

Распространенность тревоги и депрессии в различных регионах Российской Федерации и ее ассоциации с социально-демографическими факторами (по данным исследования ЭССЕ-РФ)

С.А. ШАЛЬНОВА¹, С.Е. ЕВСТИФЕЕВА¹, А.Д. ДЕЕВ¹, Г.В. АРТАМОНОВА², Т.М. ГАТАГОНОВА³, Д.В. ДУПЛЯКОВ⁴, А.Ю. ЕФАНОВ⁵, Ю.В. ЖЕРНАКОВА⁶, А.О. КОНРАДИ⁷, Р.А. ЛИБИС⁸, Э.В. МИНАКОВ⁹, С.В. НЕДОГОДА¹⁰, Е.В. ОШЕПКОВА⁶, С.В. РОМАНЧУК¹¹, О.П. РОТАРЬ⁷, И.А. ТРУБАЧЕВА¹², Е.В. ШЛЯХТО⁷, С.А. БОЙЦОВ¹ ОТ ИМЕНИ УЧАСТНИКОВ ИССЛЕДОВАНИЯ ЭССЕ-РФ*

¹ФГБУ «ГНИЦ профилактической медицины» Минздрава России, Москва; ²ФГБУ «НИИ комплексных проблем сердечно-сосудистых заболеваний» СО РАМН, Кемерово; ³ГОУ ВПО «Северо-Осетинская государственная медицинская академия» Минздрава России, Владикавказ, Республика Северная Осетия-Алания; ⁴ГБУЗ «Самарский областной клинический кардиологический диспансер»; ⁵ГБОУ ВПО «Тюменская государственная медицинская академия» Минздрава России; ⁶ФГБУ «Российский кардиологический научно-производственный комплекс» Минздрава России, Москва; ⁷ФГБУ «Федеральный медицинский исследовательский центр им. В.А. Алмазова», Санкт-Петербург; ⁸ГБОУ ВПО «Оренбургская государственная медицинская академия»; ⁹ГБОУ ВПО «Воронежская государственная медицинская академия им. Н.Н. Бурденко» Минздрава России; ¹⁰ГБОУ ВПО «Волгоградский государственный медицинский университет» Минздрава России; ¹¹ОБУЗ «Кардиологический диспансер», Иваново; ¹²ФГБУ «НИИ кардиологии» СО РАМН, Томск

The prevalence of anxiety and depression in different regions of the Russian Federation and its association with sociodemographic factors (according to the data of the ESSE-RF study)

S.A. SHALNOVA¹, S.E. EVSTIFEEVA¹, A.D. DEEV¹, G.V. ARTAMONOVA², T.M. GATAGONOVA³, D.V. DUPLYAKOV⁴, A.YU. EFANOV⁵, YU.V. ZHERNAKOVA⁶, A.O. KONRAD⁷, R.A. LIBIS⁸, E.V. MINAKOV⁹, S.V. NEDOGODA¹⁰, E.V. OSHCHERKOVA⁶, S.V. ROMANCHUK¹¹, O.P. ROTAR⁷, I.A. TRUBACHEVA¹², E.V. SHLYAKHTO⁷, S.A. BOITSOV¹ ON BEHALF OF THE PARTICIPANTS OF THE ESSE-RF STUDY

¹State Research Center for Preventive Medicine, Ministry of Health of the Russian Federation, Moscow; ²Research Institute for Complex Issues of Cardiovascular Diseases, Siberian Branch, Russian Academy of Medical Sciences, Kemerovo; ³North Ossetian State Medical Academy, Ministry of Health of the Russian Federation, Vladikavkaz, Republic of North Ossetia-Alania; ⁴Samara Regional Clinical Cardiology Dispensary; ⁵Tyumen State Medical Academy, Ministry of Health of the Russian Federation; ⁶Russian Cardiology Research and Production Complex, Ministry of Health of the Russian Federation, Moscow; ⁷V.A. Almazov Federal Medical Research Centre, Saint Petersburg; ⁸Orenburg State Medical Academy; ⁹N.N. Burdenko Voronezh State Medical Academy, Ministry of Health of the Russian Federation; ¹⁰Volgograd State Medical University, Ministry of Health of the Russian Federation; ¹¹Cardiology Dispensary, Ivanovo; ¹²Research Institute of Cardiology, Siberian Branch, Russian Academy of Medical Sciences, Tomsk

Резюме

Цель исследования. Изучить распространенность тревоги и депрессии с помощью психометрических методов (шкала HADS) в различных регионах Российской Федерации (РФ), характеризующихся различными климатогеографическими, экономическими и демографическими показателями.

Материалы и методы. В работе использованы данные многоцентрового эпидемиологического исследования сердечно-сосудистых заболеваний в различных регионах РФ — ЭССЕ-РФ. Объектом исследования служили представительные выборки из неорганизованного мужского и женского населения в возрасте от 25 до 64 лет из 10 регионов РФ. В исследование включили 6244 мужчин и 10 623 женщин (всего 16 877 человек). У всех обследованных проводили опрос по стандартной анкете. В анализ включали пол, возраст, уровень образования, место жительства и регион проживания, а также уровень достатка и заболеваемости. Для оценки уровня тревоги/депрессии использовали валидизированную в России госпитальную шкалу тревоги и депрессии (Hospital Anxiety and Depression Scale — HADS).

Результаты. В среднем общая распространенность повышенного уровня тревоги и депрессии составляет 46,3 и 25,6% соответственно. Более 1/3 от повышенного уровня составляют лица с клиническим уровнем тревоги/депрессии. Средний уровень тревоги/депрессии в исследованной популяции составил 7,5±0,06 и 5,1±0,04 соответственно. Население Волгограда, Самара, Санкт-Петербурга, Томска характеризуются сопоставимыми значениями среднего уровня тревоги/депрессии ($p>0,05$). Самый низкий уровень тревоги/депрессии ($p<0,0001$) выявлен у жителей Тюмени (5,9±0,1 и 3,4±0,1 соответственно), а наиболее высокий — в Республике Северная Осетия-Алания — СОА (8,4±0,1 и 6,8±0,1 соответственно). В этих же регионах выявлена самая низкая и самая высокая распространенность повышенного показателя тревоги — 22% в Тюмени и 59,8% в Республике СОА ($p<0,0001$).

*Участники исследования ЭССЕ-РФ, соавторы статьи

Иваново: Шутемова Е.А., Белова О.А., Назарова О.А.; **Самара:** Гудкова С.А., Черепанова Н.А.; **Воронеж:** Фурменко Г.И., Бабенко Н.И., Азарин О.Г., Бондарцов Л.В., Хвостикова А.Е.; **Волгоград:** Ледеява А.А., Чумачек Е.В.; **Оренбург:** Исаева Е.Н., Басырова И.Р., Кондратенко В.Ю., Лопина Е.А., Сафонова Д.В.; **Кемерово:** Скрипченко А.Е., Индукаева Е.В., Черкасс Н.В., Максимов С.А., Данильченко Я.В., Мулерова Т.А.; **Москва:** Баланова Ю.А., Капустина А.В., Константинов В.В., Муромцева Г.А., Оганов Р.Г., Мамедов М.Н.; **Тюмень:** Шалаев С.В., Медведева И.В., Шава В.П., Сторожок М.А.; **Республика Северная Осетия-Алания:** Толпаров Г.В., Астахова З.Т., Тогузова З.А.; **Томск:** Карпов Р.С., Кавешников В.С., Серебрякова В.Н.

Заключение. Все 10 отобранных регионов РФ, различающихся по демографическим, экономическим и климатогеографическим показателям, характеризуются высоким уровнем тревоги, которая остается статистически значимой после коррекции на пол и возраст, а также такие показатели, как уровень достатка и заболеваемость, тогда как достоверно высокий уровень депрессии имеется только в 4 регионах из 10.

Ключевые слова: исследование ЭССЕ-РФ, распространенность, скрининг, тревога, депрессия, шкала HADS.

Aim. To study the prevalence of anxiety and depression by psychometric methods (the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) in different regions of the Russian Federation (RF), which are characterized by various climatic, geographic, economic, and demographic indicators.

Subjects and methods. The investigation used the data of the multicenter epidemiological survey of cardiovascular diseases in different regions of the Russian Federation — the ESSE-RF study. The subjects of the study were representative samples from unorganized male and female populations aged 25—64 years from 10 RF regions. The survey included a total 16,877 people (6244 men and 10,623 women). All the examinees were interviewed using a standard questionnaire. An analysis involved their gender, age, education level, place and region of residence, and income and morbidity level. The HADS validated in Russia was used to rate the level of anxiety/depression.

Results. The total prevalence of higher anxiety and depression averaged 46.3 and 25.6%, respectively. Respondents with clinical anxiety/depression constituted more than one third of those who had a higher level of these conditions. In the examined population, the moderate level of anxiety/depression was 7.5 ± 0.06 and 5.1 ± 0.04 , respectively. The population of Volgograd, Samara, Saint Petersburg, and Tomsk had the similar values of the moderate level of anxiety/depression ($p > 0.05$). The lowest level of anxiety/depression ($p < 0.0001$) was seen in the dwellers of Tyumen (5.9 ± 0.1 and 3.4 ± 0.1 , respectively) and the highest in the Republic of North Ossetia-Alania (NOA) (8.4 ± 0.1 and 6.8 ± 0.1 , respectively). These regions showed the lowest and highest prevalence of higher anxiety (22% in Tyumen and 59.8% in the Republic of NOA ($p < 0.0001$)).

Conclusion. All the 10 selected RF regions differing in demographic, economic, climatic, and geographical parameters are characterized by a high level of anxiety that remains statistically significant after adjusting for gender and age, so are parameters, such as income and morbidity levels are present in only 4 of the 10 regions.

Key words: ESSE-RF study, prevalence, screening, anxiety, depression, HADS.

АГ — артериальная гипертензия
АПУ — амбулаторно-поликлинические учреждения
ВОЗ — Всемирная организация здравоохранения
ДИ — доверительные интервалы
ИБС — ишемическая болезнь сердца
ЛТ — личностная тревожность
ОШ — отношение шансов

СД — сахарный диабет
СОА — Северная Осетия-Алания
ССЗ — сердечно-сосудистые заболевания
GHQ-30 (General Health Questionnaire) — Опросник для оценки общего здоровья
HADS (he Hospital Anxiety and Depression scale) — Госпитальная шкала тревоги и депрессии

По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), около 50% мирового населения, в какой-то момент своей жизни страдает нервно-психическими расстройствами [1]. Результаты исследования Psychological Disorders in Primary Care показывают, что к наиболее часто встречающимся психическим расстройствам в общемедицинской практике относятся депрессия и тревожные расстройства. По оценкам экспертов ВОЗ (2001), к 2020 г. депрессия займет второе место среди причин инвалидности и смертности населения Земли.

По данным литературы, распространенность депрессивных расстройств у населения экономически развитых стран Европы и США достигает 10% [1—3], хотя бы один эпизод тревожных расстройств регистрируется у 12—27% населения Европы [4], а у лиц с соматической патологией, тревожные и депрессивные расстройства встречаются в 2—3 раза чаще, чем в общей популяции [5].

В большинстве исследований, систематических обзорах и метаанализах приводятся согласованные данные о том, что депрессия является независимым фактором риска развития хронических неинфекционных заболеваний [6]. Так, E. Atlantis и соавт. [7] в недавнем метаанализе сделали заключение, что клинически выраженная депрессия и тревожность на 43% увеличивают риск развития хронической обструктивной болезни легких. По данным метаанализа проспективных исследований, депрессия на 60% увеличивает шанс развития сахарного диабета (СД) 2-го типа [8], повышает риск развития ишемической болезни сердца (ИБС) [9] и артериальной гипертензии (АГ) [10].

В свою очередь сообщается о взаимосвязи тревоги и риска развития кардиометаболических нарушений, но в этом вопросе гораздо больше неопределенности. Так, одни исследователи считают, что повышенный риск развития СД ассоциируется с тревогой [11], другие не выявили подобных ассоциаций [12, 13], и еще меньше согласия в вопросе о взаимосвязи тревожных расстройств и смертности [14, 15]. В то же время, по данным ряда исследований, депрессия ассоциируется со смертностью от сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) и других причин [16].

В зарубежных и отечественных исследованиях, в том числе согласно официальной статистике, отмечается большой разброс данных о распространенности психических расстройств и их субклинических состояний, который связан с трудностями проведения эпидемиологических исследований и сложностью статистического анализа. Кроме того, в исследованиях выявлена недостаточно хорошая подготовка терапевтов, кардиологов и других специалистов в области соматических заболеваний в плане диагностики психических расстройств [17]. По данным литературы, у пациентов, наблюдающихся в амбулаторно-поликлинических учреждениях (АПУ), клиническое и субклиническое состояние тревоги регистрировалось от 20 до 80% случаев, депрессии — от 20 до 60% и в 50—80%

Контактная информация:

Шальнова Светлана Анатольевна — д.м.н., проф., рук. отд. эпидемиологии хронических неинфекционных заболеваний ФГБУ ГНИЦПМ; e-mail: svetlanashalnova@yandex.ru

случаев эти состояния не выявлены «соматическими» врачами АПУ [18].

Использование субъективных психометрических шкал позволяет минимизировать затраты на проведение скрининга возможных психических расстройств у населения, при этом для интерпретации полученных результатов не требуется специальных знаний у обычных врачей АПУ. Надо подчеркнуть, что субъективные шкалы, в том числе использованная в нашем исследовании Госпитальная шкала тревоги и депрессии (The Hospital Anxiety and Depression scale — HADS), могут быть применены только при скрининге этих расстройств [19].

Шкала HADS обладает высокой дискриминантной валидностью в отношении определения риска двух расстройств — тревога и депрессия [20] и хорошо коррелирует с другими психометрическими инструментами. В частности, М. Hannah и соавт. [21] сравнили данный опросник с широко используемым на практике опросником для оценки общего здоровья General Health Questionnaire (GHQ-30) для прогностической оценки случаев смерти от всех причин и получили весьма сопоставимые данные, которые сохранялись после коррекции на наиболее важные факторы риска. Ранее на основании обзора литературы, включающего 747 статей, использующих HADS, I. Bjelland и соавт. [22] оценили надежность опросника и его место в ряду других психометрических инструментов для оценки уровня тревоги и депрессии. В большинстве исследований подтверждены высокие чувствительность и специфичность опросника, которые для обоих расстройств составляют около 0,80 и примерно совпадают с результатами использования опросника GHQ-30. Авторы делают заключение, что с помощью шкалы HADS хорошо распознаются эмоционально-поведенческие проявления тревожного и депрессивного спектра у лиц, получающих медицинскую помощь в первичном звене, и в общей популяции [22]. Положительный опыт использования опросника HADS в крупных клинико-эпидемиологических исследованиях позволяет использовать его для скрининга риска тревожных и депрессивных расстройств в общей популяции [23]. В то же время отношение исследователей к этому инструменту неоднозначно: по мнению ряда авторов, она в большей степени подходит для скрининга депрессии, чем тревоги [24, 25].

Несмотря на накопленные данные о том, что психологическая коррекция снижает уровень психосоциального стресса, способствует формированию здорового образа жизни и вносит вклад в профилактику ССЗ, еще недостаточно доказательств того, что обычный скрининг психосоциальных факторов способствует уменьшению количества сердечно-сосудистых осложнений [26, 27].

Цель исследования — изучить распространенность уровня тревоги и депрессии с помощью психометрических методов (шкала HADS) в различных регионах Российской Федерации, характеризующихся различными климатогеографическими, экономическими и демографическими показателями.

Материалы и методы

Объектом многоцентрового исследования (Эпидемиология сердечно-сосудистых заболеваний в различных регионах Российской Федерации — ЭССЕ-РФ) служили представительные выборки из неорганизованного мужского и женского населения в

возрасте от 25 до 64 лет из 10 регионов РФ (Воронежская, Ивановская, Волгоградская, Кемеровская, Тюменская области, города Оренбург, Самара, Томск и Санкт-Петербург, Республика Северная Осетия-Алания — СОА). Исследование одобрено НЭК ФГБУ ГНИЦ ПМ Минздрава России, ФГБУ РКНПК Минздрава России и ФГБУ «ФМИЦ им. В.А. Алмазова» Минздрава России и центров-соисполнителей. Все обследованные лица подписали добровольное информированное согласие на участие в нем. Отклик на обследование в целом составил около 80%.

Все обследуемые опрашивались по стандартному опроснику, разработанному на основе адаптированных международных методик. Опросник построен по модульному типу и содержит информацию о социально-демографических характеристиках, поведенческих привычках, анамнестических данных, экономических условиях жизни и т.д. Подробный протокол исследования ЭССЕ-РФ опубликован в журнале «Профилактическая медицина» в 2013 г. [28].

Для оценки степени тревоги и депрессии использовали HADS (1983), которая валидизирована в России (русская версия А.В. Андрущенко, М.Ю. Дробижев, А.В. Добровольский, 2003) и часто используется в российских и зарубежных исследованиях [19, 20]. HADS — самозаполняемый опросник, состоящий из 14 вопросов о тревоге и депрессии за последние 2 нед.

Уровень тревоги/депрессии оценивали по полученной сумме баллов на основании ответов на вопросы: 0—7 баллов — «норма», отсутствие достоверных симптомов тревоги/депрессии; 8—10 — субклинический уровень тревоги/депрессии; 11 и выше — клинический уровень тревоги/депрессии; 8+ — повышенный уровень тревоги/депрессии (суммарный показатель субклинический и клинический уровень тревоги/депрессии).

По уровню образования обследованные оценивались по категориям: ниже среднего, среднее и высшее.

Накопленная заболеваемость оценивалась по данным ответа на вопросы (модуль «Заболевания»): «Говорил ли Вам когда-нибудь врач, что у Вас имеются/имелись следующие болезни?: АГ, ИБС (стенокардия), инфаркт миокарда, инсульт (тромбоз сосудов головного мозга или кровоизлияние), нарушение ритма сердца, другие болезни сердца, остеохондроз/спондилит, ревматоидный артрит, хронический бронхит, бронхиальная астма, заболевания печени/желчного пузыря и/или желудочно-кишечного тракта, язва желудка или двенадцатиперстной кишки, заболевания почек, болезни щитовидной железы (тиреотоксикоз), болезнь Паркинсона, онкологические заболевания, СД (всего 17 заболеваний)».

В данной публикации оценивалась суммарная нагрузка заболеваний на пациента, в связи с чем выделены группы лиц с 1, 2 и 3 заболеваниями и более.

Для оценки уровня достатка использовались вопросы из модуля «Экономические условия и работа». Для удобства анализа разработана шкала достатка, которая включала 3 основных вопроса — о затратах на еду, финансовых возможностях и обеспеченности семьи. Таким образом, шкала представляла собой самооценку участником своего благосостояния с позиции финансового благополучия. Ответы группировались по категориям: состоятельные или богатые, относительно состоятельные или со средним уровнем достатка, бедные или очень бедные.

Статистический анализ данных выполнен с помощью системы статистического анализа и извлечения информации SAS (Statistical Analysis System, версия 6.12). Проведен расчет средних значений и стандартной ошибки ($M \pm m$) у доли лиц в выборке, у которых значения этих показателей превышают норму. Для сравнения непрерывных величин применяли дисперсионную модель ANOVA (при необходимости вводили значимые ковариаты). Для выявления факторов, влияющих на уровень тревоги/депрессии, построена логистическая регрессионная модель, адекватность которой базировалась на статистике максимального правдоподобия, критерии AIC, тесте Hoster—Lemeshov, малом разбросе остатков, а также проценте корректных совпадений прогнозируемых значений и наблюдаемых явлений. Оценены многоуровневые модели, которые включали коррекцию на регион, заболеваемость, уровень бедности. Кроме того, применялась прямая стандартизация данных каждого региона по европейскому стандарту.

Оценивали отношения шансов (ОШ) и 95% доверительные интервалы (ДИ) ассоциаций тревоги/депрессии связанных с каждым фактором риска. Уровень статистической значимости принимали при $p < 0,05$.

Результаты

В исследование включили 6244 мужчин и 10 623 женщин (всего 16 877 человек), средний возраст которых не различался по полу ($42,0 \pm 0,02$ и $42,0 \pm 0,01$ года; $p > 0,05$).

Анализ данных опроса участников исследования с помощью шкалы HADS показал, что в среднем общая распространенность повышенного уровня тревоги и депрессии достаточно высока и составляет 46,3 и 25,6% соответственно, при этом более чем $\frac{1}{3}$ от повышенного уровня этого показателя составляют лица с клиническим уровнем тревоги/депрессии.

Средний уровень тревоги/депрессии в исследованной популяции составил $7,5 \pm 0,06$ и $5,1 \pm 0,04$ балла соответственно. Население Волгограда, Самары, Санкт-Петербурга, Томска характеризуется весьма сходными значениями среднего уровня тревоги/депрессии, которые статистически значимо не различались. Самый низкий уровень тревоги/депрессии ($p < 0,0001$) выявлен у жителей Тюмени ($5,9 \pm 0,1$ и $3,4 \pm 0,1$ балла соответственно), а наиболее высокий — в республике СОА ($8,4 \pm 0,1$ и $6,8 \pm 0,1$ балла соответственно) (табл. 1).

В этих же регионах выявлена самая низкая и самая высокая распространенность повышенного показателя тревоги — 22% в Тюмени и 59,8% в Республике СОА ($p < 0,0001$). Обращает внимание большая вариабельность данного показателя в регионах. При этом самая низкая частота клинического уровня тревоги также наблюдалась в Тюмени (7,2%), а наиболее высокая — в Оренбурге (25,3%). Таким образом, клинический уровень тревоги в Тюмени составляет менее $\frac{1}{3}$, а в Оренбурге почти 50% от общего числа лиц с повышенной тревогой (см. табл. 1).

Распространенность как повышенного, так и клинического уровня тревоги выше среди женской части выборки по сравнению с мужской ($p < 0,0001$).

Суммарный показатель повышенного уровня депрессии у жителей республики СОА (43,4%) и Оренбурга (42,2%) оказался наиболее высоким по сравнению с обследованными в Кемерово, Тюмени, Санкт-Петербурге, Воронеже и Томске, в которых распространенность этого показателя статистически значимо не различалась. Самый низкий показатель частоты повышенного уровня депрессии выявлен в Кемерово — 16,7%. Среди регионов с высокой долей распространенности клинического уровня депрессии выделяются Волгоград (14,5%), Оренбург (14,5%) и республика САО (15%).

Как и тревога, депрессия по шкале HADS чаще выявлялась у женщин, хотя различия между полами были не столь разительными, как при сравнении частот тревоги.

Средний уровень тревоги/депрессии в возрастных группах не различался (вариабельность от $7,1 \pm 0,01$ до $7,9 \pm 0,05$ балла), тогда как частота повышенной клинической тревоги (51,8 и 21,4%) и соответствующих уровней депрессии (37,7 и 13,9%) с возрастом увеличивалась ($p < 0,01$) (см. табл. 1).

Менее образованные мужчины и женщины чаще страдали повышенной/клинической депрессией ($p < 0,001$), однако выраженной зависимости между образованием и

уровнем тревоги не выявлено. Не найдено зависимости в частоте повышенной тревоги/депрессии у лиц, проживающих в городе и селе. Лишь клинический уровень тревоги преобладал в городе (18,5% против 15,4% в селе), как и депрессии (9% против 7,4% в селе) ($p < 0,01$).

На рисунке представлена распространенность суммарного показателя тревоги/депрессии (8+) среди лиц с различным уровнем достатка и накопленной заболеваемости. Как и предполагалось, отмечается значительное увеличение частоты повышенного риска тревожных и особенно депрессивных расстройств с увеличением уровня бедности. Распространенность повышенных показателей по шкалам тревоги/депрессии у очень бедных самая высокая ($p < 0,0001$), а у состоятельных — самая низкая.

При изучении ассоциации уровня тревоги/депрессии в зависимости от накопленной заболеваемости выявлено, что риск и распространенность этого показателя существенно выше ($p < 0,0001$) у категории лиц с 3 заболеваниями и более (см. рисунок; табл. 2).

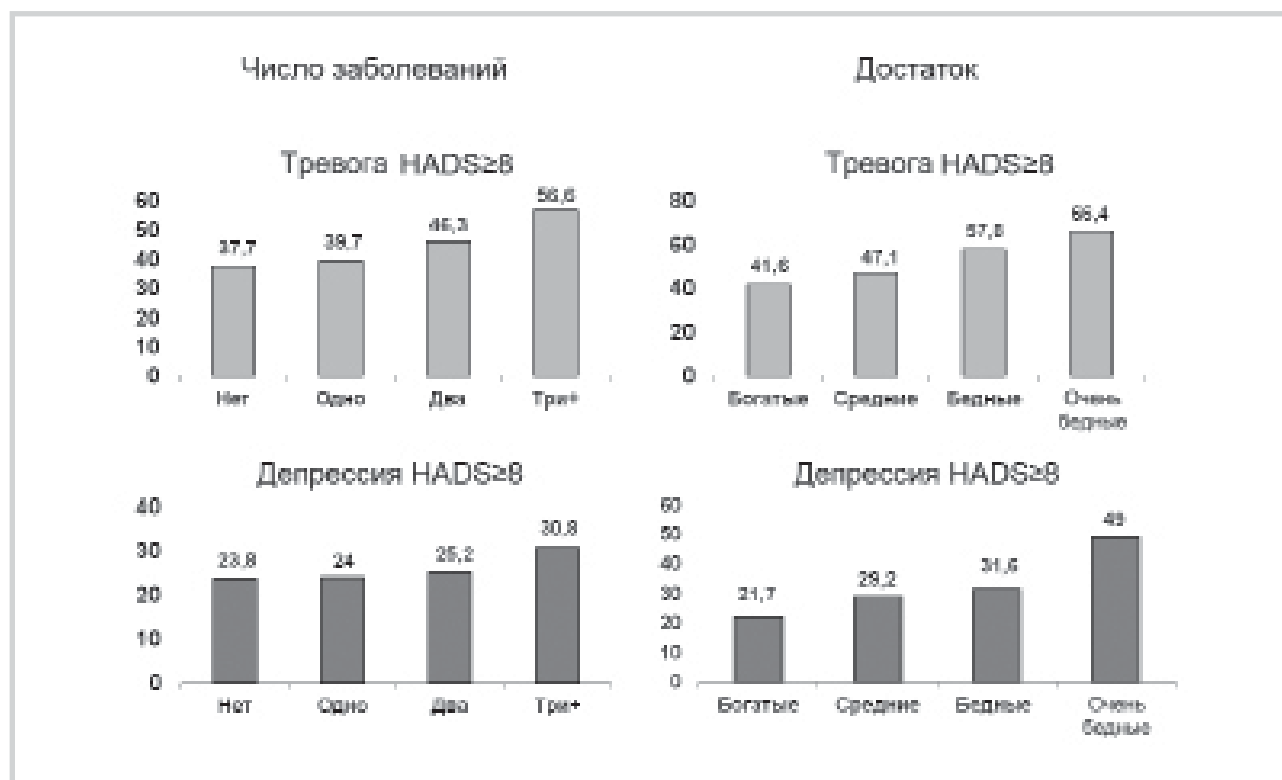
Для оценки значения ассоциаций тревоги/депрессии в регионах проживания использовали 2 модели логистической регрессии — только при коррекции на пол и возраст (модель 1) и при дополнительной коррекции на уровень бедности и накопленной заболеваемости (модель 2). Оказалось, что в первом случае статистически значимы все ассоциации между уровнем тревоги и регионом проживания. Так, частота повышенного уровня тревоги в Волгограде, Оренбурге и Самаре более чем в 4 раза превышает референсный уровень в Тюмени, а в республике СОА даже в 5 раз ($p < 0,0001$). Дополнительная коррекция на уровень бедности и накопленную заболеваемость продемонстрировала их независимый вклад, но ассоциации всех регионов с показателем повышенного уровня тревоги остались статистически значимыми. Таким образом, повышенный уровень тревоги в регионах является неотъемлемой частью жизни населения на данной территории, несмотря на то что этот показатель сильно варьирует между регионами (см. табл. 2).

Несколько иная картина наблюдается при анализе вклада повышенного уровня депрессии. Из 10 включенных регионов в анализ после коррекции на пол и возраст уже 4 (Воронеж, Кемерово, Санкт-Петербург и Томск) статистически значимо не отличались от Тюмени. Собственно уровень бедности в категории «очень бедные» в 2,4 раза чаще ассоциируется с повышенным уровнем депрессии ($p < 0,0001$), тогда как накопленная заболеваемость статистически значима ($p < 0,0001$) для повышенного уровня депрессии только при наличии 3 заболеваний и более. После дополнительной коррекции на эти два показателя (модель 2) только лица, проживающие в Волгограде, Самаре, Оренбурге и республике СОА, статистически значимо ассоциируются с депрессией (см. табл. 2).

Обсуждение

Постоянное увеличение распространенности тревоги/депрессии среди населения на протяжении столетия побуждает исследователей к поиску возможных связей между частотой психических расстройств и конституционально-генетическими, а также средовыми факторами и т.д.

В крупном исследовании, проведенном в Германии, на представительной выборке взрослого населения стар-



Распространенность повышенной тревоги и депрессии у лиц с различным уровнем заболеваемости и достатка.

Таблица 1. Распространенность показателей тревоги в зависимости от возраста, образования, региона и места жительства

Показатель	Число	Тревога HADS, баллы			Депрессия HADS, баллы		
		средний уровень	≥8	≥11	средний уровень	≥8	≥11
Все	16 877	7,5±0,06	46,3	18,1	5,1±0,04	25,6	8,8
Мужчины	6254	6,7±0,05	35,5	10,9	4,5±0,05	20,6	6,7
Женщины	10 623	8,1±0,06	54,9	22,7	5,4±0,05	28,6	10,0
Возраст, годы:							
25—34	2667	7,1±0,06	40,7	14,8	7,1±0,01	18,2	5,8
35—44	2626	7,5±0,06	44,4	16,3	7,5±0,01	23,3	7,8
45—54	3850	7,7±0,05	48,8	19,5	7,7±0,01	29,6	9,8
55—64	4676	7,9±0,05	51,8	21,4	7,9±0,05	37,7	13,9
Образование:							
ниже среднего	798	7,4±0,14	45,0	17,3	5,7±0,16	35,6	13,8
среднее	9023	7,6±0,04	46,2	18,6	5,4±0,04	27,9	9,7
выше среднего	7056	7,4±0,08	44,8	16,6	4,7±0,05	22,0	7,0
Место жительства:							
город	14 198	7,6±0,06	42,9	18,5	5,1±0,04	25,9	9,0
село	2679	7,3±0,06	42,7	15,4	5,0±0,07	24,7	7,4
Регион:							
Волгоград	1575	7,8±0,09	50,5	21,6	5,9±0,1	34,2	14,5
Воронеж	1595	7,0±0,09	39,4	15,0	4,2±0,1	19,2	5,4
Иваново	1882	7,4±0,07	45,5	15,4	4,8±0,08	20,1	6,5
Кемерово	1616	7,2±0,08	39,9	13,7	4,2±0,08	16,7	5,0
Самара	1597	7,9±0,08	50,6	20,4	5,4±0,09	25,6	9,0
Санкт-Петербург	1596	7,7±0,08	48,2	17,1	4,6±0,08	18,9	5,7
Оренбург	1595	8,1±0,12	52,6	25,3	6,3±0,1	42,2	14,5
Томск	1588	7,7±0,08	48,8	17,6	4,7±0,08	19,5	5,1
Тюмень	1652	5,9±0,08	22,0	7,2	3,4±0,1	18,8	8,0
Республика СОА	2181	8,4±0,07	59,8	23,7	6,8±0,08	43,4	15,0

Таблица 2. Ассоциации тревоги (тревога HADS ≥ 8) и депрессии (депрессия HADS ≥ 8) с регионами*, достатком и заболеваемостью*** в моделях логистической регрессии**

Показатель	Тревога HADS ≥ 8				Депрессия HADS ≥ 8				
	модель 1		модель 2		модель 1		модель 2		
	ОШ	95%ДИ	ОШ	95%ДИ	ОШ	95%ДИ	ОШ	95%ДИ	
Регион:									
Волгоград	4,156	3,560; 4,851	3,664	3,131; 4,288	2,368	2,020; 2,777	1,977	1,682; 2,325	
Воронеж	2,731	2,340; 3,187	2,379	2,033; 2,784	1,174	0,994; 1,386	1,051	0,887; 1,246	
Иваново	3,083	2,655; 3,591	2,845	2,447; 3,309	1,240	1,055; 1,457	1,128	0,958; 1,328	
Кемерово	2,969	2,543; 3,466	2,669	2,228; 3,121	0,983	0,826; 1,169	0,896	0,751; 1,068	
Самара	4,457	3,816; 5,207	3,854	3,294; 4,510	1,647	1,396; 1,943	1,406	1,188; 1,663	
Санкт-Петербург	3,613	3,097; 4,216	3,364	2,879; 3,930	1,058	0,885; 1,246	0,980	0,824; 1,165	
Оренбург	4,764	4,079; 5,564	4,467	3,820; 5,224	3,479	2,971; 4,073	3,360	2,866; 3,940	
Томск	3,923	3,360; 4,579	3,423	2,927; 4,003	1,108	0,934; 1,315	0,964	0,810; 1,147	
Республика СОА	5,829	5,036; 6,748	4,958	4,272; 5,755	3,486	3,009; 4,039	3,290	2,512; 3,394	
Шкала достатка:									
средние	1,199	1,102; 1,305	1,080	0,989; 1,108	1,395	1,267; 1,525	1,182	1,069; 1,307	
бедные	1,541	1,369; 1,735	1,389	1,228; 1,571	1,788	1,575; 2,021	1,639	1,435; 1,872	
очень бедные	2,592	1,080; 3,230	2,178	1,739; 2,728	2,363	1,905; 2,932	2,197	1,758; 2,747	
Число заболеваний:									
1	1,064	0,956; 1,185	1,095	0,981; 1,222	0,966	0,853; 1,095	1,001	0,880; 1,139	
2	1,307	1,171; 1,458	1,305	0,166; 1,460	0,975	0,859; 1,107	0,980	0,860; 1,118	
3 и более	1,900	1,704; 2,118	1,736	1,552; 1,941	1,297	1,147; 1,467	1,230	1,082; 1,398	

Примечание. *референсный регион — Тюмень; **референсная категория достатка — богатые или благополучные; ***референсная категория заболеваемости — нет заболевания.

ше 18 лет с помощью аналогичной психометрической шкалы HADS показано, что так же, как в большинстве исследований, в том числе в нашем, повышенный уровень тревоги более характерен для женщин, а у пожилых депрессия регистрировалась чаще, чем у молодых. Средний уровень тревоги/депрессии по шкале составил 4,4/4,8 балла для мужчин и 5,0/4,7 балла для женщин. Следует отметить, что в нашей популяции получен значительно более высокий уровень тревоги и весьма близкий средний уровень депрессии у мужчин (6,7/4,5 балла соответственно) и у женщин (8,1/5,4 балла соответственно). При одних и тех же критериях (8+) частота повышенного уровня депрессии в нашей стране составила в общей выборке 25,6% против 23% в сравнении с немецкой популяцией, а частота тревоги 46,3%, что более чем в 2 раза выше, чем в немецком исследовании (21%) [29].

Ф. Яска и соавт. [30] опубликовали результаты исследования, в котором с помощью HADS по аналогичным критериям у 9,6% норвежских мужчин и 7,6% женщин 46—49 лет выявлен повышенный уровень депрессии (8+) и у 14 и 19,7% — тревоги соответственно. У лиц в возрасте 70—74 лет эти показатели составили соответственно 9,8 и 9,8% для депрессии и 7,9 и 17,5% — для тревоги. Эти результаты очень сходны с нашими данными, касающимися распространенности депрессии, и в 2 раза более низкими показателями частоты повышенной оценки шкалы тревоги.

Вместе с тем проведенный экспертами из Университета Квинсленда систематический обзор исследований по распространенности тревожных расстройств (публикации 1980—2009 гг.) показал, что распространенность этого состояния с поправкой на методологические различия составила в среднем 7,3% (4,8—10,9%). В африканской популяции распространенность субклинического уровня

тревоги в среднем достигала 5,3% (3,5—8,1%), а в евро/английской — 10,4% (7—15,5%) [31].

Исследования с использованием психометрических шкал, проведенные в целом ряде стран, показывают, что распространенность тревожных расстройств в общей медицинской практике составляет 5—15%, тогда как распространенность субсиндромальной тревоги в 2 раза выше, по некоторым данным данным симптомы тревоги отмечаются у 28—76% больных [32].

По данным нашего исследования, в среднем распространенность клинически выраженной тревоги в 10 субъектах РФ (18%) выше, чем по ранее приведенным данным, тогда как клиническая депрессия соответствовала таковой у жителей Азии и Ближнего Востока (9%) [31]. Кроме того, распространенность повышенного и клинического уровня тревоги/депрессии в регионах страны сильно варьировала. Так, повышенная тревога оказалась наиболее высокой в республике СОА (60%; $p < 0,0001$) и самой низкой в Тюмени (22%; $p < 0,0001$).

В.В. Гафаров и соавт. [34, 35] в своих публикациях подчеркивают высокий уровень личностной тревожности (ЛТ) у мужчин и женщин 25—64 лет, который показан в рамках исследования MONICA-психосоциальная в 1994 г. Принимая во внимание, что 1994 г. — это время наиболее тяжелых социально-экономических потрясений, а также несмотря на использование иного инструмента, нежелези в нашем исследовании, указанные авторами цифры весьма впечатляют. Так, среди женского населения показатель высокой ЛТ составил 60,4%, а среди мужского — 50,9%. Аналогично в нашем исследовании отмечается преобладание распространенности повышенного уровня тревоги у женщин, хотя цифры несколько ниже. Можно предполагать, что кризисный период, начавшийся в 2008

г., продолжает негативно влиять на население, увеличивая его уровень тревоги [33—35].

Авторы опубликованных (2013) результатов исследования в Западной Шотландии показали, что средний уровень тревоги/депрессии по HADS для всей их выборки (39—55 лет) составил 7,6 (3,9) и 4,3 (3,1) балла соответственно, в том числе 6,9 (3,8) и 4,2 (3,1) балла для мужчин, и 8,1 (4,0) и 4,4 (3,1) балла для женщин [21]. Это также отражает преобладание повышенных показателей уровня тревоги в российских регионах.

В отечественном исследовании КООРДИНАТА средний уровень по HADS тревоги/депрессии (у больных ИБС $12,08 \pm 3,90/13,10 \pm 2,75$ балла и у больных АГ $11,50 \pm 3,66/13,15 \pm 2,65$ балла соответственно) существенно выше, чем в нашем исследовании ($7,5 \pm 0,06/5,1 \pm 0,04$ балла соответственно) и Западной Шотландии, что связано с сочетанием психических расстройств с ИБС и/или АГ у больных, включенных в исследование [36].

В данной работе мы не ставили целью подробный анализ ассоциаций показателей тревоги и депрессии с конкретным заболеванием, однако, по нашим данным, уровень повышенной тревоги/депрессии достоверно чаще регистрировался у лиц с 3 заболеваниями и более ($p < 0,0001$). Даже после коррекции на все показатели, включенные в анализ, тревога в 1,7 раза чаще выявлялась у лиц с наличием заболеваний по сравнению с теми, у кого не выявлено ни одного заболевания (ОШ для депрессии 1,230 при 95% ДИ от 1,082 до 1,398).

Практически все исследователи признают роль возраста и пола в заболеваемости депрессивными расстройствами. По данным ВОЗ (2001), депрессии чаще всего развиваются в зрелом возрасте. Кроме того, в литературе имеются сведения о наличии этнокультурных различий в отношении возрастной предпочтительности депрессивных состояний. По данным ранее проведенных исследований, клиническая тревога/депрессия чаще встречается у женщин, чем у мужчин, а после 55 лет мужчины и женщины реже страдают от тревожных расстройств, в то время как депрессия остается распространенной проблемой на протяжении всей жизни [37, 38].

Аналогичные данные получены в исследовании КОМПАС, в котором депрессии и расстройства депрессивного спектра чаще наблюдалась у женщин, а их распространенность увеличивалась с возрастом [23, 27]. В нашем исследовании уровень повышенной и клинической тревоги/депрессии также регистрировался у женщин чаще ($p < 0,0001$), чем у мужчин.

Доказательства в отношении распространенности повышенного уровня депрессии в городской и сельской

местности носят противоречивый характер. По данным исследования Центра охраны здоровья сельского населения штата Южная Каролина (США, 2006 г.), распространенность повышенного уровня депрессии в сельской местности выше, чем в городе. В исследовании, проведенном в Англии, Уэльсе и Шотландии, напротив, распространенность повышенного уровня тревоги/депрессии выше в городе [39]. В нашем исследовании получены данные, по которым распространенность клинически выраженной тревоги/депрессии (HADS) чаще наблюдалась среди городского населения ($p < 0,01$).

Результаты отечественных и зарубежных исследований позволяют утверждать, что накопленная заболеваемость и смертность у лиц с низким уровнем образования и благосостояния выше, чем в более благополучных в социально-экономическом плане группах [40—43]. Аналогичные данные получены в нашем исследовании, где менее образованные люди чаще страдали повышенной и клинической депрессией ($p < 0,001$), а риск возникновения тревожных и депрессивных расстройств, который определялся с помощью шкалы, даже после коррекции на все учитываемые факторы, у бедных был выше в 1,2 (при 95% ДИ от 1,7 до 2,1) и 2,2 (при 95% ДИ от 1,8 до 2,7) раза соответственно ($p < 0,0001$).

Заключение

Менее образованные мужчины и женщины чаще имели как повышенный, так и клинический уровень депрессии ($p < 0,001$), в то же время выраженной зависимости между образованием и уровнем тревоги не выявлено.

Не найдено зависимости в частоте повышенного уровня тревоги/депрессии у лиц, проживающих в городе и селе. Однако лица с клиническим уровнем тревоги и депрессии преобладали в городе ($p < 0,01$).

Лица с повышенным уровнем тревоги и депрессии характеризуются в 2,6 и 2,4 раза меньшим уровнем достатка ($p < 0,0001$) соответственно и в 1,9 и 1,3 раза более высокой вероятностью наличия 3 заболеваний и более соответственно ($p < 0,0001$).

Все 10 отобранных регионов РФ, различающихся по демографическим, экономическим и климатогеографическим показателям, характеризуются чрезвычайно высоким уровнем тревоги, которая остается статистически значимой после коррекции на пол и возраст, а также такие показатели, как уровень достатка и накопленная заболеваемость, тогда как достоверно высокий уровень депрессии только в 4 регионах из 10.

ЛИТЕРАТУРА

1. Cross-national comparisons of the prevalence and correlates of mental disorders. WHO International Consortium in Psychiatric Epidemiology. Bull World Health Organ 2000; 4 (78): 413—426.
2. *Ustin T., Sartorius N.* Preventive Services Task Force: Guide to Clinical Preventive Services. 2nd Ed. — Washington, DC: US. Department of Health and Human Services 1999.
3. WHO Global InfoBase (<http://www.infobase.who.int>). Доклад о состоянии здравоохранения в мире. ВОЗ 2001.
4. *Dhillon S., Scott L.J., Ploster G.L.* Эсциталопрам. Обзор по применению препарата при лечении тревожных расстройств (часть I). Психиатр и психофармакотер 2007; 3: 63—67.
5. *Fink P., Steen Hansen M., Sondergaard L.* Somatoform disorders among first-time referrals to a neurology service. Psychosomatics 2005; 6 (46): 540—548.
6. *Katon W.J.* Epidemiology and treatment of depression in patients with chronic medical illness. Dialogues Clin Neurosci 2011; 13 (1): 7—23.
7. *Atlantis E., Fahey P., Cochrane B., Smith S.* Bidirectional associations between clinically relevant depression or anxiety and chronic obstructive pulmonary disease (COPD): a systematic review and meta-analysis. Chest 2013; 144: 766—777.

8. *Rotella F., Mannucci E.* Depression as a risk factor for diabetes: a meta-analysis of longitudinal studies. *J Clin Psychiatry* 2013; 74 (1): 31–37.
9. *Rugulies R.* Depression as a predictor for coronary heart disease. A review and meta-analysis. *Am J Prev Med* 2002; 23 (1): 51–61.
10. *Patten S.B., Williams J.V., Lavorato D.H. et al.* Major depression as a risk factor for high blood pressure: epidemiologic evidence from a national longitudinal study. *J Psychosom Med* 2009; 71 (3): 273–279.
11. *Engum A.* The role of depression and anxiety in onset of diabetes in a large population-based study. *J Psychosom Res* 2007; 62 (1): 31–38.
12. *Bouwman V., Adriaanse M.C., van't Riet E. et al.* Depression, anxiety and glucose metabolism in the general Dutch population: the new Hoorn study. *PLoS One* 2010; 5 (4): 9971.
13. *Edwards L.E., Mezuk B.* Anxiety and risk of type 2 diabetes: evidence from the Baltimore Epidemiologic Catchment Area Study. *J Psychosom Res* 2012; 73 (6): 418–423.
14. *Herrmann C., Brand-Driehorst S., Buss U., Ruger U.* Effects of anxiety and depression on 5-year mortality in 5057 patients referred for exercise testing. *J Psychosom Res* 2000; 48: 455–462.
15. *Holwerda T.J., Schoevers R.A., Dekker J. et al.* The relationship between generalized anxiety disorder, depression and mortality in old age. *Int J Geriatr Psychiatry* 2007; 22: 241–249.
16. *Mykletun A., Bjerkeset O., Dewey M. et al.* Anxiety, depression and cause specific mortality. The HUNT study. *J Psychosom Med* 2007; 69: 323–331.
17. *Чазов Е.И., Оганов Р.Г., Погосова Г.В. и др.* Программа КООРДИНАТА Клинико-эпидемиологическая программа изучения депрессии в кардиологической практике у больных артериальной гипертонией и ишемической болезнью сердца: результаты терапевтической части многоцентрового исследования. *Тер арх* 2006; 4: 38–44.
18. *Белялов Ф.И.* Психические расстройства в практике терапевта. Иркутск: РИО ИГМАПО 2014; 327.
19. *Zigmond A.S., Snaith R.P.* The Hospital Anxiety and Depression scale. *Acta Psychiatr Scand* 1983; 67: 361–370.
20. *Андрюшенко А.В., Дробизhev М.Ю., Добровольский А.В.* Сравнительная оценка шкал CES-D, BDI и HADS(d) в диагностике депрессий в общемедицинской практике. *Журн неврол и психиатр* 2003; 5: 11–17.
21. *Hannah M.K., Batty G.D., Benzeval M.* Common mental disorders and mortality in the West of Scotland Twenty-07 Study: comparing the General Health Questionnaire and hospital anxiety and depression scale. *J Epidemiol Community Health* 2013; 67: 558–563.
22. *Bjelland I., Dahl A.A., Haug T.T., Neckelmann D.* The validity of the Hospital Anxiety and Depression Scale. An updated literature review. *J Psychosom Res* 2002; 52: 69–77.
23. *Оганов Р.Г., Ольбинская Л.И., Смудевич А.Б. и др.* Депрессии и расстройства депрессивного спектра в общемедицинской практике. Результаты программы КОМПАС. *Кардиология* 2004; 1: 48–54.
24. *Цыганков Б.Д., Малыгин Я.В., Добровольская Ю.В., Ханнова А.Н.* Возможности психометрической оценки коморбидных тревожных и депрессивных расстройств (по данным зарубежной литературы). *Журн неврол и психиатр* 2009; 6: 91–94.
25. *Al-Adawi S., Dorylo A.S.S., Al-Naamani A. et al.* The ineffectiveness of the Hospital Anxiety and Depression Scale for diagnosis in an Omani traumatic brain injured population. *Brain Inj* 2007; 21 (4): 385–393.
26. Европейские клинические рекомендации по профилактике сердечно-сосудистых заболеваний (пересмотр 2012). *Рос кардиол журн* 2012; 4: приложение 2: 84.
27. *Краснов В.Н., Довженко Т.В., Бобров А.Е., Старостина Е.Г.* Психиатрия в первичном звене здравоохранения: новое решение старой проблемы. *Соц и клин психиатр* 2013; 4: 5–12.
28. Научно-организационный комитет проекта ЭССЕ-РФ. Эпидемиология сердечно-сосудистых заболеваний в различных регионах России (ЭССЕ-РФ). Обоснование и дизайн исследований. *Проф мед* 2013; 6: 25–34.
29. *Hinz A., Brähler E.* Normative values for the hospital anxiety and depression scale (HADS) in the general German population. *J Psychosom Res* 2011; 71 (2): 74–78.
30. *Jacka F.N., Mykletun A., Berk M. et al.* The association between habitual diet quality and the common mental disorders in community-dwelling adults: The Hordaland Health Study. *J Psychosom Med* 2011; 73 (6): 483–490.
31. *Baxter A.J., Scott K.M., Vos T., Whiteford H.A.* Global prevalence of anxiety disorders: a systematic review and meta-regression. *Psychol Med* 2013; 43: 897–910.
32. Национальные рекомендации, кардиоваскулярная профилактика, ВНОК 2011; www.scardio.ru.
33. *Гафаров В.В., Громова Е.А., Гафарова А.В., Гагулин И.В.* Инфаркт миокарда и стресс на работе и в семье: 10-летний риск возникновения в открытой популяции мужчин 25–64 лет (эпидемиологическое исследование в рамках программы ВОЗ «MONICA-PSYCHOSOCIAL»). *Кардиология* 2011; 3: 10–16.
34. *Гафаров В.В., Громова Е.А., Панов Д.О., Гагулин И.В.* Распространенность личностной тревожности и отношение к своему здоровью среди женщин жительниц крупного промышленного центра. *Арх внутр мед* 2012; 3: 143–148.
35. *Гафаров В.В., Воевода М.И., Громова Е.А. и др.* Генетические маркеры личностной тревожности как один из факторов риска развития сердечно-сосудистых заболеваний (программа ВОЗ «MONICA», подпрограмма «MONICA-психосоциальная»). *Тер арх* 2013; 4: 47–51.
36. *Чазов Е.И., Оганов Р.Г., Погосова Г.В. и др.* Клинико-эпидемиологическая программа изучения депрессий в кардиологической практике: у больных артериальной гипертонией и ишемической болезнью сердца (КООРДИНАТА): результаты многоцентрового исследования. *Кардиология* 2007; 3: 28–37.
37. *Crawford J.R., Henry J.D., Crombie C., Taylor E.P.* Normative data for the HADS from a large non-clinical sample. *Br J Clin Psychol* 2001; 40: 429–434.
38. *Ferrari A.J., Somerville A.J., Baxter A.J. et al.* Global variation in the prevalence and incidence of major depressive disorder: a systematic review of the epidemiological literature. *Psychol Med* 2013; 43: 471–481.
39. *Weich S., Twigg L., Lewis G.* Rural/non-rural differences in rates of common mental disorders in Britain Prospective multilevel cohort study. *BJP* 2006; 188: 51–57.
40. *Barth J., Schumacher M., Herrmann-Lingen C.* Depression as a risk factor for mortality in patients with coronary heart disease: a meta-analysis. *Psychosom Med* 2004; 66: 802–813.
41. *Eller N.H., Netterstrom B., Gyntelberg F. et al.* Work-related psychosocial factors and the development of ischemic heart disease: a systematic review. *Cardiol Rev* 2009; 17: 83–97.
42. *Вассерман Л.И., Трифонова Е.А.* Социально-психологические факторы в формировании сферы здоровья и личности. *Обзорные психиатр и мед психол им. В.М. Бехтерева* 2012; 3: 3–8.
43. Коллективная монография. Школьников В.М., Андреев Е.М., Малева Т.М. (ред.). Неравенство и смертность в России. Московский Центр Карнеги. М: Сигнал 2000.

Поступила 11.07.2014