

Исследование качества жизни, распространенности тревожных и депрессивных расстройств у сельского населения Свердловской области

А. Г. Закроева, О. В. Андриянова, А. Г. Солодовников
ГОУ ВПО «Уральская государственная медицинская академия Росздрава»,
кафедра семейной медицины,
Свердловский областной центр медицинской профилактики

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

Резюме

С целью анализа качества жизни (КЖ), распространенности тревожных и депрессивных расстройств у сельского населения Урала при рандомизированном одномоментном популяционном исследовании проанкетированы 518 жителей Нижне-Сергинского района (опросники GSAD, GHQ-12, SF-36). Оценивались также социально-демографические данные, распространенность хронических неинфекционных заболеваний. Доля лиц, имевших «50-процентную вероятность депрессии» и «50-процентную вероятность тревожного расстройства» (показатели Depr и Ans соотв.) составила 0,35 и 0,42. Доля лиц, страдающих от психологического стресса — 0,18. Показатели Depr и Ans соответственно в 1,3 и 1,2 раза выше у женщин, чем у мужчин. Распространенность проблем психического здоровья и ухудшение КЖ нарастали с возрастом, независимо от пола.

Ключевые слова: психическое здоровье, качество жизни, тревожное расстройство, депрессия, эпидемиология.

На сегодняшний день характеристика здоровья популяции возможна только при комплексном анализе показателей здоровья, причем как соматического, так и психического. При этом учитываются также данные, полученные при самооценке человеком своего состояния: физического, психологического и социального — индексы «качества жизни (КЖ), связанного со здоровьем» [1, 2, 3, 4]. Однако в доступной отечественной литературе нет сведений о распространенности и структуре распространенных и значимых расстройств психического здоровья — тревожных, депрессивных расстройств, о показателях КЖ, и их ассоциациях среди сельской популяции Урала. Целью работы являлось изучение указанных эпидемиологических характеристик.

Материалы и методы

В ходе одномоментного рандомизированного популяционного исследования было опрошено 518 жителей Нижне-Сергинского района Свердловской области старше 25 лет с использованием анкет: General Health Questionnaire (GHQ-12), Goldberg Scales of Anxiety and Depression (GSAD). Все опросники переведены на русский язык и прошли языковую и культурную адаптацию в российских исследованиях. Кроме того, анализировались социально-демографические данные, распространенность и структура хронических неинфекционных заболеваний и факторов их риска, курения, злоупотребления алкоголем. Показатели КЖ оценивались с использованием анкеты SF-36, по 8 шкалам: Physical Functioning (PF) — шкале физического функционирования, Role-Physical (RP) — шкале ролевых ограничений, вызванных физическим состоянием, Bodily Pain (BP) — шкале телесной боли; General Health (GH) — шкале, отражающей общее восприятие человеком состояния здоровья; Vitality (VT) — шкале жизнеспособности; Social Functioning (SF) — шкале социального функционирования, Role-Emotional (RE) —

Закроева Алла Геннадьевна — к. м. н., доцент кафедры семейной медицины ГОУ ВПО УГМА Росздрава;

Андриянова Ольга Викторовна — зам. директора Свердловского областного центра медицинской профилактики, ассистент кафедры семейной медицины ГОУ ВПО УГМА Росздрава;

Солодовников Александр Геннадьевич — ассистент кафедры семейной медицины ГОУ ВПО УГМА Росздрава.

шкале ролевых ограничений, вызванных эмоциональным состоянием, Mental Health (MH) — шкале психического здоровья. Полученные показатели КЖ сопоставлялись не только с известными литературными данными, но и с 100-балльным эталоном, соответствующим «идеальному» КЖ.

Математическая обработка данных и их графическое отображение выполнены с использованием программ «SPSS for Windows» ver. 8,0 (SPSS, Inc). Использовались критерии: Z Колмогорова-Смирнова, Стьюдента, Даннета и Ньюмена — Кейлса, Манна-Уитни, Крускала — Уоллиса и Данна. Вычислялись доли признака в выборке с расчетом стандартной ошибки доли, при сравнении долей — критерий χ^2 . При оценке КЖ в случае получения статистически значимых различий между группами анализировались также и клинические различия в соответствии с общепринятыми международными критериями: разница в 5-10 баллов расценивалась как слабая, в 10-20 баллов — как умеренные, >20 баллов — как очень большие клинические различия показателей качества жизни [5, 6, 7, 8]. Определялись также коэффициенты корреляции Пирсона r и Спирмена r_s .

Результаты и их обсуждение

С учетом дизайна работы, оценивались показатели «50-процентная вероятность депрессии у респондентов» и «50-процентная вероятность тревожного расстройства у респондентов», полученные на основании анкетирования (далее в тексте показатели Derg и Anx соотв.). Их распространенность составила $35 \pm 2,1\%$ и $42 \pm 2,2\%$ соответственно в среднем по популяции, и прогрессивно возрастала в старших воз-

растных группах (максимальные показатели — $60 \pm 21\%$ и $60 \pm 22\%$ для Derg и Anx соответственно для лиц старше 70 лет) (рис. 1). Это достаточно высокий, но ожидаемый уровень, учитывая, что распространенность депрессий и тревожных расстройств в первичном звене здравоохранения по данным разных источников гораздо ниже — от 8 до 16% [9, 10, 11, 12].

Хочется подчеркнуть еще раз, что в данной работе не анализировались распространенность заболеваний или клинико-лабораторных синдромов как таковых. При анкетировании выявлялся процент лиц, у которых были превышены выбранные нами пороговые значения по шкалам стресса, тревоги, депрессии (≥ 4 баллов для анкеты GHQ-12, ≥ 5 баллов по шкале тревоги и ≥ 2 баллов по шкале депрессии GSAD). Это было сделано в ущерб специфичности, но при этом достигалась высокая чувствительность результатов: у участников исследования, набравших меньшее число баллов, — очень низкая вероятность наличия данной патологии. Следует отметить также, что в целом, распространенность Anx у женщин была недостоверно выше (в 1,2 раза), а распространенность Derg — достоверно выше (в 1,3 раза), чем у мужчин ($p < 0,04$). Так, показатель Derg был равен 38% для женщин и 31% для мужчин соответственно. Была выявлена достоверная положительная корреляционная связь между показателями возраста и распространенностью как Anx, так и Derg. Эта ассоциация регистрировалась вне зависимости от пола, хотя и не была тесной ($r_s = 0,21$ и $r_s = 0,27$ соотв.).

Показатели КЖ в исследуемой выборке в среднем были несколько снижены относитель-

Рисунок 1. Распространенность тревожных и депрессивных расстройств в исследованной выборке (указаны доля и стандартная ошибка доли в каждой возрастной группе)

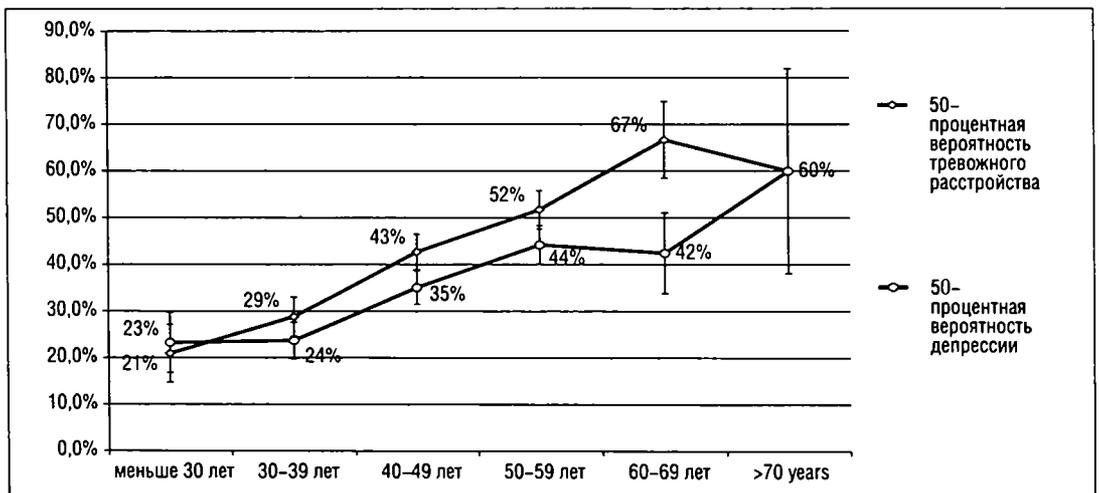
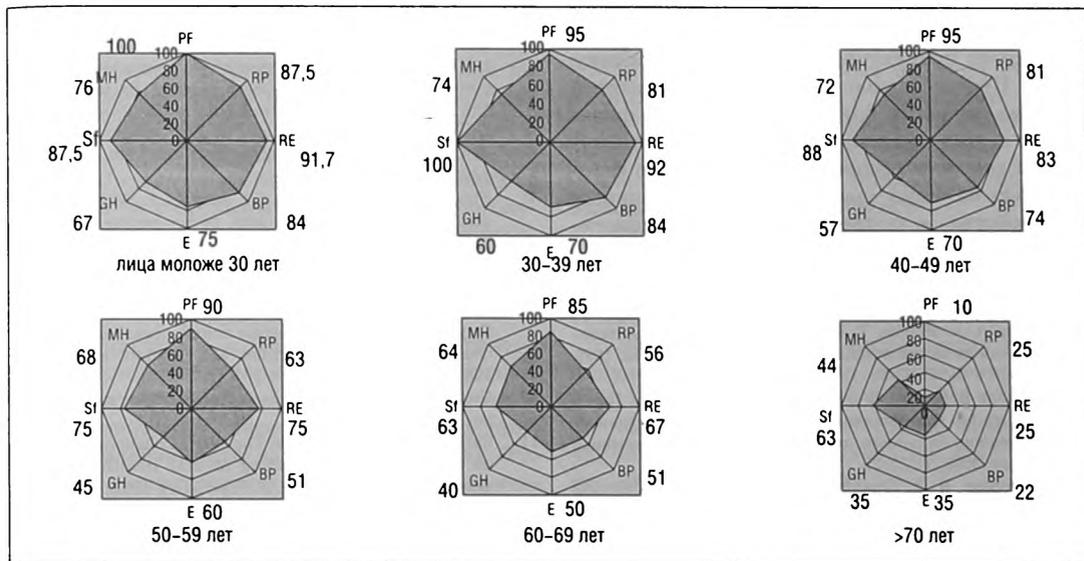


Рисунок 2. Показатели качества жизни в исследуемой выборке



но «идеальных», принятых за 100%, но сопоставимы с результатами, приведенными в других популяционных исследованиях для здорового населения [3]. Они составили по шкалам: PF — 95 баллов, RP — 75 баллов, RE — 83,3 балла, BP — 72 балла, E — 70 баллов, SF — 87,5 баллов, MH — 87,5 баллов, MH — 72 в среднем по выборке. Только показатель GH (55 баллов (!)) достаточно сильно отличался в худшую сторону от литературных данных, и имел наименьшее из 8 шкал КЖ значение во всех возрастных категориях, кроме группы из пяти респондентов старше 70 лет. В этой группе на первый план в ухудшении КЖ закономерно выходило снижение физических возможностей (шкала PF) (рис. 2). Таким образом, несмотря на достаточно высокую оценку своего физического, эмоционального, социального функционирования, большинство опрошенных воспринимали предшествующее, настоящее и будущее состояние своего здоровья относительно пессимистично.

Достоверных гендерных различий КЖ не было выявлено. При этом, с увеличением возраста респондентов показатели качества жизни по всем 8 шкалам неуклонно ухудшались (рис. 2), что было подтверждено достоверными корреляционными связями. Наиболее выраженная отрицательная динамика, как и ожидалось, была отмечена для показателей физического функционирования PF. Так, у лиц моложе 30 лет в сравнении с респондентами старше 70 лет показатели PF были равны соответственно 100 (90-100) баллов и 10 (10-32,5) баллов (указаны медиана, 25 и 75 перцентили). Для сравнения: те же показатели по шкале

МН снижались менее драматично, но также достоверно — с 76 (64-88) баллов у 25-30-летних до 44 (41-50) баллов для лиц старше 70 лет соответственно ($p < 0,001$). Это снижение КЖ может быть охарактеризовано не только как статистические, но, и как очень большие клинические различия показателей качества жизни у лиц разных возрастов. Доля респондентов, испытывающий психологический стресс, на основании опросника GHQ-12, составила $18 \pm 2\%$ по выборке, что свидетельствует о высоком уровне подверженности стрессу в сельской популяции Урала.

Прослеживались ожидаемые корреляционные связи между качеством жизни и показателями психического здоровья, в частности, между значением индекса МН (Mental Health) и показателем Anx ($r_s = -0,44$), индексом E (Energy) и показателем Dep ($r_s = -0,44$), индексом GH (General Health) и показателем Dep ($r_s = -0,39$), индексом МН (Mental Health) и количеством баллов по шкале GHQ-12. Были выявлены также ассоциации между рядом показателей соматического здоровья и качеством жизни, вероятностью наличия психического расстройства. Их анализ требует дальнейшей оценки и интерпретации.

Выводы

1. Среди сельской популяции Свердловской области предполагается высокая распространенность депрессивных и тревожных расстройств, а также высокая приверженность стрессу.

2. На фоне положительно оцененного, сохраненного физического, социального и эмо-

ционального функционирования, общее восприятие здоровья сельскими жителями Свердловской области относительно пессимистично, и имеет субъективно более низкую оценку.

3. Прогрессивное ухудшение показателей качества жизни (в большей степени его физической составляющей) ассоциировано с увеличением возраста респондентов, а также с вероятностью наличия тревожного, депрессивного расстройства, и подверженностью психологическому стрессу.

Литература

1. Новик А. А. Ионова Т. И., Кайнд П. Концепция исследования качества жизни в медицине. СПб.: Элби, 1999. 140.
2. Суркова Е. В. Анциферов М. Б., Майоров А. Ю. Качество жизни как важнейший показатель эффективности лечения сахарного диабета в XXI веке. Сахарный диабет. 2000; 1: 23-25.
3. Aaronson N. K. Quality of life assessment in clinical trials: methodologic issues. Control Clin. Trials. 1989; 10: 195-208.
4. Bowling A. Measuring Disease: a review of disease-specific quality of life measurement scales. Buckingham: Open University Press, 1996. 208.
5. Шевченко Ю. А. Качество жизни в кардиологии. Вестник РВМА. 2000; 9: 5-15.
6. Rumsfeld J. S., McWhinney S., McCarthy M. et al. Health-related quality of life as a predictor of mortality following coronary artery bypass heart surgery. Participants of the Department of Veterans Affairs Cooperative Study Group on Processes, Structures and Outcomes of Care in Cardiac Surgery. J.A.M.A. 1999; Vol. 281, 14: 1298-1303.
7. Strangers M.A.G. de Regt E.B., Andries F. Which chronic conditions are associated with better poorer quality of life? J Clin Epidemiol. 2000; 53: 895-907
8. Williams G. H. Assessing patients wellness: new perspectives on quality of life and compliance. AJN. 1998; Vol 11. 2: 186-191.
9. Смулевич А. Б. Пограничная психическая патология в общемединской практике. М.: Русский врач, 2000. 160.
10. Смулевич А. Б. Депрессии в общемединской практике. М.: Бепер, 2000. 160.
11. 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.
12. 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.

Регистр инсульта как компонент организации вторичной профилактики инсульта

О. С. Ефимова, А. А. Белкин, Е. А. Пинчук, А. В. Слободенюк

ГОУ ВПО «Уральская государственная медицинская академия Росздрава», «Клинический Институт Мозга» Средне-Уральского Научного Центра РАМН, Клиника неврологии и нейрохирургии МУ ГКБ № 40, г. Екатеринбург

Резюме

Эпидемиологическая ситуация в мире по цереброваскулярной патологии характеризуется повсеместной распространенностью и высокой заболеваемостью. Цереброваскулярные болезни занимают ведущие места среди причин смертности и инвалидизации населения.

Органы официальной статистики Российской Федерации регистрируют цереброваскулярные заболевания в целом, не выделяя инсульты отдельно. Поэтому достоверные данные о заболеваемости инсультами, смертности и инвалидизации при них по России отсутствуют.

Целью проведения Регистра инсульта в г. Екатеринбурге является изучение эпидемиологии инсультов, получение достоверных данных о заболеваемости, смертности и летальности от инсультов, а также разработка эффективных мер вторичной профилактики.

Ефимова Ольга Сергеевна — к. м. н., заместитель декана медико-профилактического факультета ГОУ ВПО «УГМА Росздрава»;

Белкин Андрей Августович — д. м. н., профессор, директор «Клинического Института Мозга», главный невролог УЗО г. Екатеринбурга, заместитель главного врача МУ ГКБ № 40 по неврологии и нейрохирургии;

Пинчук Елена Анатольевна — к. м. н., руководитель Городского центра вторичной профилактики инсульта;

Слободенюк Александр Владимирович — д. м. н., профессор, зав. кафедрой эпидемиологии ГОУ ВПО «УГМА Росздрава».

Ключевые слова: Регистр, инсульт, эпидемиология, заболеваемость, смертность, летальность, факторы риска, вторичная профилактика.

Введение

Национальный проект «Здоровье» определяет основные задачи развития и модернизации здравоохранения на ближайшие годы. Наряду с повышением доступности первичной