4	64,5±4,4	
Указание на наличие «новообразований»	15	60,0±12,7	40,0±12,7	2,9**	53,3±12,9	46,7±12,9	1,6
Нет указания на «новообразования»	507	34,1±2,1	65,9±2,1	-	41,8±2,2	58,2±2,2	-
Выявленная АГ	263	45,2±3,1	54,8±3,1	2,6*	52,5±3,1	47,5±3,1	2,4 <sup>^</sup>
Нормальное АД	259	24,3±2,7	75,7±2,7	-	31,7±2,9	68,3±2,9	
Выявленная стенокардия напряжения	68	63,2±5,9	36,8±5,85	3,9*	73,5±5,4	26,5±5,4	4,6 <sup>^</sup>
Нет стенокардии	454	30,6±2,2	69,4±2,2	-	37,4±2,3%	62,6±2,3	
Выявленные респираторные нарушения	26	57,7±9,7	42,3±9,7	2,7**	65,4±9,3	34,6±9,3	2,7 <sup>^^</sup>
Нет респираторных нарушений	496	33,7±2,2	66,3±2,2	-	40,9±2,2	59,1±2,2	
Высокий уровень стресса	306	51,3±2,9	48,7±2,9	8,1*	55,9±2,8	44,1±2,8	4,3 <sup>^</sup>
Нет подверженности стрессу	216	11,6±2,2	88,4±2,2	-	22,7±2,8	77,3±2,8	-

Примечание. В таблице указаны значения долей (%) стандартная ошибка доли.

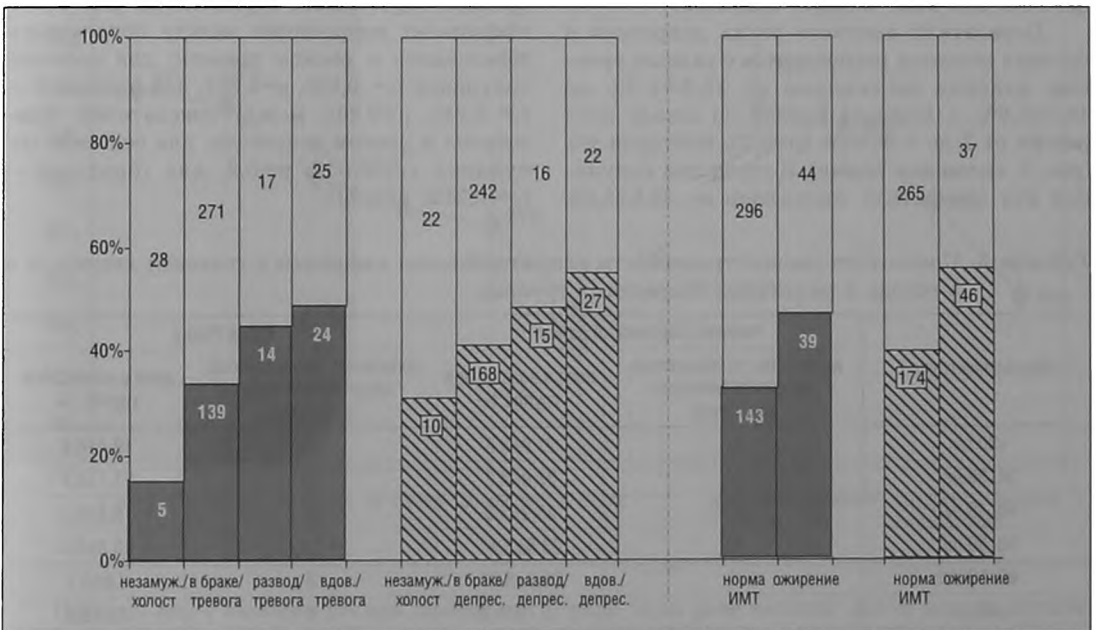
Использовался критерий  $\chi^2$ ; \* –  $p < 0,001$ , в сравнении с лицами, не имеющими риска тревожного расстройства; \*\*  $p < 0,05$ , в сравнении с лицами, не имеющими риска тревожного расстройства; <sup>^</sup> –  $p < 0,001$ , в сравнении с лицами, не имеющими риска депрессии; <sup>^^</sup> –  $p < 0,05$ , в сравнении с лицами, не имеющими риска депрессии.

Рисунок 3. Показатели высокого риска аффективных расстройств в сельской и городской популяциях, в зависимости от уровня образования



Примечание. Прерывистая черная линия — показатели риска тревожных расстройств на селе, прерывистая серая линия — показатели риска тревожных расстройств в городе. Сплошная черная линия — показатели риска депрессии на селе; сплошная серая линия — показатели риска депрессии в городе; «усы» — стандартная ошибка доли.

Рисунок 4. нормированная гистограмма показателей высокого риска аффективных расстройств, в зависимости от семейного положения и пищевого статуса респондентов в исследуемых популяциях



Примечание. Слева: штриговка — доля в общей сумме лиц с высокой вероятностью тревожного расстройства, сплошной черный фон — доля в общей сумме лиц с высокой вероятностью депрессии. Справа: штриговка — доля в общей сумме лиц с высокой вероятностью тревожного расстройства, сплошной черный фон — доля в общей сумме лиц с высокой вероятностью депрессии. Цифры на графиках — количество респондентов.

Обработка данных проводилась с помощью программ SPSS 8,0 for Windows (SPSS, Inc) и MS.Excel. В зависимости от характера распределения данных, количества сравниваемых групп и категории признака, использовались критерии параметрической и непараметрической статистики: Z Колмогорова-Смирнова, Стьюдента, Даннета, Манна-Уитни, Крускала — Уоллиса и Данна. Вычислялись доли признака в выборке с расчетом стандартной ошибки доли; при сравнении долей определялся критерий  $\chi^2$ . Определялись также коэффициенты корреляции Пирсона  $r$  или Спирмена  $r_s$  [16].

## Результаты

В Нижне-Сергинском районе «высокая вероятность депрессии» и «высокая вероятность тревожного расстройства» выявлялись у  $42 \pm 2,2\%$  и  $35 \pm 2,1\%$  респондентов, а в городе — у  $42,6 \pm 2,5\%$  и  $37,9 \pm 2,4\%$  соответственно. Высокая подверженность стрессу была обнаружена у  $18,2 \pm 1,7\%$  жителей села, и  $17,6 \pm 1,9\%$  горожан (различия между популяциями не достоверны,  $p > 0,05$ ). Гендерные аспекты представлены в табл. 1. Возрастную динамику иллюстрирует рис. 1. Коэффициент корреляции между возрастом респондентов и показателем «высокий риск тревожного расстройства» на селе составлял  $r_s = 0,21$ , в городе  $r_s = 0,45$ ; между возрастом и показателем «высокий риск депрессии» на селе:  $r_s = 0,26$ , в городе  $r_s = 0,43$  ( $p < 0,001$  для всех четырех индексов).

Показатели высокого риска депрессии в группах сельских респондентов с разным уровнем доходов составляли от  $36,6 \pm 4,2\%$  до  $49,0 \pm 5,0\%$ , а медиана баллов по шкале депрессии от 2 до 4 баллов ( $p > 0,05$ , критерии  $\chi^2$ ). (рис. 2, сплошные линии). В городской популяции эти показатели составляли от  $36,6 \pm 3,6\%$

до  $68,8 \pm 8,2\%$ , медиана — от 5 до 1 балла соотв. ( $p < 0,001$  критерий  $\chi^2$  и Крускала-Уоллиса). Коэффициент корреляции между индексом дохода и показателем риска депрессии: для сельской популяции  $r_s = -0,032$ ,  $p = 0,47$ ; для городской —  $r_s = -0,28$ ,  $p < 0,001$ .

Доли лиц с высоким риском тревожных расстройств в группах респондентов с разным финансовым статусом иллюстрирует рис. 2 (прерывистые линии).

В группах сельского населения с очень низким, низким и средним уровнем доходов процент лиц с высокой их вероятностью был сопоставимым:  $35,5 \pm 8\%$ ,  $35,0 \pm 5\%$ ,  $30,3 \pm 4,6\%$  соотв., медиана баллов по шкале тревоги 3 ( $p > 0,05$ , критерии  $\chi^2$  и Крускала-Уоллиса.) (рис. 2). И только среди сельских жителей, декларировавших «больше, чем 3 прожиточных минимума на человека в месяц», доля лиц с высоким риском тревожного расстройства была достоверно выше —  $46,9 \pm 4,6\%$ , медиана баллов 4 ( $p < 0,05$ , критерии  $\chi^2$  и Крускала-Уоллиса).

В городской популяции города Ревды распространенность состояний с высоким риском тревожных расстройств составляла от  $68,8\% \pm 8\%$ , до  $28 \pm 5,0$ . Коэффициент корреляции между индексом дохода и показателем риска тревоги: для сельской популяции  $r_s = -0,000$ , ( $p = 0,993$ ); для городской —  $r_s = -0,22$ , ( $p < 0,001$ ).

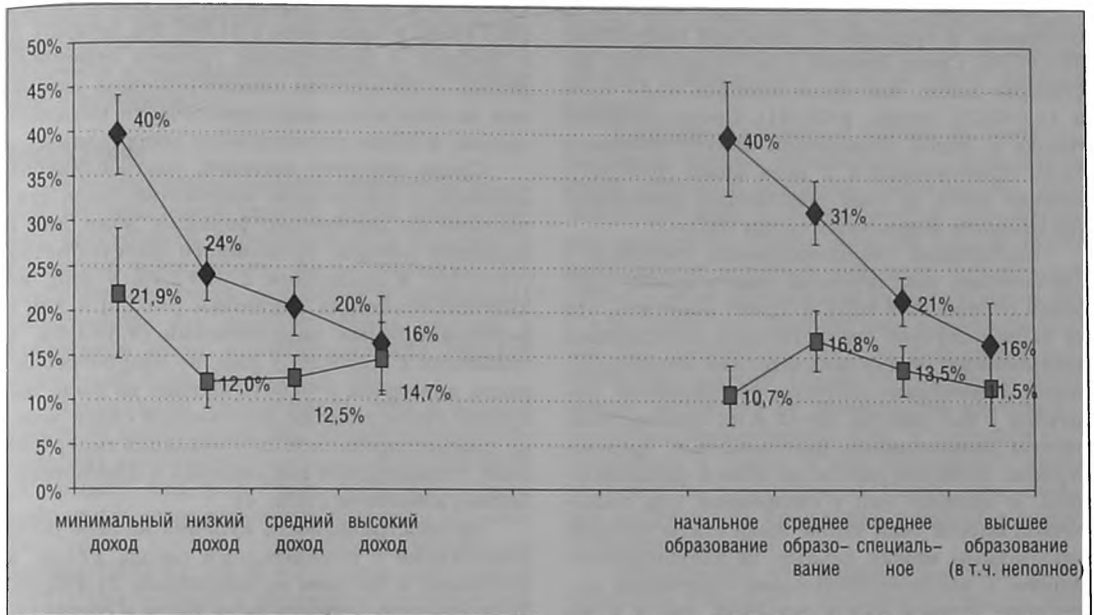
Показатели высокой вероятности аффективных расстройств у респондентов с разным уровнем образования отражены на рис. 3. Коэффициент корреляции между показателем образования и риском тревоги: для сельской популяции  $r_s = -0,006$ ,  $p = 0,892$ , для городской —  $r_s = -0,243$ ,  $p < 0,001$ ; между показателем образования и риском депрессии: для сельской популяции  $r_s = -0,057$ ,  $p = 0,2$ , для городской —  $r_s = -0,312$ ,  $p < 0,001$ .

Таблица 3. Показатели распространенности злоупотребления алкоголем в сельской местности и в городе в различных возрастных группах

Возрастная группа	Нижне-Сергинский район		Город Ревда	
	количество респондентов, злоупотребляющих алкоголем	доля в возрастной группе, %	количество респондентов, злоупотребляющих алкоголем	доля в возрастной группе, %
<30 лет	12	27,9±6,8	7	19,4±6,6
30–39 лет	32	27,8±4,2	12	21,1±5,4
40–49 лет	45	25,9±3,3	17	19,5±4,3
50–59 лет	36	23,5±3,4*	13	13,3±3,4
60–69 лет	9	29,0±8,2*	3	5,6±3,1
>70 лет	1	16,7±15,2	3	4,2±2,4
всего	135	25,9±1,9*	55	14±1,7

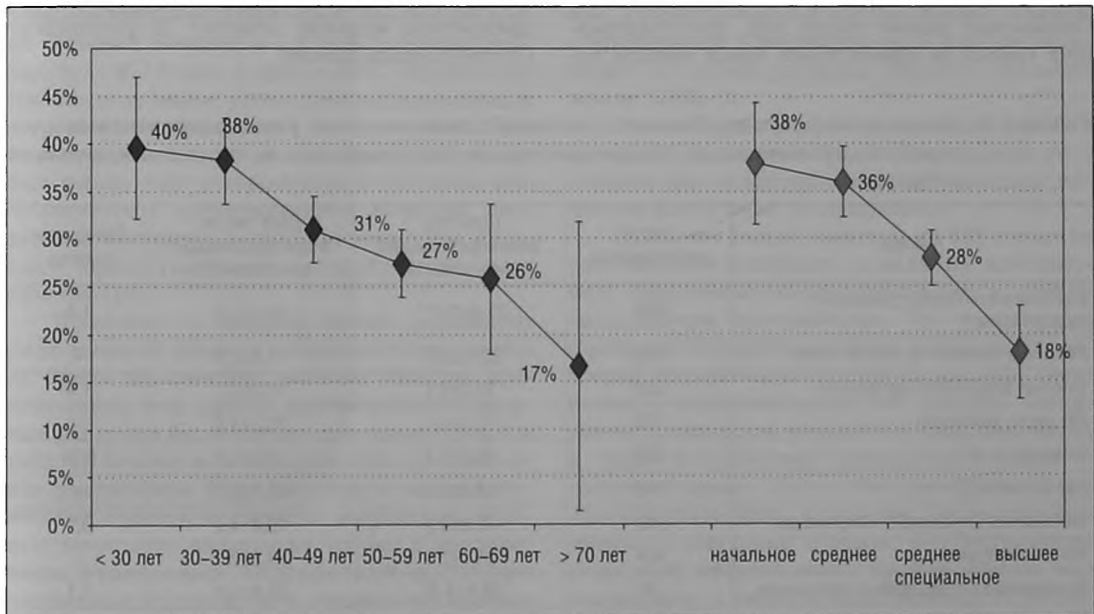
Примечание. В таблице указаны значения долей (%) стандартная ошибка доли. Использовался критерий  $\chi^2$ ; \* —  $p < 0,001$ , в сравнении с респондентами в городской популяции; \*\* —  $p < 0,05$ , в сравнении с респондентами в городской популяции.

Рисунок 5. Распространенность злоупотребления алкоголем в исследованных популяциях, в зависимости от уровня доходов и образования



Примечание. Сплошная черная линия — показатели для сельской популяции, сплошная серая линия — показатели для города; «усы» — стандартная ошибка доли.

Рисунок 6. Распространенность курения в сельской популяции, в зависимости от возраста респондентов (слева) и образования (справа)



Процент лиц с высоким риском аффективных расстройств достоверно различался в группах опрошенных с разным семейным статусом ( $p < 0,05$ , критерии  $\chi^2$  и Крускалла-Уоллиса) и индексом массы тела (рис. 4). При этом и в го-

роде, и на селе наличие детей или их количество не были ассоциированы с показателями депрессии или тревоги.

Ассоциации индексов высокого риска депрессии и тревоги с факторами соматического

здоровья и уровнем стресса, по шкале GHQ-12, показаны в табл. 2.

Доля лиц, злоупотребляющих алкоголем, составила, в среднем по сельской популяции,  $25,9 \pm 1,9\%$ . Среди мужчин этот процент был достоверно выше, чем среди женщин ( $44,4 \pm 3,2\%$  и  $11,6 \pm 2,3\%$  соотв.,  $p < 0,001$ ). Среди жителей города в целом показатели злоупотребления были практически в 2 раза ниже ( $p < 0,001$ ), прежде всего, за счет показателей респондентов старших возрастных групп (табл. 3).

Ассоциации злоупотребления спиртным с изучаемыми показателями соматического здоровья отражены в табл. 4. Стоит отметить, что не было получено статистически достоверных взаимосвязей между показателями злоупотребления и семейным статусом респондентов, наличием у них работы, детей и их количеством, риском депрессивных расстройств и уровнем стресса. Качество жизни по всем 8 составляющим, и процент лиц с ожирением или избыточной массой тела также были статистически сопоставимы между лицами, не злоупотребляющими, и злоупотребляющими спиртными напитками, причем как в сельской, так и в городской популяциях.

Процент лиц, злоупотребляющих алкоголем, среди респондентов с разным уровнем дохода и образования недостоверно различался у горожан, и достоверно — у жителей села (рис.  $p < 0,05$ , критерий  $\chi^2$ ). (рис 5). В Нижне-Сергинском районе среди лиц, декларировавших «доход на одного члена семьи меньше од-

ного прожиточного минимума», распространенность проблем с алкоголем была в 2 раза выше, чем среди городских жителей Ревды ( $39,7 \pm 4,4\%$  в сравнении с  $21,9 \pm 7,3\%$ ,  $p < 0,05$ ). А в группах с наибольшим уровнем семейного дохода — показатели злоупотребления алкоголем на селе и в городе практически выровнялись, и были статистически сопоставимы.

Среди сельских жителей, употребляющих алкоголь в избыточном количестве, была статистически достоверно большая доля лиц с высоким риском тревожного расстройства ( $43 \pm 4,3\%$ , в сравнении с  $32 \pm 2,4\%$  у лиц, не злоупотребляющих алкоголем  $p < 0,05$ ) и лиц с респираторными нарушениями ( $9,6 \pm 3,6\%$ , в сравнении с  $2,5 \pm 9,2\%$  у лиц, не злоупотребляющих алкоголем  $p < 0,001$ ). Однако не было получено статистически достоверной связи между диагностированной артериальной гипертензией, стенокардией напряжения и злоупотреблением алкоголем (табл. 4).

Распространенность курения на селе была сопоставима с показателями города Ревда, и составила, в среднем по популяции,  $31,4 \pm 2,0\%$ . Доля курящих мужчин была выше и составляла  $62,80 \pm 3,2\%$ , женщин —  $6,1 \pm 1,4\%$  ( $p < 0,05$ ). Средний стаж курения сельчан составил 20 лет (медиана показателей), у половины курильщиков он был 10–32 лет (25 и 75 процентиля). При этом желание бросить эту привычку высказали 106 респондентов ( $64 \pm 3,73\%$ ), а попытки прекратить курение отметил 51 респондент ( $31 \pm 5\%$  курильщиков).

Таблица 4. Ассоциации злоупотребления алкоголем с показателями риска аффективных расстройств, хроническими неинфекционными заболеваниями и курением в сельской популяции

Фактор	Число респондентов	Доля лиц, злоупотребляющих алкоголем(%)	Доля лиц не злоупотребляющих алкоголем(%)	Отношение шансов
Высокая вероятность тревожного расстройства	182	$31,9 \pm 3,5^{**}$	$68,1 \pm 3,5$	1,6
Нет риска тревожного расстройства	340	$22,6 \pm 2,27$	$77,4 \pm 2,3$	–
Высокая вероятность депрессии	220	$30,0 \pm 3,1$	$70,0 \pm 3,1$	1,4
Нет риска депрессии	302	$22,8 \pm 2,4$	$77,2 \pm 2,4$	–
Выявленная АГ	263	$25,5 \pm 2,7$	$74,5 \pm 2,7$	0,96
Нормальное АД	259	$26,3 \pm 2,5$	$73,7 \pm 2,7$	–
Выявленная стенокардия напряжения	68	$20,6 \pm 4,9$	$79,4 \pm 4,9$	0,7
Нет стенокардии	454	$26,7 \pm 2,1$	$73,3 \pm 2,1$	–
Выявленные респираторные нарушения	26	$50,0 \pm 9,8^*$	$50,0 \pm 9,8$	3,1
Нет респираторных нарушений	496	$24,6 \pm 1,9$	$75,4 \pm 1,9$	–
Курение	205	$49,3 \pm 3,5^*$	$50,7 \pm 3,5$	8,1
Нет курения	317	$10,7 \pm 1,7$	$89,3 \pm 1,7$	–

Примечание. В таблице указаны значения долей (%) стандартная ошибка доли. Использовался критерий  $\chi^2$ ; \* —  $p < 0,001$ , в сравнении с респондентами, не злоупотребляющими алкоголем в сельской популяции; \* —  $p < 0,05$ , в сравнении с респондентами, не злоупотребляющими алкоголем с сельской популяцией.



Доля курильщиков отличалась статистически между группами респондентов разного возраста и образования. Однако не было получено статистически достоверной связи между наличием артериальной гипертензии, стенокардии и курением.

### Обсуждение

В исследовании выявлен достаточно высокий, но ожидаемый уровень риска аффективных расстройств, сопоставимый в сельской и городской популяциях, даже учитывая, что распространенность депрессий и тревожных расстройств, как нозологических единиц, в первичном звене здравоохранения гораздо ниже — от 8 до 16% [17, 18, 19].

Необходимо подчеркнуть, что в данной работе не анализировалась эпидемиология психических заболеваний как таковых. Определялся процент лиц, у которых были превышены выбранные нами пороговые значения по шкалам стресса, тревоги, депрессии ( $\geq 4$  баллов для анкеты GHQ-12;  $\geq 5$  и  $\geq 2$  баллов для анкеты GSAD для тревоги и депрессии соответственно). Это было сделано в ущерб специфичности, но при этом достигалась высокая чувствительность результатов — у участников исследования, набравших меньшее число баллов — была очень низкая вероятность наличия данной патологии. Обнаружились гендерные особенности изучаемых факторов: увеличение среди сельских женщин в 1,3 раза, а среди горожанок — в 1,9 раз, в сравнении с мужчинами «своей» популяции, уровня риска депрессивных и тревожных расстройств соответственно. При этом среди сельских женщин риск депрессии, был выше, чем у горожанок в 1,4 раза. Это согласуется с существующими данными, свидетельствующими о том, что женщины страдают аффективными расстройствами чаще мужчин [19].

Практически каждый пятый респондент имел высокий уровень подверженности стрессу. Среди женщин был выявлен больший процент таких лиц, однако достоверными гендерные различия были только для города (рис. 1 и табл. 1). Вскрытое в исследовании прогрессивное увеличение доли респондентов, подверженных стрессу, в старших возрастных группах, возможно, связано не только с увеличением стрессовых воздействий в данных возрастных группах, но и снижением индивидуальной устойчивости к внешним патогенным факторам.

Обнаружено, что в сельской популяции доля лиц с высокой вероятностью депрессии не зависит от финансового статуса респондентов. Что касается уровня тревоги, то ее высокий риск у сельчан был ассоциирован только с до-

ходом «больше, чем 3 прожиточных минимума на человека в месяц». В городской популяции Ревды распространенность состояний с высоким риском аффективных расстройств прогрессивно уменьшалась по мере роста доходов горожан.

В Нижне-Сергинском районе по мере повышения уровня образования — показатели риска тревоги и депрессии уменьшались, причем более явно (и статистически достоверно) для депрессии. Среди жителей города также наблюдается подобная динамика показателей, статистически достоверная как для тревоги, так и для депрессии. Процент лиц с высоким риском как тревожного, так и депрессивного расстройства зависел также от семейного положения: возрастал от наименьших значений у холостых (незамужних) лиц, к большим — у состоящих в браке, и еще большим — среди разведенных респондентов. Наивысшие значения наблюдались среди лиц, у которых супруга (супруг) умерли.

Обнаружено, что индексы высокого риска депрессии и тревоги в сельской местности имеют тесные ассоциации: с указанием самих респондентов на наличие соматического заболевания из кластера «болезни системы кровообращения» и «новообразования» (последнее — только для тревожных расстройств), артериальной гипертензией, стенокардией напряжения, «респираторными нарушениями», диагностированными у респондентов в ходе исследования, а также уровнем стресса, согласно шкале GHQ-12.

Высокий риск аффективных расстройств в сельской популяции был ассоциирован не с низким, как предполагалось, а с высоким индексом массы тела (и ожирением).

При этом только шестеро из 522 сельских респондентов сообщили о наличии заболеваний, отнесенных исследователями в группу «психические расстройства». Ни один житель города не сообщил о наличии таковых. Из шестерых сельчан один указал на наличие «депрессии», трое сообщили, что болеют, «синдромом хронической усталости», «олигофренией» и «скрытой эпилепсией» соответственно, двое — «алкоголизмом». Даже учитывая специфику «психиатрических» диагнозов, этические моменты, и значение стигмы, эти результаты позволили предположить крайне низкую выявляемость, и низкую осведомленность сельского населения относительно проблем психического здоровья. Данное предположение косвенно подтверждается фактами, выявленными в данной работе: в Нижне-Сергинском районе 25,3% населения района не знали свой рост и вес; и только 45,9% больных АГ знали о своем повышенном давлении.

Отдельно следует отметить, что нами обнаружено прогрессивное увеличение показателей риска тревоги и депрессии с возрастом опрошенных. Однако из литературы известно, что возраст не является этиологическим фактором аффективных расстройств. Последние ассоциированы с рядом других детерминант, в частности, женским полом, низким уровнем образования (последнее — только для женщин), хроническими соматическими заболеваниями, потерей супруга, и высоким уровнем стресса [20 21]. Выявленные в данном исследовании ассоциации названных факторов и возрастная динамика показателей стресса объясняют полученные результаты.

Более того, наши результаты позволяют допустить, что увеличение вероятности тревоги и депрессии среди респондентов старших возрастных групп затрагивает, преимущественно, не патогенетические аспекты изучаемых состояний. Полученные данные важны, прежде всего, для переосмысления ряда моментов в работе врачей первичного звена здравоохранения. Повышенное внимание пожилым пациентам, для своевременного выявления и лечения депрессивных и тревожных расстройств должно стать, как и рекомендовано ВОЗ, неотъемлемой частью работы врача первичного звена [19].

Нами выявлена высокая распространенность проблемы курения и небезопасного употребления алкоголя, особенно на селе. Трое сельчан даже не вошли в исследование, так как не могли отвечать на вопросы анкеты, находясь в состоянии сильного алкогольного опьянения во время всех визитов интервьюеров. По мере увеличения доходов, и уровня образования доля сельчан, злоупотребляющих алкоголем, неуклонно снижалась. В городской популяции, однако, данной зависимости не было выявлено. Злоупотребление алкоголем также было ассоциировано с респираторными нарушениями. Последнее, возможно, обусловлено тем, что число курильщиков, среди избыточно употребляющих спиртное, было практически в 3 раза выше, чем среди лиц, не имеющих проблем с алкоголем.

Доля курильщиков прогрессивно уменьшалась и с возрастом опрошенных (возможно, часть курильщиков не доживала до преклонных лет(?)) и повышением образования. Она была достоверно выше у людей с уровнем дохода «от 1 до 2 прожиточных минимумов». Возможно, респонденты с более высоким культурным (и финансовым) статусом, были либо более заинтересованы в своем здоровье, либо не полностью открыты с интервьюерами.

Отсутствие статистически достоверной связи между стенокардией и курением, было

обусловлено, вероятно, относительно небольшим количеством респондентов пожилого возраста в выборках, и опосредованным характером воздействия курения на клинические симптомы стенокардии, анализируемые, согласно дизайну, в данной работе. Следует также учитывать, что анализируемые нами результаты получены в ходе анкетирования — те есть непосредственного, но достаточно формального общения с респондентами, и часть жителей отказались отвечать на эту часть опросника. Это позволяет предположить, что истинные масштабы проблемы небезопасного употребления алкоголя и курения носили более драматичный характер.

## Выводы

1. В сельской и городской популяциях Свердловской области предполагается высокая, но сопоставимая распространенность депрессивных и тревожных расстройств.

2. В сравнении с мужской частью популяции, у жительниц села выше риск депрессии, а у горожанок — тревожного расстройства. Жительницы села более подвержены депрессии, нежели жительницы промышленного города.

3. Риск изучаемых проблем психического здоровья сопряжен с увеличением возраста; низким уровнем образования, потерей супруга (супруги), наличием ряда хронических неинфекционных заболеваний, высоким индексом массы тела (ожирением), и высокой подверженностью стрессу.

4. Особенностью эпидемиологии депрессивных и тревожных расстройств в городской популяции является снижение показателей их вероятности по мере роста доходов респондентов.

5. В сельской и городской популяциях широко распространено курение и злоупотребление алкоголем; последнее ассоциировано с низким уровнем образования и доходов. Курение больше распространено среди жителей села, молодых мужчин, с низким уровнем образования, но уровнем дохода выше минимального.

Население исследованных районов характеризуется крайне низкой информированностью относительно проблем в области психического здоровья. Необходимо дальнейшее сравнительное изучение проблем психического здоровья в сельской популяции, промышленном городе и мегаполисе, и их ассоциаций.

## Благодарность

Исследователи выражают благодарность за финансовую поддержку в проведении работы Королевскому обществу врачей и отделу эпидемиологии университета Манчестера Великобритании.

## Литература

1. Стародубов В. И., Соболева Н. П., Сковердяк Л. А. Основные направления в развитии медицинской профилактики. Профилактика заболеваний и укрепление здоровья. 2007; 2: 3-6.
2. Оганов Р. Г., Масленникова Г. Я., Шальнова С. А., Деев А. Д. Значение сердечно-сосудистых и других неинфекционных заболеваний для здоровья населения России. Профилактика заболеваний и укрепление здоровья. 2002; 2:3-7.
3. Семенова В. Г., Иванова А. Е., Гаврилова Н. С., Евдокушева Г. Н., Гаврилов Л. А., Девиченская М. Н. Медико-демографическая ситуация в городе и селе: сходство и различия. Профилактика заболеваний и укрепление здоровья 2002; 2: 3-7.
4. Beaglehole R Yach D. Globalization and the Prevention and Control of Non-communicable Diseases: The Neglected Chronic Disease of Adults. Lancet 2003; 362: 903-08.
5. Aaronson N.K. Quality of life assessment in clinical trials: methodological issues. Control Clin. Trials. 1989; 10: 195-208.
6. Bowling A. Measuring Disease: a review of disease-specific quality of life measurement scales. Buckingham, Open University Press.1996.
7. Goldberg D. P. Williams P. The user's guide to the General Health questionnaire Windsor, NEFR-Nelson,1988.
8. Goldberg D.P. Bridges P. Duncan-Jones D. Grayson D. Detection anxiety and depression in general medical setting. B.M.J 1988; 297: 897-899.
9. Протокол и практическое руководство. Общациональная интегрированная программа профилактики неинфекционных заболеваний (CINDI). ЕВБ ВОЗ Копенгаген, 1996.
10. Morgenstern W., Tsechkovski M.S., Nussel E., et al. Baseline Evaluation. CINDI. A joint publication with WHO/EURO. Springer-Verlag, 1991.
11. Чазова Л. В., Балавадзе М. Б., Глазунов И. С. и др. Применение стандартного опросника ВОЗ по выявлению стенокардии напряжения при массовых обследованиях населения. Тер архив 1981; 5: 33-38.
12. Pocket guide to COPD diagnosis, management and prevention. Gloinitiative for chronic obstructive lung disease. A Guide for Health care professionals. Updated July, 2003.
13. Ewing J. A. Detecting alcoholism. The CAGE Questionnaire. JAMA 1984; 252: 1905-1907.
14. Bush B., Shaw S., Cleary P., Delbanco T. L., Aronson M.D. Screening for alcohol abuse using the CAGE questionnaire. Amer. J. Med. 1987; 82(2): 231-235.
15. Steinweg D. L., Worth H. Alcoholism: The keys to the CAGE. Med. 1993; 94 526-523.
16. Гланц С. Медико-биологическая статистика: М: Практика, 1999.
17. Смудевич А.Б. Депрессии в общемедицинской практике. М. Беге 2000.
18. Sartorius N., Harding T.W. The WHO Collaborative Study on Strategies for Extending Mental Health Care, In: genesis of the study. Am. J. Psychiatry 1983; 140: 1470-1473.
19. Stefanis C., D., Jadd L. L., Sartorius N et al. WPA/PTD Educational Program on Depressive Disorders. Module 1-4. NCM Publishers, Inc. New York, 1997.
20. Bruce M.L. Kim K.M. Differences in the effect of divorce on major depression in men and women Am. J. Psychiatry 1992; 149: 914-917.
21. Williamson M.T. Sex differences in depression symptoms among adult family medicine patients. J. Fam. Pract. 1987; 25: 591-594.

## Синдром правого подреберья: нозологический диагноз, программы вмешательства

Б. Л. Мовшович, Н. С. Юрицин, М. М. Осадчук

Кафедра семейной медицины Института последипломного образования Самарского государственного медицинского университета Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию, (ГОУ ВПО СамГМУ Росздрава), г. Самара

### The right hypochondrium syndrome: nosologic diagnosis and interventions

B. L. Movshovich, N. S. Juritsin, M. M. Osadchuk

Faculty of family medicine of Institute of postgraduate education The Samara state medical university of Federal agency on public health services and social development

#### Резюме

**Цель исследования.** Повышение эффективности диагностики и качества вмешательства в естественное течение болезней, протекающих с синдромом правого подреберья (СПП) — в условиях первичных звеньев здравоохранения России.

**Материалы и методы.** Взрослое население двух врачебных участков (3109 чел.). Методы исследования: клинические с тщательной семиологической характеристикой болевых ощущений, лабораторные и инструментальные методы: этапное хромотическое дуоденальное зондирование, биохимическое исследование желчи порции В: определение С-реактивного белка, гекоз и их фракций, ультразвуковое исследование желчного пузыря (ЖП) и желчевыводящих путей (ЖВП), оценивали сократительную способность ЖП, зофагагастродуоденоскопия с прицельной гастробиопсией.

**Результаты.** По данному активному выявлению пациентов с СПП, реальная его распространенность составляет 15,1% взрослой субпопуляции; структура СПП (после исключения экстремальных клинических ситуаций): «редкие» причины — 3,3%, ЖКБ — 56,2%, хронический некалькулезный холецистит (ХНХ) — 28,3%, первичные дискинезии ЖП и ЖВП — 12,2%.

Б. Л. Мовшович — д. м. н., профессор; зав. кафедрой семейной медицины, Лауреат премии Правительства РФ;  
Н. С. Юрицин — кандидат медицинских наук.