

**Государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего профессионального образования
«Уральский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации**

На правах рукописи

ЗАКРОЕВА Алла Геннадьевна

**СТРАТЕГИЯ ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ОСНОВНЫМИ
ХРОНИЧЕСКИМИ НЕИНФЕКЦИОННЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ
И ИХ ФАКТОРАМИ РИСКА: СИСТЕМНЫЙ АНАЛИЗ
ПРОБЛЕМЫ И ОБОСНОВАНИЕ БИОПСИХОСОЦИАЛЬНОГО
ПОДХОДА**

14.01.04 – внутренние болезни

Диссертация на соискание ученой степени

доктора медицинских наук

Научный консультант:

доктор медицинских наук, профессор О.М. Лесняк

Екатеринбург – 2015

ОГЛАВЛЕНИЕ

Список использованных сокращений	6
Введение.....	7
Глава 1. Обзор литературы.....	19
1.1. Хронические неинфекционные заболевания как актуальная проблема здравоохранения.....	19
1.2. Важнейшие аспекты изучения ХНИЗ и их факторов риска	21
1.2.1. Современная теория рисков ХНИЗ — история формирования и главные постулаты	21
1.2.2. Современные методы изучения рисков	24
1.2.3. Значение отдельных факторов риска ХНИЗ в возникновении заболеваний и их исходов	26
1.2.4. Исследование рисков как этап на пути разработки политики здравоохранения	32
1.2.5. Значение исследования качества жизни для характеристики здоровья	37
1.3. Хронические неинфекционные заболевания и психическое здоровье.....	38
1.3.1. ХНИЗ и депрессия: общие глобальные проблемы, общие факторы риска, общие методы исследования.....	38
1.3.2. Тревожные расстройства как фактор риска ХНИЗ и предиктор их неблагоприятных исходов	46
1.4. Эпидемиологические аспекты ХНИЗ и их факторов риска в России.....	48
1.4.1. Артериальная гипертензия.....	49
1.4.2. ИБС и стенокардия напряжения	50
1.4.3. Хронические респираторные нарушения	52
1.4.4. Избыточная масса тела и ожирение	54
1.4.5. Табакокурение	55
1.4.6. Злоупотребление алкоголем.....	56
1.4.7. Проблемы психического здоровья. Депрессивные и тревожные расстройства.....	58

1.5. Биопсихосоциальный подход как теоретическая основа и потенциальная модель ведения больных с ХНИЗ, их факторами риска и проблемами психического здоровья врачами первичной сети в России.....	61
1.5.1. Ведение пациентов с ведущими проблемами психического здоровья врачами первичного звена — преимущества, возможности и ограничения.....	61
1.5.2. Новое научное направление в клинической медицине «Психическое здоровье в первичном звене»	65
1.5.3. Биопсихосоциальный подход к ведению больных с ХНИЗ, их факторами риска и проблемами психического здоровья — ответ на требование времени.....	68
Глава 2. Материал и методы исследования	71
2.1. Общий план и этапы проведения исследования	71
2.2. Популяционное исследование ХНИЗ и их факторов риска.....	73
2.2.1. Дизайн популяционного исследования.....	73
2.2.2. Изучаемые территории и способ получения первичной информации	74
2.2.3. Формирование выборок для исследования	75
2.2.4. Критерии ошибки выборки, критерии отсутствия отклика на исследование.....	76
2.2.5. Вопросник эпидемиологического исследования.	77
2.2.6. Критерии диагностики изучаемых хронических неинфекционных заболеваний, факторов риска их развития и проблем психического здоровья	80
2.2.7. Повышение уровня ответственности и борьба с систематическими ошибками	84
2.3. Клинические аспекты ХНИЗ, их факторов риска и показатели психического здоровья у пациентов первичного звена здравоохранения.....	87
2.3.1. Критерии включения, методы обследования и основные характеристики пациентов клинической группы	87
2.3.2. Информированность об имеющемся хроническом заболевании среди пациентов первичной сети	91
2.4. Обучение врачей первичного звена основам биопсихосоциального подхода	93

2.4.1. Изучение имеющихся знаний и клинического опыта врачей первичного звена в области системной оценки состояния здоровья пациентов и ведения больных с ХНИЗ, их факторами риска и проблемами психического здоровья	93
2.4.2. Программа обучения врачей как одно из вмешательств на пути интеграции вопросов психического здоровья в практику работы врача общей практики и оптимизации подходов к ведению больных ХНИЗ	95
2.4.3. Оценка мнения пациентов первичного звена о качестве их взаимодействия с врачами первичного звена.....	99
2.5. Математическая и статистическая обработка результатов.....	100
Глава 3. Социально-демографические характеристики жителей городской и сельской популяций	102
Глава 4. Анализ частоты основных хронических неинфекционных заболеваний и их ассоциаций в сельской и городской популяциях.....	111
Глава 5. Факторы риска изучаемых заболеваний, их гендерно-возрастные аспекты, ассоциации с ХНИЗ и социальным статусом обследованных.....	118
Глава 6. Психическое здоровье жителей села и города и его взаимосвязи с изучаемыми ХНИЗ, их факторами риска, социальными детерминантами	135
Глава 7. Самооценка здоровья и качество жизни жителей изучаемых популяций	151
Глава 8. Информированность о наличии хронических заболеваний, уровень постоянного приема антигипертензивных средств и контроль артериальной гипертензии в изучаемых популяциях.....	168
8.1. Информированность о наличии артериальной гипертензии и ее ассоциации с социальными, психологическими и клиническими детерминантами	168
8.2. Уровень приема антигипертензивной терапии и контроль артериальной гипертензии в изучаемой популяции	175
8.3. Информированность об ИБС, хронических респираторных нарушениях и проблемах психического здоровья	179
Глава 9. Клинические аспекты ХНИЗ и информированность об имеющемся заболевании у больных общей врачебной практики	185

Глава 10. Проблемы психического здоровья в общей врачебной практике и обучение врачей навыкам биопсихосоциального подхода.....	196
10.1. Проблемы психического здоровья у больных ОВП и их взаимосвязи с соматическими хроническими заболеваниями	196
10.2. Подходы к ведению пациентов с проблемами психического здоровья, коморбидными ХНИЗ, в общей врачебной практике.....	199
10.3. Обучение врачей навыкам ведения больных, имеющих ХНИЗ и проблемы психического здоровья, и модификация подходов к ведению пациентов в общей врачебной практике.....	200
10.4. Мнение пациентов первичного звена.....	205
Глава 11. Обсуждение полученных результатов	209
11.1. Эпидемиологические закономерности, характеризующие частоту изучаемых ХНИЗ, распределение их факторов риска и проблем психического здоровья в популяции	209
11.2. Самооценка здоровья, качество жизни, информированность об имеющемся ХНИЗ и показатели контроля АГ у жителей популяции	219
11.3. Клинические аспекты изучаемых ХНИЗ, их факторов риска, проблем психического здоровья в первичном звене здравоохранения и результаты обучения врачей	227
Выводы	234
Практические рекомендации.....	237
Список литературы	238

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ СОКРАЩЕНИЙ

АГ — артериальная гипертензия

АД — артериальное давление

БДЭ — большой депрессивный эпизод

ВОЗ — Всемирная организация здравоохранения

ДАД — диастолическое артериальное давление

ДИ — доверительный интервал

ИБС — ишемическая болезнь сердца

ИКИ — интерквартильный интервал

ИМТ — индекс массы тела

КЖ — качество жизни

МКБ — международная классификация болезней

ОВП — общая врачебная практика

ОП — остеопороз

ОШ — отношение шансов

САД — систолическое артериальное давление

ФР — факторы риска

ХНИЗ — хронические неинфекционные заболевания

ХОБЛ — хроническая обструктивная болезнь легких

HR — hazard ratio

DALY — disability adjusted life years (потеря лет жизни с поправкой на инвалидность)

GHQ — the General Health Questionnaire

GSAD — the Goldberg Scales of Anxiety and Depression»

RAQ — the Rose Angina Questionnaire

RR — relative risk

WHO — World Health Organization

WONCA — World Organization of Family Doctors

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность проблемы

Значительная часть глобального бремени болезней человека обусловлена небольшой по количеству группой нарушений здоровья — основными хроническими неинфекционными заболеваниями (ХНИЗ). В эту группу входят сердечно-сосудистые, онкологические заболевания, хронические респираторные расстройства (ХОБЛ и бронхиальная астма) и сахарный диабет. Ежегодно от этих болезней умирают 36 миллионов человек при общем количестве смертей в мире 57 миллионов в год [72]. Снижение негативного воздействия ХНИЗ на популяцию стало одним из приоритетных направлений работы ВОЗ, включившей данную задачу в скорректированный перечень Целей Тысячелетия в области Развития [36, 45, 50, 78, 79, 170, 171, 311].

С 2008 года Всемирная организация здравоохранения включила в единый с ХНИЗ кластер "Noncommunicable Diseases And Mental Health" («Неинфекционные заболевания и проблемы психического здоровья») длительно текущие психические расстройства — депрессию, тревожные расстройства, деменцию [114, 117, 270]. Основанием для этого стали результаты множества исследований, свидетельствующих об общности системы рисков всех этих заболеваний, и, следовательно, возможность выработки единых подходов к их предотвращению и снижению глобального бремени. В сложной иерархии данных рисков ведущими признаны факторы, связанные с нездоровым образом жизни: потребление табака, недостаточная физическая активность, злоупотребление алкоголем, неправильное питание, а также высокий уровень испытываемого психосоциального стресса [11, 12, 78, 139, 141, 192, 193, 202, 227, 272, 332].

Общность ведущих факторов риска позволила изучать бремя ХНИЗ принципиально новыми методами, пришедшими на смену медико-демографическим исследованиям, основанным на показателях смертности и инвалидности. Эти новые методы подразумевают проведение многоуровневых эпидемиологических проектов в сфере рисков (причин ХНИЗ) с использованием

сложных прогностических моделей [78, 79, 107, 191]. Основными входными данными в них являются частота и распределение нездоровых форм поведения (курения, низкой физической активности, злоупотребления алкоголем и т.д.) в популяции [21, 104, 106, 255, 269]. Эти же первичные данные, полученные на качественных репрезентативных выборках, становятся базой для расчета имеющегося и прогнозирования потенциального бремени ХНИЗ, а также для разработки общепопуляционных программ профилактики (проект «Северная Карелия» в Финляндии, программы Stanford Five-City Project, Three-Community Study, Minnesota Heart Health и Pawtucket Heart Health в США, проект CARMEN в Южной Америке, Tianjin в Китае и т.д.) [48, 66, 107, 135, 139, 181, 262, 268].

Сложившаяся к концу XX века концепция рисков ХНИЗ как болезней, связанных с образом жизни, повлекла за собой всплеск исследовательского интереса и к клиническим аспектам этих заболеваний в новом контексте. Появились работы, посвященные анализу прогностической значимости психологических и семейных факторов в развитии, прогрессировании и исходах ХНИЗ [42, 95, 159, 176]. Исследуются вопросы качества жизни при различных ХНИЗ и их сочетании [84, 94, 155, 158, 180]. Разрабатываются новые терапевтические, в том числе немедикаментозные, вмешательства, направленные на модификацию поведения пациента [141, 152, 153, 155, 156]. Изучаются вопросы коморбидности ХНИЗ и проблем психического здоровья в клинической практике [112, 157], проблемы приверженности лечению при ХНИЗ, проводится анализ эффективности обучающих программ для пациентов [91, 140, 146, 155, 295, 334].

Накопившаяся научная информация по данной проблеме потребовала от практикующих врачей пересмотра старых и выработки новых знаний и навыков. Эти знания и навыки неизбежно выходят за рамки классического клинического (биомедицинского) метода, основанного на представлении о здоровье и болезни как проявлениях инвариантных биологических процессов, но отвечают современной биопсихосоциальной концепции медицины [87, 197, 334]. Данная концепция является частным случаем общей теории систем и во многом основана на учении И.П. Павлова и теории функциональных систем П.К. Анохина [4].

Ее сущностью, сформулированной американским ученым и педагогом G. Engel в 1977г. является представление о том, что здоровье человека, начало болезни, ее прогноз и эффективность лечения определяются системой факторов, принадлежащих разным уровням организации живого — биологическому, психологическому и семейно-социальному, и рассматриваются как сложное полииерархичное единство, что и было отражено в ее названии [147, 148]. Таким образом, системный (биопсихосоциальный) подход, в отличие от комплексного подхода, предметом наблюдения и исследования имеет не просто набор симптомов и факторов риска, имеющих определенную патогенетическую основу. Он позволяет рассмотреть биологическую, психологическую и семейно-социальную составляющие болезни как единую систему взаимодействующих компонентов, к которой применимы общие характеристики и законы систем с обратной связью. Эта обратная связь заключается в способности реагировать на внешние и внутренние изменения так, чтобы сохранялось состояние динамического равновесия. Системный подход также подразумевает, что не может быть аналитического изучения какого-то частного объекта без точной идентификации этого частного в большой системе (П.К. Анохин, 1978 [4]).

Применительно к врачебной практике, современная биопсихосоциальная модель медицины ведущее место в ведении пациента отводит целостной (холистической) оценке врачом каждого случая в контексте его психосоциальных и семейных детерминант [87, 148, 159, 290]. Наряду с этим она требует дифференцированного выявления нарушений (дисфункций), относящихся к разным уровням организации природных систем (биологическому, психологическому, семейно-социальному), оценку степени их значимости в структуре наблюдаемых проявлений болезни, а также целенаправленного применения соответствующих этим уровням вмешательств [170, 172, 174, 175].

Вместе с тем в России научных проектов в сфере эпидемиологии рисков ХНИЗ, равно как и исследований, предметом изучения которых помимо «традиционных» рисков были бы также психологические и семейно-социальные факторы (уровень стресса, показатели качества жизни и состояние психического

здоровья) и их сравнительная оценка среди городских и сельских жителей, было осуществлено крайне мало [24,25, 55, 99, 167, 278]. До сих пор сведения о бремени ХНИЗ в России основываются преимущественно на данных об их последствиях — демографических показателях смертности и инвалидности, а также данных, основанных на смещенных клинических выборках (базы данных ЛПУ) или данных организованных групп населения [3, 8, 22, 32, 36, 45, 182]. Негативное воздействие проблем психического здоровья также рассматривается, главным образом, в контексте заболеваемости и инвалидности по причине психиатрической патологии и независимо от проблем ХНИЗ [68, 214].

То же относится к изучению клинических аспектов ХНИЗ с учетом их психосоциальных детерминант, коморбидности с проблемами психического здоровья, и поиску стратегий ведения больных на основе биопсихосоциального подхода [40, 216, 333]. Немногочисленные отечественные работы в данной области проводились преимущественно на смещенных клинических выборках и затрагивали проблемы ведения пациентов врачами-терапевтами и врачами общей практики лишь опосредовано [15, 16, 28, 46].

В программе «Стратегия профилактики и контроля неинфекционных заболеваний и травматизма», разработанном в 2008 г. Министерством здравоохранения и социального развития РФ и Государственным научно-исследовательским центром профилактической медицины [69], указывается на необходимость «регулярного изучения и анализа поведенческих и связанных с ними биологических факторов риска ХНИЗ на случайных представительных выборках, прежде всего, на региональном и местном уровне» для создания системы мониторинга факторов риска ХНИЗ. Кроме того, в этом документе подчеркиваются потребность в пересмотре существующих подходов к ведению пациентов и важность врача первичного звена [69].

Все вышеназванное обуславливает необходимость проведения исследования, основанного на репрезентативных выборках городского и сельского населения, по изучению превалентности основных ХНИЗ и проблем психического здоровья в популяции, распределения их факторов риска и социо-демографических

составляющих, а также выявлении их ассоциаций. Полученные данные, дополненные результатами клинических исследований психосоциальных детерминант ХНИЗ, и анализом существующей практики ведения пациентов врачами первичного звена, послужат основанием для системной оценки состояния здоровья населения и способствовать поиску новых стратегий и алгоритмов ведения пациентов с ХНИЗ, их факторами риска и проблемами психического здоровья на индивидуальном клиническом уровне, что отвечает запросам современной науки и практики.

Цель исследования

На основе всестороннего комплексного анализа проблемы основных ХНИЗ, проведенного на клиническом, психосоциальном и популяционном уровнях с позиции современной теории рисков, обосновать необходимость внедрения в амбулаторную практику новой стратегии ведения пациентов с этими заболеваниями и лиц с их факторами риска на основе биопсихосоциального подхода.

Задачи исследования:

1. По данным исследования репрезентативных выборок сельского и городского населения Свердловской области дать сравнительную оценку частоты и распределения артериальной гипертензии, стенокардии напряжения, хронических респираторных нарушений, а также поведенческих факторов, считающихся их причинами, с учетом воздействия периферийных рисков.
2. Провести сравнительный анализ показателей психического здоровья и их ассоциаций с соматическими заболеваниями, социально–демографическими и поведенческими рисками на популяционном уровне и среди больных терапевтического профиля первичного звена.
3. Оценить качество жизни больных основными ХНИЗ и лиц с их факторами риска в сельской популяции и в городе, а также выявить его взаимосвязи с

параметрами соматического, психического здоровья, поведенческими и демографическими факторами.

4. Определить на клиническом и популяционном уровнях информированность больных ХНИЗ о своем заболевании и эффективность контроля АД, а также выявить их потенциальные детерминанты.

5. Проанализировать клинические аспекты основных ХНИЗ с учетом их коморбидности с проблемами психического здоровья и оценить знания, навыки и клинический опыт врачей первичного звена в области ведения этих пациентов.

6. Дать системную оценку состояния здоровья населения изучаемых популяций и пациентов, получающих терапевтическую помощь в первичном звене с позиции современной концепции рисков ХНИЗ.

7. Разработать программу обучения участковых терапевтов, ориентированную на формирование навыков ведения пациентов с ХНИЗ, поведенческими факторами риска и проблемами психического здоровья на основе биопсихосоциального подхода и оценить ее эффективность.

8. Сформулировать стратегию ведения терапевтом и врачом общей практики пациентов с основными ХНИЗ и лиц с их факторами риска, основанную на принципах биопсихосоциального подхода.

Основные положения, выносимые на защиту

1. Среди взрослого городского и сельского населения, включая тех, кто не обращался за медицинской помощью, высоко распространены артериальная гипертензия, стенокардия напряжения и хронические респираторные нарушения. Их наличие ассоциировано с ухудшением качества жизни больных, но не сопряжено с отказом от курения или изменением частоты злоупотребления алкоголем. Информированность пациентов о своем заболевании носит формальный характер.

2. Проблемы психического здоровья, такие как состояние длительного стресса, тревожные и депрессивные расстройства, широко представлены в различных вариантах коморбидности с соматической патологией как в популяции, так и среди

пациентов терапевтического профиля первичного звена. Вместе с тем, вопросы, связанные с психосоциальными аспектами ХНИЗ и психическим здоровьем пациентов, не интегрированы в работу участковых врачей.

3. Высокая распространенность факторов риска основных ХНИЗ, особенности их возрастно-полового распределения, взаимосвязи с индексами качества жизни, параметрами психического здоровья и социо-демографическими детерминантами, свидетельствуют о социальной приемлемости форм поведения, считающихся прямыми причинами ХНИЗ, и характеризуют население региона как существенно продвинутое в континууме рисков ХНИЗ в опасную зону.

4. Решение проблемы ХНИЗ на клиническом уровне в первичном звене базируется преимущественно на работе с пациентами, уже имеющими выраженные клинические проявления этой патологии, физические и социальные ограничения. Тогда как больные, расположенные в менее опасной зоне рисков ХНИЗ, не информированы о своей болезни или не получают должного внимания.

5. Обучение врачей основам биопсихосоциальной концепции по программе, ориентированной на формирование практических навыков, способствует изменению стереотипов ведения пациентов с ХНИЗ и их факторами риска в первичном звене и улучшению показателей удовлетворенности пациентов их взаимодействием с врачом.

6. Выявление, анализ и своевременная коррекция поведенческих факторов риска ХНИЗ, а также проблем психического здоровья в контексте семейных и социальных детерминант, наряду с традиционной клинической диагностикой и медикаментозным лечением, соответствуя принципам биопсихосоциального подхода, должны стать индивидуальной стратегией ведения больных ХНИЗ и лиц, подверженных их риску, на клиническом уровне.

Научная новизна

Впервые в России на основе репрезентативных выборок сельского и городского населения получены эпидемиологические показатели, характеризующие распределение в популяции основных ХНИЗ и поведенческих

нарушений, считающихся их прямыми причинами, в контексте периферийных рисков: психосоциальных и социо-демографических факторов. Это позволило дать сравнительную характеристику проблемы на селе и в городе с позиции современной теории рисков, а также сопоставить ситуацию в России с другими странами.

Раскрыты новые гендерно-возрастные закономерности распределения факторов риска изучаемой патологии, их ассоциативные взаимосвязи с параметрами психического здоровья и социальными детерминантами, расширяющие понимание этиопатогенеза основных ХНИЗ и выводящие его за рамки биомедицинской парадигмы.

Обнаружены новые аспекты качества жизни и самооценки здоровья на популяционном и индивидуальном клиническом уровнях, связанные с психосоциальными факторами и широкой распространенностью в популяции изучаемых заболеваний, избыточного веса, курения, злоупотребления алкоголем, хронического стресса, свидетельствующие о социальной приемлемости нездоровых форм поведения, считающихся прямыми причинами ХНИЗ.

Впервые по результатам обследования больных, выявленных при популяционном исследовании, и пациентов терапевтического профиля первичного звена, получены данные об информированности больных ХНИЗ об имеющемся у них заболевании, уровне постоянного приема антигипертензивных средств при АГ и контроле артериальной гипертензии. Сравнительный анализ этих показателей в популяции и в первичном звене, а также оценка их потенциальных детерминант позволили определить место пациентов терапевтического участка в континууме рисков ХНИЗ.

На основе единых стандартизованных критериев — анкетирования по шкале GSAD — определены показатели частоты проблем психического здоровья (тревоги и депрессии) в популяции и дана оценка их клиническим аспектам у больных, наблюдающихся врачами первичного звена медицинской помощи, с учетом взаимовлияния этих расстройств, нездорового образа жизни и хронических неинфекционных заболеваний.

По результатам комплексного анализа проблемы коморбидности ХНИЗ и нарушений психического здоровья, их психосоциальных аспектов, проведенного на популяционном и клиническом уровнях, а также изучения клинического опыта участковых терапевтов, представлен взгляд на проблему основных ХНИЗ с точки зрения биопсихосоциальной парадигмы медицины.

Разработана авторская образовательная программа, основанная на биопсихосоциальной концепции, предназначенная для врачей первичного звена, базирующаяся на рекомендациях экспертов ВОЗ по интеграции вопросов психического здоровья в общую практику и методических рекомендациях международной программы профилактики ХНИЗ CINDI, ориентированная на формирование у врачей навыков ведения пациентов с основными ХНИЗ и проблемами психического здоровья, и дана оценка эффективности этой образовательной программы.

Дано обоснование необходимости внедрения в клиническую практику индивидуальной стратегии ведения пациентов с ХНИЗ и их факторами риска, рассматривающей биологическую, психологическую и семейно-социальную составляющие болезни как единую систему взаимодействующих компонентов, к которой применимы характеристики и законы систем с обратной связью.

Практическая значимость работы

Полученные данные о распространенности ХНИЗ и их факторов риска, о низкой осведомленности больных ХНИЗ о своей болезни, низкой приверженности к лечению и низкой его эффективности (на примере артериальной гипертензии) дают научное обоснование необходимости модификации существующих стратегий ведения больных первичного звена.

Полученные результаты свидетельствуют об актуальности проблем депрессии, тревоги, соматических симптомов стресса, курения и злоупотребления алкоголем, низких показателях психологической составляющей качества жизни жителей популяции при отсутствии у врачей навыков выявления и лечения данных проблем, что подтверждает необходимость интеграции вопросов психического

здоровья в рутинную практику участковых врачей - терапевтов и врачей общей практики.

Разработанная образовательная программа для участковых врачей (терапевтов и врачей общей практики) показала свою эффективность в отношении изменения подхода к ведению больных с проблемами психического здоровья и коморбидными ХНИЗ. Продемонстрировано улучшение показателей удовлетворенности пациентов взаимодействием с врачами первичного звена. Представлено теоретическое обоснование и даны результаты внедрения в клиническую практику биопсихосоциальной концепции ведения пациентов с основными ХНИЗ и их рисками.

Внедрение результатов исследования

Результаты исследования использованы при разработке «Концепции формирования здорового образа жизни и профилактики заболеваний у населения Свердловской области на период до 2020 года», утвержденной Постановлением Правительства Свердловской области от 20.05.2009 г. № 557-ПП. Основные положения диссертации внедрены в работу Министерства здравоохранения Свердловской области, ГУЗ «Свердловский областной центр медицинской профилактики», а также в учебный процесс на кафедрах факультета повышения квалификации и последипломной подготовки ГБОУ ВПО «Уральский государственный медицинский университет» Минздрава России.

Разработанное пособие "Медицинские аспекты психологии семьи" рекомендовано Учебно-методическим объединением по медицинскому и фармацевтическому образованию вузов Российской Федерации в качестве учебного пособия для врачей по семейной медицине.

По материалам исследования написана глава "Биопсихосоциальный подход и наука о семье в общей врачебной практике" в издании «Национальное руководство. Общая врачебная практика. Том 1» (изд. ГЭОТАР-Медиа).

Материалы тренинг-курсов для врачей "Психическое здоровье в первичном звене здравоохранения" и «Профилактика основных неинфекционных заболеваний» в виде образовательных модулей внедрены в практику ГБОУ ВПО «Уральский государственный медицинский университет» Минздрава России и реализованы в рамках Международного проекта по вопросам лечения и профилактики депрессий и суицидов на уровне первичного звена медицинской помощи в ГБОУ ВПО «Северный государственный медицинский университет» Минздрава России (г. Архангельск) [52, 312].

Апробация работы

Основные положения диссертации доложены и обсуждены на проблемной комиссии по внутренним болезням ГБОУ ВПО УГМУ (Екатеринбург, октябрь 2014), совещании проректоров медицинских вузов по вопросам преподавания психологии (Оренбург, май 2005); доложены, обсуждены и опубликованы в виде тезисов на V Межрегиональной научно-практической конференции УрФО «Полипатии в общеврачебной практике (семейной медицине)» (Челябинск, 2007 г.); на межрегиональной специализированной выставке-конференции «Медицина и здоровье, здравоохранение Свердловской области 2008» (Екатеринбург, 2008 г.); на Межрегиональной научно-практической конференции «Проблемы и перспективы развития семейной медицины в Сибирском федеральном округе» (Омск, 2004).

По материалам работы сделаны доклады на конгрессе Всемирной психиатрической ассоциации, секция «Психическое здоровье в первичном звене здравоохранения» (Мельбурн, Австралия, 2007); на Европейском конгрессе по остеопорозу и остеоартрозу (Бордо, Франция, 2012); на VI Уральском конгрессе по образу жизни и Всероссийском форуме с международным участием "За здоровую жизнь" (Екатеринбург, 2014), на V Российском конгрессе по остеопорозу и другим метаболическим заболеваниям скелета (Москва, 2013); на XXVIII Международной научно-практической конференции с дистанционным участием «Современная медицина: актуальные вопросы» (Новосибирск, 2014), на заседаниях

Свердловского областного общества терапевтов (Екатеринбург, 2004 г., 2007 г.), III Съезде терапевтов Свердловской области (Екатеринбург, 2014).

По теме диссертации опубликована 41 работа, из них 13 статей — в отечественных рецензируемых журналах, рекомендованных ВАК при Минобрнауки России для публикации результатов диссертационных работ, 3 статьи в международных журналах, включенных в базы данных Web of Science и Pubmed; учебное пособие, рекомендованное Учебно-методическим объединением по медицинскому и фармацевтическому образованию вузов России; а также глава в книге «Общая врачебная практика. Национальное руководство», серия «Национальные руководства»

Объем и структура диссертации

Диссертация изложена на 275 страницах и состоит из введения, обзора литературы, 8 глав, описывающих основные результаты исследования, главы «обсуждение полученных результатов», выводов, практических рекомендаций. Текст диссертации иллюстрирован 39 таблицами и 50 рисунками. Библиография включает 334 источников, из них на 77 русском и 257 на иностранных языках.

ГЛАВА 1. ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ

1.1. Хронические неинфекционные заболевания как актуальная проблема здравоохранения

Растущее бремя хронических неинфекционных заболеваний, являющихся основной причиной смерти более чем 36 миллионов человек ежегодно, является одной из нерешенных проблем современного общества [72, 79, 171, 311]. По прогнозам Всемирной организации здравоохранения, общемировые показатели смертности от ХНИЗ увеличатся к 2020 г. на 17%, а в Африканском и Восточно-средиземноморском регионе на 27% и 25% соответственно [21, 79, 171, 225, 226, 227, 228, 229]. Снижение негативного воздействия ХНИЗ на популяцию стало одним из приоритетных направлений работы ВОЗ, включившей эту задачу в скорректированный перечень Целей Тысячелетия в области Развития (ЦТР) [45, 50, 78, 79, 171, 311].

Различные источники сходятся в том, что системообразующими признаками ХНИЗ являются невозможность передачи от человека к человеку, медленное прогрессирование, высокая вероятность отсроченных драматичных исходов [39, 311, 318]. Признавая это, основными характеристиками данной категории болезней ВОЗ называет тяжесть социально-экономических последствий и потребность в «постоянном всестороннем вмешательстве на протяжении лет или десятилетий» [78, 79, 311]. Начиная с 80-х гг. XX века, в употребление вошло более специфическое (уточняющее) понятие: «основные ХНИЗ», означающее ограниченную группу болезней, представляющих наибольшую угрозу для общества («ядро ХНИЗ»). В эту группу входят сердечно-сосудистые болезни, онкологические заболевания, хронические респираторные расстройства (ХОБЛ и астма) и сахарный диабет [8, 13, 21, 45, 56, 77]. Именно на их долю приходится основная часть (около 80%) всех случаев смерти от неинфекционных заболеваний в мире, и 86% в Европейском регионе [70, 71, 114, 168]. По данным ВОЗ, от сердечно-сосудистых болезней ежегодно умирает около 17 млн. человек, за ними следуют онкологические заболевания (7,6 млн.), респираторные болезни (4,2 млн.)

и диабет (1,3 млн.) [2, 36, 50, 78, 79]. В нашей стране на долю основных ХНИЗ пришлось в 2002 г. — 605, а в 2008 г. — 797 смертей на 100 тысяч населения (в странах Евросоюза этот показатель 206) [45, 168, 171, 225]. Сегодня в программных документах ВОЗ, международных исследовательских проектах, документах Минздрава России понятия «ХНИЗ», «неинфекционные заболевания (НИЗ)» и «основные ХНИЗ» часто используются как синонимы [22, 36, 66, 289, 330].

Ряд авторов предпочитает более широкое толкование термина «хронические заболевания (состояния)», основываясь на определении словаря Национальной медицинской библиотеки США [39]. Согласно ему, хронические заболевания отличают, прежде всего: «постоянный характер, необратимые патологические изменения, исходы в виде остаточной нетрудоспособности, необходимость специального обучения больного для реабилитации, длительного периода надзора, наблюдения или помощи» [39]. Такое определение охватывает собственно хроническую патологию и ее осложнения (инсульт, ХСН), остеопороз, остеоартроз, хроническую болезнь почек, рассеянный склероз, длительно текущие психические расстройства и т.д. Такому представлению о ХНИЗ соответствуют ВИЧ/СПИД и некоторые злокачественные опухоли, перешедшие в конце XX века в категорию длительно текущих, и т.д. [162, 194, 195]. В настоящее время ВОЗ из этой группы с полной определенностью рассматривает в качестве ХНИЗ только злокачественные опухоли. Что касается психических расстройств, то на нескольких совещаниях ВОЗ на высшем уровне 2010-2013гг. в состав ХНИЗ было предложено включить длительно текущие психические расстройства, растущее бремя которых, прежде всего депрессии, не вызывает сомнений [114, 117, 270, 331]. Окончательного решения не принято, но с 2008 года депрессия и деменция были объединены ВОЗ с НИЗ в единый кластер «Noncommunicable Diseases And Mental Health» в связи с общностью связанных с ними проблем и стратегий по снижению их общемирового бремени [270, 331].

Но, несмотря на разногласия в трактовках определения ХНИЗ и некоторые этически спорные аспекты, разных авторов объединяет представление о том, что ХНИЗ являются вызовом современному обществу [39, 318]. Проведение научных

исследований на региональном, национальном и глобальном уровне в области эпидемиологии, клиники и профилактики ХНИЗ является одним из важных этапов решения этой проблемы и одной из приоритетных задач ВОЗ в области борьбы с неинфекционными болезнями на 2013-2020 [79, 123, 311].

1.2. Важнейшие аспекты изучения ХНИЗ и их факторов риска

1.2.1. Современная теория рисков ХНИЗ — история формирования и главные постулаты

Возможно, самой существенной причиной для рассмотрения ХНИЗ как единого кластера стало получение данных множества исследований, свидетельствующих об общности основных факторов риска этой патологии [10, 12, 18, 21, 33, 35, 51, 66]. Доказано, что главными причинами возникновения ХНИЗ являются четыре поведенческих фактора: потребление табака, недостаточная физическая активность, злоупотребление алкоголем, неправильное питание [227, 272]. Позднее других, в 2000г., к группе этих причин добавился фактор «подверженность психосоциальному стрессу» [192, 193, 218, 239, 331].

На сегодня исследования рисков ХНИЗ стали ведущим подходом, дающим представление о бремени этих заболеваний, поскольку позволили избежать трудностей традиционного анализа, построенного на социо-демографических показателях [3, 8, 225, 228, 225]. Одной из таких трудностей был и остается дефицит сопоставимых и представительных данных [263, 311]. В частности, показатели смертности (одного из немногих, сопоставимых и доступных для большинства стран параметров) неизбежно занижают распространенность болезней, редко приводящих к летальному исходу. Занижается или искажается и распространенность заболеваний, которые не указываются в отчетных формах как непосредственная причина смерти [10, 138, 284 194, 195]. Так, например, согласно данным «Глобальной Инициативы по ХОБЛ, 2011г.» (GOLD) [10], вклад хронической обструктивной болезни легких в показатели смертности явно недооценен, хотя, по прогнозам, к 2020 г. ХОБЛ выйдет на 4-е, а к 2030 г. – на 3-е

место среди всех причин смерти [19, 20]. Показатель инвалидности также искажает представления о бремени ХНИЗ, причем как в большую, так и в меньшую стороны [110, 163, 194].

В отличие от медико-демографических исследований, исследования в области рисков ХНИЗ позволяют не только идентифицировать (выявить), но и количественно оценить и сравнить различные характеристики угроз для здоровья человека и среды; а также анализировать последствия, обусловленные конкретными факторами и их комбинацией (бремя ХНИЗ). Все эти действия принято называть оценкой рисков [311].

Первые оценки рисков отражены в ранних циклах исследований глобального бремени заболеваний и травматизма ВОЗ (1960-70 гг.). Они были дополнены изучением отдельных факторов, воздействующих на группы населения в разных регионах в 1980-90 гг. [76, 122, 182, 194, 210, 226, 227, 229, 299]. Однако в ранних оценках рисков практически отсутствовала сопоставимость между результатами разных исследований, отчасти из-за разных методов измерения, отсутствия стандартных сопоставимых групп, и различной степени надежности при оценке [227, 272, 282].

Поскольку риски находятся в сложной причинно-следственной взаимозависимости, для их изучения требовались специальные способы и формальные методики исследования, появившиеся сравнительно недавно. Это позволило осуществить последующие научные проекты. Крупнейшее из них завершилось в 2002 году докладом ВОЗ «О состоянии здравоохранения в мире, преодоление факторов риска, пропаганда здорового образа жизни» [311]. В нем впервые была дана количественная оценка самым главным факторам риска ХНИЗ на мировом уровне, по отдельным регионам и странам, и был проведен сравнительный анализ бремени болезней, вызванных этими факторами. В докладе был представлен системный подход к изучению рисков и изложена современная теория (концепция) рисков ХНИЗ, ставшие главной доказательной базой и методологической основой для последующих научных проектов разного уровня.

Современная концепция рисков ХНИЗ, сформулированная в данном документе ВОЗ, включает:

1.) знание главных (поведенческих) факторов риска ХНИЗ, среди которых ведущее место занимают курение, злоупотребление алкоголем, малоподвижный образ жизни, нездоровое питание и неадекватно переживаемый длительный стресс. Эти факторы, считающиеся прямыми причинами основных ХНИЗ, являются, по сути, нездоровыми паттернами поведения. Они потенциально обратимы. Но именно их социальная приемлемость и распространенность среди населения обуславливают общепопуляционное бремя ХНИЗ и высокую заболеваемость в группах наибольшего риска [10, 11, 12, 18, 19, 283, 284];

2.) понимание механизмов, через которые действуют вышеназванные поведенческие риски. Это гиперхолестеринемия, гипергликемия, повышения АД, избыточный вес и ожирение. Данные метаболические сдвиги, происходящие в организме вследствие нездорового образа жизни, при определенной наследственной предрасположенности запускают собственно патологический процесс и рассматриваются как непосредственные биологические причины ХНИЗ. Именно они ведут к развитию и прогрессированию хронических заболеваний у каждого конкретного человека [103, 104, 109, 160, 201, 244];

3.) прояснение роли социальных детерминант ХНИЗ, коими являются бедность, невозможность получать качественное образование и медицинскую помощь, безработица и социальное неравенство. Эти факторы, согласно современной теории рисков, являются «периферийными» рисками, удаленными от непосредственных причин возникновения хронической патологии у каждого человека [55, 261, 269, 271]. Но они — необходимый фон, создающий условия для действия прямых факторов. Собственное влияние «периферийных» рисков на бремя ХНИЗ и проблем психического здоровья опосредованно [210, 295] — оно модулируется множеством других, промежуточных составляющих и изучается на уровне целых стран и регионов [92, 135, 166, 167, 271, 286, 294].

4.) представление о рисках как о системе, заключающееся в понимании того, что все риски действуют не изолированно, а находятся во взаимодействии друг с

другом и рассматриваются как сложное многоуровневое единство взаимодействующих компонентов [13, 21, 45, 118, 139, 287, 290, 291, 311].

Современная концепция рисков ХНИЗ предполагает, что какие бы научные усилия не предпринимались, и средства ни выделялись на лечение ХНИЗ, снижения бремени этих заболеваний можно достичь только на основе целенаправленного подхода, основанного на изучении их рисков. Однако даже незначительные сдвиги в распространенности рисков влекут большие результаты» [33, 34, 35, 123, 181, 185, 311].

1.2.2. Современные методы изучения рисков

Как отмечалось выше, поведенческие нарушения, метаболические факторы и социальные детерминанты ХНИЗ находятся между собой в сложном взаимодействии. Причем при удалении от непосредственных причин ХНИЗ наблюдается ослабление степени достоверности и непротиворечивости причинно-следственной зависимости, что связано с возрастанием сложности связей. Однако «периферийные» риски (социально-экономическое неравенство и т.д.) могут существенно усиливать эффект прямых причин ХНИЗ, оказывая дополнительное негативное воздействие на здоровье [78, 81, 83, 111].

Периферийные риски не могут быть достаточно точно определены на индивидуальном уровне. А состояние здоровья населения, будучи коллективной категорией, в свою очередь, дает больше информации, нежели совокупность факторов риска и состояния здоровья его отдельных представителей [20, 21, 206, 236]. Поэтому исследования рисков ХНИЗ на сегодняшний день представляют собой взаимодополняющие исследования разного уровня с соответствующими методами, инструментами оценки и понятийным фондом. Они содержат экологические, экономические, эпидемиологические, психолого-социологические, клинические, молекулярно-биологические компоненты [55, 81, 135, 138, 150, 166, 255, 261, 269, 271]. Но в любом случае распределение факторов риска в группе населения является первичным. Оно представляет основные входные данные для расчета и прогнозирования важнейших эпидемиологических параметров. Среди

них обусловленное бремя каждого фактора риска — негативное воздействие на популяцию болезней, вызванных данным факторами. Кроме того, это доля потенциального воздействия того или иного риска (Potential Impact Fraction PIF) — пропорциональное снижение бремени заболевания при изменении в распределении одного из нескольких рисков, действующих одновременно. Также может быть рассчитана доля предотвратимого бремени рисков — доля будущего бремени болезни, которой можно избежать, если нынешний и будущий уровни воздействия рисков будут снижены до уровней, предписываемых неким оптимальным распределением [168, 169, 171, 190, 272].

Для получения точных оценок и расчета последствий одновременных изменений в двух или нескольких распределениях факторов в популяции, (например, изменение распространенности курения и гиперхолестеринемии) применяются сложные прогностические модели. Такое многоуровневое прогностическое моделирование позволило рассчитать, что вклад поведенческих факторов в возникновение ХНИЗ и их последствия на популяционном уровне более значим, чем вклад генетических и возрастно-половых детерминант [55, 81, 138, 166, 170].

Вместе с тем возраст, пол, ряд генетических характеристик, наравне с метаболическими показателями нашли свое место в клинической практике, где используются в комплексе с другими предикторами для определения индивидуального риска и прогноза заболеваний и их исходов (например, программы оценки индивидуального риска SCORE, FRAX) [33, 34, 35, 162].

Благодаря оценке рисков стало возможным доказать, что восприятие ХНИЗ как «удела стариков» не соответствует действительности. Растет число молодого и среднего возраста людей с тем или иным хроническим нарушением здоровья. Так, по данным ВОЗ на 2011 г., более 60% общемировых потерь, связанных с ХНИЗ, приходилось на возраст до 60 лет. В обществах с меньшим уровнем достатка ХНИЗ поражен еще больший процент людей трудоспособного возраста [104, 107, 139, 220, 232, 292]. Прогнозируется, что подобные показатели сохранятся в ближайшую декаду [111, 211, 236].

Другие важные факты, доказанные благодаря исследованиям рисков, сформулированы еще в одном из крупных документов ВОЗ, известном как программа интегрированной профилактики ХНИЗ CINDI [56, 69, 70]:

- ХНИЗ не являются привилегией достатка и не развиваются вследствие риска, на который люди идут исключительно по собственной воле.
- Старение населения не является единственным фактором, повышающим бремя и риск ХНИЗ; глобализация не уменьшает бремя ХНИЗ
- Лечение на индивидуальном уровне в секторе здравоохранения необходимо, но оно не дает оптимальных результатов по снижению популяционного бремени ХНИЗ
- Устранение факторов риска – наиболее эффективное средство профилактики; положительные эффекты профилактики не ограничиваются пользой для здоровья только у отдельных людей.

Сфера изучения рисков ХНИЗ быстро расширяется и ориентируется на идентификацию, количественную оценку и определение разных характеристик угроз для человека и среды.

1.2.3. Значение отдельных факторов риска ХНИЗ в возникновении заболеваний и их исходов

Современные подходы к изучению рисков позволили дать количественную оценку отдельным факторам риска и их комбинации как серьезным угрозам здоровью. В частности, в ходе многочисленных исследований, применительно к основным поведенческим факторам риска ХНИЗ, было рассчитано, что курение является причиной около 71% случаев рака легких, 42% хронических заболеваний дыхательных путей и приблизительно 10% сердечно-сосудистых заболеваний [75, 161, 183, 201, 232, 283, 284, 286]. Это основной поведенческий фактор риска преждевременной смертности европейцев, [18, 19, 20, 283] и один из четырех основных поведенческих факторов, обуславливающих общемировое бремя ХНИЗ [18, 19, 78, 225, 227, 228]. Рассчитано, что курение приводит почти к 6 миллионам

случаев смерти в год, что, по данным Peto and al., составляет около 30% всех случаев смерти мужчин и 4% женщин [226]. По прогнозам, это число возрастет к 2030 г. до 8 миллионов [18, 19, 20].

Около 3,2 млн. людей умирает из-за гиподинамии каждый год, что составляет до 6% всех случаев смертей в мире [12]. У людей с недостаточной физической активностью риск смерти от всех причин возрастает на 20–30 % [34, 311]. Регулярная физическая активность, напротив, снижает риск возникновения и улучшает прогноз сердечно-сосудистых заболеваний [34, 107, 139, 141, 202], диабета [2, 138], рака молочной железы [260], толстой кишки [242], а также депрессии [146, 152, 153, 154, 155, 280].

Около 2,3 млн. людей каждый год умирают от злоупотребления алкоголем. Это составляет 3,8% смертей в мире [11]. Причиной более чем половины этих смертей являются ХНИЗ, включая рак, сердечно-сосудистые заболевания и цирроз печени [101, 102]. За послевоенные годы среднечеловеческое потребление алкоголя неуклонно возрастало во всем мире за исключением мусульманских стран. Во всех развитых странах в течение последних 20-30 лет уровень потребления алкоголя снижается, в то время как в развивающихся странах — повышается [311, 330, 331].

Примерно 1,7 миллионов случаев смерти в мире в год обусловлено нездоровым питанием [139, 236, 311]. В частности, с недостаточным потреблением фруктов и овощей ассоциировано увеличение риска сердечно-сосудистых заболеваний, рака желудка и колоректального рака [67, 103, 230, 236]. Большинство населения Земли употребляют намного больше соли, чем рекомендует ВОЗ, что увеличивает риск АГ и других сердечно-сосудистых заболеваний [21, 34, 35, 45, 51, 72, 236]. Высокий уровень потребления насыщенных и гидрогенизированных жиров ассоциирован с риском атеросклероза и его осложнений [51, 198].

Высокая подверженность психосоциальному стрессу как причина ХНИЗ вошла в число основных факторов риска позднее других факторов – после 2000 г. [114, 117, 270, 331]. Основанием стали результаты многочисленных работ, подтверждающих роль хронического стресса в возникновении ХНИЗ и их исходах [81, 151, 215, 218, 230, 248]. Мета-анализы обсервационных исследований,

завершившихся в 2012-13 гг., подтвердили увеличение риска неблагоприятных исходов (госпитализация, смерть из-за ИБС) минимум в 1,27 раза у лиц, уровень подверженности стрессу которых характеризуется как «высокий» [192, 193, 217, 218, 239, 276]. В других публикациях указывается, что высокий уровень тревожности, возникший на фоне психоэмоционального стресса, ассоциирован с увеличением риска сердечно-сосудистой смертности в 1,48 раз независимо от демографических, биологических факторов и поведенческих рисков [81, 257, 258]. Обнаружено увеличение риска диабета в 1,28 раза (95%ДИ ОШ 1,1-1,57) на фоне психосоциального стресса, связанного с профессиональной деятельностью [332]. Выявлена тенденция к особенно быстрому возрастанию частоты сердечно-сосудистых заболеваний и их исходов в странах, осуществляющих экономические преобразования, не имеющих адекватной социальной политики [167, 271]. Активно изучается роль психологических факторов в возникновении онкологических заболеваний, однако из-за закономерных методологических трудностей доказать непосредственное влияние стресса на опухолевый рост пока не удается [231].

Из метаболических нарушений, являющихся следствием нездоровых форм поведения, наиболее серьезную угрозу здоровью представляет повышенное АД. Это одна из основных причин сердечно-сосудистых заболеваний и их осложнений — инфаркта, инсульта, хронической сердечной недостаточности [33, 34, 35, 207]. Доказано, что данное метаболическое нарушение приводит к 7,5 млн. смертей ежегодно.

Как минимум 2,8 миллиона людей каждый год умирают из-за избыточной массы тела и ожирения (6% в структуре общей смертности). Вместе с ростом индекса массы тела (ИМТ) увеличивается риск развития заболеваний сердца, инсульта и диабета, депрессии и ряда онкологических заболеваний [2, 34, 103, 104, 113, 160, 238].

Высокий уровень холестерина и гипергликемия ежегодно приводят более чем к 2,6 млн. случаев смерти (6% в структуре общей смертности), а также повышают риск заболеваний сердца и инсульта [2, 3, 109, 201, 251].

В ходе проспективных исследований было также установлено, что в случаях одновременного воздействия двух или трех факторов риска ХНИЗ (курения, гипертензии, высокого уровня холестерина), общая смертность и смертность от ССЗ возрастают вдвое по сравнению с наличием лишь одного фактора [166, 289, 291, 311]. Включение социальных факторов в круг интересов при исследовании ХНИЗ позволило определить социальные группы, в большей степени подверженные этим заболеваниям, сравнивать и прогнозировать характеристики ХНИЗ в странах и регионах с раз иным уровнем экономического и социально-политического развития [104, 139, 280, 284, 285, 286, 287]. Такие исследования часто проводятся на межгосударственном уровне под эгидой ООН и ВОЗ. Результаты регулярно публикуются на сайте ВОЗ ([www//who.int](http://www.who.int)), важнейшие из которых — «WHO global infobase: NCD indicators» [330], «Noncommunicable Diseases Country Profiles» [236], «Mental Health Atlas» [214, 215], «Mortality And Burden Of Disease Estimates For WHO Member States. Corrigendum World Health Statistics» [86, 225], «Action Plan for the Global Strategy for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases» [78], «Global burden of disease and injury country estimates» [168], «Global health risks: mortality and burden of disease attributable to selected major risks» [170], «World health statistics. A snapshot of global health» [83], доклады ВОЗ о глобальной табачной эпидемии [18, 19] и др. Результаты исследовательских проектов в этой области свидетельствуют, что основные ХНИЗ стали причиной 80% смертей в странах со средним и низким уровнем доходов населения, что на 20% выше, чем среднемировой показатель [234].

Также показано, что в начале XXI века общепопуляционный показатель распространенности курения был самым высоким в странах со средневысоким уровнем доходов населения [66, 183, 284]. В Европе общая распространенность курения около 29% [20, 21, 66, 286]. Но курение среди мужчин наиболее распространено в странах со средне-низким уровнем доходов, где составляет по разным оценкам 39-50% [18, 20, 226, 227]. Среди женщин распространенность курения выше (до 15%) в регионах со средневысоким и высоким уровнем доходов в сравнении с бедными странами (2-4%) [183, 236, 286]. Прослеживаются

ассоциации между психосоциальными факторами и показателями распространенности курения. Так, работники физического труда в Великобритании в 2003 г. курили на 48% чаще, чем работники умственного труда [92]. В Исландии в 2004 г. распространенность курения среди людей с высшим образованием составляла половину от такого же показателя среди тех, кто не окончил среднюю школу (10,1% против 21,6%). Схожие тенденции наблюдались во Франции, Литве, Испании, Дании, Швеции и Финляндии [183, 283]. В России подобных исследований практически не проводилось.

Недостаток физической активности почти вдвое чаще наблюдается в странах с высоким уровнем доходов населения (у 41% мужчин и 48%, женщин) в сравнении с бедными странами (у 18% мужчин и 21% женщин) [12, 207]. Вместе с тем, в последних распространенность гиподинамии в популяции растет более быстрыми темпами [17, 311, 330]. Самый высокий уровень потребления алкоголя на душу взрослого населения зафиксирован в странах с самым высоким уровнем доходов, он почти столь же высок и в густонаселенных странах с уровнем доходов населения средним и выше среднего [101, 278]. Потребление нездоровой пищи особенно быстро растет, начиная с 1980 г., в бедных странах с низкой обеспеченностью ресурсами [22, 160, 220, 211, 244, 269].

Уровень распространенности повышенного АД в группах населения с разным уровнем дохода примерно одинаков, но он незначительно ниже среди стран и групп населения с высоким уровнем доходов (около 35% в сравнении с 40% в менее благополучных странах) [79, 82, 168, 169, 171, 289]. Избыточная масса тела наиболее распространена в странах со средневысоким уровнем доходов, особенно среди женщин. В Европейском, Восточно-Средиземноморском и Американском регионах ВОЗ более 50% женщин имеют избыточную массу тела [230, 83]. Также отмечено, что в странах с высоким уровнем доходов наиболее высока частота ожирения среди мигрантов из стран Азии [160]. Однако очень высокие уровни зафиксированы и у постоянных жителей стран со средне-низким уровнем доходов Африканского и Азиатского регионов. При этом темпы роста распространенности данного фактора риска в них наиболее высоки [82, 160, 207]. Повышенный уровень

холестерина наиболее характерен для стран с высоким уровнем доходов населения. Однако более 80% летальных исходов, вызванных сердечно-сосудистыми заболеваниями и диабетом, и почти 90% случаев смерти, вызванных хронической обструктивной болезнью легких, регистрируются в странах с низким и средним уровнями доходов населения [109, 168, 169, 171, 293]. Более двух третей всех летальных исходов, вызванных онкологическими заболеваниями, регистрируются в странах с низким и средним уровнями доходов населения [168, 169, 171, 285, 292]. В странах с низким и средним уровнями доходов 29 % случаев смертей, вызванных ХНИЗ, регистрируются среди людей моложе 60 лет; тогда как этот показатель в странах с высоким уровнем доходов составляет только 13% [66, 49]. Ожидаемое увеличение распространенности онкозаболеваний в 2008-2030 гг. будет наибольшим в странах с низким (на 82 %) и средне-низким (на 70 %) уровнями доходов населения в сравнении со странами с уровнями доходов людей выше среднего (на 58 %) и высоким (на 40%) [10, 106, 125, 302, 310, 330].

Была выявлена сильная корреляция между рядом социальных составляющих, особенно образованием, и распространением ХНИЗ [81, 82, 92, 143, 212, 279]. Согласно разным оценкам, около 100 млн. людей каждый год переходят в разряд бедных в связи с необходимостью платить за медицинские услуги. 10-процентный рост ХНИЗ приводит к снижению годового экономического роста страны на 0,5 % [78, 271, 310].

Согласно заключению ВОЗ, представленному в программном документе ВОЗ «Global Status Report on Noncommunicable Diseases 2010» (Отчет о глобальной ситуации в области неинфекционных заболеваний) [310], ХНИЗ в сочетании с бедностью создают порочный круг, в котором бедность является причиной подверженности людей поведенческим факторам риска, а возникающие вследствие этого ХНИЗ становятся причиной, толкающей семьи к дальнейшему ухудшению их материального положения из-за нехватки средств для лечения. В любой стране уязвимые и социально незащищенные люди болеют больше и умирают от ХНИЗ раньше, чем люди с более высоким социальным статусом.

1.2.4. Исследование рисков как этап на пути разработки политики здравоохранения

Основной путь снижения бремени ХНИЗ — целенаправленное снижение распространенности их факторов риска. Выраженность такого снижения поддается прогнозированию, но обязательным начальным этапом в решении этой задачи является идентификация и количественная оценка распределения рисков в популяции, являющаяся научной основой для разработки политики предотвращения ХНИЗ для конкретной местности [48, 51, 70, 79, 117]. Даже незначительные сдвиги в области рисков приводят к большим конечным результатам. Так, рассчитано, что до 80% заболеваний сердца и инсультов, 80% диабета 2 типа и более 30% онкологических заболеваний можно было бы предотвратить путем ликвидации поведенческих факторов риска [66]. Результаты проекта «Северная Карелия» в Финляндии свидетельствуют о том, что наблюдаемое снижение смертности от ИБС среди мужчин 35-64 лет на 82% в течение последних 30 лет можно было предсказать и в значительной степени объяснить снижением распространенности уровня трех факторов: высокого АД, гиперхолестеринемии и курения [51, 198, 262]. Похожая картина наблюдалась и по смертности от рака легких, которая за этот период сократилась на 60%. Аналогичным образом были предсказаны тенденции заболеваемости и смертности от ИБС и общей смертности за 10 лет в Каунасской когорте [49, 51], Роттердаме [207] и в ряде других исследований [104, 111, 191, 244, 289].

Вместе с тем в исследованиях эпидемиологии рисков как этапа на пути разработки политики снижения бремени ХНИЗ существует ряд проблем. Одной из них является неизбежность субъективного элемента при выборе факторов для исследования и анализа, что подчеркивается даже в глобальных научных проектах [51, 311, 330]. При этом во многих проектах полная оценка всех существующих рисков ХНИЗ не проводится в связи с временными и ресурсными ограничениями, влекущими за собой компромиссные решения по дизайну. Однако это не противоречит мнению ВОЗ о том, что оценка потенциального воздействия той или

иной угрозы для здоровья не может ставиться в зависимость от наличия безупречных данных, поскольку таковые вряд ли будут получены [79, 168, 171, 205, 207, 263]. При их отсутствии для расчета ВОЗ рекомендует использовать косвенные показатели или, по крайней мере, диапазон уровней в других районах мира [311]. Оценка вероятностного воздействия фактора риска, по мнению экспертов, может строиться на основе прогнозирования разных сценариев и использования теоретических моделей. Однако все компромиссы должны быть указаны при изложении источников данных, методов и результатов, включая оценку элементов неопределенности». Так, в глобальном исследовании «Mortality And Burden Of Disease Estimates For WHO Member States 2009 (оценка смертности и бремени заболеваний для стран членов ВОЗ) [225]» представлены данные о показателях смертности, заболеваемости и нетрудоспособности в связи с ХНИЗ для 192 стран. В отношении 79 из них указано: «Недоступны сведения об уровне смертности среди взрослых; показатели расчетные, основанные на показателях детской смертности», либо «Нет информации по основным причинам смерти, приводятся расчетные показатели, полученные на основании математических моделей», либо «Частично доступна информация по заболеваемости и распространенности» и т.п.

Следует также учесть, что включение в исследование тех или иных факторов риска имеет значение и для возможности сопоставления результатов разных исследований. Дело в том, что некоторые из ФР имеют более стандартизованную и однозначную систему измерения и интерпретации в сравнении с другими (например, уровень АД, статус «курильщик/не курильщик» в сравнении с фактором «недостаточная физическая активность», допускающим различные толкования). При этом во многих работах подчеркивается, что именно низкое качество первичного сбора данных и малая доступность медицинской статистики, связанные с недостаточно качественными методами оценки, а также отсутствие методов анализа ведут к несопоставимости показателей, полученных в разных научных проектах [111, 205, 289].

В монографии С. Murray (2007) [229] сформулированы и другие вопросы, которые должны быть решены, чтобы данные эпидемиологических исследований могли использоваться при разработке политики здравоохранения. Важнейшим из них, по мнению автора, является выбор приоритетных показателей для изучения при максимально эффективном использовании ограниченных ресурсов. Выбор изучаемых показателей определяется политической значимостью, валидностью этих параметров, простотой их истолкования; наличием стандартизированной и экономичной методики измерения и т.д.

Разные авторы сходятся во мнении, что для разработки эффективной политики здравоохранения по снижению бремени ХНИЗ, форма представления результатов исследований в сфере рисков также должна представлять собой существенную политическую заметность. Последней цели отвечает универсальный показатель DALY (потеря лет жизни с поправкой на инвалидность disability-adjusted life years) [168, 311], одна единица которого равняется потере одного года здоровой жизни. По данным Всемирного банка [21], в России на долю ХНИЗ и травм приходится около 50% совокупного количества потерянных DALY, в то время как в Западноевропейском регионе эта доля составляет 40% [48, 51]. Соответственно по причине трех факторов риска, лежащих в основе ХНИЗ – потребления алкоголя, высокого артериального давления и курения, в России теряется более 46% лет из общего числа лет DALY [18, 19, 20, 21, 89, 90, 116, 169, 167, 168, 171], что, безусловно, свидетельствует об остроте проблемы в нашей стране.

Существует еще один аспект исследований риска, относящийся к особенностям описания и представления результатов исследований. Так, многие риски имеют широкое распределение в популяции, и различия между отдельными лицами определяются не наличием или отсутствием риска, а его степенью (например, уровень АД). Дж. Роуз и др. указывали, что в отношении большинства факторов риска природа демонстрирует не дихотомию, а процесс, или континуум, в котором риск возрастает в пределах спектра действия фактора [66, 69, 76, 225, 226]. Поэтому использование взаимоисключающих категорий (например,

«повышенное АД» и «нормальное АД») представляет собой скорее удобный прием, нежели описание естественного порядка [76, 311]. То есть «девиантное меньшинство» (например, лица с повышенным АД, высоким уровнем холестерина и глюкозы крови), рассматриваемое как группа повышенного риска, является лишь элементом континуума риска, а не отдельной категорией. Из этого следует, что стратегия профилактики, ориентированная только на группы лиц, входящих в категорию самого высокого риска, затрагивает лишь край проблемы и не оказывает влияния на значительную долю заболеваемости, возникшей за счет людей, подверженных умеренному риску. Такая стратегия выглядит привлекательно и логично, с точки зрения пациентов, нагруженных высоким риском, и их врачей [33, 34, 35, 36, 48, 50, 51]. Но будучи эффективной для небольшой группы лиц, она имеет весьма ограниченный эффект для всей популяции, так как не устраняет причин заболевания, зависит от достаточности временных, финансовых и кадровых ресурсов и требует регулярных дорогостоящих обследований все новых людей, попадающих в группу повышенного риска [36, 48, 51, 272, 300, 310].

Опыт ряда программ свидетельствует, что подобный подход ведет к колоссальному увеличению затрат для общества, но весьма скромным результатам, сопряженным с увеличением социального неравенства [311].

Что касается стратегий (алгоритмов) ведения пациентов, уже страдающих ХНИЗ и имеющих их ФР на индивидуальном уровне, то они благотворны для отдельного человека, являясь, по сути, стратегиями вторичной профилактики (снижают риск инфарктов, инсультов, переломов и т.п.), о чем свидетельствуют результаты клинических исследований [17, 33, 35, 85, 86, 195]. Но они еще в меньшей степени могут быть основой долгосрочных программ профилактики в популяции.

Напротив, подходы, основанные на охвате всего населения, призванные сместить все распределение ФР в более безопасную зону, способны уменьшить заболеваемость и бремя последствий ХНИЗ [8, 50, 86, 138, 174, 191, 203, 229, 269]. Такие стратегии направлены на то, чтобы здоровый образ жизни и ослабление воздействия ФР превращались в социальные нормы [48, 69, 70, 78]. При этом

приходится учитывать, что профилактическая мера, благотворная для всего сообщества, на первый взгляд, мало что дает отдельно взятому индивидууму. Это снижает мотивацию отдельных людей и может отрицательно сказаться на стимулах всего населения в целом (эффект, известный как «парадокс профилактики») [42, 69, 70, 78, 118, 279]. Вышеназванное должно иметься в виду при планировании политики преодоления ФР в конкретной местности, поскольку предполагает разработку программ, уравнивающих все подходы [45].

Таким образом, представление результатов исследований по ХНИЗ и их рискам должно отражать распределение ФР как среди всей популяции, так и среди лиц с наибольшей угрозой для здоровья [135, 138, 174, 191, 203]. Примерами профилактических программ, основанных на качественных исследованиях с таким дизайном, является программа Европейского регионального бюро ВОЗ CINDI («Программа общенациональной интегрированной профилактики неинфекционных заболеваний») [66]. В ходе ее реализации были получены обнадеживающие результаты сначала на пилотных площадках, а затем во многих государствах – участниках [56, 66, 69, 70, 71]. В ряде других регионов также накоплен опыт преодоления поведенческих факторов риска, основанный на качественных исследованиях, представивших данные о распределении рисков в популяции в целом и наиболее проблемных группах населения. Этот опыт свидетельствует о возможности уменьшения заболеваемости и улучшения состояния здоровья населения при снижении распределения рисков ХНИЗ среди населения [104, 139, 232, 269]. Эпидемиологические исследования ВОЗ STEPS, проект «Северная Карелия», [51, 111] программы Stanford Five-City Project, Three-Community Study, Minnesota Heart Health и Pawtucket Heart Health в США, проект CARMEN в Южной Америке, Tianjin в Китае и т.д.) [48, 66, 107, 135, 139, 181, 211, 256, 262, 268] также показали, что научно обоснованные программы по снижению распространенности ФР приводят к снижению смертности, отмечаемому уже спустя 5-10 лет.

1.2.5. Значение исследования качества жизни для характеристики здоровья

На сегодняшний день характеристика здоровья популяции возможна только при комплексном анализе показателей здоровья как соматического, так и психического. Важно учитывать также данные, полученные при самооценке человеком своего физического, психологического и социального состояния — индексы качества жизни (КЖ) [37, 178, 179]. Качество жизни – это интегральная характеристика физического, психологического, эмоционального и социального функционирования человека, основанная на его субъективном восприятии [37, 92, 158]. Это одно из ключевых понятий современной медицины, позволяющее получить представление о физиологических, психологических, эмоциональных и социальных проблемах человека, обусловленных болезнью [94, 155, 158, 178].

Исследования подтверждают ухудшение параметров КЖ у больных различными ХНИЗ [24, 26, 92, 158, 164, 180, 184]. Улучшение КЖ, напротив, наравне со снижением смертности, инвалидности, улучшением риска инфарктов, инсультов, переломов и т.д., является одной из целей терапии ХНИЗ и значимой конечной точкой для многих когортных и рандомизированных клинических исследований [84, 94, 155, 158, 178, 319, 320].

Инструментами оценки КЖ являются валидизированные вопросники, заполняемые респондентами, больными или их родственниками. Имеются общие вопросники, которые могут быть использованы для оценки КЖ при различных состояниях, и специальные вопросники для пациентов с определенной группой болезней или одного заболевания [37, 94, 178, 179]. На рубеже XX и XXI веков в мире использовалось более 400 общих и специальных вопросников [37]

Среди наиболее распространенных общих вопросников следует отметить вопросник – SF — 36 [47, 319]. Во многих развитых странах в рамках международного проекта оценки качества жизни IQOLA проведены исследования норм SF-36 для здорового населения и параметров КЖ у групп больных различными заболеваниями [94, 319, 328]. Учитывая успешное применение вопросника SF-36 в мировой клинической практике и его культурную адаптацию в

российских исследованиях [24, 26, 92, 47], данный метод широко используется при проведении эпидемиологических исследований для изучения КЖ как неотъемлемой составляющей здоровья населения. Это тем более актуально для сравнения показателей КЖ сельского и городского населения, в отношении которого данные исследования ранее не проводились.

1.3. Хронические неинфекционные заболевания и психическое здоровье

Как уже отмечалось, с 2008 года ВОЗ объединила в единый кластер «Noncommunicable Diseases And Mental Health» (неинфекционные заболевания и проблемы психического здоровья) ХНИЗ и наиболее распространенные длительно текущие проблемы психического здоровья, ввиду их очень высокой распространенности и тесной коморбидности с другими неинфекционными заболеваниями. По данным, представленным ВОЗ на Первой Глобальной министерской конференции по здоровому образу жизни и неинфекционным заболеваниям, прошедшей в Москве 28—29 апреля 2011 г., в мире до 151 млн. человек страдают депрессией, 125 млн. имеют проблемы с потреблением алкоголя, 24 млн. — деменцию, 95 млн. — другие психические расстройства. Психические расстройства ответственны за 13% глобального бремени болезней и 27% бремени, связанного с ХНИЗ [45]. Но главной причиной, позволяющей рассматривать ХНИЗ и основные проблемы психического здоровья как единый кластер, стало получение данных, доказывающих общность системы рисков этих заболеваний [36, 81, 117, 270, 332], что подразумевает общность связанных с ними проблем и возможность выработки стратегий по снижению общемирового бремени.

1.3.1. ХНИЗ и депрессия: общие глобальные проблемы, общие факторы риска, общие методы исследования

Лидирующее по частоте среди психических расстройств и одно из наиболее тесно ассоциированных с основными ХНИЗ – это депрессивное расстройство. Среднемировая распространенность большого депрессивного эпизода (БДЭ),

стандартизированная по возрасту, в начале XXI века составила около 7.2% (95% ДИ 4.4-10.6%) [214, 215, 247, 270]. В Европе в 1 декаде XXI века самая низкая его превалентность регистрировалась в Испании и Греции (<7%), самая высокая – в Финляндии, Израиле, Словении, Бельгии и Франции (>12,5%) [117, 246, 248, 254]. У европейских мужчин трудоспособного возраста этот показатель был 2,6-2,9%; у женщин во всех регионах Европы 4,47-4,48% (достоверно выше) [126, 130, 132, 200, 266]. С возрастом распространенность БДЭ увеличивалась, достигая уровня 15-16.5% среди пожилых лиц [248]. Оценки инцидентности депрессивных эпизодов среди работающего населения в 13 европейских странах колебались от 3,2% в Италии до 10,1% в Норвегии, с общеевропейской медианой в 6,9% [126]. В США показатели частоты БДЭ, превышающие 10%, отмечены для афро-американцев, выходцев из Латинской Америки, в сравнении с другими этническими группами [247]. По оценкам ВОЗ, большой депрессивный эпизод (МКБ- 10 F32.0) переносят ежегодно до 33,4 млн. европейцев [214, 215, 331, 333, 334].

Согласно критериям DALY, большой депрессивный эпизод (БДЭ) занимает 4,4% в структуре заболеваемости, но его распространенность и тяжесть последствий растут [114, 200]. По ряду оценок, в 1990 г. это расстройство занимало 4-е место среди причин, обуславливающих мировое бремя заболеваемости. В 2002 г. на его долю приходилось 6,2%, а в 2013 г. — уже около 10% потерь DALY [214, 215, 234]. Прогнозируется, что бремя монополярной депрессии к 2030 еще увеличится и, по данным ВОЗ, основанным на прогнозах Гарвардской школы здравоохранения, выйдет на второе место после ИБС [114]. Экономические потери, связанные с депрессией, по прогнозам ВОЗ, составят на период 2011-2030гг 16.3 млрд. долларов [117, 270].

В отличие от БДЭ, являющегося самостоятельной нозологической единицей, патологический симптомокомплекс, соответствующий критериям депрессии согласно МКБ-10, имеет гораздо более широкое распространение [31, 331, 334]. Авторы различных исследований определяют его как «депрессивный синдром», «депрессивные расстройства», «надпороговое количество депрессивных симптомов», «высокий балл по шкале «депрессия», «расстройства депрессивного

спектра» [117, 187, 214, 215]. Депрессия клинического уровня может быть проявлением БДЭ, но может являться синдромом в структуре другого заболевания; у пациента также могут наблюдаться несколько клинически значимых депрессивных симптомов. Для описания такой ситуации исследователи чаще всего используют обобщающее понятие «депрессия» (или депрессивные расстройства), уточняя при этом, проводилась ли клиническая диагностика, или использовались результаты ответов пациентов на специально разработанные валидизированные вопросники [136, 137, 206, 221, 224, 322, 326]. В первом случае, более трудоемком, субъективном и затратном, клинические аспекты исследования выходят на первый план, но результаты сложнее поддаются анализу и сравнению. Во втором случае многие клинические составляющие, безусловно, теряются, но появляется возможность стандартизованной количественной оценки, сравнения и обобщения результатов разных работ [112, 113, 133, 127, 129].

По разным данным, распространенность депрессии как симптомокомплекса в мире составляет — 11,4-17,1% (95%ДИ 9,7-26,1%). Как и БДЭ, это в большей степени, прерогатива женщин [132, 302, 303, 304, 305]. Распространенность депрессии существенно растет в старших возрастных группах, где достигает 14,3%-35,9% [88, 248]. Возможны колебания распространенности внутри одной страны [80, 93, 149], что показано в нескольких крупных исследованиях. Например, у жителей западного Китая депрессия встречалась практически в 1,4 раза чаще, (в 30,5% случаев), чем у жителей восточного Китая (в 19,5% случаев) [305].

Среди пациентов, обращающихся за медицинской помощью, доля лиц с депрессией ожидаемо выше, чем в популяции. В первичной сети здравоохранения Великобритании депрессия по количеству консультаций (25% от общего количества) уступает только респираторным инфекциям [266].

В зарубежных исследованиях, целенаправленно изучавших пожилую часть популяции, было выявлено, что депрессия — самое распространенное психическое расстройство в этой возрастной группе [88, 112, 176, 177, 240, 248, 306]. По данным G.J. Jogerst et al., среди наиболее пожилых больных в первичном звене здравоохранения мягкая депрессия встречается у 28% больных в Корее, у 27%

больных в США и наиболее часто, в 65% случаев, у пожилых россиян [199]. Чаще болели одинокие пожилые люди, теряющие социальные контакты, находящиеся постоянно в специализированных социальных учреждениях, имеющие низкий уровень образования, структурные заболевания ЦНС и инвалидность, связанную с соматическим заболеванием. Согласно этим данным, полученные и в других исследованиях [112, 176, 240].

По данным мета-анализа Н. Chang-Quan (2010 г.), наличие хронического заболевания увеличивало риск депрессии у пожилых мужчин в 1,53 раза [RR 1.53, 95% CI 1.20-1.97], а у пожилых женщин — в 2,4 раза [RR 2.40, 95% ДИ 1.94-2.97] [177]. Риск был особенно высок в случае низкой самооценки состояния здоровья. Другие, специфичные для пожилых людей, недавно выявленные факторы риска депрессии — это ухудшение зрения и слуха, нарушения сна, остеопороз, недавнее выявление нового заболевания [112, 157], курение и злоупотребление алкоголем [80, 176, 248].

Результаты нескольких десятков мета-анализов последнего десятилетия, обобщивших результаты исследований, продолжавшихся от 5 до 30 лет, показали, что депрессия является независимым фактором риска для «лидирующей четверки» ХНИЗ и их неблагоприятных исходов [92, 121, 127, 129, 130, 250, 251, 252, 253, 274, 275]. По расчетам ВОЗ, лица с депрессией имеют шансы преждевременной смерти на 40-60% выше, чем в общей популяции из-за коморбидности с основными ХНИЗ [215, 331, 334].

По данным M.W. Zhang et al., депрессия развивалась при ХОБЛ в 2.81 раз чаще, чем в контроле (95% ДИ: 1.69-4.1) [253]. Добавочный риск развития АГ при депрессии увеличивался в 1,42 раза (95% ДИ 1.1-1.9, $p=0.009$), независимо от традиционных возрастно-половых и поведенческих детерминант [130]. Относительный риск развития ИБС при исходном наличии депрессивных симптомов колебался по разным данным от 1,5 до 4,5 [46]. По данным еще нескольких работ, включая мета-анализы когортных исследований, депрессия была ассоциирована с двукратным увеличением риска сахарного диабета 2 типа [2, 100, 150, 251, 274, 304], ($p<0.001$). Риск развития онкозаболеваний при депрессии

возрастал в 1,5 раз [252, 275]. Риск фатальных инсультов при депрессии увеличивался в 1,55 раз (ОШ 1.29-1.63; $p < 0.001$) [130, 130]. Смертность от ССЗ в целом при депрессии возрастала в 1,79 раз (95% ДИ = 1.45-2.21) и еще выше, в 2,11 раза (95% ДИ = 1.66-2.68), если депрессия развивалась после возникновения сердечно-сосудистого заболевания [301, 302].

По другим данным, депрессия увеличивала риск смерти от всех сердечно-сосудистых исходов еще в большей степени – в 2,71 раза (95% ДИ 1.68–4.36; $p < 0.001$), в том числе риск смерти после инфаркта миокарда в 2,25 раза [133, 258]. Причинами столь драматичного ухудшения исходов, по мнению ученых, могли служить не только серьезные метаболические сдвиги, наблюдающиеся при депрессии (гиперинсулинемия, гиперкортизолемиа, нарушения циркадных ритмов, симпатoadренальная активация) [130, 133, 217]. В нескольких исследованиях доказана низкая приверженность терапии у больных депрессией (показатели приверженности, в сравнении с контролем, при депрессии были ниже контрольных в 1,76 раз и более) [128, 243].

В свою очередь показано, что ХНИЗ (не только основные) закономерно увеличивают шансы заболеть депрессией, а ряд из них однозначно назван ФР депрессивного расстройства. Это инсульт, инфаркт миокарда, сахарный диабет 2 типа, остеопороз, онкологические заболевания, дыхательная недостаточность как результат ХОБЛ, а по мнению ВОЗ, любое тяжелое соматическое заболевание [112, 150, 243, 252, 253, 254]. Появляются все новые данные, подтверждающие возможность общих патогенетических путей возникновения ХНИЗ и депрессии, а также общность их системы рисков [130, 177, 270].

У больных депрессией, в сравнении со здоровыми людьми, в 2 раза чаще наблюдаются метаболический синдром (доказанный предиктор и фактор неблагоприятного прогноза ХНИЗ), а также сахарный диабет 2 типа [100]. В свою очередь, и метаболический синдром, и сахарный диабет 2 типа ассоциированы с более чем двукратным увеличением шансов депрессивного расстройства [251]. По данным ряда исследований, коморбидность сахарного диабета и депрессии ожидаемо сопровождалась ухудшением течения обоих заболеваний, увеличением

стоимости терапии, снижением приверженности лечению [128] и ухудшением показателей качества жизни [274].

Также есть убедительные доказательства взаимосвязи нарушений питания и депрессии. Однако если в середине XX века с депрессией связывали, в основном, ухудшение аппетита, снижение удовольствия от еды и потерю веса [129, 233], то сравнительно недавние эпидемиологические находки свидетельствуют о противоположном тренде: распространенность депрессии в популяции 2000-2005гг была существенно выше среди женщин с ожирением или избыточным весом [126, 127, 238]. В ряде работ с дизайном «случай-контроль», проведенных в период 2000-2010 гг., ожирение было названо независимым, ассоциированным с депрессией состоянием [80, 113, 177]. В длительных обсервационных исследованиях было обнаружено, что ожирение не только ассоциировано с депрессией, но и повышает риск ее последующего развития в 1,55 раза [95%ДИ 1.22-1.98; $p < 0.001$], а избыточный вес – в 1,27 раза [95% ДИ 1.07-1.51; $p < 0.01$]. В свою очередь, и у больных депрессией возрастали шансы к развитию ожирения в будущем (не избыточного веса) в полтора раза [100]. R. Sriwattanakomen et al. назвали ожирение предиктором депрессии только для афроамериканцев [80]. Позднее авторами мета-анализа F.S. Luppino et al. депрессия была названа независимым предиктором ожирения, повышающим его риск, для лиц старше 20 лет, в среднем, в 1,6 раз (95%ДИ 1.33-1.87; $p < 0.001$) [238].

В качестве социального фактора, увеличивающего риск депрессии, как и основных ХНИЗ, доказаны низкий уровень образования (ОШ 1.58, 95%ДИ 0,38-1.82) и психосоциальный стресс [142]. При этом проживание на селе или в городе и принадлежность к определенной этнической группе не влияли на риск депрессивных расстройств [149, 248, 296]. По другим данным, этнические меньшинства в США на 20% чаще болели депрессией, хотя тревожные расстройства одинаково часто регистрировались среди этнического большинства и меньшинства (ОШ по депрессии 1.21 (1.04-1.40, $p = 0.012$), тревоге — 1.01 (0.76-1.32, $p = 0.971$)) [213]. Межэтнические различия в частоте депрессии

подтверждались и в других исследованиях, осуществленных на разных уровнях [80, 149, 214, 215, 270].

Другими авторами при вторичном анализе нескольких популяционных исследований было обнаружено, что злоупотребление алкоголем и депрессивное расстройство также имеют двунаправленную связь, увеличивая вдвое риск развития друг друга [89, 101].

Также доказано, что и депрессия, и лидирующие ХНИЗ тесно ассоциированы с остеопорозом, бремя которого велико и растет стремительно [113, 129, 157]. По ряду важных характеристик остеопороз может претендовать на место в золотой четверке ХНИЗ. Среди них — социальная значимость, длительное бессимптомное течение, инвалидизирующие исходы, необходимость длительного врачебного наблюдения, обучения пациентов и т.д. Система рисков ОП тесно взаимосвязана с системой рисков ХНИЗ и депрессии. Так, доказана роль курения, злоупотребления алкоголем, малоподвижного образа жизни, неправильного питания в развитии ОП и выявлены его тесные ассоциации с сердечно-сосудистой патологией, сахарным диабетом, депрессией [113, 129, 157]. Система прогнозирования вероятности переломов при остеопорозе FRAX [162], построенная на основании эпидемиологических показателей распространенности ОП, построена по принципам, аналогичным таковым, лежащим в основе оценки риска исходов сердечно-сосудистых заболеваний (SCORE) [34, 35]. Следствием вышеназванного могла бы быть разработка общих популяционных профилактических программ, целью которых является снижение бремени и ОП, и ХНИЗ путем целенаправленного воздействия на поведенческие риски.

Существуют и другие аспекты, напрямую имеющие отношение к проблеме ХНИЗ и депрессии. Так, обобщенные результаты крупных исследований, проанализированные в работе С. Pizzi, свидетельствуют, что терапия антидепрессантами приводит не только к купированию самой депрессии, но и к снижению рисков смертельных исходов сердечно-сосудистой патологии (ОШ 0.56, 95% ДИ 0.35-0.88), а также числа повторных госпитализаций (ОШ 0.63, 95% 0.46-0.86) [219].

На основании обобщенных данных последних 10 лет обнаружена еще одна закономерность. Доказано, что регулярная аэробная физическая активность (ФА) умеренной интенсивности — эффективный способ профилактики не только основных соматических ХНИЗ [34, 35, 36, 69, 70], но и депрессии [154]. Также умеренная физическая активность не менее 2,5 часов в неделю была доказана как эффективное лечебное вмешательство при ряде ХНИЗ, равно как и при мягкой и умеренной депрессии [144, 145, 152, 155, 157]. Причем этот эффект наблюдался как в случае большого депрессивного эпизода, диагностированного клинически, так и в случае депрессивного расстройства, констатированного на основании результатов письменного анкетирования пациента [144]. Подобный эффект сопоставим с эффектом современных антидепрессантов, показанный во многих клинических исследованиях [155, 157].

Заслуживают внимания результаты систематических обзоров и мета-анализов последних 5 лет, посвященные роли физической активности в лечении онкозаболеваний. Последние не являются предметом данного исследования, но имеют прямое отношение к проблеме ХНИЗ, их факторов риска и депрессии. Так, D.Y.Fong, et al. обнаружили, что дозированная аэробная ФА у пациенток с разными стадиями рака груди, была ассоциирована с улучшением по целому ряду показателей: снижению упадка сил и уровня депрессии, концентрации инсулиноподобного фактора роста 1, увеличением минеральной плотности кости, показателей силы мышц спины и ног; массы тела, уровня оксигенации, толерантности к нагрузке, дистанции 6-минутной ходьбы [242]. M. Carayol et al. (2012 г.) доказали достоверное снижение симптомов депрессии, тревоги, уменьшение усталости на фоне даже меньшей дозированной ФА (~90-120 мин/неделю) у пациенток с той же патологией [260]. S.I.Mishra et al. получили схожие по качеству и количественному выражению результаты, касающиеся более разнообразной по видам, интенсивности и продолжительной ФА у пациентов с онкопатологией различной локализации [155]. Большинство исследователей были единодушны также в том, что ФА вызывала достоверное увеличение показателей

качества жизни и улучшение физических функций пациентов, независимо от отдаленных исходов, стадии лечения и локализации онкопроцесса [125, 145, 152].

J. Rimer et al. (2012 г.) в систематическом обзоре когортных исследований, анализируя влияние ФА на показатели функционирования и симптомы депрессии у больных любыми ХНИЗ, расценили ее эффект как скромный, но сопоставимый с когнитивно-поведенческой психотерапией [154]. N.E. Andrews, (2012г.) M.P.Herring, (2012г.) получили подобные результаты у пациентов с депрессией и хроническими болевыми синдромами любого происхождения [91, 146]. Все авторы сходились во мнении, что первичные исследования по данной проблематике имеют серьезные, но неизбежные систематические ограничения, обусловленные высокой гетерогенностью контингента больных (разная выраженность депрессии, коморбидность, исходное физическое состояние), и вмешательств (уровень, форма, вид и продолжительность ФА), отсутствием стандартизованных критериев к определениям ряда понятий и невозможности ослепления участников. При этом антидепрессивный эффект ФА всеми авторами признавался как достоверный, но оценивался от скромного до значительного.

1.3.2. Тревожные расстройства как фактор риска ХНИЗ и предиктор их неблагоприятных исходов

Тревожные расстройства занимают по частоте второе место среди психических расстройств [215, 331]. Эволюционное значение тревоги заключается в мобилизации организма в экстремальных ситуациях. Но патологическая тревога непропорциональна реальной угрозе или не связана с ней, неадекватна значимости ситуации и резко снижает адаптационные возможности человека [295].

Эпидемиологические тенденции и многие клинико-патогенетические аспекты тревожных расстройств во многом близки к таковым для депрессии, и во многих исследованиях изучаются совместно. Известно, что распространенность тревожных расстройств в общей популяции на начало XXI века составляло около 6,5%, а в практике врачей первичного звена доля больных с этой патологией была выше, достигая, по разным данным, 10–15% [119, 120, 121, 150]. Также доказано,

что распространенность тревожных расстройств, как и депрессии, увеличивается с возрастом, они вдвое чаще возникают у женщин, у неработающих лиц, а также на фоне соматических заболеваний [68, 96, 119, 240].

Так же, как и депрессия, патологическая тревога и тревожные расстройства находятся в тесной взаимосвязи с основными ХНИЗ [97, 121, 125, 127, 249, 250, 251]. В частности, показано, что патологическая тревога увеличивает риск возникновения и ухудшает прогноз уже имеющейся кардиологической патологии. Так, шведское когортное исследование Janszky I., продолжавшееся 37 лет, показало, что наличие патологического уровня тревоги, диагностированного у молодых мужчин по единым стандартизованным критериям, являлось независимым предиктором развития ИБС, повышая риск развития этой патологии более чем вдвое [142]. По данным J.H. Park et al., тревога и депрессия повышали шансы новых сердечно-сосудистых событий при имеющейся ИБС соответственно в 1,22 и 1,39 раза и (OR=1.22, 95% ДИ: 0.96-1.56) (OR=1.39, 95% ДИ: 1.22-1.57) [239]. Мета-анализ А.М. Roest, обобщивший данные 20 проспективных исследований с участием 250 000 исходно здоровых жителей США, Норвегии, Нидерландов, Швеции, Японии и Великобритании, продемонстрировал, что тревожные расстройства ассоциированы с увеличением риска сердечно-сосудистой смерти в 1,23 раза (OR 95% ДИ, 1.03-1.47; $p=0.02$), а новых сердечно-сосудистых событий (инфарктов, инсультов) — в 1,71 раза (95% ДИ, 1.31-2.23; $p<0.001$) [257]. Результаты исследования «Heart and Soul Study», (Сан-Франциско) также согласовались с этими результатами. По данным его авторов, не только депрессия, но и генерализованное тревожное расстройство является независимым предиктором инфаркта миокарда, мозгового инсульта или внезапной смерти в течение 5 лет, увеличивая риск этих событий в 1,74 раза (HR1,74; 95% ДИ 1,13 — 2,67; $p=0,01$) [276].

При сахарном диабете, согласно мета-анализу К.Ж. Smith, показатель отношения шансов тревожного расстройства составляет 1,25 (95% ДИ 1.10-1.39) [97]. По данным мета-анализа Y Lu, подростки с бронхиальной астмой имели тревожные расстройства в 1.83 раза чаще сверстников, (1.63-2.07; $p<0.001$) [250] и

страдали депрессией в 2,08 раза чаще них (95%ДИ 1.65-2.64; $p < 0.001$;) [250]. Несколько работ последних лет в области риска онкологических заболеваний также свидетельствуют, что онкологические заболевания сопряжены с увеличением частоты тревожных расстройств [125, 249], хотя непосредственное влияние тревоги и стресса на частоту рака еще окончательно не доказано [231].

Как и в случае с депрессией, клинические проявления патологической тревоги проявляются психическими и соматическими симптомами. Обилие и разнообразие клинических проявлений последних особенно актуально для общемедицинской практики, где концентрируется, как и при депрессии, наибольшая доля подобных пациентов [95, 96, 206, 246].

1.4. Эпидемиологические аспекты ХНИЗ и их факторов риска в России

Население России было субъектом ограниченного числа качественных исследований по анализу бремени ХНИЗ и оценке их рисков, являющихся базисом для профилактических программ. В докладе Всемирного банка отмечено, что уровень научной активности в области изучения причин заболеваемости и смертности в России ниже, чем в других индустриальных государствах и странах «большой восьмерки» [21, 51, 330]

До сих пор сведения о бремени ХНИЗ в России, в основном, основываются на данных о смертности и инвалидности [3, 89, 90, 279]. При этом коэффициент смертности от основных ХНИЗ в нашей стране на 2010 год (1108 на 100 тыс. населения среди мужчин и 561,8 среди женщин) был выше, чем в странах Евросоюза, США и Канаде более чем в 2-3 раза [330]. Показатель смертности от сердечно-сосудистых заболеваний варьирует в России по регионам от 725 до 899,6 (средний показатель по России на 2010 год — 779,1) [58, 61, 235], что авторы связывают с различиями социально-экономического уровня и состояния здоровья населения округов. ВОЗ отмечает отсутствие в России полноценной системы мониторинга ФР ХНИЗ, основанного на качественной популяционной статистике

Несмотря на то, что Россия с начала 80-х годов XX века вместе с 27 европейскими странами и Канадой участвует в международной программе

интегрированной профилактики неинфекционных заболеваний (CINDI), популяционные исследования по оценке рисков в России в настоящее время проводятся, в основном, в организованных группах городского населения. Для сельских жителей данные вопросы остаются малоизученными [66, 99, 179].

1.4.1. Артериальная гипертензия

Данные об эпидемиологии АГ в России, полученные при изучении национальной репрезентативной выборки неорганизованного населения, впервые стали доступны только в исследовании 1992-1995 гг [61]. Стандартизированная по возрасту распространенность АГ составила тогда: 41,1% среди женщин и 39,2% среди мужчин. По результатам Федеральной целевой программы 2005-2007 г. «Профилактика и лечение артериальной гипертензии в Российской Федерации», стандартизированная по возрасту распространенность АГ в РФ практически не изменилась (38,1%) [7, 58, 61, 65]. Однако в сравнении с результатами исследования 1992-95гг показатель частоты АГ у мужчин стал несколько ниже (36,5% в сравнении с 39,3%, $p < 0,01$), тогда как у женщин он не изменился (39,5 и 41,1%, соответственно, $p > 0,05$). Не было получено различий в распространенности АГ среди жителей города и села [7, 77]. Обращала на себя внимание географическая вариабельность показателей. Среди жителей Надыма [29], Томска [23] и Москвы [27] распространенность АГ была 46%; 42,1% и 49% соответственно, тогда как в Якутске [6, 61] и Казани частота АГ была существенно ниже – 25,5% и 29% соответственно [7, 60].

Исследования выявили низкую информированность населения: более 60% мужчин и 40% женщин не знали о своем заболевании [7, 42, 58, 61, 71]. Это намного меньше, чем в США и странах Карибского бассейна, где, по данным литературы, информированы об АГ 80-90% больных, лечатся 50-80%, а эффективность терапии составляет 50-70% [79, 169, 310]. Во Франции контролирует АД 24% населения, в США – 34% [229].

Результаты, полученные по завершению первого и второго этапов программы мониторинга эпидемиологической ситуации по АГ в 2005г.,

свидетельствовали, что осведомленность россиян существенно выросла: у мужчин она достигла 74,8% ($p < 0,001$), у женщин — 80,5% ($p < 0,001$) [31, 34, 64, 65]. Сами исследователи объяснили этот феномен различиями в дизайне. В частности, более высокие показатели информированности были получены в работе, где опрос проводили медицинские работники. Это затрудняло сравнение данных двух крупных эпидемиологических проектов, проведенных в последние годы в России, с результатами, основанными на репрезентативной выборке.

Показатели превалентности АГ в России в других российских исследованиях, к сожалению, не могут отражать существо и масштаб проблемы, поскольку основаны на информации, предоставленной самими опрошенными (программа CINDI) [56, 66, 70], либо на данных смещенных выборок, представлявших собой контингент промышленных предприятий, организованных популяций или компактных зон проживания [32, 57, 58]. Тем не менее результаты указывали на закономерные эпидемиологические тенденции: распространенность АГ во всех изученных группах населения прогрессивно увеличивалась с возрастом, а информированность женского населения оказывалась выше [23, 42, 57, 58, 75, 77].

Таким образом, для получения объективной картины, отражающей клиничко-эпидемиологические аспекты АГ в российской популяции, необходимо проведение исследований на репрезентативной выборке независимыми интервьюерами на региональном уровне, учитывающих возможные различия сельской и городской популяций. Кроме того, дизайн исследований должен предусматривать как получение анамнестических сведений, так и обязательное проведение тонометрии.

1.4.2. ИБС и стенокардия напряжения

Анализ распространенности одного из ведущих сердечно-сосудистых заболеваний, ИБС, затруднен из-за отсутствия единых подходов к верификации [17, 85, 92, 151] и многообразия клинической картины. Однако возможно изучать частоту одного из подвидов ИБС — стенокардии напряжения как достаточно специфического симптомокомплекса, в основе клинической диагностики которого

лежит информация, отвечающая достаточно строгим критериям, получаемая врачом при сборе анамнеза [85]. Инструментом для оценки наличия/отсутствия стенокардии напряжения в популяционных исследованиях стал разработанный в 1962 г. структурированный вопросник клинициста и эпидемиолога Дж. Роуза “The Rose angina Questionnaire” (RAQ) [76]. Его пункты, по сути, являются вопросами структурированного клинического интервью, задаваемые врачом на приеме, для исключения у пациента коронарных болей. Вопросник получил признание ВОЗ, прошел языковую и культурную адаптацию в различных странах, в том числе и в РФ [259].

Показатели эффективности шкалы RAQ как инструмента для диагностики ИБС по данным исследований 1996-2014 гг. варьируют. В работах, где золотым стандартом выявления ИБС (не только стабильной стенокардии) являлась клиническая диагностика в условиях стационара, приведены данные, что показатели чувствительности и специфичности вопросника составили 53% и 89% соответственно [259, 273]. К сожалению, в сравнении с нагрузочными тестами (велоэргометрия или тредмил), чувствительность вопросника в разных исследованиях оказалась невысокой: 25,0-30,3%. Однако его специфичность достигала 83,9-92% при высокой отрицательной прогностической значимости результата: 81-83,9% [315]. Прогностическая значимость положительного результата теста RAQ относительно клинически подтвержденной ИБС (HR) составляла 2.59 (95% CI 1.71 to 3.91), а ассоциация с вероятностью сердечно-сосудистых событий в будущем (площадь под кривой ROQ) — 0.708-0.726 [76, 259, 273]. Это особенно важно при включении результатов вопросника Роуза в число приоритетных критериев для планирования профилактических программ.

По данным Российской программы многофакторной профилактики ИБС с использованием такого вопросника, в конце 80 гг. XX века частота стенокардии напряжения среди мужчин 40-59 лет составляла в Москве 14,5%, в Харькове – 11,5%, в Минске – 11,5%, в Каунасе – 11%, в Ташкенте – 10,9%, во Фрунзе – 10,7% [17]. Распространенность стенокардии напряжения увеличивалась с возрастом и была несколько выше среди женщин, что находит отражение и в зарубежных

исследованиях [92, 212, 320] и связывается с более высокой распространенностью болевых синдромов у женщин в целом, в том числе сердечно-болевого синдрома, дающего ложноположительные результаты при анкетировании.

Более поздних отечественных популяционных исследований по данной проблеме, основанных на данных репрезентативных выборок, найти не удалось. Сравнительных исследований частоты стенокардии напряжения для сельского и городского населения, включающих оценку факторов риска данного ХНИЗ, дающих представление о частоте ИБС в популяции, также не проводилось. Однако демографические данные 2006 г, свидетельствующие, что смертность от ИБС в России достигает 28% в структуре всех причин смерти, свидетельствуют об актуальности проблемы и необходимости дальнейших научных разработок в данной области [3, 17, 36].

1.4.3. Хронические респираторные нарушения

В течение многих лет среди специалистов шла дискуссия по поводу определения заболеваний, связанных с ограничением скорости воздушного потока (ХОБЛ бронхиальная астма, хронический бронхит, эмфизема легких). Это затрудняло сопоставимость результатов работ различных авторов [10, 86, 188, 190]. В качестве некоего индикатора бремени этих заболеваний часто изучалась распространенность симптомокомплекса, представляющего собой, согласно определению ВОЗ, «хронический бронхит как заболевание, проявляющееся кашлем и выделением мокроты в течение, по крайней мере, трех месяцев в году не менее двух лет подряд» [10, 86, 98]. Для клинических исследований это «эпидемиологическое» определение, как и в случае стенокардии, менее пригодно, так как не отражает многообразия причин и вариантов течения болезней. Тем не менее, эпидемиологические показатели, полученные на основе этого определения, позволяли анализировать различные аспекты хронических респираторных заболеваний в популяции.

В России данные о распространенности хронического бронхита, основанные на сопоставимых с зарубежными исследованиями методах оценки, до 1990-х годов

отсутствовали [10]. Результаты работ 2000-2005 гг. также носили противоречивый характер. Так, среди неорганизованного населения Южного берега Крыма хронический бронхит был отмечен в 1,8-6,8% случаев, в Керчи — в 11,3%, в Целинограде — в 6,7%, в Ленинграде — в 8,1%, в Москве — в 7,0-14,1%, в Саратовской области — в 49,5%, в Забайкалье — в 33,6% [5, 69, 70]. В зарубежных исследованиях со схожим дизайном распространенность хронического бронхита составила: во Франции 16%, в Англии (у лиц 40-64 лет) — 17% среди мужчин и 8% среди женщин [188]. В целом, распространенность хронического бронхита в различных странах мира варьировала в широких пределах от 10 до 47% [10, 86, 188, 236].

Результаты европейских многоцентровых исследований, включавших, помимо анамнестических сведений, оценку функции внешнего дыхания, выявили значительные различия в частоте хронического обструктивного синдрома в зависимости от статуса курения обследованных, их возраста, страны или региона проживания и, в меньшей степени, пола и расы, а также воздействия на популяцию атмосферных поллютантов и профессиональных вредностей [86, 98, 189, 190]. В общенациональном исследовании NHANES 3 [122], проведенном в США в 1988-1994 гг., показатели риска респираторных симптомов имели похожие тенденции. Так, среди белых мужчин хронический кашель был зарегистрирован у 24% курящих, у 4,7% бывших курильщиков и у 4% никогда не куривших. Среди белых женщин эти показатели были 20,6%, 6,5% и 5% соответственно. Позднее другими авторами [86, 98] также были обнаружены подобные гендерные ассоциации. Меньшие показатели частоты хронического бронхита были выявлены у представителей негроидной расы [190]. Увеличение распространенности заболевания с возрастом в равной мере было характерно и для мужчин, и для женщин. Есть также доказательства того, что риск развития хронических заболеваний легких находится в обратной зависимости от социально-экономического статуса [188, 189, 190].

В странах Латинской Америки, согласно данным крупного исследовательского проекта последних лет PLATINO, частота ХОБЛ в начале XX

века составляла от 7,8% в Мексике до 19,7% в Монтевидео (Уругвай), увеличивалась с возрастом и достигала максимума у лиц старше 60 лет. ХОБЛ достоверно чаще встречалась у мужчин, что отличало регион Латинской Америки от европейских стран [10]. Данные исследований, проведенных в 28 странах с 1990 по 2004 г., представленные в документе «Глобальная стратегия диагностики, лечения и профилактики хронической обструктивной болезни легких, пересмотр 2011 г.», также свидетельствуют, что распространенность ХОБЛ у лиц старше 40 лет значительно больше, чем у лиц младше 40 лет, а у мужчин значительно больше, чем у женщин [10].

В различных исследованиях показано, что ожидаемо чаще ХОБЛ встречается среди курящих лиц и бывших курильщиков, чем среди некурящих лиц [10, 18, 19, 20]. Однако в последние годы выявлены значительно более тяжелые, чем предполагалось ранее, формы заболевания (3–11%) и среди некурящих [161, 188, 189].

Исследователи отмечают продолжающийся рост заболеваемости и экономического ущерба ХОБЛ в глобальном масштабе, разноречивость имеющихся эпидемиологических данных о распространенности заболеваний органов дыхания и региональных особенностях и наличие проблемы позднего выявления хронических респираторных нарушений [10, 18, 19, 21, 51, 190]. Таким образом, научная работа по оценке распространенности хронических респираторных нарушений в популяции с учетом специфики образа жизни сельского и городского населения, включающая анализ ассоциаций хронических респираторных нарушений с социо-демографическими факторами, рисками ХНИЗ и изучение информированности населения об имеющейся бронхолегочной патологии является, актуальной и практически значимой.

1.4.4. Избыточная масса тела и ожирение

По расчетным оценкам ВОЗ ожирением обусловлена потеря около 4% DALY в России [12, 168], что связывают с доказанным влиянием ожирения на уровень АД, развитие сахарного диабета и ряда онкологических заболеваний, риска

инфаркта миокарда и инсульта. Доказана зависимость показателей распространенности ожирения от пола и возраста обследованных [60, 67]. Было показано, что вероятность возникновения ожирения у мужчин в России несколько меньше, чем в США [67, 83, 238, 310, 330]. Так в 2000 г. 12% российских мужчин в возрасте 25-64 лет страдали ожирением, тогда как в США в 2001 г. в этой же возрастной категории — 25%. Разница по данному показателю между российскими и американскими женщинами была не столь велика: 24,7% и 28,5% соответственно. Распространенность избыточного веса в возрастной группе 25-64 лет в различных регионах России варьировала от 47% до 54% у мужчин и от 42% до 60% у женщин [12]. Стандартизованные показатели частоты ожирения в России к 2005 году увеличились и составили 18,4% и 29,2% у мужчин и женщин соответственно, а частота избыточной массы тела – 55,8 и 58,8% соответственно [67].

По данным проспективного исследования Е.А.Смирновой, основанного на репрезентативных выборках Рязанской области, за 2002-2007 гг. наблюдался абсолютный прирост частоты ожирения у мужчин на 2,3%, а у женщин на 4,7%, а абсолютные показатели распространенности ожирения (не стандартизированные) составили соответственно и 14,0% и 28,3% [55, 66, 67].

Поскольку относительная частота ожирения в большинстве стран за последние 10 лет выросла еще на 10-40% [103, 230, 236, 238, 330, 83], можно ожидать подобной тенденции в России по мере того, как население будет все больше перенимать западный образ жизни. Все вышеназванное делает актуальным проведение эпидемиологических исследований по оценке распространенности ожирения и ИМТ, изучающих местные тенденции.

1.4.5. Табакокурение

Россия – страна с одним из самых больших в мире количеством курящих мужчин. По данному показателю Россия более чем в два раза превзошла США, Великобританию, Финляндию [18, 19, 20, 75, 167, 311, 330]. Соотношение курящих мужчин-россиян к курящим мужчинам европейских стран составляет 1,7/1 [75, 167, 201, 283, 286]. По результатам опроса российской национальной

представительной выборки, распространенность курения составляла 63,2% среди мужчин и 9,7% у женщин, увеличиваясь с возрастом и достигая максимальных значений к 35 годам (74% среди мужчин и 14% среди женщин) [75]. Доля курящих среди пожилых людей и лиц преклонного возраста была значительно меньше, что исследователи связали с высокой вероятностью смерти курильщиков с многолетним стажем в более раннем возрасте [75].

По данным А. Гилмор и др., изучавших частоту курения в странах бывшего СССР, превалентность данного фактора риска была наименьшей в Молдове (43,3%) и Кыргызстане (51%), а наибольшая в Казахстане (65,3%), Армении (61,8%) и России (60,4%). Распространенность курения была несколько ниже среди мужчин с высшим образованием и в экономически более благополучных группах [167]. Для женщин не было выделено ни одного социального фактора, объяснявшего бы разницу в распространенности курения, за исключением места жительства: среди женщин, живущих в сельской местности, распространенность курения была ниже, по сравнению с горожанками. У женщин-россиянок распространенность курения (до 15,5 %) самая высокая в СНГ, а уровень их образования обратно пропорционален курению, хотя не так значительно, как у мужчин [167].

Контроль эпидемиологической ситуации в отношении табакокурения находится в числе национальных приоритетов, поскольку является необходимым этапом разработки и внедрения современных профилактических технологий по профилактике курения, в том числе на региональном уровне [8, 13, 30, 36, 49].

1.4.6. Злоупотребление алкоголем

Качественных популяционных исследований по оценке распространенности злоупотребления алкоголем в России немного. По расчетным оценкам ВОЗ, подушевое потребление алкоголя в 1999 г. в России составляло 10,7 л на одного взрослого, против 8,6 л в США и 9,7 л в Великобритании [11, 182, 330]. Более 10% мужчин и 2% женщин употребляли алкоголь несколько раз в неделю [54, 90, 278].

При этом 75% потребляемого алкоголя в России составляли крепкие спиртные напитки [90, 278].

Полученные в рамках одного из немногих репрезентативных исследований по данной проблеме в России, проекта RLMS, данные опросов свидетельствовали, что к 2002 г. годовое потребление алкоголя составило 14,5 л; 2,4 л и 1,1 л в год для мужчин, женщин и подростков соответственно [235], а распространенность небезопасного употребления алкоголя составляло среди мужчин 12-17% [235]. По различным данным к 2005 г., в России злоупотребляли алкоголем уже 17—21% мужчин (употребление алкоголя ≥ 168 г/неделя в пересчете на чистый этанол) и 3—4% женщин (≥ 84 г/неделя), а показатели разового его употребления мужчинами и женщинами в 5 и 2 раза превышали безопасные дозы [90, 89, 241]. По разным данным, на 2004 г. около 70% мужчин, 47% женщин и 30% российских подростков употребляли алкоголь в небезопасных дозах. К 2010 году уровень потребления на душу населения составлял уже до 15—16,2 литров в год [264].

О проблеме небезопасного потребления алкоголя, и, прежде всего крепких спиртных напитков, в России, в контексте проблемы ХНИЗ, свидетельствуют данные 10-летнего проспективного исследования Д. Заридзе и др. [90], проведенного в 3 крупных регионах Сибири. Авторы показали, что средний показатель 20-летнего риска смерти для 35-54-летних российских мужчин-курильщиков, не имеющих ХНИЗ, составляет 16%. Среди декларировавших потребление 0,5-1 бутылки водки в неделю этот показатель был достоверно выше и составил уже 20%. А среди тех, кто сообщал об употреблении 1-2 бутылок и 3 и более бутылок в неделю наблюдался дальнейший возрастающий тренд показателя риска ($p < 0.0001$), составившего 20% и 35% соответственно. Среди 55-74-летних мужчин, употребляющих 0,5-1 бутылки водки в неделю, данный показатель достигал 50% [90].

Результаты исследования Razvodovsky Y.E. свидетельствуют, что доля потенциального воздействия злоупотребления алкоголем в структуре преждевременных смертей в России 1998-2005 гг. составила 41,1% среди мужчин и 27,8% среди женщин [264].

В сельских районах жители употребляют алкоголь худшего качества, что предполагают авторы исследований, фиксировавших нарастание частоты отравлений алкогольсодержащими напитками среди сельского населения России в последние годы [41]. Следует учесть, что информация о потреблении алкоголя, получаемая на основании массовых опросов населения, может несколько занижать истинный масштаб проблемы в связи с невозможностью участия в них алкоголиков и высокой вероятности сообщения респондентами заниженных данных о потреблении ими алкоголя. Это подтвердили данные исследования в Карелии 1997 г. и Ижевске 2008-2009 гг. с использованием биологических маркеров (БУТ, бедного углеводами трансферрина) [116]. Авторами были получены результаты, свидетельствующие о более высоком уровне потребления алкоголя в сравнении с данными анкетирования: мужчинами около 37%, а женщинами до 18%. Для примера соответствующие величины для жителей Финляндии составили 9,6% и 9,4% соответственно [11, 48, 198, 276, 330].

В связи с вышеизложенным проведение научной работы по оценке уровня потребления алкоголя в популяции, для оценки масштабов проблемы и выявления тенденций и ассоциаций с другими факторами, необходимо, причем как для городского, так и сельского населения.

1.4.7. Проблемы психического здоровья. Депрессивные и тревожные расстройства

ВОЗ отмечает крайне низкую исследовательскую активность в изучении эпидемиологических аспектов проблем психического здоровья в России и назревшую потребность в создании стратегий по снижению их бремени, основанных на результатах качественных научных исследований [213, 215, 216]. Ключевую информацию для этого, согласно документу ВОЗ «Comprehensive Mental Health Action Plan 2013–2020» (Комплексный план действий в области проблем психического здоровья), должны дать эпидемиологические проекты по оценке распространенности наиболее частых заболеваний в популяции в комплексе с основными ХНИЗ и их факторами риска [117].

Однако на 2005-2011 гг. эпидемиологических исследований, позволяющих оценить распространенность основных проблем психического здоровья в России, по данным ВОЗ, не было [214, 215]. Результаты одного из немногих отечественных проектов в данной области, опубликованные в 2013 г., и основанные на репрезентативной выборке г. Новосибирска, свидетельствовали, что превалентность депрессии среди городских женщин 25-64 лет в 1998 г. достигала 55% [53]. Депрессия была ассоциирована с увеличением относительного риска развития инфаркта миокарда или инсульта в последующие 16 лет в 2.53 ($p < 0.05$) и 4.63 ($p < 0.05$) раз соответственно. Данное исследование позволило предположить, что распространенность депрессии в российской популяции одна из самых высоких в мире [331, 333], что согласуется с расчетными данными ВОЗ, основанными на показателях официальной статистики госпитализаций, инвалидности и смертности. Эти данные свидетельствуют, что в России на долю проблем психического здоровья может приходиться до 15,6% общего бремени болезней [216].

Результаты большинства других отечественных работ в данной сфере были основаны преимущественно на наблюдении за клиническими (смещенными) выборками, и их результаты носили противоречивый характер. Так, по результатам одного из двух, наиболее крупных, российских эпидемиологических проектов последнего десятилетия по данной проблеме, кросс-секционного исследования «КОМПАС», среди пациентов, обратившихся по разным поводам к терапевтам, кардиологам и неврологам в 2002 г., расстройства депрессивного спектра наблюдались у 45,9% [16].

Депрессия, констатированная на основании шкалы CES-D, была ассоциирована с более старшим возрастом больных, женским полом, социально-экономическими факторами (низкий доход, состояние развода или статус вдовы), а также поведенческими нарушениями (курение, злоупотребление алкоголем) [16, 46].

По данным второго исследования, носившего проспективный характер, KOORDINATA (Оганов Р.Г. и соавт. [14, 15]), среди 5000 пациентов с

верифицированными ИБС или АГ, получавших лечение у участковых терапевтов, клинически выраженные симптомы депрессии или тревоги выявлялись у 38% и 33% больных соответственно, что существенно ниже, чем показатели, полученные в исследовании КОМПАС. Когортный дизайн исследования KOORDINATA позволил авторам констатировать, что патологический уровень тревоги был предиктором кардиоваскулярной смерти, увеличивая ее 1,5- летний риск у лиц с патологической тревогой на 68% (ОШ 1,68; 95% ДИ 0,99-2,85; $p<0,05$), хотя последующее трехлетнее наблюдение нивелировало влияние тревоги на прогноз. Что касается патологического уровня симптомов депрессии, то данное расстройство, выявленное при первом обследовании, повышало вероятность смерти от инфаркта или инсульта в последующие 3 года в 1,6 раз, равно как и риск всех кардиологических исходов (фатальных и не фатальных инфарктов и инсультов). Прогностическая значимость депрессии при этом была сопоставима с таковой для перенесенного инфаркта миокарда: ОШ 1,82 ($p<0,0001$) против 1,75 ($p<0,0001$) [15, 16, 46].

По данным других авторов, частота депрессий и тревожных расстройств в клинической практике существенно ниже. Согласно работе Лариной В.Н., наблюдавшей 332 пациентов с хронической сердечной недостаточностью в амбулаторном звене, больные старше 60 лет с ХСН имели клинически выраженную депрессию или тревожные расстройства в 22,8% случаях, а более молодые пациенты (82 чел.) только в 11% случаев [28]. В более позднем исследовании, проведенном В.В. Гафаровым с соавт., также на клинической группе, у больных с тяжелым течением ХНИЗ распространенность депрессий варьировала в пределах от 20 до 60 % [303].

Н. Herrman et al [203], в ходе когортного исследования, включавшего 18 489 пациентов участковой терапевтической службы из 6 разных стран, включая Россию, показал, что распространенность депрессии у российских пациентов первичного звена колебалась от 24 до 55%. При этом только треть из них, с наиболее легкими клиническими формами, спустя 9 месяцев находились в стадии клинической ремиссии, что характерно для естественного течения заболевания.

Это свидетельствовало, по мнению авторов, не только об остроте ситуации с распространенностью депрессии в российской популяции, но и о серьезности проблемы недостаточного выявления и неправильного лечения этого расстройства в первичном звене, что отмечается также в статистических отчетах ВОЗ «Mental Health Atlas 2005» и «Mental Health Atlas 2011» [214, 215].

Таким образом, исследование по изучению распространенности основных проблем психического здоровья у жителей сельской и городской популяций, основанное на репрезентативной выборке в контексте ХНИЗ, а также анализ клинических аспектов проблем психического здоровья, основанный на едином валидном психометрическом инструменте, позволили бы дать системную оценку состояния физического и психического здоровья населения и пациентов первичного звена с позиции современной концепции рисков ХНИЗ. Полученные результаты, в свою очередь, могут служить основой для разработки стратегии снижения бремени ХНИЗ и проблем психического здоровья на популяционном уровне и способствовать выработке подходов к ведению пациентов в условиях первичного звена здравоохранения.

1.5. Биопсихосоциальный подход как теоретическая основа и потенциальная модель ведения больных с ХНИЗ, их факторами риска и проблемами психического здоровья врачами первичной сети в России

1.5.1. Ведение пациентов с ведущими проблемами психического здоровья врачами первичного звена — преимущества, возможности и ограничения

Необходимость своевременного выявления и качественного лечения пациентов с основными ХНИЗ, проблемами психического здоровья и их факторами риска не вызывает сомнений. И если ведущая роль врачей первичного звена в скрининге, диагностике и длительном ведении пациентов с соматическими ХНИЗ не вызывает сомнений, то относительно того, где должно осуществляться выявление, лечение и длительное наблюдение пациентов с наиболее распространенными проблемами психического здоровья, прежде всего депрессией

и тревогой, единого мнения не существует. При этом и многие исследователи, и эксперты ВОЗ едины во взглядах: это прерогатива врачей первичного звена — врачей терапевтов, врачей общей практики и семейных врачей, а не специализированной неврологической или психиатрической службы [117, 186, 187, 216, 331]. В основе этого утверждения лежат данные клинико-эпидемиологических исследований самых разных направлений и мнения экспертов.

В частности, исследования свидетельствуют о том, что в первичном звене, где работают участковые терапевты и врачи общей практики, концентрируется наибольшая доля больных с депрессией и тревожными расстройствами [68, 96, 128, 134, 149, 203, 248, 254, 265]. При этом основную долю проблем психического здоровья в практике участкового терапевта (семейного врача) составляют неглубокие расстройства мягкого и умеренного уровня [68, 96, 128, 203, 254, 265, 313] (аналогичная тенденция существует и для других ХНИЗ – АГ, ХОБЛ, сахарного диабета 2 типа). Алгоритмы лечения в этих случаях не предусматривают высокотехнологичных подходов, требующих привлечения возможностей стационаров и специализированных служб [68, 327, 329].

В 46-70% случаев депрессия и тревожные расстройства неглубокого уровня клинически проявляются преимущественно (или только) соматическими симптомами, такими как болевые ощущения и дисфункции, чувство усталости, не имеющее в своей основе органических причин, упадок сил и т.д., что заставляет пациентов обращаться именно к терапевту, а не психиатру [246, 288, 293, 307, 314, 316, 329]. Результаты исследований подтверждают также, что лечение антидепрессантами у этих пациентов приводит не только к купированию психологических симптомов депрессии, но и достоверному одновременному снижению интенсивности функциональных болей (в грудной клетке и спине) [327]. При этом терапевты и врачи первичного звена в сравнении с психиатрами имеют больше опыта и возможностей для дифференциальной диагностики органических и функциональных соматических симптомов, сталкиваясь с этой задачей в повседневной практике [96, 203, 265, 314].

Важно также, что пациенты первичной сети, помимо депрессии, часто имеют ХНИЗ, их поведенческие и метаболические факторы риска, также требующие вмешательств [112, 130, 133, 150, 176, 177, 248, 293]. Эти вмешательства предполагают не только медикаментозную терапию. Они нацелены на модификацию образа жизни пациентов, например, коррекцию нездоровых форм поведения, общих для ведущих ХНИЗ, депрессии и тревоги. При этом используются технологии, наиболее приемлемые в условиях первичного звена, такие как скрининг, поведенческое консультирование, длительное наблюдение, работа с социальным окружением пациента и т.д [176, 192, 193, 199, 293, 329].

Эксперт ВОЗ. Д. Голдберг отметил помимо высокого представительства «необъяснимых соматических симптомов» и незначительной тяжести психических расстройств в первичной сети также и предпочтения самих пациентов [265]: По его данным, 49% пациентов с депрессией хотели бы получать лечение только у врача первичного звена, осуществляющего их постоянное наблюдение; и только 19.3% — в специализированной психиатрической службе. Остальные 4.8% пациентов были готовы лечиться у доктора любой специальности, 16.5% — получать помощь в немедицинской сети; 6.9% не хотели помощи, а 3.5% не знали, что делать. В этом же исследовании автор отметил возможность качественного лечения в амбулаторном звене при условии обучения врачей и наличия у них методической литературы.

Существуют научные факты, подтверждающие возможность адекватного скрининга, диагностики и эффективности терапии депрессии в условиях общей практики [108, 120, 136, 137, 270, 323, 331 334]. Так, в работах А.Ж. Mitchell [221, 222, 223, 224], включая мета-анализ по оценке эффективности выявления депрессии у амбулаторных пациентов с онкологическими заболеваниями, было рассчитано, что результаты ответов больного на 2 скрининговых вопроса (о стойко сниженном настроении и потере интереса к любимым делам) имеют чувствительность и специфичность в диагностике депрессии 91% и 86% соответственно [223]. Хотя прогностическая ценность положительного результата

составила всего 57%, отрицательный результат свидетельствовал с вероятностью 98% об отсутствии депрессивного расстройства.

Работы других авторов свидетельствуют, что врачи первичного звена Италии верно распознают депрессию в 83.5% случаев. Далее по убыванию качества диагностики следовали США, Австралия и Великобритания. Терапевты и врачи общей практики этих стран правильно диагностировали депрессию соответственно в 81.9%, 74.3%, и 46.0% случаев [108, 240, 266, 267, 277, 325, 327]. Для сравнения, показатели чувствительности и специфичности такого общепризнанного вопросника как HADS-D, широко используемого в клинических исследованиях для выявления аффективных расстройств у соматических больных, составляют 86% и 72% соответственно [326], что свидетельствует о возможности эффективного выявления депрессии врачами-интернистами и врачами общей практики.

Другие исследователи в результате мета-анализа 157 зарубежных исследований по данной проблеме показали, что при распознавании депрессии врачами первичного звена (терапевтами и врачами ОВП) чувствительность диагностики существенно ниже — 36.4% (27.9-44.8). Однако показатели специфичности и отношения правдоподобия были достаточно высоки: 84% (95% ДИ: 77.5-90.0) и 4.0 (95% ДИ: 3.2-4.9) соответственно [222, 223]. Это, по мнению авторов, могло свидетельствовать о том, что врачи — не психиатры достаточно успешно узнавали характерные случаи, но скорее всего, не расценивали как депрессию легкие случаи заболевания или случаи, представленные преимущественно соматическими симптомами.

Но не все исследователи оптимистичны. Ряд авторов подчеркивают, что врачи первичного звена, не прошедшие обучения вопросам психического здоровья, диагностируют депрессию верно только в 30% случаев и назначают правильную терапию только в 3,5% случаев [55, 68, 281]. Однако эти же и другие авторы отмечают, что краткосрочное обучение врачей общей практики и снабжение их качественными методическими инструментами (руководство по ведению пациентов с указанием адресов специализированных служб) существенно

улучшали не только выявление [208, 209, 222, 334], но и клинические исходы у пациентов с депрессией [140, 327] и даже онкологическими заболеваниями [115].

При этом, по данным работ E.A. Barley [208, 209], A. Tylee [314] и ряда других [136, 137, 173, 172, 186, 187, 265], качество диагностики депрессии в первичной сети может быть улучшено за счет следующих факторов: регулярного сравнения эффективности работы персонала, отслеживания врачами клинических исходов, обучения врачей и наличия у них методической литературы с указанием телефонов и адресов специализированных служб, доступности этих специализированных служб и большого размера коллективных общих врачебных практик.

Российских работ, посвященных оценке эффективности выявления и лечения пациентов с проблемами психического здоровья в первичной сети, не было. Это обуславливает необходимость изучения данного вопроса и, при необходимости, поиска эффективного вмешательства, направленного на модификацию подходов к ведению пациентов с проблемами психического здоровья врачами-терапевтами и врачами общей практики.

1.5.2. Новое научное направление в клинической медицине «Психическое здоровье в первичном звене»

Накопление большого количества новой и специфичной именно для первичного звена здравоохранения информации, связанной с клиническими проявлениями, особенностями течения, выявлением, лечением и профилактикой проблем психического здоровья, привело к тому, что на рубеже XX-XXI веков в мире под эгидой ВОЗ и ассоциации семейных врачей World Organization of Family Doctors (WONCA) сформировалось новое научное направление: Mental Health in Primary Care (Психическое здоровье в первичном звене здравоохранения). Его область интересов — интеграция вопросов психического здоровья в работу врачей первичного звена [118, 170, 186, 187, 290, 291]. Исследования в данном направлении выходят за рамки терапии, но находятся в очень тесном переплетении с клиническими, психологическими и социальными составляющими здоровья,

проблемами профилактики ХНИЗ и их ФР, которыми занимаются врачи первичного звена [186, 187, 298].

Выпущенное в 2002 г. руководство ВОЗ «Guide to Mental and Neurological Health in Primary Care», («Руководство для врачей первичного звена по проблемам неврологии и психического здоровья»), переизданное в 2004 г [331], обобщило причины, по которым ведущие проблемы психического здоровья (депрессия, тревожные расстройства, соматические симптомы психосоциального стресса) в первичном звене здравоохранения должны быть предметом научных исследований, а ведение пациентов с этими проблемами — неотъемлемой частью работы врачей, работающих в первичном звене (участковых терапевтов или врачей общей практики). Этими причинами являются социальная значимость заболеваний, особенности течения и многообразие вариантов коморбидности ХНИЗ, проблем психического здоровья и их факторов риска в первичном звене, возможность эффективного и приемлемого ведения больных в первичной сети (помощь больному и семье может быть оказана быстро, доступно, с высокой вероятностью пользы для пациента, семьи и общества) и т.д. Кроме того, в документе отмечается наличие взаимовыгодного консенсуса между специалистами первичной сети здравоохранения и специализированными службами относительно диагностики и ведения данных состояний, доказанная кросс-культуральная применимость клинических рекомендаций и непротиворечивость диагнозов и схем ведения больных с классификацией МКБ — 10 и МКБ 11 [31].

ВОЗ и WONCA в 2008 г. выпустили документ «Integration mental health into primary care. A global perspective» (Интеграция вопросов психического здоровья в общеврачебную практику. Глобальные перспективы) [187]. В нем дано теоретическое обоснование включения вопросов, связанных с психикой и психическим здоровьем пациентов, в первичную сеть здравоохранения и перечислены регионы, где уже получены результаты такой интеграции: Аргентина, Австралия, Белиз, Бразилия, Чили, Индия, Иран, Саудовская Аравия, ЮАР, Уганда, Великобритания. В этих странах были разработаны специализированные подходы, помогающие врачам — не психиатрам, (прежде всего, терапевтам и

врачам общей практики) в выявлении и длительном менеджменте пациентов с проблемами психического здоровья. Эти подходы учитывают возможные коморбидные соматические заболевания ХНИЗ и проблем психического здоровья, наличие у больных метаболических факторов риска ХНИЗ, поведенческих нарушений, семейные и социальные аспекты. Эти подходы часто носят характер национальных клинических рекомендаций и основаны на принципах доказательной медицины, то есть научно обоснованы. Они учитывают местную специфику работы врачей и организации здравоохранения [95, 187, 215, 214, 216]. В ряде стран существуют собственные клинические рекомендации по ведению пациентов с проблемами психического здоровья врачами первичного звена (терапевтами и врачами ОВП) [118, 134, 159, 187, 208, 290, 291].

В программе ВОЗ "Comprehensive mental health action plan 2013–2020" (Комплексный план действий по охране психического здоровья на 2013-2020 годы) [117] также подчеркивается значимость вопросов, связанных с психическим здоровьем, для первичной сети и потребность в качественных научных исследованиях в данной области.

В России необходимость оптимизации подходов к длительному ведению пациентов с проблемами психического здоровья в первичном звене декларировано рядом официальных документов [36, 66, 70]. На русский язык переведено "Руководство для врачей первичного звена по проблемам неврологии и вопросам психического здоровья" 2002 года («WHO Guide to Mental and Neurological Health in Primary Care»). Осуществлен ряд проектов, свидетельствующих о возможности научных изысканий и практических разработок в данной области [52, 186, 216]. Однако исследования носят несистематический характер [15, 44, 46, 68, 14, 28]. В них используются различные инструменты (шкалы) для выявления аффективных расстройств, используются смещенные выборки и не всегда достаточно полно описаны методы их формирования, что затрудняет экстраполяцию данных на популяцию.

1.5.3. Биопсихосоциальный подход к ведению больных с ХНИЗ, их факторами риска и проблемами психического здоровья — ответ на требование времени

Накопившиеся в мире научные знания, свидетельствующие об общности проблем основных ХНИЗ и нарушений психического здоровья, единстве их рисков и необходимости интеграции вопросов психического здоровья в общую практику, равно как и данные о реализованных решениях указанных проблем в разных регионах и государствах, показывают необходимость новых качественных исследований в России в области эпидемиологии рисков ХНИЗ с включением проблем психического здоровья. Кроме того, они требуют от российских практических врачей первичного звена, осуществляющих профилактику и лечение пациентов с ХНИЗ, новых знаний и навыков, отвечающих требованиям биопсихосоциальной (системной) концепции медицины [87, 118 197, 290, 291]. Современная биопсихосоциальная модель ведения пациентов, основанная на идеях G. Engel [147, 148], не умаляя роли классического клинического подхода, ведущее место отводит целостной оценке врачом каждого случая как результата взаимодействующей системы факторов, включая психологические и семейные [159, 196, 197, 307]. Наряду с этим, биопсихосоциальная модель требует от врача навыков дифференцированного выявления нарушений, относящихся ко всем уровням организации природных систем (биологическому, психологическому, семейно-социальному), оценку степени их значимости и целенаправленного применения соответствующих этим уровням вмешательств [124, 245, 297, 316, 323].

Необходимость изменения вектора подхода к ведению пациентов с ХНИЗ и проблемами психического здоровья от главенствующего биомедицинского (болезнь- и симптом-центрированного) к холистическому (биопсихосоциальному) подчеркивается в ряде зарубежных исследований последних лет [159, 196, 197, 204, 325]. В них также отмечается важность обучения врачей этим подходам. Мета-анализ Ventegodt S., Merrick J. и др.[325], обобщившие такой опыт в Дании, Швеции, Великобритании и Германии, показали, что внедрение программ

усовершенствования врачей первичной медицинской помощи в вопросах психического здоровья сопряжено с улучшением физического состояния пациентов, их качества жизни и показателей удовлетворенности больных взаимодействием с врачом.

Выводы

Таким образом, литературные данные свидетельствуют, что проблема растущего бремени ХНИЗ на сегодняшний день крайне актуальна и требует комплексных решений, основанных на качественных научных данных.

Под эгидой ВОЗ на глобальном уровне уже осуществлен ряд шагов на пути ее решения. Приняты программные документы, касающиеся, прежде всего, вопросов межгосударственного взаимодействия. На популяционном уровне, во многих странах, включая Россию, также приняты национальные стратегии по профилактике и контролю неинфекционных заболеваний, целью которых является снижение распространенности факторов риска среди населения, а также стратегии, касающиеся организации медицинской помощи лицам из групп наиболее высокого риска.

Вместе с тем ощущается явная потребность в научно обоснованных холистических подходах к ведению пациентов, имеющих основные ХНИЗ (часто в комбинации друг с другом и проблемами психического здоровья) на клиническом, индивидуальном уровне. Лечение таких больных требует понимания единства системы поведенческих факторов риска, их вызывающих, учета психологических и семейных детерминант, навыков консультирования, мотивирующего пациента к изменению его образа жизни как обязательного условия улучшения исходов ХНИЗ.

В разработанном в России в 2008 г. Министерством здравоохранения и социального развития РФ и Государственным научно-исследовательским центром профилактической медицины документе «Стратегия профилактики и контроля неинфекционных заболеваний и травматизма в Российской Федерации» [69], наряду с необходимостью создания системы мониторинга факторов риска ХНИЗ, подчеркивается потребность в модификации существующих подходов к ведению пациентов на индивидуальном клиническом уровне: «Задачей врачей первичного

звена должна быть коррекция факторов риска пациента как до появления симптомов заболевания (с целью его предупреждения), так и особенно интенсивная их коррекция после появления клинических признаков болезни (с целью предупреждения его прогрессирования)» [69].

Поэтому проведение научного исследования по оценке эпидемиологических закономерностей основных ХНИЗ, проблем психического здоровья, распределения их факторов риска, анализу качества жизни жителей России, учитывающего региональные особенности и различия в образе жизни городского и сельского населения, отвечает запросам современной науки и практики здравоохранения. Полученные данные, дополненные результатами изучения клинических аспектов ХНИЗ в контексте их психосоциальных детерминант, коморбидности с ведущими проблемами психического здоровья и анализа существующей практики ведения пациентов с этими проблемами врачами первичного звена, могут быть основанием для системной оценки состояния здоровья населения и разработки новых стратегий и алгоритмов ведения пациентов на клиническом уровне.

ГЛАВА 2. МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Исследование проведено в период 2003-2013 гг. на кафедре семейной медицины (зав. кафедрой – доктор медицинских наук, профессор О.М. Лесняк) ГБОУ ВПО «Уральский государственный медицинский университет» (ГБОУ ВПО УГМУ) Минздрава РФ (ректор – доктор медицинских наук, профессор С.М. Кутепов) на базе общей врачебной практики Центра семейной медицины ГБОУ ВПО УГМУ (главный врач Л.Б.Носкова) и Государственного бюджетного учреждения здравоохранения Свердловской области "Свердловский областной центр медицинской профилактики" (начальник — заслуженный работник здравоохранения РФ С.В. Глуховская). Этическая экспертиза была проведена в ЛЭК Уральского государственного медицинского университета 20 декабря 2004 г. (протокол № 10).

2.1. Общий план и этапы проведения исследования

1. Сравнительное одномоментное популяционное исследование на простых случайных выборках сельского и городского населения Свердловской области по изучению частоты основных ХНИЗ, их факторов риска, и проблем психического здоровья, а также закономерностей, характеризующих информированность больных ХНИЗ об имеющемся заболевании, показатели контроля АД, качество жизни (КЖ) и их ассоциации с социо-демографическими и психосоциальными факторами (927 чел.)
2. Исследование группы больных первичного звена по анализу клинических аспектов ХНИЗ и их факторов риска, проблем психического здоровья, информированности пациентов об имеющемся заболевании, уровня постоянного приема лекарственных препаратов при хронической патологии (основная группа 141 пациент, группа сравнения — 128 пациентов).
3. Анализ амбулаторных карт пациентов терапевтического врачебного участка для оценки особенностей ведения участковыми терапевтами пациентов, имеющих

поведенческие факторы риска ХНИЗ, основные ХНИЗ и коморбидные проблемы психического здоровья (1200 шт).

4. Изучение клинического опыта ведения пациентов с ХНИЗ, нездоровыми формами поведения и проблемами психического здоровья врачами терапевтами первичного звена (149 чел.), и сравнение полученных показателей с соответствующими данными от врачей специализированных служб (54 чел.)

5. Разработка программы обучения терапевтов навыкам в области ведения пациентов с ХНИЗ, их факторами риска и проблемами психического здоровья на основе биопсихосоциального подхода и оценка ее эффективности (147 чел.).

6. Оценка мнения пациентов первичного звена о качестве их взаимодействия с медицинскими работниками, доступности и качестве медицинской помощи после обучения последним основам биопсихосоциального подхода (202 чел.).

Финансовая поддержка эпидемиологического раздела исследования осуществлялась через грант Королевского общества врачей (The Royal Society of Medicine), выделенный организацией The Wellcome Trust, Великобритания. Интеллектуальная поддержка на этапе организации исследования осуществлялась сотрудниками отдела эпидемиологии университета Манчестера, Великобритания под руководством доктора Джона Макбета (John McBeth).

Раздел исследования, связанный с изучением знаний и навыков врачей первичного звена в сфере проблем психического здоровья, был выполнен при интеллектуальной поддержке почетного профессора Лондонского Королевского Колледжа (Kings College, London), эксперта ВОЗ в области интеграции проблем психического здоровья в первичную сеть здравоохранения, одного из авторов «Руководства ВОЗ по психическому здоровью в первичной сети здравоохранения» [331, 334], сэра Д. Голберга и профессора университета Манчестера Л. Гаск.

2.2. Популяционное исследование ХНИЗ и их факторов риска

2.2.1. Дизайн популяционного исследования

Для изучения частоты и распределения основных ХНИЗ и их факторов риска проведено сравнительное одномоментное исследование на простых случайных выборках сельского и городского населения СПИНОЗА (Сравнительное Популяционное Исследование Неинфекционных Заболеваний). Организациями-соисполнителями данного исследования являлись ГОУ ВПО «Уральский государственный медицинский университет» Минздрава РФ (ректор – доктор медицинских наук, профессор С.М. Кутепов) и Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Свердловской области "Свердловский областной центр медицинской профилактики" (начальник — заслуженный работник здравоохранения РФ С.В. Глуховская).

Дизайн эпидемиологического исследования, выбранный нами для изучения проблем клинической медицины, дал возможность получить данные, позволяющие судить о закономерностях возникновения и течения основных ХНИЗ среди населения в целом, включая тех, кто не обращался к врачу, а также анализировать многообразие клинических проявлений ХНИЗ, их сочетаний с другой патологией, изучить непосредственные причины, периферийные риски, и социо-демографические детерминанты закономерности ХНИЗ, и расширить область изучения этиопатогенеза ХНИЗ, выводя его за рамки биомедицинской парадигмы. Такой дизайн позволил нам также экстраполировать полученные результаты на популяцию больных из других регионов России, и дать оценку проблемы ХНИЗ, с учетом результатов качественных отечественных и зарубежных исследований.

Для проведения исследования был разработан протокол, который включал следующие пункты:

- Выбор изучаемых территорий, способ получения первичной информации и сроки сбора информации.

- Формат структурированного сбора анамнеза — распрос с заполнением специально разработанного вопросника
- Критерии диагностики изучаемых хронических неинфекционных заболеваний и факторов риска их развития.
- Правила формирования выборок.
- Критерии включения жителей области в исследование.
- Критерии ошибки выборки, критерии отсутствия отклика на исследование.
- Правила и алгоритм проведения сбора информации, измерения АД, правила заполнения вопросника.
- Обязанности интервьюера, форма бланков удостоверений для интервьюеров, бланков отказов респондентов от участия в исследовании с указанием причины отказа.

2.2.2. Изучаемые территории и способ получения первичной информации

В соответствии с целями работы для популяционного исследования были выбраны две территории: Нижне-Сергинский район Свердловской области с высокой долей сельского населения, и промышленный город Ревда, расположенный в 48 км от Екатеринбурга. Изучаемый сельский район удален от областного центра на 150 км, имеет площадь 3689,8 км². Общее количество населения на момент проведения исследования 47300 чел., из которых большинство было занято сельским трудом [1, 9, 73]. Ревда — промышленный город, с площадью городской застройки 43,9 км² и населением 61713 чел., расположенный в 48 км от областного центра, имеющий четыре действующих градообразующих промышленных предприятия, где трудится большинство населения [9, 62, 63, 73]. Таким образом, изучаемые территории представляли собой типичные российские муниципальные образования с высокой долей сельского и городского населения соответственно.

Сбор информации осуществляли интервьюеры — сотрудники лечебно-профилактических учреждений из изучаемых поселений при посещении граждан-

участников исследования на дому. Изучение частоты ХНИЗ, их факторов риска, параметров психического здоровья, индексов качества жизни и их потенциальных демографических и психосоциальных детерминант осуществлялось на основании структурированного опроса жителей изучаемых регионов с использованием специально разработанного вопросника. Кроме того, всем участниками исследования осуществлялось измерение уровня АД.

Полученная информация заносилась в опросные листы.

Перед началом опроса каждый респондент был уведомлен о конфиденциальности информации и давал письменное согласие на обработку личных данных. При этом каждому участнику исследования присваивался уникальный идентификационный номер, что позволяло при вводе информации в электронную базу данных и статистической обработке использовать неперсонифицированные данные [324].

Сбор первичной информации осуществлялся в период с 1 мая 2005 г. по 1 мая 2007 г.

2.2.3. Формирование выборок для исследования

В соответствии с целью работы, были сформированы две простые случайные выборки — для сельского района и для города соответственно. Источником их формирования являлись списки избирателей Нижне-Сергинского района и города Ревда. Единственным критерием включения в исследование был возраст от 25 лет и старше, в связи с высокой вероятностью отсутствия более молодых респондентов по адресу регистрации.

При формировании выборок каждому взрослому жителю муниципальных образований был присвоен порядковый номер в соответствии с количеством жителей в избирательных списках от 1 до 21742 в сельском районе и от 1 до 47540 в городе (по количеству жителей по избирательным спискам в возрасте 25 лет и старше) после чего при помощи генератора случайных чисел были созданы 2 простые случайные выборки: для сельского района и промышленного города соответственно. Общий объем наблюдений был рассчитан с целью получения 75%-

ной точности выборочной оценки и составил 1422 человека (по 711 для каждой популяции). Дата формирования выборок 01 февраля 2005 года. Использовалась компьютерная программа «Sample.exe» (автор – А.Г. Солодовников), разработанная в среде СУБД MS FoxPro 2.6 для DOS. Принцип работы программы основан на стандартной процедуре компьютерной рандомизации, при которой счетчик случайных чисел устанавливается на случайное число, вычисляемое из текущих значений системного таймера. Разрешение автора получено 03.12.2004.

Таким образом, проведенная процедура составления случайной выборки предоставила практически каждому жителю района старше 25 лет равные шансы попасть в группу участников исследования.

2.2.4. Критерии ошибки выборки, критерии отсутствия отклика на исследование

Случаями ошибки выборки, исключавшимися при дальнейшем расчете отклика, считались:

- Смерть лица, попавшего в выборку, до начала исследования.
- Неправильная информация о лице, попавшем в выборку — гражданин не проживает по указанному адресу в течение длительного времени.

К ошибке выборки не относились случаи проживания респондента по другому адресу в пределах выбранного для исследования населенного пункта. В этом случае необходимо было предпринять попытку его найти и опросить.

К отсутствию отклика (non-response) были отнесены:

- Случаи отказа лиц, попавших в выборку, от участия в обследовании.
- Случаи невозможности установления контакта с респондентом при многократных попытках, при условии проживания этого человека по указанному адресу (например, состояние алкогольного или наркотического опьянения на момент посещения интервьюера).

- Невозможность проведения опроса по другим причинам (например, незнание русского языка, ограничение интеллектуальных возможностей респондента, невозможность коммуникации с интервьюером по состоянию здоровья).

2.2.5. Вопросник эпидемиологического исследования.

В исследовании использовался вопросник, специально разработанный для данного исследования, состоящий из 10 частей и содержащий 73 вопроса. Он был составлен из нескольких, уже существующих англоязычных вопросников, используемых в эпидемиологии ХНИЗ, переведенных на русский язык, прошедших языковую и культурную адаптацию. Это позволяло решить проблему сопоставимости полученных данных с результатами других, российских и зарубежных исследований.

1. Социально-демографические данные. Первая часть вопросника включала вопросы о дате рождения респондента, его поле, телефоне, семейном положении, наличии детей, образовании, наличии или причине отсутствия работы. Кроме того, в вопросник был включен вопрос о величине среднемесячного дохода на одного члена семьи респондента за прошедший год относительно прожиточного минимума, составлявшего на момент начала анкетирования 2620 руб [38].

2. Для определения **качества жизни (КЖ), связанного со здоровьем**, использовался вопросник SF-36. Он рассчитан на пациентов старше 14-летнего возраста и подходит как для самостоятельного заполнения, так и для компьютерного опроса или заполнения его обученным специалистом при личном контакте или по телефону [328]. Нами оценивались данные самооценки здоровья респондентов по 8 шкалам: «физическое функционирование» (PF), «ролевое физическое функционирование» (RP), «ролевое эмоциональное функционирование (RE)», «физическая боль» (BP), «жизнеспособность» (E), «общее здоровье» (GH), «социальное функционирование» (SF), «психическое здоровье и психологическое благополучие» (MH). Проводилось также сравнение полученных параметров КЖ как с "идеальными", принятыми за 100%, показателями, а также с индексами

качества жизни, полученными в других популяционных и клинических исследованиях с использованием данного инструмента [24, 26, 47, 319].

3. Наличие у респондентов симптомокомплекса **стенокардии напряжения** выявлялось с помощью структурированного вопросника Дж. Роуза и соавт. «the Rose Angina Questionnaire» (RAQ) [76], применяемого с 1984 г. и рекомендованного ВОЗ для использования при массовых обследованиях. Как отмечалось выше, при сравнительно невысокой чувствительности (25,0-30,3%) специфичность вопросника RAQ достигает 83,9-92% [259, 271, 316].

4. Для регистрации **данных о состоянии органов дыхания** использовался вопросник Дж. Роуза и соавт. (ВОЗ, Женева, 1984). Он содержит 11 вопросов, направленных на выявление длительной одышки, кашля и мокроты у респондентов, что соответствует клиническому симптомокомплексу хронического бронхита — состоянию, тесно ассоциированному с ХОБЛ, хотя не являющемуся его эквивалентом [10, 66, 188, 189, 190]. Кроме того, мы учитывали анамнестические сведения опрошенных о наличии у них ХОБЛ или бронхиальной астмы.

5. Распространенность **курения** изучалась с помощью вопросника, используемого в международной программе интегрированной профилактики CINDI «Countrywide Integrated Noncommunicable Disease Intervention Program» [56, 66].

6. **Показатели психического здоровья** изучались при помощи вопросников: «General Health Questionnaire» (GHQ-12) [209, 309, 322], и «The Goldberg Scales of Anxiety and Depression» (GSAD) [206, 240]. Первый из них используется в клинических и эпидемиологических исследованиях для проведения скрининга на наличие психических расстройств, и, прежде всего, для оценки уровня психологического дистресса. Он состоит из 12 пунктов. На каждый вопрос необходимо выбрать один из четырех предложенных ответов, при оценке которых используется дихотомическая шкала. Первые два варианта ответов (1,2) оцениваются как 0 баллов, вторые два варианта (3,4) – как 1 балл. В итоге общее количество набранных респондентом баллов может составлять от 0 до 12. Больше

количество баллов соответствует большому уровню психологического дистресса. Показатели достоверности теста (чувствительность, специфичность, прогностическая ценность и отношение правдоподобия) зависят от поставленных исследователями целей. Пороговое значение, соответствующее соотношению показателей чувствительности и специфичности 75% и 75% соответственно и рекомендованное для применения в клинических целях, составляет 2/3 балла [209, 309]. В нашем исследовании вопросник GHQ-12, использовался как инструмент выявления хронического психологического стресса, испытываемого респондентами [322].

Второй, упрощенный клинический вопросник «The Goldberg Scales of Anxiety and Depression» (GSAD), разработанный для использования врачами непсихиатрических специальностей в клинических и эпидемиологических исследованиях, позволяет выявить и количественно оценить симптомы тревоги и депрессии. Он состоит из двух шкал, одна из которых выявляет симптомы тревоги, другая – депрессии, всего 18 вопросов [206, 240]. Респонденты, набравшие 5 баллов по шкале тревоги или 3 балла по шкале депрессии, расцениваются как лица, обладающие высокой (>50%) вероятностью наличия указанного психического расстройства. Чувствительность вопросника GSAD составляет 86%, специфичность — 91%, прогностическая ценность положительного результата теста PPV — 0,56 для шкалы, выявляющей симптомы тревоги, и 0,85 для шкалы, выявляющей симптомы депрессии [240, 253].

7. Для выявления **злоупотребления алкоголем** был использован вопросник CAGE, разработанный на основе Мичиганского теста [105, 321], состоящий из 4 вопросов, нестораживающих регулярного потребителя алкоголя [54].

8. У респондентов также собирались анамнестические сведения **о наличии у них хронических заболеваний**, диагностированных врачом, и о постоянном приеме лекарств.

9. Каждому респонденту были заданы вопросы **об его росте и весе** для определения индекса массы тела (ИМТ) [34], рассчитываемого по формуле: ИМТ= масса тела (кг)/рост (м²).

10. Также респондентов спрашивали о том, отмечалось ли у них когда-либо ранее повышенное артериальное давление, стенокардия или хронические заболевания легких.

Стоит отметить, что в данном исследовании вследствие временных и ресурсных ограничений не проводился анализ распространенности в популяции таких значимых факторов риска ХНИЗ как нездоровое питание, недостаточная физическая активность, дислипидемия и нарушение углеводного обмена, [36, 311]. Компромиссное решение по дизайну исследования не противоречило рекомендациям ВОЗ по оценке бремени ХНИЗ и их ФР. Согласно документу «The World Health Organization. The World health report 2002» [311] «оценка потенциального воздействия той или иной угрозы для здоровья не может ставиться в зависимость от наличия полных и безупречных данных о всех факторах, поскольку таковые вряд ли могут быть получены» [79, 168, 170, 171, 205]. При их отсутствии ВОЗ рекомендует использовать наиболее доступные, а также косвенные и расчетные показатели, позволяющие тем не менее дать системную оценку здоровья населения.

2.2.6. Критерии диагностики изучаемых хронических неинфекционных заболеваний, факторов риска их развития и проблем психического здоровья

По данным опроса жителей изучаемых популяций и результатов измерения их АД мы констатировали наличие следующих ХНИЗ, их факторов риска и проблем психического здоровья: артериальная гипертензия, стенокардия напряжения, хронические респираторные нарушения, избыточная масса тела и/или ожирение, курение, вероятное злоупотребление алкоголем, высокий уровень стресса, депрессии, тревоги. Кроме этого, мы анализировали информированность больных ХНИЗ о своем заболевании и эффективность контроля АД в популяции.

Всем участникам исследования было измерено артериальное давление (АД) по унифицированной методике с помощью предварительно откалиброванных и протестированных тонометров в соответствии с требованиями «Национальных клинических рекомендаций по профилактике, диагностике и лечению

артериальной гипертензии» [33]. Измерение АД проводилось двукратно с интервалом не менее 25 мин. Систолическое АД определялось по I тону Короткова, диастолическое АД по V тону (момент исчезновения тонов Короткова). При трактовке полученных данных использовались следующие определения:

- артериальная гипертензия (АГ) — уровень систолического АД (САД) ≥ 140 мм рт. ст. и/или диастолического АД (ДАД) 90 мм рт. ст., или САД < 140 мм рт. ст. и ДАД < 90 мм рт. ст., в том числе на фоне лечения гипотензивными препаратами в течение последних 2 недель [32];
- информированность о наличии артериальной гипертензии — больной знает о наличии у него АГ;
- эффективное лечение АГ — больной получает антигипертензивную терапию, при этом АД не выше критерия, приведенного в пункте 1;
- неэффективное лечение АГ — больной получает антигипертензивное лечение, но АД выше критерия, приведенного в пункте 1.

Наличие у респондентов стенокардии напряжения констатировалось при 7 положительных ответах на вопросник Дж.Роуза [76, 85], что практически полностью соответствует клиническому симптомокомплексу типичной стенокардии напряжения: загрудинной боли или дискомфорта характерного качества и продолжительности, возникающим при физической нагрузке или эмоциональном стрессе, проходящим в покое и (или) после приема нитроглицерина [17].

Критериями хронического бронхита в нашей работе были кашель с мокротой и одышка каждый день или почти каждый день на протяжении не менее чем 3 мес. в году в течение не менее двух последних последовательных лет [10, 76, 188, 190]. Наличие только кашля или кашля с мокротой менее 3 мес. в году в течение не менее двух последних последовательных лет квалифицировалось как подозрение на наличие хронического бронхита. Хронический бронхит, подозрение на наличие хронического бронхита, а также указание самого респондента при опросе на наличие у него ранее диагностированного ХОБЛ или бронхиальной астмы были объединены нами в общую группу, называемую в дальнейшем «хронические

респираторные нарушения» [10]. Такой подход к оценке распространенности хронических респираторных нарушений в популяции как показателя, отражающего частоту ХОБЛ, при невозможности проведения спирографии каждому из лиц с характерными симптомами, является допустимым согласно «Глобальной стратегии диагностики, лечения и профилактики хронической обструктивной болезни легких 2011 г.[10] и ВОЗ [114, 161, 188]. Термин «хронический бронхит» в этом случае считается приемлемым как для клинических и эпидемиологических целей, поскольку, хотя и не является самостоятельным заболеванием, тем не менее входит в диагноз ХОБЛ [86].

Критериями дефицита массы тела в соответствии рекомендациями ВОЗ [34] считался ИМТ < 18,5 кг/м². ИМТ 18,5-24,9 кг/м² расценивался как нормальный показатель, 25 кг/м² и более — как избыточная масса тела. Последняя, в свою очередь, классифицировалась следующим образом: ИМТ 25-29,9 кг/м² — как предожирение (избыточный вес), 30- 34,9 кг/м² — как ожирение I степени; 35- 40 кг/м² — как ожирение II степени; ИМТ более 40 кг/м² — как ожирение III степени [34, 67].

Курящими считались лица, выкурившие за свою жизнь более 100 сигарет, курящие каждый день или иногда; бросившими курить — лица, выкурившие за свою жизнь более 100 сигарет, но в настоящее время совсем некурящие; никогда не курившими — респонденты, не выкурившие за свою жизнь 100 сигарет [56, 66].

Пороговым уровнем для отнесения респондента к категории "вероятно злоупотребляющего алкоголем", согласно данному вопроснику CAGE, считалось два и более положительных ответа, что соответствовало чувствительности 88%, а специфичности 83% [105, 321].

При оценке уровня стресса по шкале GHQ-12 в нашей работе мы использовали в качестве порога (cut-off point) количество баллов ≥ 4 для повышения специфичности результатов. Респонденты, набравшие такое и большее количество баллов (называемое в дальнейшем надпороговое), расценивались нами как лица, подверженные высокому уровню психологического стресса с высокой долей вероятности имеющие психические расстройства [209, 309, 322].

Пороговым уровнем количества симптомов тревоги и депрессии, согласно рекомендациям авторов вопросника «The Goldberg Scales of Anxiety and Depression (GSAD)», были выбраны 5 для тревоги и 3 для депрессии. Респонденты, набравшие 5 и более баллов по шкале тревоги или 3 и более балла по шкале депрессии, расценивались как лица, обладающие высокой (>50%) вероятностью наличия указанных психических расстройств [240, 253]. Применительно к такой ситуации в дальнейшем также использовались термины «надпороговое количество симптомов тревоги/депрессии» и «патологическое количество симптомов тревоги/депрессии», а респонденты, набравшие надпороговое количество баллов по шкале GSAD, характеризовались как лица с высокой вероятностью тревоги/депрессии соответственно.

Учитывая, что сведения респондентов **о наличии у них хронических заболеваний**, диагностированных врачом, и о постоянном приеме лекарств, полученные от респондентов, не являлись верифицированными диагнозами, данная информация была классифицирована исследователями на 18 подгрупп с учетом принципов МКБ-10 [31] в зависимости от предполагаемой пораженной системы организма. Это позволило при обработке результатов анализировать такие качественные признаки как указание на болезни нервной системы, на болезни системы кровообращения, на наличие АГ, на болезни эндокринной системы и т.д. Кроме того, эти анамнестические сведения были использованы при анализе уровня информированности респондентов о наличии изучаемых заболеваний и при анализе ассоциаций артериальной гипертензии с социо-демографическими и психосоциальными факторами в популяции.

В качестве индикаторов **информированности больных ХНИЗ о своем заболевании** нами были выбраны несколько показателей:

1. Уровень осведомленности о повышенном АД среди лиц с выявленной артериальной гипертензией — процент лиц с АГ, сообщивших при анкетировании о том, что у них ранее отмечалось повышение АД.

2. Информированность о наличии стенокардии или ИБС — доля лиц, сообщивших при активном расспросе, что имеют ИБС или стенокардию

напряжения среди тех, кто имел положительный результат теста Роуза: характерную сжимающую боль за грудиной, возникающую при ходьбе, исчезающую сразу после остановки или приема нитроглицерина.

3. Информированность о наличии ХОБЛ, бронхиальной астмы или хронического бронхита — доля лиц, сообщивших о наличии этих заболеваний среди лиц с выявленными хроническими респираторными нарушениями.

Кроме того, мы определяли долю больных АГ, регулярно принимавших гипотензивные препараты, и эффективность контроля АГ. Также мы анализировали возможные клинические и психосоциальные детерминанты этих показателей.

2.2.7. Повышение уровня ответственности и борьба с систематическими ошибками

До начала опроса на базе Свердловского областного центра медицинской профилактики были проведены рабочие совещания с представителями администрации и руководителями ЛПУ исследуемых территорий, целью которых было обеспечение информационной поддержки исследования через участковую медицинскую службу. Затем были проведены встречи с медицинскими работниками из ЛПУ изучаемых территорий (планируемыми интервьюерами). Им были разъяснены задачи, условия, методы и сроки проведения исследования. С пожелавшими участвовать в исследовании будущими интервьюерами были проведены специально разработанные тренинги в каждой изучаемой территории (всего 2), имеющие целью повышение коммуникативной компетентности опрашиваемых, соблюдение ими протокола сбора информации, а также отработку навыков тонометрии. Отдельно прорабатывались навыки заполнения вопросников, алгоритмы действия при различных вариантах ответов на наиболее часто задаваемые вопросы. Были разработаны и использованы в работе удостоверения для интервьюеров, письменные формы отказов респондентов от участия с указанием причины отказа.

При посещении опрашиваемых на дому перед началом опроса каждый респондент был уведомлен о конфиденциальности информации. При необходимости получения дополнительных сведений об исследовании респонденту предоставлялись контактные телефоны администрации центральной районной (городской) больницы, заместителя начальника Свердловского областного центра медицинской профилактики и автора.

При опросе было использовано двойное «ослепление» — и респонденты, и медицинские работники, осуществлявшие сбор информации, не знали научной гипотезы и конечной цели исследования. Это препятствовало сознательному или бессознательному изменению полученных данных в сторону уменьшения или увеличения.

Также проводилась работа по снижению количества вопросников, заполненных с ошибками, на 3 уровнях: интервьюером (проверка самим опрашивающим сразу после проведения опроса), бригадиром интервьюеров (по одному бригадиру на каждую изучаемую территорию) и исследователем, получавшим заполненные вопросники от бригадиров. В случае выявления некорректно заполненных вопросников (пропусков вопросов), интервьюер в трехдневный срок повторно посещал респондента для устранения дефектов опроса. Случаев исправления некорректно заполненных вопросников в сельском районе было 21, а в городе 24.

Для исключения возможности фиктивного заполнения вопросника интервьюером без посещения респондента на дому или ее заполнения на лицо, не попавшее в выборку, в списках адресов респондентов, переданных интервьюерам для посещения, намеренно не были указаны сведения о датах рождения опрашиваемых и номера их домашних телефонов, известные исследователю (автору), а также создателю программы формирования выборок и заместителю начальника Свердловского областного центра медицинской профилактики. Исследователь при проверке заполненных вопросников в случае обнаружения неверно указанных сведений о дате рождения респондента сообщал бригадиру о факте возможного нарушения, и другой интервьюер направлялся по указанному адресу. Исследователь в этом случае также осуществлял телефонный контакт с

респондентом. Случаев выявления фиктивно заполненных вопросников было зарегистрировано 9 в сельской территории, и 11 в промышленном городе. Из них удалось осуществить контакт с респондентом и внести истинные данные в первичную документацию в 5 и 8 случаях соответственно.

Поскольку большинство опрошенных указывали номера мобильных телефонов, проводился выборочный телефонный контакт с опрошенными лицами. Телефонные контакты с респондентами помимо проверки факта опроса были также способом выражения благодарности респондентам за участие в исследовании. С помощью таких выборочных телефонных звонков была проверена работа 96% интервьюеров (46 чел.), и был осуществлен контакт с 43% респондентов (399 чел.).

Из 1422 человек, попавших в выборку, ошибка выборки составила 31% (439чел.). При этом уровень отвечаемости достоверно не отличался в исследуемых территориях. Так, в сельском районе на вопросы ответили 522 человека (уровень отклика 96,1%), в промышленном городе — 405 человек (уровень отклика 92,3%), то есть был получен отклик, существенно превышающий 70-процентный порог, приемлемый для популяционного одномоментного исследования и обеспечивающий репрезентативность выборки [76]. Мы связываем это с доверием местных жителей к медицинским работникам-интервьюерам и добросовестностью последних. В частности, на селе благодаря активности и ответственности интервьюеров были получены ответы на вопросники от 32 чел., изменивших свое место жительства в пределах своего района

В Таблице 1 представлена сравнительная характеристика респондентов и лиц, воздержавшихся от участия в исследовании.

Таблица 1

Сравнительная характеристика респондентов и лиц, воздержавшихся от участия в исследовании

	Сельский район			Город		
	Респонденты	Отказавшиеся от участия	p	Респонденты	Отказавшиеся от участия	p
Всего (чел.)	522 (96,1%)	21 (3,9%)	-	405 (92,3%)	34 (7,7%)	-
Медиана возраста респондентов (годы)	46 (ИКИ 37-53)	47 (ИКИ 37-55)	0,84	53 (ИКИ 41-65)	59 (ИКИ 40-76)	0,07
Доля Мужчин	(45,4%) 237 чел.	(76,2%) 16 чел.,	<0,0001	37% 150чел.	44% 15 чел	0,4

Как видно из Таблицы 1, статистически значимых различий по возрасту между членами выборки, не участвующими в исследовании (отсутствие отклика), и респондентами выявлено не было ни в городе, ни на селе. Однако среди сельчан, не участвующих в опросе в сравнении с участвовавшими в исследовании была достоверно выше доля мужчин. Из этих мужчин каждый пятый (23,8%) не мог общаться с интервьюером по причине алкогольного опьянения во время трех визитов к нему. Это согласовалось с выявленными впоследствии высокими показателями частоты злоупотребления алкоголем, особенно на селе. В городской популяции такая причина отсутствия отклика фигурировала только в 3 случаях, однако обратила на себя внимание другая причина невозможности принять участие в опросе — "невозможность коммуникации с интервьюером по состоянию здоровья" — 6 респондентов после перенесенного инсульта с потерей речевой и двигательной функции не могли отвечать на вопросы интервьюеров.

Таким образом, несмотря на ряд социо-демографических отличий в группах, принявших участие в опросе и неопрошенных, данные от лиц, не участвовавших в исследовании, не могли привести к существенным сдвигам изучаемых показателей и систематическим ошибкам, связанным с нерепрезентативностью выборок.

2.3. Клинические аспекты ХНИЗ, их факторов риска и показатели психического здоровья у пациентов первичного звена здравоохранения

2.3.1. Критерии включения, методы обследования и основные характеристики пациентов клинической группы

Данный раздел исследования в качестве основных задач имел анализ клинических аспектов ХНИЗ, их ФР, проблем психического здоровья, а также изучение их коморбидности у пациентов терапевтического профиля первичной сети здравоохранения. Мы также изучали уровень информированности больных ХНИЗ об имеющемся хроническом заболевании, эффективность его контроля и их ассоциации с социальными, психологическими и клиническими детерминантами у больных первичном звене.

Исследуемая клиническая группа (141 чел.) была представлена двумя категориями больных терапевтического профиля. Это были 82 последовательных пациента, обратившихся в общем порядке за медицинской помощью в городскую общую врачебную практику (ОВП) Центра семейной медицины ГБОУ ВПО УГМУ в г. Екатеринбурге в течение 2 недель с 07 по 19 февраля 2011 г., и 59 пациентов, направленных в тот же центр из пяти районов Свердловской области для консультации автору. Направление пациентов осуществлялось участковыми терапевтами, проходившими в это время профессиональную переподготовку по специальности «общая врачебная практика (семейная медицина)» в 2011г. Критериями для направления были наличие основных ХНИЗ или их факторы риска и/или подозрение на проблемы психического здоровья (тревожное, депрессивное расстройство, необъяснимые соматические симптомы) [245, 297, 316, 331].

Средний возраст обследованных в рамках клинической части исследования лиц составил 50 лет (95%ДИ 47,2-52,8), 31% из них — мужчины (44 чел., 95% ДИ 24,0-39,1%). Среди них были представлены все заболевания, отнесенные ВОЗ к категории основных ХНИЗ Самую большую долю из изучаемых ХНИЗ составила АГ, диагностированная у 50 чел. (35% всех обращений), в том числе как единственное ХНИЗ — у 27 чел., и в сочетании с другими ХНИЗ — у 23 чел. Другие ХНИЗ у больных без АГ были представлены тремя случаями ХОБЛ (2%), 1 случаем злокачественного новообразования и 1 случаем сахарного диабета 2 типа (Рисунок 1).

Кроме того, обследованные больные имели и другие соматические заболевания: хроническую инфекцию мочевых путей (3 чел., 2%), остеоартроз (ОА) (13 чел., 9%), язвенную болезнь, хронический панкреатит, желчнокаменную болезнь (11 чел., 8%), ревматоидный артрит (1 чел), нейроциркуляторную дистонию и «необъяснимые соматические симптомы» (18 чел., 13%) Последний термин, согласно рекомендации ВОЗ, использовался для описания клинических ситуаций, когда причиной обращения в медицинскую сеть были боли, дискомфорт и субъективно ощущаемые нарушения со стороны разных органов и систем, не имеющие органических нарушений по данным полноценного клинико-

инструментального обследования, которые могли бы быть причиной данных жалоб [316, 323, 331]. В нашем случае спектр этих симптомов включал болевые ощущения в различных частях тела, чувство сердцебиения, ощущения «комка в горле», «мурашки», приступы «нехватки воздуха», кратковременные подъемы АД, купирующиеся самостоятельно, независимо от внешних обстоятельств и приема гипотензивных медикаментов.

Только среди пациентов городской ОВП были больные ОРВИ (20 чел., 14% от общего количества обследованных) и лица, обратившиеся для врачебного осмотра перед профилактической прививкой или трудоустройством (20 чел., 14% от общего количества обследованных). Последняя категория пациентов отличалась от всех остальных посетителей ОВП (сельских и городских) более молодым возрастом (среднее значение 30,6 лет, 95%ДИ 26,7-43,4 ($p < 0,05$)) и социальным статусом — в 100% случаев это были студенты или трудящиеся.

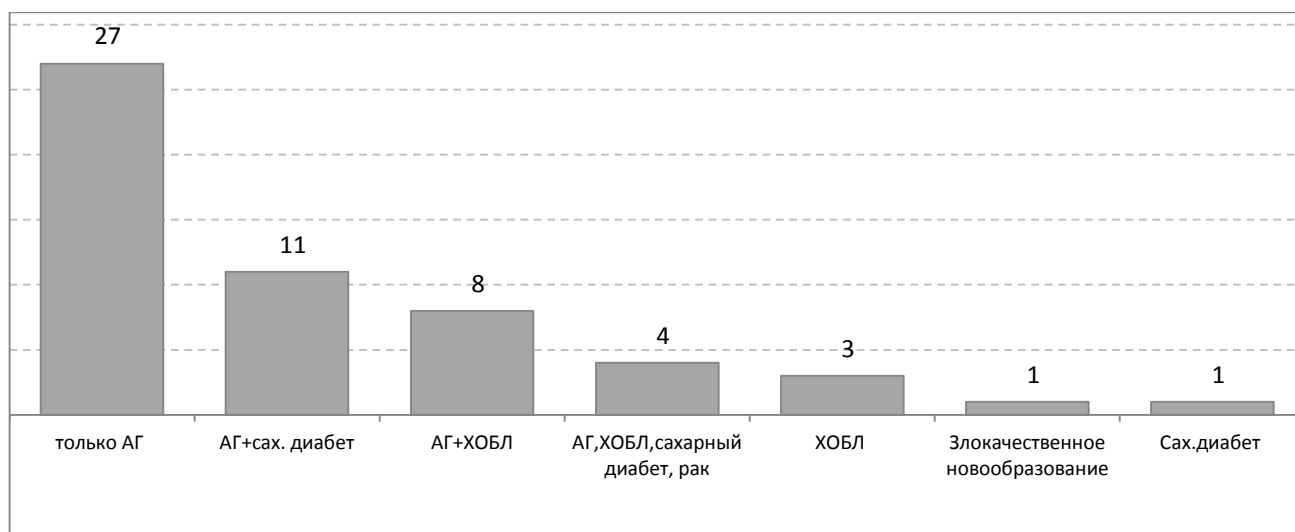


Рисунок 1. Структура основных ХНИЗ в основной клинической группе больных

В остальном пациенты городской ОВП и лица, направленные в общую врачебную практику (ОВП) Центра семейной медицины ГБОУ ВПО УГМУ, не отличались по полу, возрасту, спектру изучаемой соматической патологии, социальному статусу, уровню тревоги и депрессии (Таблица 2).

Все пациенты в ОВП были подвергнуты клиническому обследованию, включавшему оценку социо-демографических данных, сбор анамнеза,

физикальное исследование, тонометрию, клиническую оценку наличия тревожного и депрессивного расстройства в соответствии с критериями ВОЗ, анализ данных лабораторно-инструментальных методов диагностики из амбулаторных карт.

Таблица 2

Сравнительная характеристика обследованных пациентов городской общей врачебной практики и больных первичного звена, направленных для консультации из районов области

	Пациенты городской врачебной практики (кроме обратившихся для профилактического осмотра)	Больные, направленные из районов Свердловской области	p
Всего (чел.)	62	59	
Средний возраст, М, 95% ДИ	52,3 (48,4-56,1)	52,2 (51,4-59,0)	>0,05
Число и доля мужчин	22 (35,4%)	17 (28,8%)	>0,05
Число и доля пенсионеров	28 (45,1%)	31 (52,5%)	>0,05
Число и доля лиц с АГ	22 (35,%)	28 (47,5%)	>0,05
Число и доля лиц с патологическим уровнем симптомов тревоги	25 (40,3%)	33 (55,9%)	>0,05
Доля лиц с патологическим уровнем симптомов депрессии	37 (62,7%)	46 (74,2%)	>0,05

Помимо клинической диагностики, для оценки количества симптомов тревоги и депрессии у всех пациентов проводилось анкетирование с помощью валидизированного опросника GSAD по процедуре, аналогичной проведенной респондентам в популяционной части исследования (Goldberg Scale of Anxiety and Depression). Пороговым уровнем количества симптомов, выше которого мы постулировали "высокую вероятность наличия тревожного расстройства" или "высокую вероятность наличия депрессии", так же, как и в популяционной части исследования, было выбрано для тревоги — 5, депрессии — 3 [206, 240]. Мы исследовали также семейно-социальные аспекты основных ХНИЗ и ассоциации тревоги и депрессии с клиническими составляющими ХНИЗ и их факторов риска.

Таким образом, оценка психического здоровья пациентов первичного звена осуществлялась по той же методике, что и среди жителей исследованной популяции, но была дополнена клиническим исследованием, что позволило впоследствии сравнивать и анализировать полученные результаты.

Кроме того, мы подвергли рассмотрению амбулаторные карты (Ф. 025/у) пациентов городского терапевтического врачебного участка, в котором проводилось наше клиническое исследование. К данному участку было прикреплено взрослое население (1348 человек, средний возраст 52,4 года ИКИ 47-62 лет). Мы ставили задачу проанализировать все амбулаторные карты, находившиеся в регистратуре на момент исследования, чтобы изучить особенности ведения больных терапевтического профиля, имеющих проблемы психического здоровья, коморбидные соматической патологии, врачами участковой службы. В амбулаторных картах констатировалось наличие диагнозов, относящихся к категории психических расстройств согласно МКБ-10, указание на состояние психического статуса пациента при описании данных его осмотра и объективного обследования, наличие указаний на симптомы депрессии, патологической тревоги, снижения когнитивного статуса и других нарушений психического здоровья, данные о направлении пациента на консультативный прием психиатра, психолога или психотерапевта, записи о назначении лекарственных средств, относящихся к классу психотропных, и отметки о динамике состояния больных на фоне проводимого лечения. Однако по достижении количества проанализированных амбулаторных карт 1200, данная часть исследования была остановлена в связи выполнением поставленной задачи.

2.3.2. Информированность об имеющемся хроническом заболевании среди пациентов первичной сети

Для изучения информированности больных первичного звена об имеющемся ХНИЗ мы выбрали самую многочисленную группу пациентов терапевтического профиля, обратившихся в ОВП — пациентов с артериальной гипертензией. Путем письменного опроса мы определяли долю больных АГ, знающих о своем

повышенном давлении или наличии артериальной гипертензии как диагностированного заболевания, процент лиц, регулярно принимающих назначенное лечение, эффективность контроля над заболеванием и возможные клинические и психосоциальные детерминанты этих показателей. Эта группа больных АГ состояла из 50 человек, средний возраст 62 года (95%ДИ 58,5-65,5), из них 72% женщин (36 чел.).

Для сравнения показателей осведомленности об имеющемся ХНИЗ мы обследовали также 128 больных другим хроническим заболеванием – остеопорозом. Данная патология была выбрана ввиду нескольких причин. Остеопороз имеет во многом общую с АГ систему рисков. Так, доказана роль возраста, пола, генетической предрасположенности, низкой физической активности, курения, злоупотребления алкоголем, нездорового питания и депрессии в развитии остеопороза [112, 129, 169]. Для обеих болезней существуют четко определенные количественные критерии диагностики, система оценки индивидуального прогноза (SCORE, FRAX) [34, 35, 162], национальные клинические рекомендации по профилактике и терапии, включающие модификацию поведенческих факторов и длительный прием медикаментов, улучшающих прогноз [34, 35, 128]. Обе патологии характеризуются длительным малосимптомным течением, манифестирующим часто лишь драматичными исходами. Также имело значение то, что уровень мотивации пациента является одним из главных условий комплаентности при длительном приеме гипотензивных и антиостеопоротических медикаментов, улучшающих прогноз, но не влияющих на самочувствие больных (либо имеющих побочные действия) [95, 129, 134]. Было принято во внимание, что и при ОП, и при АГ проблемы психического здоровья – депрессия и патологическая тревожность снижают уровень мотивации, самооценку, ухудшают когнитивную функцию больных, снижая их комплаентность, приводя к прекращению приема лекарств, осложняя течение и ухудшая прогноз обоих заболеваний [88, 112, 113, 126, 127, 128]. И, хотя ОП формально не входит в «золотую четверку» основных ХНИЗ, признанных ВОЗ, все вышеперечисленные характеристики позволили нам рассматривать ОП наравне с

АГ как типичное хроническое неинфекционное заболевание, подразумевающие единство подходов к их профилактике и лечению на национальном, популяционном и индивидуальном уровне.

Анализируемые пациенты с остеопорозом представляли собой клиническую группу из 128 женщин, направленных из первичного звена для денситометрии в Центр Семейной медицины ГБОУ ВПО УГМУ в 2011-2012 г. из Екатеринбурга и Свердловской области. Диагноз ОП у них был установлен на основании клинических критериев и данных денситометрии [162]. Их средний возраст был 67,8 лет (95%ДИ 66,2-69,4 $p < 0,05$). В 53% случаев (68 чел., 95%ДИ 44,5-61,6) они имели в анамнезе 1 малотравматичный перелом или более.

2.4. Обучение врачей первичного звена основам биопсихосоциального подхода

2.4.1. Изучение имеющихся знаний и клинического опыта врачей первичного звена в области системной оценки состояния здоровья пациентов и ведения больных с ХНИЗ, их факторами риска и проблемами психического здоровья

Для изучения клинического опыта и знаний врачей первичного звена в области комплексной оценки состояния здоровья пациентов, включая семейно-социальные детерминанты ХНИЗ, а также для оценки их навыков в сфере психического здоровья нами было проведено письменное анкетирование 149 участковых врачей из 10 различных районов Свердловской области, направленных для прохождения профессиональной переподготовки по специальности ОВП на кафедре семейной медицины ГБОУ ВПО УГМУ.

Анкетирование проводилось до начала обучения. Использовался вопросник “Goldberg’s Depression attitude”, специально разработанный D.Goldberg для врачей–не психиатров и применявшийся в нескольких международных исследованиях [52, 216, 323]. В 2002 г. вопросник был переведен на русский язык в рамках международного проекта «Integration MH into PC» проф. Н. Корнетовым

(Томск) [186]. Ответы на первую часть вопросника (17 пунктов) позволяют оценить знания врачей:

- о взаимосвязях ХНИЗ и депрессии, тревоги, стресса;
- о распространенности проблем психического здоровья у пациентов, наблюдающихся в общетерапевтической сети;
- о характерных жалобах, клинических проявлениях, течении наиболее частых психических расстройств — депрессии, патологической тревоги, соматических симптомов переживаемого стресса у пациентов терапевтического профиля в первичной сети;
- о возможностях медикаментозного лечения, его эффективности и безопасности и о немедикаментозных вмешательствах при проблемах психического здоровья в первичной сети.

Ответы на вторую часть вопросника (22 пункта) дают возможность проанализировать клинический опыт врачей первичного звена и оценить их навыки по интерпретации клинических симптомов, выявлению психосоциальных рисков и проблем психического здоровья, дифференциальной диагностике и лечению пациентов, обратившихся к ним за медицинской помощью. С помощью этого вопросника мы оценивали также качество взаимодействия врачей и пациентов, исходя из ответов о порядке проведения клинического интервью, об обсуждении с пациентами их симптомов в контексте психологических и семейных факторов.

В частности, вторая часть вопросника включала информацию

- о ключевых аспектах клинического интервью;
- о том, как часто врачи обсуждают с пациентами их диагноз, назначают различные виды медикаментозной и немедикаментозной терапии;
- о количестве пациентов с депрессией, патологической тревогой, соматическими проявлениями стресса, принятых врачом за последний месяц;
- о способах диагностики депрессивных и тревожных расстройств врачом первичного звена;
- о тактике ведения пациентов с различными соматическими заболеваниями и сопутствующими проблемами психического здоровья.

С помощью этого вопросника в качестве групп сравнения, был проанализирован также клинический опыт и знания 27 кардиологов и 27 ревматологов Свердловской области, ведущих амбулаторный прием.

2.4.2. Программа обучения врачей как одно из вмешательств на пути интеграции вопросов психического здоровья в практику работы врача общей практики и оптимизации подходов к ведению больных ХНИЗ

Для улучшения знаний и практических навыков врачей первичного звена по ведению пациентов, имеющих ХНИЗ, их факторы риска, а также проблемы психического здоровья, нами были разработаны модульные образовательные программы для врачей первичного звена: «Профилактика и ведение пациентов с основными ХНИЗ и их факторами риска в первичном звене здравоохранения» и «Психическое здоровье в первичной сети здравоохранения», в объеме 72 учебных часа каждая. Программы реализуются на кафедре семейной медицины факультета повышения квалификации и профессиональной переподготовки ГБОУ ВПО УГМУ с 2004 года по настоящее время. Обучение осуществляется как в виде отдельных самостоятельных модулей для участковых терапевтов, врачей ОВП и врачей центров здоровья, так и в виде двух последовательных двухнедельных модулей в составе образовательной программы профессиональной переподготовки врачей первичного звена по специальности «Общая врачебная практика (семейная медицина)».

При разработке программы использовались методические материалы «Российской программы интегрированной профилактики неинфекционных заболеваний», использующиеся в рамках международного проекта CINDI для врачей общей практики, и материалы образовательной программы Всемирной психиатрической организации WPA "Educational Programme on Depressive Disorders", адаптированные для России [56, 331, 334]. До начала работы над проектом автор прошла профессиональную переподготовку в Институте переподготовки и повышения квалификации преподавателей гуманитарных и социальных наук при Уральском государственном университете им. А.М. Горького

в 2002-2003 гг. по специальности «психология», а также курс обучения врачей первичного звена Лондонского института психиатрии, Kings College, London и школы первичного звена Манчестерского университета под руководством почетного профессора Лондонского института психиатрии, Kings College, сэра Д.Голдберга и профессора Манчестерского университета Л.Гаск, проводимого в 2002-2004 г. в Екатеринбурге в рамках проекта Министерства международного развития Великобритании (DFID) по реформированию служб взрослой психиатрии в Свердловской области [186, 187]

В рамках этого же проекта автор также прошла краткую профессиональную стажировку как преподаватель в Лондонском институте психиатрии, Kings College, London и Манчестерском университете в 2004 г. по вопросам обучения врачей навыкам в области психического здоровья.

Программа обучения включает следующие основные разделы (темы): системная теория рисков ХНИЗ; теоретические основы биопсихосоциального подхода в работе врача первичного звена; общие принципы поведенческого консультирования, групповое консультирование по вопросам профилактики ХНИЗ; особенности индивидуального консультирования пациентов с факторами риска ХНИЗ, направленного на изменение образа жизни; скрининг основных ХНИЗ в первичном звене; вопросы психического здоровья в первичной сети — скрининг, диагностика и ведение пациентов с основными проблемами психического здоровья — депрессией, тревожными расстройствами, соматическими симптомами психоэмоционального стресса; навыки взаимодействия врач- пациент.

При обучении врачей преимущественно использовался формат тренинга практических навыков. Изначально в качестве модели для выработки навыков использовался обучающий пакет для врачей общей практики, разработанный Всемирной ассоциацией психиатров (подразделение ВОЗ) в 2002 г. на английском языке Л. Гаск и Д. Голдбергом [334], продублированный на русском проф. Н.А. Корнетовым (г.Томск). Он состоял из видеозаписей консультаций, проводимых английскими врачами первичного звена с актерами, исполняющими роли пациентов с проблемами психического здоровья — соматическими

симптомами психосоциального стресса, депрессией, тревогой, деменцией. Данные учебные интервью сопровождались комментариями психиатра и служили моделями реальных клинических случаев, на примере которых демонстрировались специфические навыки врача первичного звена.

Однако после того, как в ходе нашего исследования выяснилось, что базовые знания обучаемых врачей недостаточны, методика обучения была модифицирована с согласия авторов. По каждому разделу сначала проводилась 20-30-минутная проблемно-ориентированная лекция, подкрепленная методическими материалами. Затем на примере коротких учебных клинических ситуаций в ходе групповой дискуссии обсуждались важные аспекты ведения пациентов. Следующим обязательным этапом была демонстрационная интерактивная консультация, на которой в роли врача выступал преподаватель. В роли «больного» мог быть любой из обучающихся. Для этого последнему требовалось выполнять инструкции письменного сценария, представленного ему непосредственно перед интервью. В этом сценарии в соответствии с темой занятия были указаны цель визита «больного», основные жалобы и анамнез, факторы риска, психологические и соматические симптомы, ключевые семейно-социальные аспекты ситуации. После проведения "консультации" (10-15 минут) с врачами-курсантами обсуждались использованные преподавателем приемы, навыки, узловые моменты консультации, особенности данного «клинического случая» и т.д.

На следующем этапе занятия врачи разделялись на группы, состоящие из трех человек — «пациента», «врача» и «наблюдателя», и самостоятельно выполняли учебные задания в формате обучающих ролевых игр на 10-15 минут. «Пациенты» выполняли инструкции письменных сценариев, подготовленных преподавателем, описывающие конкретные клинические случаи. «Врачам» ставились задачи в соответствии с целью занятия. Например, «разработать программу скрининга для данного пациента», «оценить риск неблагоприятных исходов», «определить уровень мотивации пациента к изменению образа жизни и дать рекомендации по физической активности», «провести диагностику проблем психического здоровья», «обсудить с больным его диагноз и назначить лечение депрессии» и т.д.

Оставшиеся участники тройки выступали в роли «наблюдателей». Не вмешиваясь в интервью, они должны были фиксировать выявленные положительные и отрицательные моменты выполнения задания «врачом». Преподаватель выполнял функцию модератора.

После завершения "консультаций" проводилось обсуждение. Сначала, внутри групп «пациенты» высказывали свое мнение о том, насколько «врач» справился с поставленной задачей, делились испытанными в роли больного ощущениями, что являлось дополнительным обучающим фактором. «Врачи» сообщали коллегам, насколько, по их мнению, хорошо они освоили и правильно применили новые знания, а что требует дальнейшего изучения и тренировки. «Наблюдатели» в роли конструктивных критиков информировали коллег, какие из продемонстрированных «врачом» навыков и приемов могли бы быть наиболее полезны в дальнейшей работе, а какие стоило выполнять по-другому. Завершались данные мини-упражнения общегрупповым обсуждением и промежуточным подведением итогов. За время одного занятия обучающие игры в группах проводились трижды (задания менялись), чтобы каждый из курсантов смог выступить и в роли «врача», и «пациента», и «наблюдателя». В конце занятий обсуждались области применения новых знаний и навыков, возможности и ограничения в их использовании.

Для изучения эффективности данной образовательной программы, изменения знаний и клинической практики обучающихся мы проводили повторное анкетирование врачей спустя 3-6 месяцев после обучения, по возвращении их к повседневной клинической работе с помощью вопросника «Goldberg's Depression attitude». Всего были проанализированы результаты обучения 147 врачей первичного звена.

Точкой cut-off, позволявшей констатировать «изменение подхода к ведению пациентов», мы выбрали увеличение числа корректных ответов врача о его клинической практике не менее чем на треть, при условии одновременного увеличения числа верных ответов на «теоретические» вопросы.

2.4.3. Оценка мнения пациентов первичного звена о качестве их взаимодействия с врачами первичного звена.

Чтобы изучить мнение пациентов о том, изменились ли их удовлетворенность от общения, консультирования, длительного ведения врачами первичного звена после обучения последних основам биопсихосоциального подхода, мы провели письменный опрос жителей Кушвинского городского округа Свердловской области.

Данная территория была выбрана, поскольку все врачи первичного звена данного округа к моменту опроса прошли профессиональную переподготовку по специальности ОВП, включая модули «Профилактика и введение пациентов с основными ХНИЗ и их факторами риска в первичном звене ЗО» и «Психическое здоровье в первичной сети здравоохранения» от года до 5 лет назад. Имело значение и то, что население данного округа представлено как сельскими, так и городскими жителями. Кроме того, Кушвинский округ — единственная территория в Свердловской области, в которой все первичное звено медицинской помощи было реорганизовано по принципу общей врачебной практики, что значительно облегчало сбор информации.

Данная территория расположена в западной части Свердловской области, общая площадь округа 2386 км², население смешанное городское и сельское, составлявшее на момент опроса 39,8 тыс. чел [37, 43, 73].

В течение 2 дней 2010 года на 7 врачебных участках Кушвинского округа пациенты анонимно письменно отвечали на вопросы разработанного автором вопросника. Его бланки (280 шт.) находились в свободном доступе в регистратурах ОВП, а также в помещениях, где пациенты ждали приема. Сбор заполненных вопросников осуществлялся ординаторами кафедры семейной медицины, не знавшими цели исследования, для уменьшения вероятности заполнения бланков медицинскими работниками этих ОВП. Заполненные вопросники представлялись для обработки автору.

Вопросник включал следующие закрытые вопросы

- Улучшились ли Ваши взаимоотношения с медработниками с открытием ОВП?
- Считаете ли Вы, что качество медицинской помощи улучшилось с переходом работы врачей на принцип ОВП?

Кроме того, пациентам предлагалось написать о том, что, по их мнению, изменилось после того, как их участковые врачи-терапевты стали работать по принципам общей врачебной практики.

На предлагаемые вопросы ответили 202 респондента, из них 46% составили мужчины, 54% — женщины. Средний возраст респондентов 43 года, медиана возраста 44 года, ИКИ 35-58 лет. Таким образом, возрастно-половой состав ответивших достоверно не отличался от такового, наблюдаемого нами в ходе эпидемиологического исследования в сельском районе Свердловской области ($p > 0,05$). Количество заполненных вопросников свидетельствовало о высоком уровне отвечаемости (72%), что свидетельствовало о репрезентативности данной группы.

Таким образом, в рамках исследования всего было обследовано: 927 жителей популяции, 269 пациентов общих врачебных практик, проведен опрос 201 врача, проведен анализ результатов образовательной программы у 147 врачей, проанализированы медицинские документы 1200 больных общей врачебной практики, поведено анкетирование 202 больных первичного звена.

2.5. Математическая и статистическая обработка результатов

Для исключения систематической ошибки набора ввод информации в базу данных программного пакета STATA 6,0 проводился при помощи специально разработанной компьютерной формы на базе MS Access' 2000. Проводилась выборочная проверка записей, сделанных оператором. Выявленные погрешности и расхождения в записях с первичной документацией проверялись и корректировались.

Статистическая обработка материала проводилась на персональном компьютере с использованием пакетов прикладных программ SPSS 13.0. Все количественные показатели оценивались на нормальность распределения. Количественные показатели выражены средним (M), 95% доверительным интервалом для среднего (95%ДИ), медианой (Me) и интерквартильным диапазоном (ИКИ). Качественные признаки выражались в процентах с указанием точного биномиального 95% доверительного интервала (95% ДИ) [165].

Сравнение двух групп количественных признаков проводилось с помощью критерия Манна-Уитни, поскольку распределение большинства количественных признаков было отлично от нормального. Анализ качественных признаков в двух и более группах проводился с помощью таблиц сопряженности. Для сравнения в таблицах 2×2 применялся точный критерий Фишера. Для сравнения в таблицах более 2×2 применялся критерий «хи-квадрат» (χ^2). Для оценки тенденции к росту либо снижению частоты показателя в упорядоченных рядах (например, с возрастом) использовался критерий χ^2 — тренд и критерий Эрмитаджа. С целью сравнения показателей внутри одной группы с популяционными значениями использован z-критерий. Корреляция между количественными и порядковыми переменными определялась коэффициентом ранговой корреляции Спирмена (r_s).

Ответы на вопросы о знаниях врачей оценивались по дихотомической шкале: верный ответ кодировался 1 баллом, неверный ответ — 0. Вопросы о клинической практике, подразумевающие варианты ответов нет/редко/обычно/всегда ранжировались в виде балльной оценки 1,2,3,4 соответственно. Для сравнения результатов ответов до и после обучения применялся критерий McNemar.

При анализе большинства полученных показателей частоты изучаемых ХНИЗ и их ФР нами проводилась стратификация данных по полу и возрасту, а для ряда параметров рассчитывался стандартизованный показатель. В качестве стандарта брались данные о структуре населения России по данным последней переписи населения [9].

При расчете объема выборок уровень статистической значимости был выбран 0,05, статистическая мощность исследования — 80%, что позволило достичь компромисса между относительно небольшим размером выборок и достоверностью полученных данных.

ГЛАВА 3. СОЦИАЛЬНО-ДЕМОГРАФИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ ЖИТЕЛЕЙ ГОРОДСКОЙ И СЕЛЬСКОЙ ПОПУЛЯЦИЙ

Из 522 чел., участников эпидемиологического исследования в сельской местности, было 237 мужчин и 285 женщин, их средний возраст составил 45,4 лет. В городе соответствующие показатели составили 405 чел: 150 мужчин, 255 женщин, средний возраст 53,3 года.

Гендерно-возрастные характеристики изучаемых популяций имели как схожие черты, так и ряд существенных различий. Общей тенденцией было то, что и на селе, и в городе, среди опрошенных преобладали женщины (55% и 63% соответственно). Около половины обследованных (63% на селе и 45% в городе) составили лица в возрасте 40-60 лет. (Таблица 3). Выше этой границы с увеличением возраста число участников исследования прогрессивно уменьшалось, особенно драматично на селе. Так, доля сельских респондентов в возрасте 60-69 лет составила всего 7%, а старше 70 лет — 1%. Только один респондент старше 80 лет из сельской территории участвовал в исследовании.

Различия в гендерно-возрастной структуре изучаемых территорий (Таблица 3) более наглядно представлены на гистограммах (Рисунок 2), иллюстрирующих распределение респондентов изучаемых территорий по возрасту. У большинства опрошенных сельских жителей возраст был ниже, чем у горожан. Его медиана составила 46 лет (ИКИ 37-53) и 53 года (ИКИ 41-65) соответственно, ($p < 0,05$). Среди опрошенных сельчан достоверно выше была доля мужчин (45,4%, в сравнении с 37,0%, в городе $p < 0,05$). Кроме того, в сравнении с горожанами, среди сельских жителей достоверно ниже был процент лиц старших возрастных групп: женщин 60-69 лет ($p < 0,001$), женщин старше 70 лет ($p < 0,001$) и мужчин старше 70 лет ($p < 0,01$) (Рисунок 2).

Возрастная структура населения изучаемых популяций

Возрастная группа	Количество лиц (чел.) в скобках – доля лиц в данной возрастной группе в процентах и 95% доверительный интервал доли, %	
	Сельская территория	Город
До 29 лет	43 (8%, 95%ДИ 6,2-10,9%)	37 (9%, 95%ДИ 6,7-12,3%)
30-39 лет	115 (22%, 95%ДИ 18,7-25,8%)	58 (14%, 95%ДИ 11,2-18,1%)*
40-49 лет	174 (33%, 95%ДИ 29,4-37,5%)	85 (21%, 95%ДИ 17,3-25,2%)*
50-59 лет	153 (29%, 95%ДИ 25,6-33,4%)	97 (24%, 95%ДИ 20,1-28,3%)
60-69 лет	31 (6%, 95%ДИ 4,2-8,3-%)	55 14%, 95%ДИ 10,6-17,3%)*
70 лет и старше	6 (1%, 95%ДИ 0,5-2,5%)	73 18%, 95%ДИ 14,6-22,1%)**
Всего обследовано	522	405

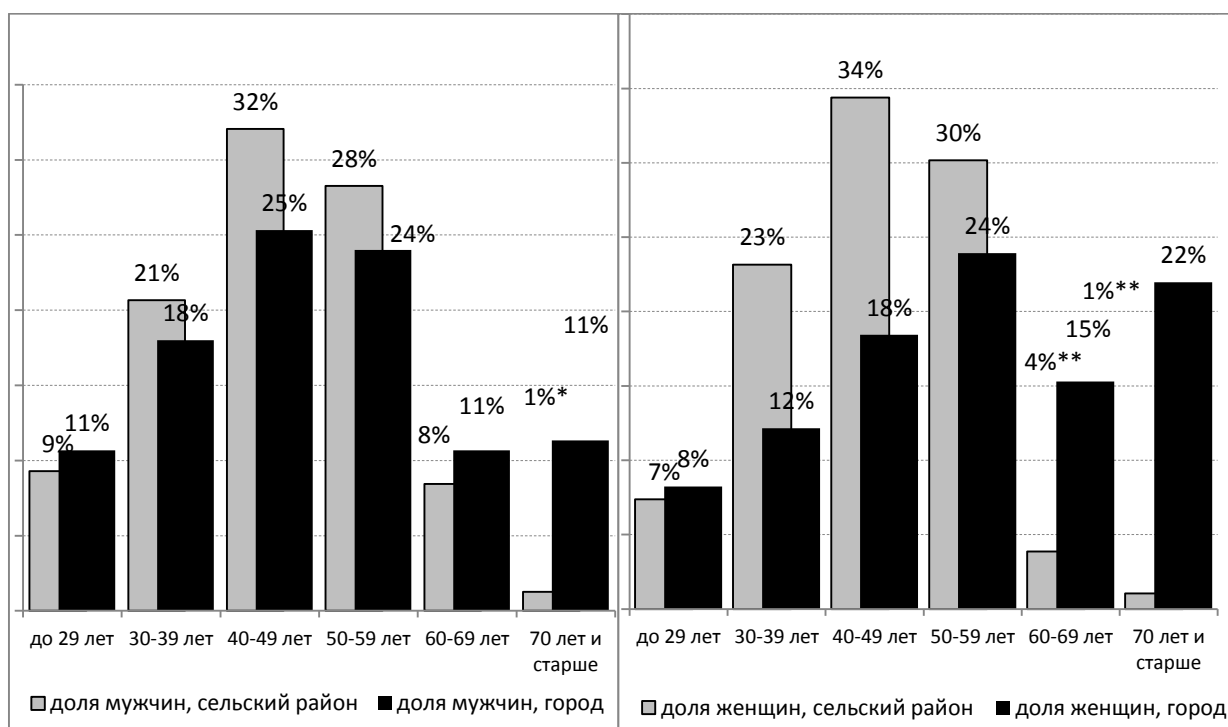
* — межпопуляционные различия, $p < 0,01$ ** — межпопуляционные различия, $p < 0,001$ 

Рисунок 2. Возрастно-половая структура исследуемых популяций;

* — межпопуляционные различия, $p < 0,01$ ** — межпопуляционные различия $p < 0,001$

Показатели, характеризующие уровень образования респондентов, представлены в Таблице 4

Характеристика респондентов по уровню образования

Образование	Количество лиц (чел.) в скобках – доля лиц в процентах и 95% доверительный интервал доли, %					
	Сельская территория			Город		
	Мужчины N=235	Женщины N=287	Всего N=522	Мужчины N=150	Женщины N=255	Всего N=405
Неполное среднее (начальное)	31 (13,2%) 9,2-18,2)	27 (9,5%) 6,4–13,5)	58 (11,2%) 8,6-14,2)	25 (16,7%) 11,6-23,4)	59 (23,1% ^{^**}) 18,4-28,7)	84 (20,7% ^{**}) 17,1-25,0)
Среднее	82 (34,9%) 28,8– 41,3)	82 (28,9%) 23,6–34,5)	164 (31,6%) 27,6–35,8)	49 (32,7%) 25,7-40,5)	70 (27,5%) 22,3-33,2)	119 (29,4%) 25,2-34,0)
Среднее специальное	96 (40,9%) 34,5–47,4)	135 (47,5%) 41,6-53,5)	231 (44,5%) 40,2-48,9)	55 (36,7%) 29,4-44,6)	86 (33,7%) 28,2-39,7)	141 (34,8%) 30,3-39,6)
Неполное высшее	2 (0,85%) 0,1-3,0)	3 (1,06%) 0,2-3,1)	5 (0,96%) 0,3-2,2)	0	0	0
Высшее	24 (10,2%) 6,7-14,8)	37 (13,0%) 9,3-17,5)	61 (11,8%) 9,1-14,8)	21 (14%) 9,3-20,5)	40 (15,7%) 11,7-20,7)	61 (15,1%) 11,9-18,9)
Всего ответивших	235 (100%)	284 (99%)	519 (99%)	150 (100%)	255 (100%)	405 (100%)

[^] — внутрипопуляционные различия между лицами разного пола $p < 0,05$

^{**} — межпопуляционные различия пола $p < 0,01$

Как свидетельствует Таблица 4, большинство сельских участников исследования (76,1%), имели среднее специальное и среднее образование; 12,8% – неполное высшее или высшее образование; 11,2% — неполное среднее. Различий в уровне образования по полу на селе не было выявлено ($p=0,3$).

Среди горожан также преобладали лица со средним и средним специальным образованием (64,2%). Но, в сравнении с сельской популяцией, среди них было достоверно больше лиц с низким образовательным уровнем — неполным средним (начальным) образованием (21%, $p < 0,05$) и недостоверно больше — с высшим образованием (15,1%, $p > 0,05$).

Стратификация данных позволила обнаружить, с чем были связаны межпопуляционные различия в уровне образования. Так, среди горожан с начальным образованием значительно преобладали женщины (соотношение женщины/мужчины в этой группе было в городе 2,4/1, а на селе — 0,9/1. $p < 0,05$).

Причем средний возраст горожан с начальным образованием был на 15 лет выше, чем сельских респондентов, не закончивших среднюю школу (67 лет и 52 год соответственно, $p < 0,05$); медиана 73 года (ИКИ 64-76) и 53 года (ИКИ 47-59) соответственно, $p < 0,01$. То есть, межпопуляционные различия по показателю «уровень образования» между сельской и городской выборками были обусловлены уже упоминавшимся бóльшим числом пожилых людей, преимущественно пожилых женщин, попавших в городскую выборку, в сравнении с сельской.

В Таблице 5 представлено распределение респондентов по семейному положению.

Таблица 5

Распределение респондентов по семейному положению

Семейное положение	Количество лиц (чел.) в скобках – доля лиц в процентах и 95% доверительный интервал доли, %					
	Сельская территория			Город		
	Мужчины N=235	Женщины N=287	Всего N=522	Мужчины N=150	Женщины N=255	Всего N=405
Холост/не замужем	20 (8,47%) 5,25-12,8)	12 (4,21%) 2,2-7,2)	32 (6,14%) 4,2-8,6)	10 (6,7%) 3,7-11,8)	19 (7,5%) 4,8-11,3)	29 (7,2%) 5,0-10,1)
Официальный/ гражданский брак	199 (84,7%) 79,5-89,1)	206 (71,8%) 66,8-77,4)	405 (77,6%) 74,7-82,0)	123 (82,0%) 75,1-87,3)	147 (57,6%) [^] 51,5-63,6)	270 (66,7%)* 61,9-71,1)
Разведены /живут отдельно	11 (4,66%) 2,35-8,2)	20 (7,02%) 4,3-10,6)	31 (5,95%) 4,1– 8,3)	10 (6,7%) 3,7-11,8)	24 (9,4%) 6,4-13,6)	34 (8,4%) 6,1-11,5)
Вдовец/вдова	5 (2,12%) 0,69-4,9)	44 (15,4%) ^{^^} 11,5-20,2)	49 (9,4%) 7,0-12,2)	7 (4,7%) 5,3-12,8)	65 (25,5%) ^{^^*} 20,5-31,2)	72 (17,8%) 14,4-21,8)
Всего ответивших	235 (100%)	282 (98%)	517(99%)	150(100%)	255(100%)	405(100%)

[^] — внутривыборочные различия между лицами разного пола $p < 0,05$

^{^^} внутривыборочные различия между лицами разного пола $p < 0,01$

^{^^^} внутривыборочные различия между лицами разного пола $p < 0,001$

* — межвыборочные различия $p < 0,05$

Таблица демонстрирует, что в сельском районе наблюдались следующие особенности в распределении семейного положения респондентов по полу: большинство опрошенных (77,6%) состояли в официальном или гражданском браке, и среди этой категории лиц недостоверно больше была доля мужчин. Среди одиноких людей, наоборот, преобладали женщины: разведенные и вдовы, причем

число вдов (средний возраст 53 года, медиана 53 года, ИКИ 47-59) было более чем в 8 раз больше, чем вдовцов ($p < 0,001$). В городе наблюдались аналогичные тенденции. Большинство опрошенных (66,7%) также состояли в браке, и доля мужчин среди них была выше ($p < 0,05$). Среди одиноких людей, так же, как и на селе, преобладали женщины (разведенные и вдовы). Вдов было более чем в 9 раз больше, чем вдовцов ($p < 0,001$). Однако возраст городских вдов был достоверно выше, чем сельских жительниц, потерявших супруга (среднее 69 лет, медиана 73 года, ИКИ 61-79, $p < 0,0001$).

Уровень занятости участников исследования представлен в Таблице 6.

Таблица 6

Уровень занятости обследованных респондентов

Занятость	Количество лиц (чел.) в скобках – доля лиц в процентах и 95% доверительный интервал доли, %					
	Сельская территория			Город		
	Мужчины	Женщины	Всего	Мужчины	Женщины	Всего
Работает полный день	167 (70,5%) 64,24–76,2)	192 (67,4%) 61,6–72,8)	359 (68,8%**) 64,6–72,7)	104 (69,3%) 61,5–76,2)	134 (52,5% [^]) 46,4–58,6)	238 (58,8%***) 53,9–63,5)
Работает неполный день	4 (1,7%) 0,46–4,3)	15 (5,3% ^{^^}) 2,98–8,5)	19 (3,6%) 2,2–5,6)	4 (2,7%) 1,0–6,7)	3 (1,2%) 0,4–3,4)	7 (1,7%) 0,8–3,5)
Не работает	66 (27,9%) 22,2–34,02)	78 (27,4%) 22,3–32,94)	144 (27,6%) 23,8–31,6)	42 (28,0%) 21,4–35,7)	118 (46,3%) 40,3–52,4)	160 (39,5%) 34,9–44,3)
Итого	237 (100%)	285 (100%)	522 (100%)	150 (100%)	255 (100%)	405 (100%)

[^] — внутрипопуляционные различия между лицами разного пола $p < 0,05$

^{^^} внутрипопуляционные различия между лицами разного пола $p < 0,01$

^{^^^} внутрипопуляционные различия между лицами разного пола $p < 0,001$

* — межпопуляционные различия пола $p < 0,05$

** — межпопуляционные различия пола $p < 0,01$

*** — межпопуляционные различия пола $p < 0,001$

В сельской местности имели работу на момент опроса 72,4% респондентов (72,1% мужчин и 72,7% женщин, $p > 0,05$). При этом женщины достоверно чаще, чем мужчины ($p < 0,01$) работали неполный рабочий день. В городской популяции работающих мужчин в процентном отношении было достоверно больше, чем женщин (72% против 54%, $p < 0,01$), что отразилось и на межпопуляционных различиях ($p < 0,001$).

При анализе причин отсутствия работы (Таблица 7) на селе были выявлены ожидаемые и достоверные различия в распределении по полу ($p < 0,0001$). Обращал на себя внимание высокий уровень безработицы среди мужчин. Так, назвали себя безработными 11,8% опрошенных сельских мужчин, что составляло 13,1% мужчин трудоспособного возраста, и занимало 42% в структуре причин отсутствия работы у мужчин. Эти показатели превышали показатели сельских женщин более чем вдвое. Особенности женской части неработающей сельской популяции были следующие. Только женщины сообщали, что не работают по причине ухода за членом семьи. Каждая пятая из неработающих сельчанок в качестве причины незанятости указала, что она домохозяйка, то есть, находясь в трудоспособном возрасте, не ищет работу.

Заслуживало внимания, что с учетом безработных женщин и женщин-домохозяек, общая доля неработающих женщин составила 10,1% среди всех женщин, что соответствовало 12% женщин трудоспособного возраста и 37% в структуре причин отсутствия сельских женщин, что было сопоставимо с соответствующими показателями у мужчин ($p > 0,05$). Слабое здоровье /инвалидность как причину отсутствия работы назвали втрое больше сельских мужчин, чем женщин ($p < 0,05$). Среди сельчан, указавших причиной отсутствия работы пенсионный возраст, не было гендерных различий ($p > 0,05$).

Особенностями распределения по полу городских неработающих респондентов были следующие. Безработным себя назвал каждый девятый мужчина и только 1,7% женщин. Статус домохозяйки или уход за членом семьи был декларирован только женщинами (7,6% и 1,7% соответственно среди неработающих женщин).

Причины отсутствия работы у участников исследования

Причины Незанятости	Количество лиц (чел.) в скобках – доля лиц в процентах и 95% доверительный интервал доли, %					
	Сельская популяция			Город		
	Мужчины N=237	Женщины N=285	Общий показатель N=522	Мужчины N=150	Женщины N=255	Общий показатель N=405
Домохозяйка	0 (0% 0 – 5,4)	16 (20,1% ^{^^^} 12,2-1,2)	16 (11,1% 6,5 -17,5)	0 (0,0% 0,0-8,4)	9 (7,6% ^{**} 4,1-13,9)	9 (5,6% [*] 3,0-10,3)
Слабое здоровье/ инвалидность	8 (12,2% 5,4 - 22,5)	3 (3,9% ^{^^} 0,8 - 10,8)	11 (7,6% 3,9 -13,3)	5 (11,9% 5,2 -25,0)	5 (4,2% ^{^^} 1,8-9,5)	10 (6,3% 3,4-11,1)
Уход за ребенком/ инвалидом	0 (0% 0 - 5,4)	7 (8,97% ^{^^} 3,7 - 17,6)	7 (4,9% 1,9 - 9,8)	0 (0,0% 0,0-8,4)	2 (1,7% ^{**} 0,5-6,0)	2 (1,3% 0,3-4,4)
Безработный	28 (42,4% 30,3 -55,2)	13 ^{^^} (16,7% 9,2 - 26,8)	41 (28,5% 21,3-36,6)	5 (11,9% 5,2-25,0)	2 ^{^^**} (1,7% 0,5-6,0)	7 ^{**} (4,4% 2,1-8,8)
Студент/ Учащийся	0 (0% 0 - 5,4)	0 (0% 0 - 4,6)	0 (0% 0 - 2,5)	1 (2,4% 0,4-12,3)	0 (0,0% 0,0-3,2)	1 (0,6% 0,1-3,5)
Пенсионер	30 (45,5% 33,2 - 8,2)	39 (50% 38,5 -61,5)	69 (47,9% 39,5 -56,9)	31 ^{**} (73,8% 58,9-84,7)	100 ^{^^**} (84,7% 77,2-90,1)	131 ^{***} (81,9% 75,2-87,1)
Итого	66 (100%)	78 (100%)	144 (100%)	42 (100%)	118 (100%)	160 (100%)

[^] — внутрипопуляционные различия между лицами разного пола $p < 0,05$

^{^^} внутрипопуляционные различия между лицами разного пола $p < 0,01$

^{^^^} внутрипопуляционные различия между лицами разного пола $p < 0,001$

^{*} — межпопуляционные различия пола $p < 0,05$

^{**} — межпопуляционные различия пола $p < 0,01$

^{***} — межпопуляционные различия пола $p < 0,001$

Доля пенсионеров-женщин была на 10% выше, чем пенсионеров-мужчин ($p < 0,05$). Доля лиц, не работающих из-за слабого здоровья/инвалидности, была более чем вдвое выше среди мужчин ($p < 0,05$). При сравнении структуры причин отсутствия работы у городских и сельских жителей были выявлены следующие различия. Среди мужчин на селе была достоверно большая доля безработных, а в городе — большой процент пенсионеров; Среди неработающих женщин в городе

было меньше домохозяек и меньше женщин, назвавших себя безработными, но больше женщин, ухаживающих за членом семьи и пенсионерок.

В целом, структуру неработающей части городской популяции отличали меньшая доля домохозяек, меньший процент безработных обоего пола и большая доля пенсионеров обоего пола. Данные различия можно было связать не только со спецификой образа жизни городского и сельского населения, но и вышеуказанной большей долей респондентов старших возрастных групп, особенно женщин, в городе.

При этом и на селе, и в городе были сопоставимы доли мужчин и женщин, указавших в качестве причин отсутствия работы слабое здоровье/инвалидность, причем доля мужчин, не работающих по этой причине и на селе, и в городе, была вдвое выше, чем женщин из "своей" популяции.

Уровень дохода на одного члена семьи в зависимости от величины прожиточного минимума (ПМ) представлен в Таблице 8. Как следует из нее, сельское население в целом характеризовалось довольно низким доходом респондентов: более половины сельчан (61,4%) назвали свой доход не превышающим уровня одного прожиточного минимума (ПМ) на члена семьи в месяц, независимо от пола ($p=0,18$).

В сравнении с сельскими жителями среди горожан достоверно больше было лиц с уровнем дохода выше 2 ПМ на человека в месяц ($p<0,05$) и меньше — с доходом менее 1 ПМ (как мужчин, так и женщин) $p<0,05$. В отличие от села среди горожан также были выявлены различия между мужской и женской частью популяции. Они характеризовались бóльшим процентом мужчин с уровнем дохода более 2 ПМ на человека в месяц в сравнении с женщинами (26% и 14 % соответственно, $p<0,05$). В остальном финансовые различия между городскими мужчинами и женщинами были недостоверны.

Таблица 8

Уровень дохода в изучаемых территориях в пересчете на количество прожиточных минимумов (ПМ) на человека в месяц

Доход на члена семьи	Количество лиц (чел.) в скобках – доля лиц в процентах и 95% доверительный интервал доли, %					
	Сельская территория			Город		
	Мужчины N=237	Женщины N=285	Общий показатель N=522	Мужчины N=150	Женщины N=255	Общий показатель N=405
Менее половины ПМ	49 (20,7% 15,7-26,4)	72 (25,4% 20,4-30,8)	121 (23,2% 19,7-27,1)	8** (5,3% 2,7-10,2)	24** (9,4% 6,4-13,6)	32** (7,9% 5,7-10,9)
От половины до одного ПМ	85 (35,9% 29,8-42,3)	114 (40,1% 34,4-46,1)	199 (38,2% 34,0-42,5)	35* (23,3% 17,3-30,7)	82 (32,2% 26,7-38,1)	117* (28,9% 24,7-33,5)
От одного до двух ПМ	76 (32,1% 26,2-38,4)	76 (26,8% 21,7-32,3)	152 (29,2% 25,3-33,28)	68 (45,3% 37,6-53,3)	108 (42,4% 36,4-48,5)	176 (43,5% 38,7-48,3)
Более двух ПМ	27 (11,4% 7,6-16,1)	22 (7,75% 4,9-11,5)	49 (9,4% 7,0-12,2)	39* (26,0% 19,6-33,6)	36^* (14,1% 10,4-18,9)	75* (18,5% 15,0-22,6)
Не указали уровень доходов	0 (0% 0-1,6)	1 (0,4% 0-2)	1 (0,2% 0-1)	0 (0,0% 0,0-2,5)	5 (2,0% 0,8-4,5)	5 (1,2% 0,5-2,9)
Итого	237(100%)	285(100%)	522 (100%)	150(100%)	255(100%)	405(100%)

^ — внутрипопуляционные различия между лицами разного пола $p < 0,05$

^^ внутрипопуляционные различия между лицами разного пола $p < 0,01$

^^^ внутрипопуляционные различия между лицами разного пола $p < 0,001$

* — межпопуляционные различия пола $p < 0,05$

** — межпопуляционные различия пола $p < 0,01$

*** — межпопуляционные различия пола $p < 0,001$

Таким образом, в обеих изучаемых территориях основную долю обследованных составили женщины, лица со средним и средне-специальным образованием, состоящие в браке и имеющие работу. Среди одиноких людей статистически достоверно доминировали разведенные женщины и вдовы. Из неработающих лиц большинство были пенсионерами. Более половины сельчан и около трети горожан имели доход, не превышающий одного ПМ на члена семьи в месяц. Городскую выборку отличала достоверно большая доля лиц старших возрастных групп (мужчин старше 70 лет и женщин старше 60 лет) и большой процент лиц с начальным образованием и пенсионеров.

ГЛАВА 4. АНАЛИЗ ЧАСТОТЫ ОСНОВНЫХ ХРОНИЧЕСКИХ НЕИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ И ИХ АССОЦИАЦИЙ В СЕЛЬСКОЙ И ГОРОДСКОЙ ПОПУЛЯЦИЯХ

Основные показатели частоты изучаемых ХНИЗ представлены в Таблице 9. Как свидетельствует таблица, в обеих популяциях наиболее высокой была доля лиц с АГ. Так, повышенное АД было выявлено у 47,1% сельских жителей и у 56,0% горожан ($p < 0,05$). При этом среди сельских и городских мужчин частота АГ была сопоставимой, но среди женщин села АГ регистрировалась на 16,8% реже, чем у горожанок ($p < 0,001$).

Таблица 9.

Частота хронических неинфекционных заболеваний и их факторов риска в
изучаемых популяциях

	Количество лиц с хроническими неинфекционными заболеваниями и (чел.) в скобках – доля лиц в процентах и 95% доверительный интервал доли, %					
	Сельская территория			Город		
	Мужчины N=237	Женщины N=285	Общий показатель N=522	Мужчины N=150	Женщины N=255	Общий показатель N=405
Артериальная гипертензия	120 (50,6%) 44,3-56,9)	126*** (44,2%) 38,6-50)	246* (47,1%) 42,9-52,4)	74 ^x (49,3%) 41,4-57,3)	153 (60,0%) 53,9-65,8)	227 (56,0%) 51,2-60,8)
Стенокардия напряжения	25 (10,5%) 7,2-15,1)	43 (15,1%) 11,4-19,7)	68 (13,0%) 10,4-16,2)	14 ^x (9,3%) 5,6-15,1)	49 (19,2%) 15-19,5)	63 (15,1%) 12,4-19,4)
Хронические респираторные нарушения	14 (5,9%) 3,5-9,7)	12 (4,2%) 2,4-7,2)	26 (4,98%) 3,4-7,2)	12 ^x (8,0%) 4,6-13,5)	13 (5,1%) 3,0-8,5)	25 (6,2%) 4,2-9,0)

^x – различия между мужчинами и женщинами внутри популяции $p < 0,05$

* – различия, в сравнении с городской популяцией $p < 0,05$

*** – различия, в сравнении с городской популяцией $p < 0,001$

Однако стандартизация и стратификация данных по полу и возрасту показали, что межпопуляционные различия в частоте АГ были обусловлены различиями в возрастно-половом составе изучаемых популяций (см. глава 3, Рисунок 2.). Так, стандартизованные показатели превалентности АГ на селе и в городе достоверно не отличались, составляя 37,2%(95%ДИ 33,2-41,4) и

35,9%(95%ДИ 31,4-40,7%) соответственно ($p>0,05$). А в однородных по полу и возрасту стратах АГ одинаково часто регистрировалась у сельских и у городских жителей; ее распространенность увеличивалась с возрастом, достигая показателей 95-100% среди женщин старше 70 лет (рис 3).

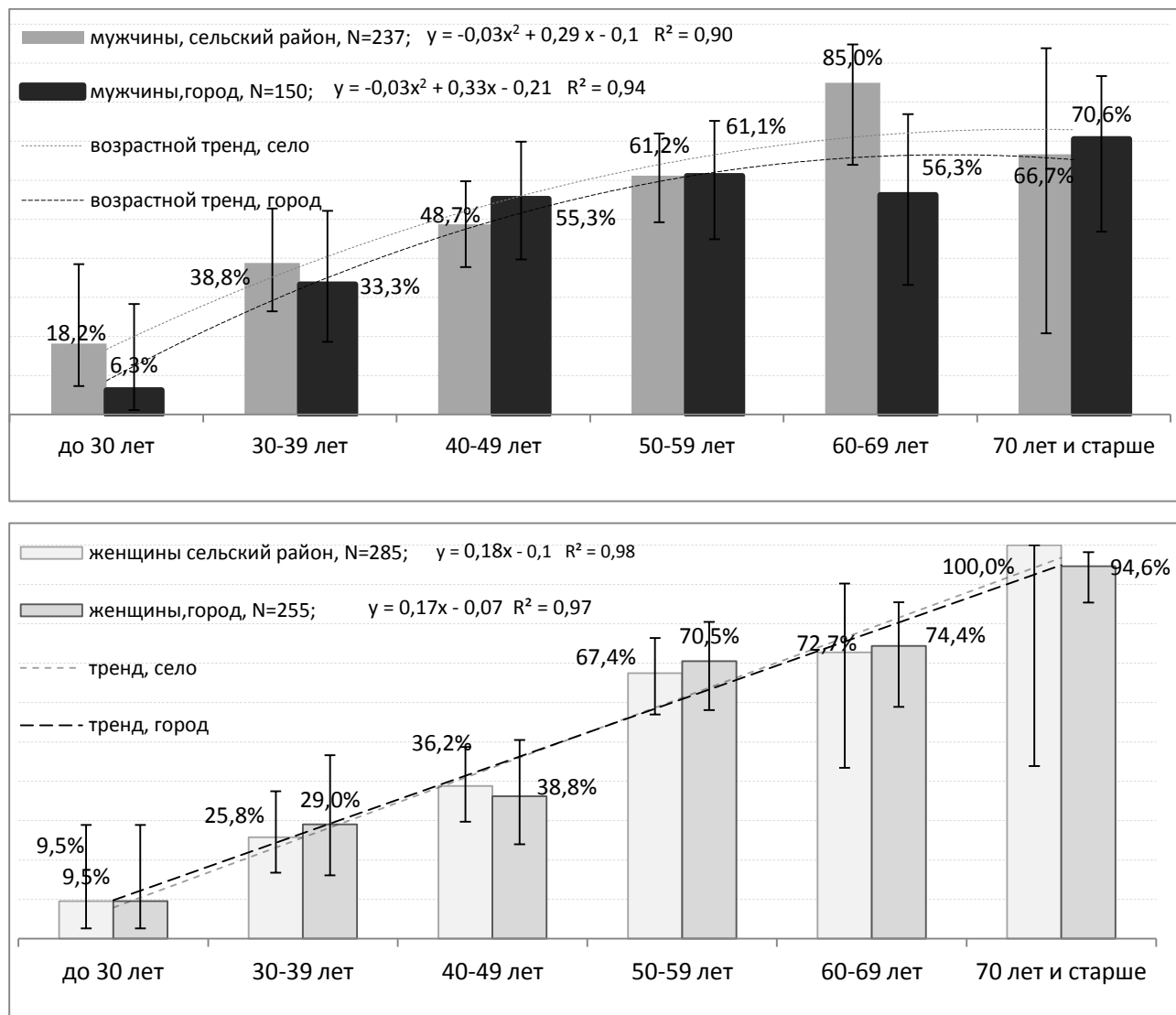


Рисунок 3. Доля лиц с артериальной гипертензией в изучаемых популяциях в зависимости от пола и возраста.

Примечание: Размах — величина 95% доверительного интервала. Пунктиром отмечены линии возрастного тренда показателей частоты АГ. Во всех уравнениях аппроксимации: y — процент лиц с АГ, x — ранговая величина возраста обследованных, R^2 — величина достоверности аппроксимации.

Изменение частоты АГ с возрастом имело характер статистически достоверного тренда (критерий χ^2 -тренд $p<0,01$). Однако если у женщин данный тренд был практически линейным на селе и в городе (см. уравнения на Рисунке 3,

$p < 0,01$), то у мужчин зависимость носила нелинейный характер: прирост частоты АГ замедлялся среди мужчин наиболее старших возрастных групп) (Рисунок 3).

При этом у мужчин и женщин-ровесников практически всех возрастных групп внутри одной популяции АГ также встречалась с одинаковой частотой ($p > 0,05$). Одна категория граждан составила исключение: респонденты старше 70 лет. Среди горожанок этого возраста АГ регистрировалась достоверно чаще, чем у мужчин-ровесников (в 94,6% случаев против 70,6%, $p = 0,005$), а среди сельских жительниц — недостоверно чаще (в 100% против 66,7%, $p > 0,05$). Причиной этих различий была уже указанная тенденция к замедлению прироста частоты АГ, наблюдаемая нами у мужчин, «перешагнувших» 60-70-летний рубеж, и продолжающая нарастать частота АГ среди пожилых женщин города и села.

При оценке ассоциаций АГ с изучаемыми факторами было обнаружено следующее. Частота АГ была выше в 2,4-2,6 раза у лиц с ожирением, причем как на селе (ОШ 2,6 (95%ДИ 1,6-4,2, $p < 0,001$)), так и в городе (ОШ 2,4; 95%ДИ 1,2-4,9, $p = 0,01$). Кроме того, АГ встречалась практически вдвое чаще у городских респондентов с небольшим уровнем дохода (менее 1 и 1-2 прожиточных минимумов на человека в месяц) в сравнении с более обеспеченными горожанами: ОШ 2,1(95%ДИ 1,4-3,2), $p < 0,001$. На селе зависимости между АГ и уровнем дохода выявлено не было — ОШ 1,2(95%ДИ 0,8-1,95, $p > 0,05$). Другие социо-демографические параметры (уровень образования, наличие работы, семейное положение и количество детей) не влияли на частоту АГ ни в городе, ни на селе.

Частота симптомов стенокардии напряжения (Таблица 9) в сельском районе (13%) и в городе (15,6%) отличалась недостоверно и была втрое меньшей, чем частота АГ($p < 0,001$). При этом если у городских и сельских мужчин их превалентность была сопоставимой, то среди городских женщин в целом симптомы стенокардии напряжения встречались достоверно чаще, чем у жительниц села. Однако стандартизованный показатель частоты стенокардии напряжения на селе и в городе отличался недостоверно, составляя соответственно 8,7% (95% ДИ 6,6-11,4%), и 9,5%(95% ДИ 7-12,7%) ($p > 0,05$). А в однородных по полу и возрасту стратах (Рисунок 4) частота симптомокомплекса стенокардии

напряжения была сопоставимой на селе и в городе ($p > 0,05$). Она нарастала с возрастом среди мужчин обеих популяций, а также среди городских женщин, хотя и не так существенно, как частота АГ (см. уравнения аппроксимации на графиках) (критерий χ^2 -тренд $p < 0,05$) (Рисунок 4). Среди сельских женщин тенденции к изменению частоты стенокардии с возрастом не было выявлено (критерий χ^2 -тренд $p > 0,05$).

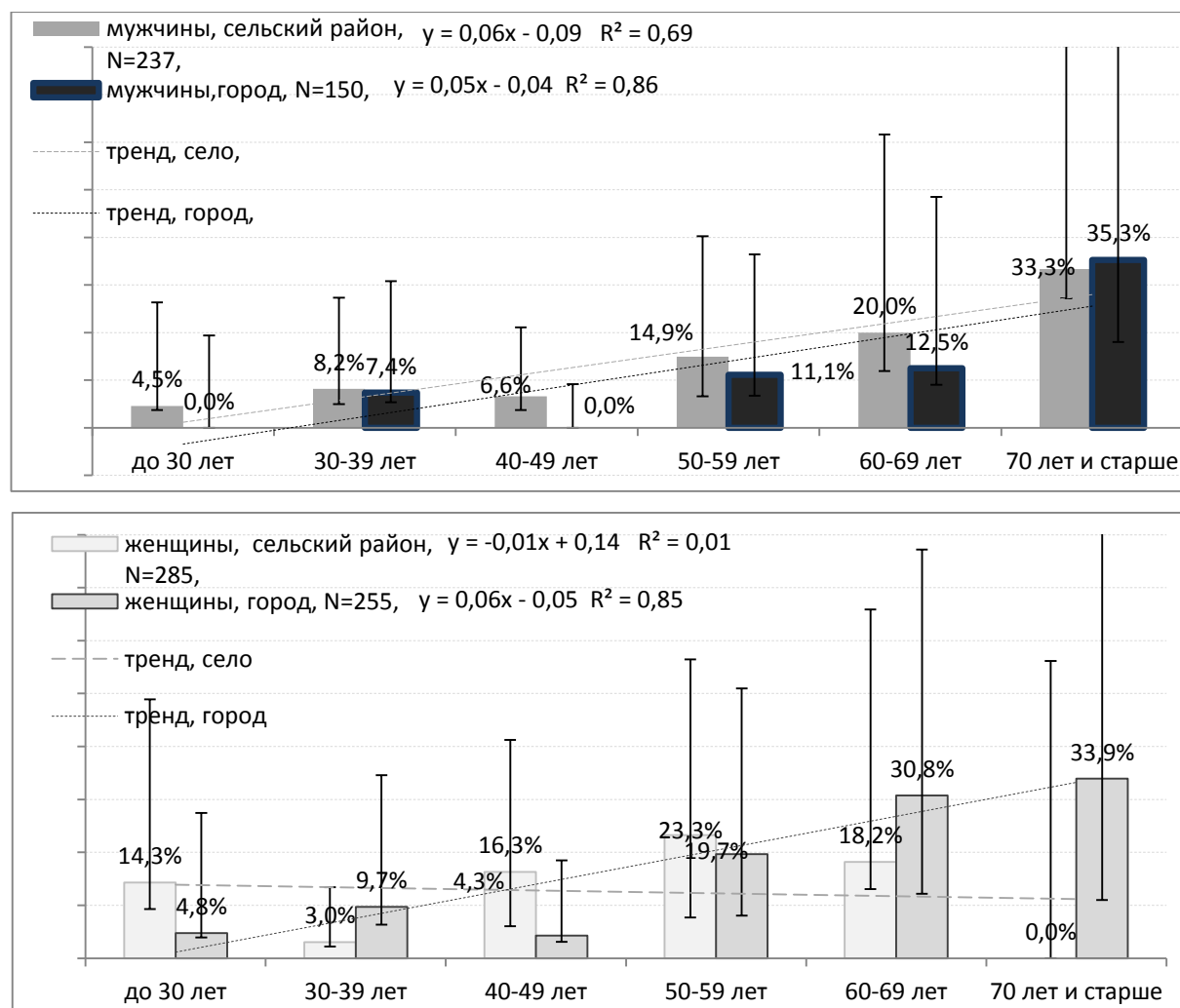


Рисунок 4. Доля лиц с симптомокомплексом стенокардии напряжения в изучаемых популяциях в зависимости от пола и возраста

Примечание: Размах — величина 95%ДИ. Пунктиром отмечены линии возрастного тренда показателей частоты стенокардии напряжения; В уравнениях аппроксимации y — частота стенокардии напряжения, x — ранговая величина возраста, R^2 величина достоверности аппроксимации

Вероятность стенокардии у респондентов повышали следующие факторы: наличие АГ — ОШ 2,9(95% ДИ 1,7-5,0; $p < 0,05$) и 5,9(95% ДИ 2,8-15,2; $p < 0,001$) для

села и города соответственно; наличие ожирения — ОШ 3,04(95% ДИ 1,7-5,4; $p < 0,05$) и 2,1(95%ДИ 1,0-4,2, $p = 0,045$) для села и города соответственно. Кроме того, увеличение частоты стенокардии напряжения было ассоциировано с такими параметрами, как "доход ниже одного прожиточного минимума в месяц на человека" и "начальное образование". Но также, как и в случае с АГ, эти ассоциации имели место только среди горожан: ОШ для города — 5,1 (95%ДИ 2,4-11; $p < 0,001$) и 3,8(95%ДИ 2,2-6,8; $p < 0,001$) соответственно ОШ для села 1,2 (95%ДИ 0,7-2,2; $p > 0,05$) и 0,78(95%ДИ 0,3-1,8; $p > 0,05$) соответственно. Наличие/отсутствие работы и семейный статус не влияли на частоту симптомов стенокардии ни в городе, ни на селе. Курение также не ассоциировалось с симптомами стенокардии ОШ 0,8(95% ДИ 0,5-1,4) для села и 0,5(95% ДИ 0,03-1,02) для города.

Частота выявленных хронических респираторных нарушений на селе и в городе не различалась, составляя 4,98% и 6,2% соответственно. В сравнении с женской частью популяции, респираторные нарушения у мужчин встречались на селе недостоверно, а в городе достоверно чаще (Таблица 9). Существенной возрастной динамики в частоте симптомов ХОБЛ и бронхиальной астмы не наблюдалось — тенденция к увеличению частоты респираторных расстройств в старших возрастных группах не была статистически значимой в обеих популяциях (критерий χ^2 -тренд $p > 0,05$). Стандартизованный показатель распространенности респираторных нарушений для села и города тоже был сопоставим: 2,9% (95%ДИ 1,8-4,7%) и 4,4%(95%ДИ 2,8-6,9% $p > 0,05$) соответственно.

И на селе, и в городе хронические респираторные расстройства были ассоциированы с курением: на селе ОШ 2,6(95% ДИ 1,2-6,8, $p < 0,01$); в городе ОШ 4,1(95% ДИ 1,8-9,4 $p < 0,001$). Тренд в сторону снижения частоты респираторных расстройств по мере роста образования (более выраженный среди горожан) и доходов не достигал, тем не менее, уровня статистической достоверности ни в городе, ни на селе (критерий χ^2 -тренд $p > 0,05$) (Рисунки 5 - 6).

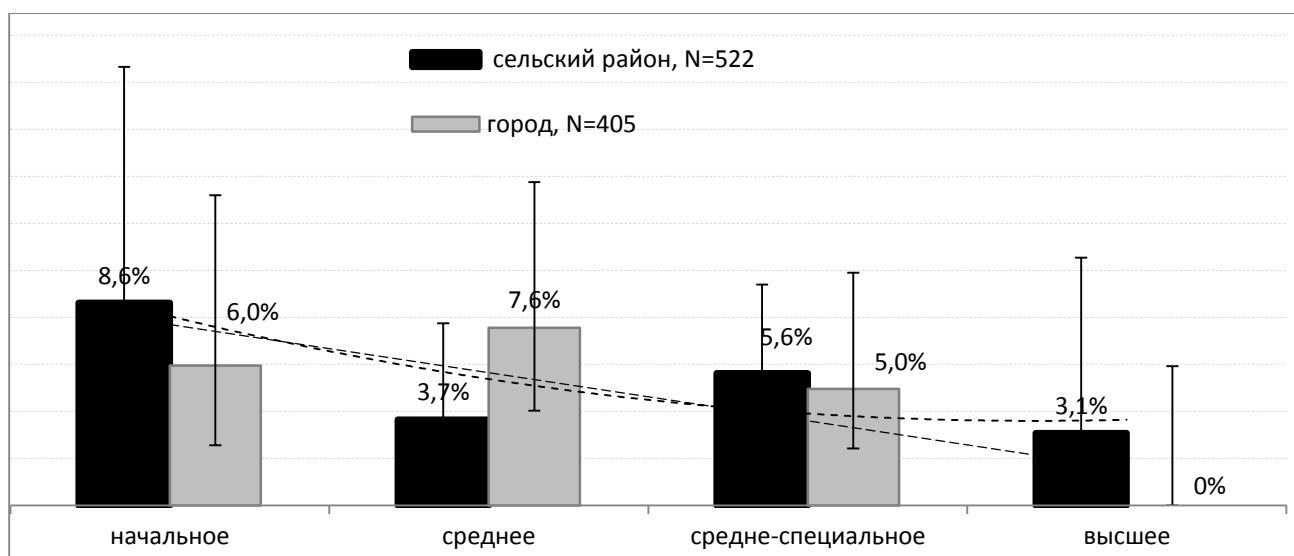


Рисунок 5. Частота хронических респираторных расстройств среди обследованных в зависимости от уровня образования.

Примечание: Размах — величина 95%ДИ

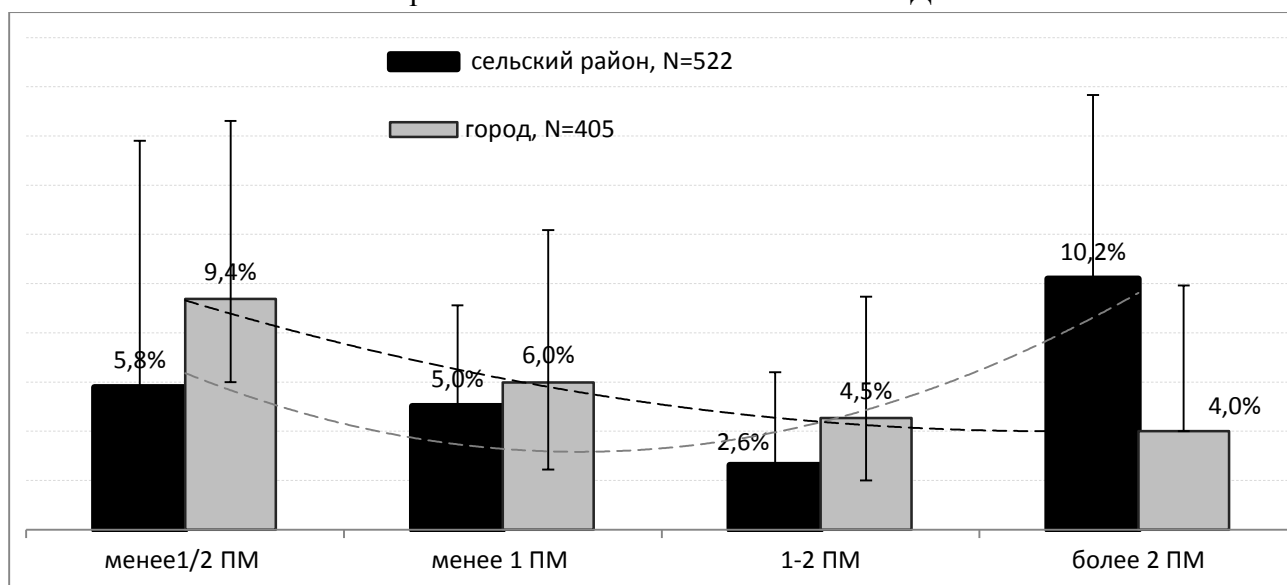


Рисунок 6. Частота хронических респираторных расстройств среди обследованных, в зависимости от их финансового статуса в пересчете на количество прожиточных минимумов на 1 члена семьи (ППМ) в месяц.

Примечание: Размах — величина 95%ДИ

Таким образом, среди обследованного городского и сельского населения практически каждый второй имел повышенное артериальное давление. Место проживания и пол граждан не отражались на показателях частоты АГ, однако последняя нарастала прогрессивно с возрастом у лиц обоего пола, причем как в городе, так и на селе. Возрастной прирост частоты АГ замедлялся только среди мужчин старше 70 лет, что и обусловило гендерные различия в ее превалентности,

наблюдаемые в самой старшей возрастной группе. Эти различия достигали степени статистической достоверности среди горожан, несмотря на сравнительно небольшое количество наблюдений. Частота симптомокомплекса стенокардии напряжения в популяции была втрое ниже, чем частота АГ. Вместе с тем, эти симптомы были выявлены не менее чем у 10% обследованных. Гендерно-возрастное распределение этого показателя имело тот же паттерн, что и АГ, хотя и с менее явным нарастанием превалентности с возрастом ($p < 0,05$). Наименьшую распространенность из изучаемых проблем имели хронические респираторные нарушения. Тем не менее, кашель с мокротой и одышка на протяжении не менее чем 3 месяцев году беспокоили каждого двадцатого респондента. Для этой патологии была выявлена незначительная разница в частоте между мужчинами и женщинами и отсутствие явных возрастных колебаний.

Также удалось обнаружить, что статистически достоверные ассоциативные связи между частотой изучаемых ХНИЗ и социо-демографическими факторами имели бóльшую силу и были статистически достоверны преимущественно в городской популяции. Так, только среди горожан отмечалась положительная ассоциация между частотой АГ и низким доходом; частотой стенокардии и низким уровнем дохода и образования. Ассоциация хронических респираторных расстройств и курения в городе также были более сильными.

ГЛАВА 5. ФАКТОРЫ РИСКА ИЗУЧАЕМЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ, ИХ ГЕНДЕРНО-ВОЗРАСТНЫЕ АСПЕКТЫ, АССОЦИАЦИИ С ХНИЗ И СОЦИАЛЬНЫМ СТАТУСОМ ОБСЛЕДОВАННЫХ

При анализе изучаемых факторов риска ХНИЗ — ожирения и избыточной массы тела, курения, злоупотребления алкоголем — были выявлены следующие особенности изучаемых территорий (Таблица 10).

Таблица 10.

Частота факторов риска хронических неинфекционных заболеваний в изучаемых
популяциях

	Количество лиц с хроническими неинфекционными заболеваниями и их факторами риска, (чел.) в скобках – доля лиц в процентах и 95% доверительный интервал доли, %					
	Сельская территория			Город		
	Мужчины N=237	Женщины N=285	Общий показатель N=522	Мужчины N=150	Женщины N=255	Общий показатель N=405
Ожирение и избыточная масса тела	82 ^x (34% 28,3-42)	143* (50,2% 44,4-55,9)	225** (43,1% 38,9-47,4)	44 (29,3% 22,6-37)	93 (36,5% 30,8-42,5)	137 (33,8% 29,4-38,6)
Курение	148 ^{xxx} (62,4% 56,1-68,3)	18 (6,3% 4,0-9,7)	166 (31,8% 28-35,9)	102 ^{xxx} (68,0% 60,2-75)	16 (6,3% 3,9-10)	118 (29,1% 24,9-33,7)
Вероятное злоупотребление алкоголем	104 ^{** xxx} (43,9% 37,7-55,2)	31 (10,9% 6,8-19)	135 ^{***} (25,9% 22,3-29,8)	42 ^{xxx} (28,0% 21,4-35,7)	13 (5,1% 3-8,5)	55 (13,6% 8,8-16)

^x – различия между мужчинами и женщинами внутри популяции $p < 0,05$

^{xxx} – различия между мужчинами и женщинами внутри популяции $p < 0,001$

* – различия, в сравнении с городской популяцией $p < 0,05$

** – различия, в сравнении с городской популяцией $p < 0,01$

*** – различия, в сравнении с городской популяцией $p < 0,001$

Доля лиц с избыточной массой тела (ИМТ) и ожирением на селе была выше, чем в городе, почти в 1,5 раза $p < 0,001$ (Таблица 1). При этом не знали свой рост и/или вес 25,5% сельских жителей и 30,9% горожан ($p < 0,05$). При дальнейшем анализе выяснилось, что городские респонденты, не знавшие роста и веса, были старше сельских (медиана 56 лет (ИКИ 45-73) и 46 лет (ИКИ 38-53) соответственно ($p < 0,001$); среди них было больше женщин: 64,0% (80 чел., 95%ДИ 55-72%) против 51,5% на селе (67 чел, 95%ДИ 43-60%) соответственно, $p < 0,005$; и лиц с начальным

образованием: 31%, (39 чел., 95%ДИ 23,7-39,8%) против 15,4% на селе (20 чел., 95%ДИ 10,2-22,6%) соответственно, $p < 0,005$. Поправка на гендерный состав популяций выявила также, что межпопуляционные различия в весе были связаны только с ответами женщин (Рисунок 7), а структура мужской части сельской и городской популяций по показателю «индекс массы тела» была сопоставимой ($\chi^2 p > 0,05$). Так, доля горожанок, на основании ответов которых была констатирована избыточная масса тела или ожирение, была в 1,4 раза меньше ($p < 0,05$), чем доля сельских жительниц с избыточной массой тела и ожирением. В свою очередь, выше (в 1,3 раза, $p < 0,05$) была доля горожанок, ответивших, что не знают свой рост и вес.

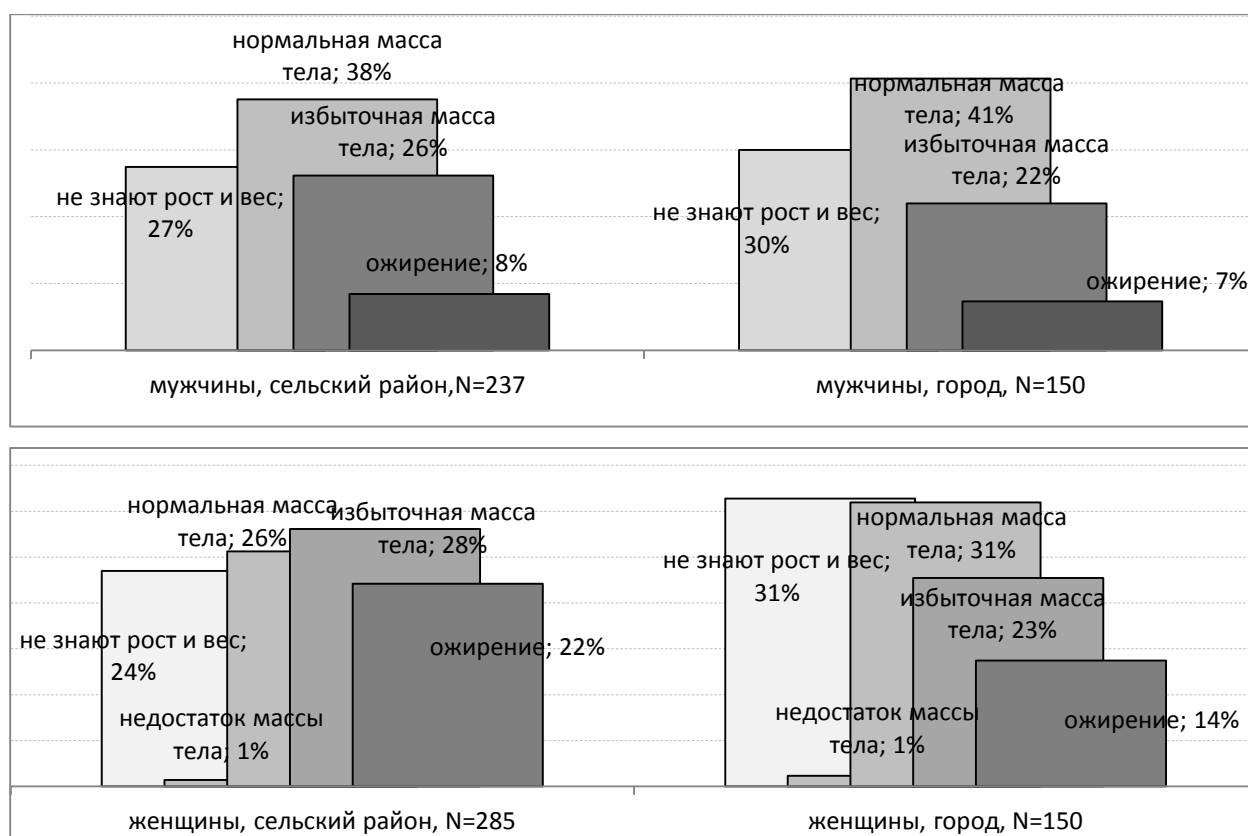


Рисунок 7. Структура сельской и городской популяций по показателю «индекс массы тела».

Примечание: Межпопуляционные различия в распределении: у мужчин $p = 0,76$, у женщин $p = 0,002$

Мы проанализировали гендерно-возрастные особенности распределения таких рисков, как ожирение и избыточная масса тела по отдельности и в комплексе (фактор, называемый в дальнейшем «избыточный вес или ожирение»).

Межпопуляционные различия в частоте и распределении этих факторов после поправки на возрастно-половой состав изучаемых территорий полностью утратили свою значимость. Распространенность избыточного веса, ожирения и фактора «избыточная масса тела или ожирение» в стратах из лиц одного пола и возраста на селе и в городе была сопоставимой ($p > 0,05$).

Однако были выявлены внутривнутрипопуляционные гендерные различия в распределении рисков, причем только для фактора «ожирение» (не «избыточная масса тела»), что представлено на Рисунке 8. Как свидетельствует данный рисунок, доля сельских женщин с ожирением была выше, чем сельских мужчин с ожирением (верхняя диаграмма) во всех возрастных категориях в 2-3 раза, однако степени достоверности эти различия достигали только среди 40-49 летних ($p < 0,05$) и 50-59-летних сельчан ($p < 0,001$). В городе (нижняя диаграмма) процент женщин с ожирением тоже был выше, чем соответствующий показатель мужчин. Среди горожанок 60-69 лет гендерные различия были наибольшими, однако и в этой ($p = 0,07$), и в других возрастных группах горожан ($p > 0,05$) они также не достигали характера статистической значимости, вероятнее всего, из-за небольшого количества обследованных респондентов-мужчин данного возраста и респондентов-женщин данного возраста, знавших свой рост и вес.

Рисунок 8 демонстрирует также возрастные аспекты распределения ожирения в популяциях. Частота ожирения на селе среди молодых была очень незначительной, но достоверно нарастала от наименьшего у самых молодых сельчан до "плато" среди лиц 50-69 лет (для возрастного промежутка 25-69 лет уравнение аппроксимации $y = -0,01x^2 + 0,13x - 0,03$; $R^2 = 0,95$ для женщин; $y = -0,01x^2 + 0,09x - 0,07$; $R^2 = 0,89$ для мужчин (критерий χ^2 -тренд $p < 0,05$ для обоих полов). Затем наблюдалось достоверное снижение частоты данного фактора риска. Среди небольшого количества сельчан старше 70 лет, попавших в выборку, не было ни одного с ожирением. В городе также наблюдался медленный, но достоверный прирост доли лиц с ожирением с увеличением возраста респондентов — от наименьшего у самых молодых участников исследования до максимального среди лиц 60-69 лет (для возрастного промежутка 25-69 лет уравнение аппроксимации

$y=0,05x^2-0,2098x+0,2786$; $R^2=0,9239$ для женщин и $y=0,0123x^2-0,0239x+0,0412$; $R^2=0,78$ для мужчин; критерий χ^2 – тренд $p<0,05$). Затем среди лиц старше 70 лет, как и на селе, наблюдалось достоверное снижение частоты ожирения: среди мужчин до 5,9%, у женщин до 8,9%. Среди горожан, «перешагнувших» 80-летний рубеж, только у одной женщины были параметры роста и веса, соответствующие ожирению 1 степени.

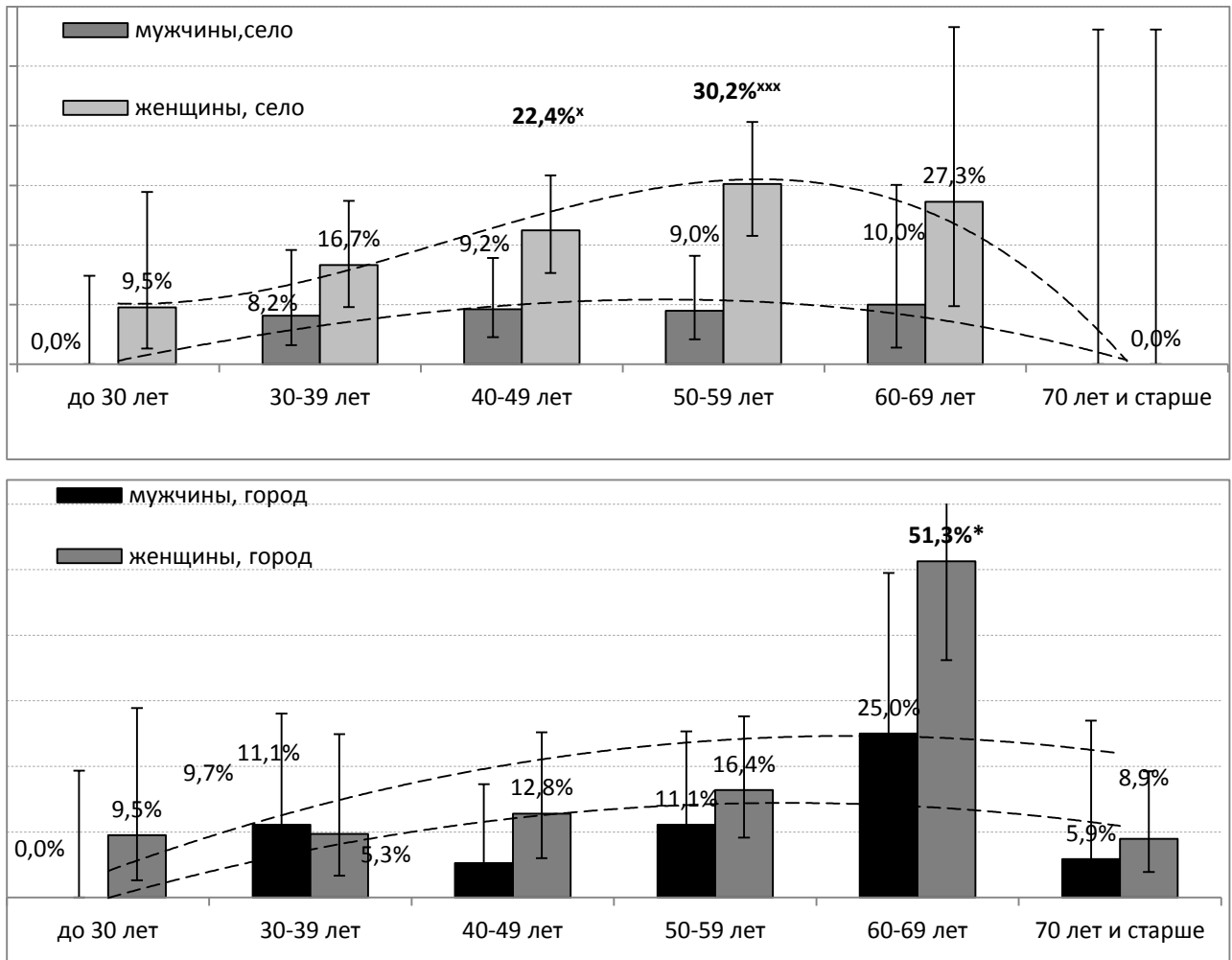


Рисунок 8. Гендерно-возрастные особенности распределения ожирения в сельской (вверху) и в городской (внизу) популяциях;

Примечание: Размах — величина 95%ДИ

^x — внутрипопуляционные гендерные различия для данного возраста $p<0,05$;

^{xxx} — внутрипопуляционные гендерные различия $p<0,001$

^{*} — различия в частоте ожирения, в сравнении с другими возрастными категориями $p<0,001$

Кроме того, среди женщин-горожанок 60-69 лет процент лиц с ожирением (51,3%) был достоверно выше в сравнении как с более молодыми (16,4%), ($p < 0,001$), так и с более пожилыми городскими жительницами (8,9%), ($p < 0,001$).

Относительно взаимосвязей ожирения с изучаемыми ХНИЗ, было обнаружено следующее. Как отмечалось выше, среди лиц с ожирением значительно чаще выявлялась АГ, причем, как на селе (ОШ 2,6; 95%ДИ 1,6-4,2; $p < 0,001$), так и в городе (ОШ 2,4; 95%ДИ 1,2-4,9; $p = 0,01$). Среди лиц с ожирением было больше и тех, кто имел симптомы стенокардии напряжения (ОШ для села 3,04 (95% ДИ 1,7-5,4; $p < 0,05$) для города 2,1(95%ДИ 1,0-4,2, $p = 0,045$) соответственно. Ассоциации с хроническими респираторными нарушениями не достигали уровня статистической значимости ни на селе — ОШ 2,5; (95%ДИ 1,0-5,9; $p > 0,05$), ни в городе — ОШ 1,3;(95%ДИ 0,4-4,6 $p > 0,05$).

Как потенциальные психосоциальные детерминанты ожирения и избыточного веса нами рассматривались уровень образования, доходов, наличие работы, семейный статус участников исследования.

Выяснилось, что общий процент сельских жителей, имевших такие однонаправленные метаболические сдвиги, как ожирение или избыточный вес, прогрессивно увеличивался по мере возрастания показателя уровня их образования (рис 9): от 29,3% среди наименее образованных лиц (58чел., 95%ДИ 19-42%) до 55,7% среди сельчан с высшим образованием (61 чел., 95%ДИ 43,3-68%). Эта тенденция наблюдалась как среди мужчин (критерий χ^2 $p < 0,05$, см. уравнение аппроксимации на Рисунке 9), так и среди женщин (критерий χ^2 $p < 0,001$, см. уравнения аппроксимации на Рисунке 9), что отразилось и на общепопуляционном тренде ($p < 0,05$). Среди жителей города взаимосвязей между уровнем образования респондентов и частотой ожирения, избыточного веса, и фактором «избыточный вес или ожирение» выявлено не было (Рисунок 9) (критерий χ^2 —тренд $p > 0,05$).

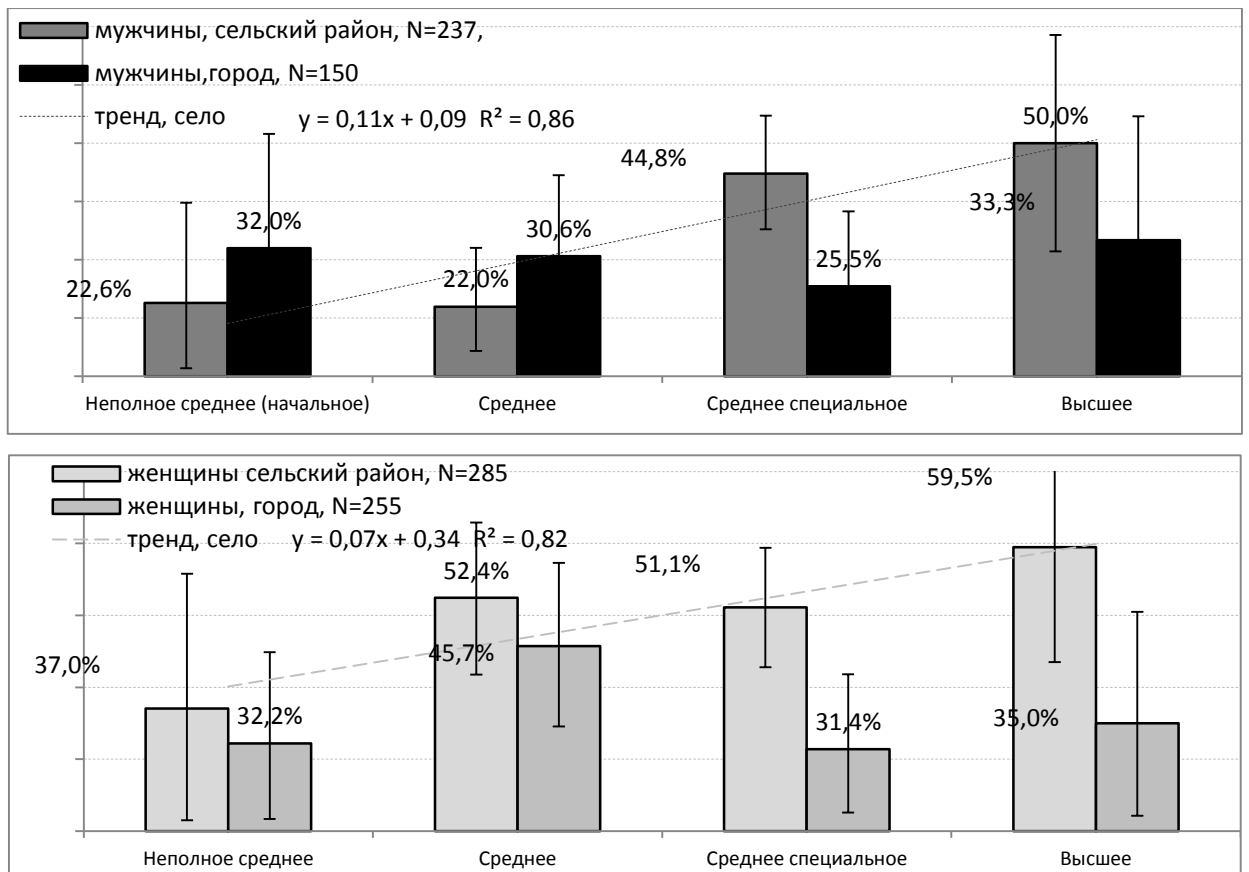


Рисунок 9. Доля лиц с избыточным весом и ожирением в изучаемых популяциях, в зависимости от уровня образования;

Примечание: Размах — величина 95%ДИ. В уравнении аппроксимации y — доля лиц с избыточным весом или ожирением, x — ранговая величина уровня образования, R^2 — показатель достоверности аппроксимации

Кроме того, были выявлены ассоциации фактора «избыточный вес или ожирение» с показателями финансового статуса обследованных (рис 10), наблюдаемые, однако, как и в ситуации с образованием, только среди сельских жителей. Так, только среди сельских мужчин и сельских женщин доля лиц с избыточным весом или ожирением линейно нарастала с увеличением их финансового благополучия ($p < 0,05$). У городских жителей подобных закономерностей не было. Наличие или отсутствие работы, равно как и семейное положение не сказывались на доле лиц с изучаемыми нарушениями пищевого статуса.

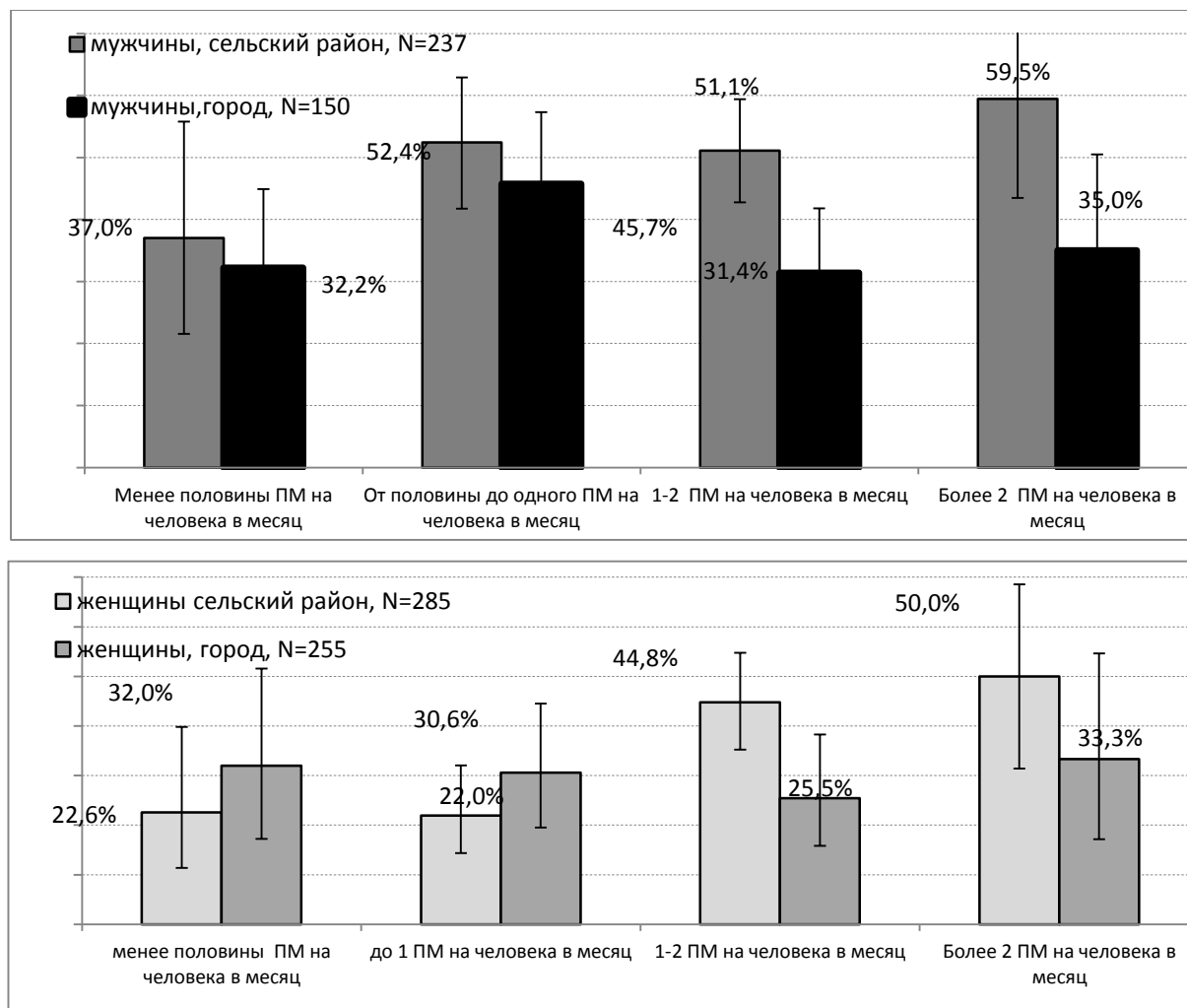


Рисунок 10. Доля лиц с избыточным весом и ожирением в изучаемых популяциях в зависимости от уровня дохода.

Примечание: размах — величина 95%ДИ

Ограничив категорию респондентов, имевших избыточный вес, только до тех, кто имел ожирение, мы выяснили, что среди лиц всех образовательных уровней и финансового статуса доля лиц с ожирением была представлена одинаково как на селе, так и в городе ($p > 0,05$) (Таблицы 11 и 12). Лишь при внесении поправки на гендерный состав территорий были выявлены некоторые особенности. Среди сельчан с начальным образованием мужчин с ожирением было больше, чем женщин ($p < 0,05$), тогда как среди сельских жителей со средним и средне-специальным образованием, наоборот, доля женщин с ожирением превышала таковую среди мужчин более чем в 2,5 раза ($p < 0,001$). В городе среди лиц со средним образованием женщины с ожирением также были представлены несколько больше, чем мужчины.

Таблица 11

Частота ожирения в изучаемых популяциях в зависимости от уровня образования граждан

Образование	Количество лиц с ожирением (чел.) в скобках – доля лиц в процентах в данной категории и 95% доверительный интервал доли, %					
	Сельская территория			Город		
	Мужчины N=237	Женщины N=285	Общий показатель N=522	Мужчины N=150	Женщины N=255	Общий показатель N=405
Неполное среднее (начальное)	5 (16%) 7,1-32,6)	0 ^x (0%) 0,0-12,5)	5 (9%) 3,7-18,6)	1 (4%) 0,7-19,5)	7 (12%) 5,9-22,5)	8 (10%) 4,9-17,7)
Среднее	5 (6%) 2,6-13,5)	22 ^{xxx} (27%) 18,4-37,3)	27 (16%) 11,6-22,9)	4 (8%) 3,2-19,2)	15 ^x (21%) 13,4-32,4)	19 (16%) 10,5-23,6)
Среднее специальное	9 (9%) 5,0-16,9)	31 ^{xx} (23%) 16,7-30,7)	40 (17%) 13,0-22,7)	3 (5%) 1,9-14,9%	9 (10%) 5,6-18,7)	12 (9%) 4,9-14,3)
Высшее	4 (17%) 6,7-35,9)	6 (16%) 7,7-31,1)	10 (16%) 9,2-27,6)	2 (10%) 2,7-28,0)	3 (8%) 2,6-19,9)	7 (11%) 5,7-21,8)
Всего лиц с ожирением	23 (9,7%) 6,6-14,1)	59 (20,8%) 14,1-16,5)	82 (15,7%) 12,9-19,1)	10 (6,7%) 3,7-11,8)	34 (12,9%) 9,4-17,6)	46 (10,9%) 8,2-14,3)

^x – различия между мужчинами и женщинами внутри популяции $p < 0,05$

^{xx} – различия между мужчинами и женщинами внутри популяции $p < 0,01$

^{xxx} – различия между мужчинами и женщинами внутри популяции $p < 0,001$

Внутрипопуляционные гендерные особенности, характеризующие частоту ожирения среди лиц с разным финансовым статусом, ограничивались большей долей женщин с ожирением среди наименее обеспеченных сельчан (доход менее 1 ПМ на человека в месяц) (Таблица 12).

Межпопуляционных достоверных различий в частоте ожирения среди лиц с разным финансовым статусом выявить не удалось (Таблица 12)

Частота ожирения в изучаемых популяциях в зависимости от уровня дохода граждан в пересчете на количество прожиточных минимумов (ПМ) на человека в месяц

Доход на члена семьи	Количество лиц с ожирением (чел.) в скобках – доля лиц в процентах в данной категории и 95% доверительный интервал доли, %					
	Сельская территория			Город		
	Мужчины N=237	Женщины N=285	Общий показатель N=522	Мужчины N=150	Женщины N=255	Общий показатель N=405
Менее половины ПМ	3 (6,1% 2,1-16,5)	2 ^x (27,8% 18,8-39,0)	23 (19,0% 13,0-26,9)	1 (12,5% 2,2-47,1)	3 (12,5% 4,3-31,0)	4 (12,5% 5,0-28,1)
От половины до одного ПМ	7 (8,2% 4,0-16,0)	25 ^x (21,9% 15,3-30,4)	32 (16,1% 11,6-21,8)	2 (5,7% 1,6-18,6)	9 (11,0% 5,9-19,6)	12 (10,3% 6,0-17,1)
1-2 ПМ	6 (7,9% 3,7-16,2)	12 (15,8% 9,3-25,6)	18 (11,8% 7,6-17,9)	4 (5,9% 2,3-14,2)	18 (16,7% 10,8-24,8)	22 (12,5% 8,4-18,2)
Более 2 ПМ	4 (14,8% 5,9-32,5)	5 (22,7% 10,1-43,4)	9 (18,4% 10,0-31,4)	3 (7,7% 2,7-20,3)	3 (8,3% 2,9-21,8)	6 (8,0% 3,7-16,4)
Всего лиц с ожирением	23 (9,7% 6,6-14,1)	59 (20,8% 14,1-16,5)	82 (15,7% 12,9-19,1)	10 (6,7% 3,7-11,8)	34 (12,9% 9,4-17,6)	46 (10,9% 8,2-14,3)

^x – различия между мужчинами и женщинами внутри популяции $p < 0,05$

На вопросы о курении ответили 904 чел. (97,5% опрошенных). Среди отказавшихся отвечать (23 чел.; 5 на селе и 17 в городе) большинство составляли женщины — 82,7% (4 сельских и 15 городских жительниц). Общая частота курения на селе была сопоставима с показателями города: 31,8% (166 чел.) и 29,1% (118 чел.) соответственно, $p > 0,05$, (Таблица 10).

В обеих популяциях женщины курили почти в 10 раз реже мужчин ($p < 0,001$), что отражено в Таблице 10 и на Рисунке 11.

Из Рисунка 11 также следует, что сельские мужчины трудоспособного возраста курили одинаково часто: в 56,6-72,2% случаев (χ^2 -тренд для данного возрастного промежутка $p > 0,05$). Однако среди сельских мужчин старше 70 лет процент курящих был существенно ниже (33,3%), хотя различия в частоте не

достигли статистической достоверности, возможно, из-за малочисленности данной возрастной группы.

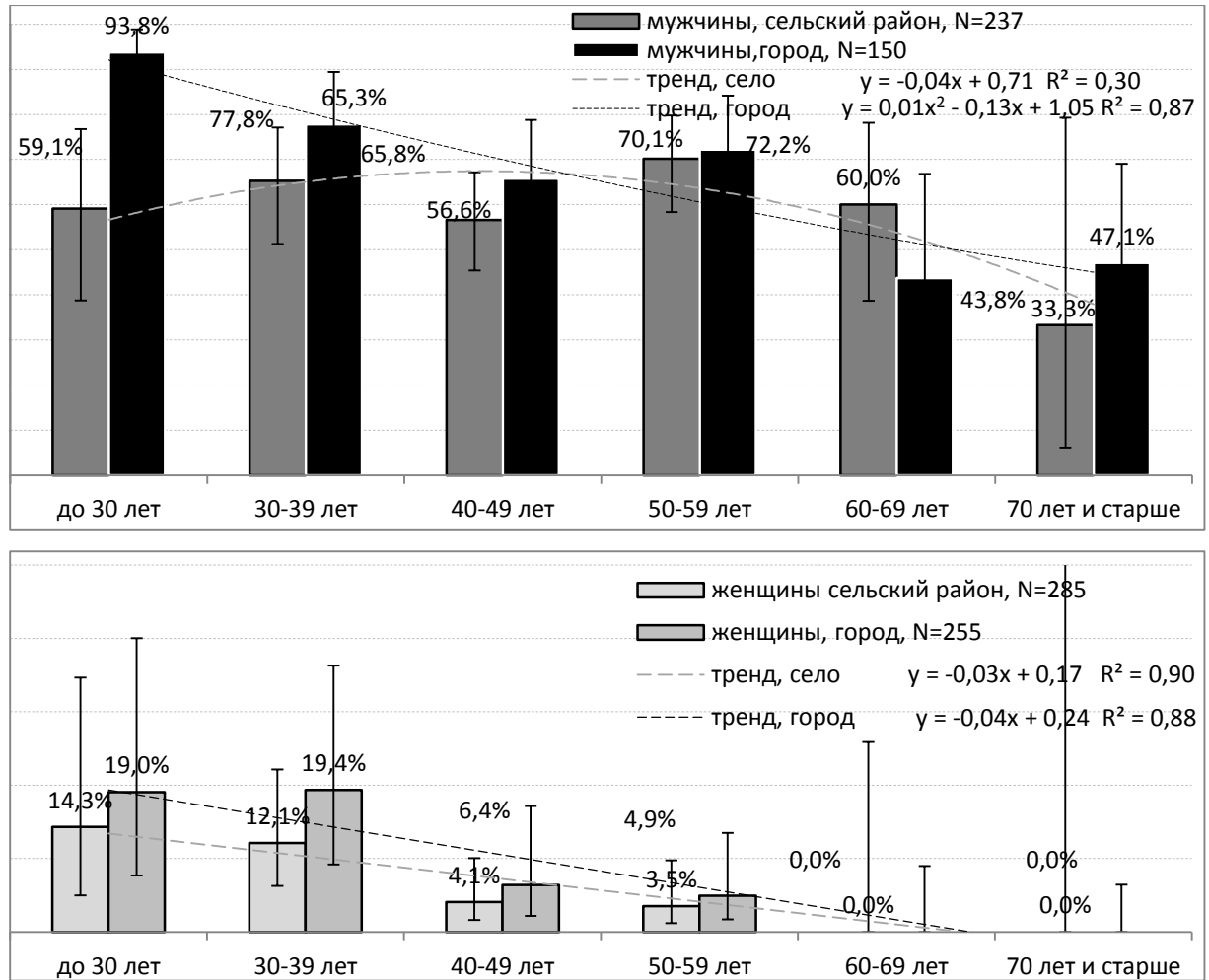


Рисунок 11. Доля курящих лиц в изучаемых популяциях в зависимости от пола и возраста; Размах — величина 95%ДИ

В уравнениях аппроксимации y — доля курящих лиц, x — ранговая величина возраста, R^2 — показатель достоверности аппроксимации

Доля курящих среди городских мужчин трудоспособного возраста падала с возрастом незначительно, но достоверно: с 93,8% у молодых лиц до 72,2% среди 50-69 летних. (χ^2 -тренд $p < 0,05$). Среди городских мужчин старше 60 лет доля курильщиков сократилась практически на треть и составила 43,8-47,1%, что было достоверно ниже, чем среди более молодых мужчин: ($p < 0,05$). Доля куривших женщин с возрастом также сокращалась, но незначительно и достоверно (χ^2 -тренд для обеих популяций, $p < 0,05$). Среди женщин старше 60 лет ни на селе, ни в городе, ни одна сообщила, что курит.

Средний стаж курения в обеих популяциях составил 20 лет (медиана показателей), у половины курильщиков он был от 10 до 32 лет. При этом желание бросить эту привычку высказали 64% (182 чел.), а попытки прекратить курение отметили 31% (88 чел.) курильщиков. Сообщили, что отказались от курения («бросили курить») 40 жителей села (7,7%; 95%ДИ 5,7-10,3%) и 20 горожан (4,9%; 95%ДИ 3,2-7,5%), межпопуляционные различия недостоверны.

Взаимосвязи курения и показателей уровня образования и дохода в изучаемых территориях характеризовались рядом закономерностей (Рисунки 12-13).

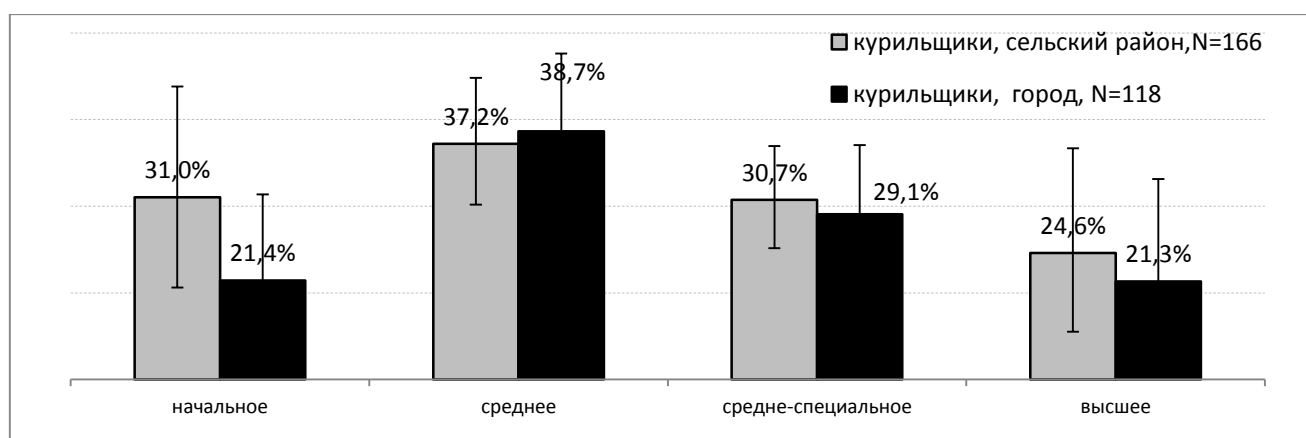


Рисунок 12. Доля курящих лиц в изучаемых популяциях в зависимости от уровня образования. Размах — 95% доверительный интервал доли

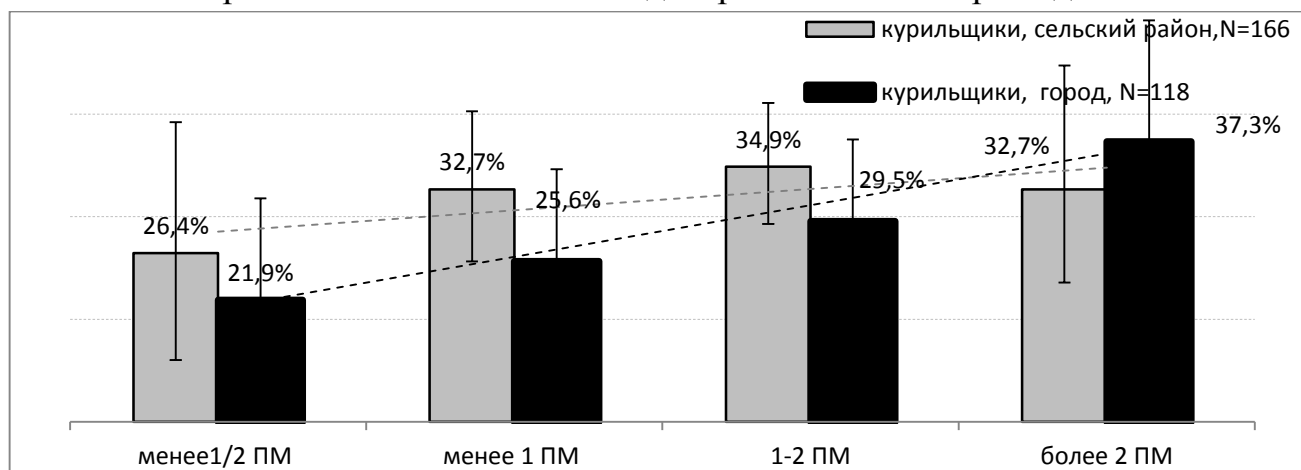


Рисунок 13. Доля курящих лиц в изучаемых популяциях в зависимости от уровня дохода, в пересчете на количество прожиточных минимумов (ПМ) на члена семьи в месяц. Размах — 95% доверительный интервал доли

Из данных рисунков следует, что процент курящих был наибольшим среди лиц со средним образованием в обеих популяциях. Люди с более низким и более

высоким образовательным уровнем курили меньше. По мере увеличения декларируемого уровня дохода (в перчете на количество ПМ на члена семьи в месяц) (Рисунок 13) процент курящих лиц достоверно нарастал в обеих популяциях ($p < 0,05$). Наиболее активно курящим (как мужчинам, так женщинам) давали совет бросить курить члены семьи; в 17,7% случаях — медицинские работники (врач и другой медицинский работник); реже — другие люди. Достоверной связи между курением и наличием АГ либо стенокардии ни на селе, ни в городе, не было обнаружено. Так, показатель ОШ по курению при АГ на селе составил 1,2 (95%ДИ 0,8-1,7); при стенокардии напряжения 0,8 (95%ДИ 0,5-1,4), $p > 0,05$. В городе соответствующие показатели составили 0,7 (95%ДИ 0,5-1,1) и 0,6 (95%ДИ 0,3-1,4) $p > 0,05$. Однако среди курящих лиц была выше распространенность хронических респираторных нарушений: на селе в 2,6 раз, а в городе в 4,1 раз. Показатель ОШ по курению при хронических респираторных нарушениях на селе и в городе был равен соответственно 2,6 (95% ДИ 1,2-6,8, $p < 0,01$) и 4,1 (95% ДИ 1,8-9,4 $p < 0,001$).

На вопросы об употреблении алкоголя ответили 474 сельских (90,9%) и 337 городских респондентов (83,2%). Среди отказавшихся отвечать 48 сельских жителей было 14 мужчин (29,2%), средний возраст 42,3 года и 34 женщины (71,8%), средний возраст 42,6 лет). Среди отказавшихся отвечать 68 горожан было 23 мужчины (33,8%), средний возраст 44,2 года, и 45 женщин (66,2%), средний возраст которых был 48,0 лет. Возрастно-половой состав отказавшихся отвечать на селе и в городе статистически достоверно не различался ($p > 0,05$).

Доля лиц, вероятно злоупотреблявших алкоголем, составила в сельской популяции 25,9%, а в городской — 13,6% ($p < 0,001$). Межпопуляционные различия были связаны, прежде всего, с ответами лиц старше 60 лет, среди которых показатели сельчан превышали аналогичные показатели городских жителей более чем втрое (Таблица 13). У мужчин симптомы, свидетельствующие о проблемах с алкоголем, выявлялись достоверно чаще и на селе, и в городе ($p < 0,001$) (Таблица 13). Двое мужчин из сельского района назвали алкоголизм в качестве единственного имеющегося у них хронического заболевания. Распространенность

Показатели распространенности злоупотребления алкоголем, согласно
вопроснику CAGE, в зависимости от возраста

	Сельский район, N=522		Город, N=405	
	Количество лиц, злоупотребляющих алкоголем	Доля в возрастной группе 95% ДИ	Количество лиц, злоупотребляющих алкоголем	Доля в возрастной группе и 95% ДИ
<30 лет	12	27,9% 16,7-42,7	7	18,9% 9,5-34,2
30-39 лет	32	27,8% 20,5-36,6-	12	20,7% 12,3-32,8
40-49 лет	45	25,9% 19,9-32,8-	17	20,0% 12,9-29,7
50-59 лет	36	23,5% * 17,5-30,8	13	13,4% 8,0-21,6
60-69 лет	9	29,0% * 16,1-46,6	3	5,5% ^x 1,9-14,9
>70 лет	1	16,7% * 3,0-56,4	3	4,1% ^x 1,4-11,4
всего	135	25,9% * 22,3-29,8	55	13,6% 10,6-17,3

^x- внутривнутрипопуляционные различия в сравнении с лицами до 50 лет, $p < 0,05$

* межпопуляционные различия, $p < 0,05$

симптомов злоупотребления алкоголем среди лиц разного возраста внутри сельской популяции была сопоставима. Но среди горожан старше 60 лет этот показатель снижался более чем в 2 раза, как в сравнении с лицами работоспособного возраста «своей» популяции, так и сельскими жителями ($p < 0,05$) (Таблица 13).

Ассоциации злоупотребления алкоголем с изучаемыми ХНИЗ, и их факторами риска представлены в Таблице 14. Из неё следует, что не только выявленные ХНИЗ (АГ, стенокардия напряжения), но и осведомленность о наличии хронического заболевания (АГ, ИБС, ХОБЛ, бронхиальной астмы или хронического бронхита, гастроинтестинальной патологии) — не влияли на частоту злоупотребления алкоголем, кроме незначительного снижения уровня опасного употребления спиртного среди горожан, сообщивших, что страдают болезнями, отнесенными к кластеру сердечно-сосудистых.

Ассоциации злоупотребления алкоголем с показателями частоты изучаемых ХНИЗ, их факторами риска и проблемами психического здоровья

Фактор	Сельский район, N=522			Город, N=405		
	Число ответов	Доля злоупотреблявших алкоголем (%)	ОШ; 95% ДИ	Число ответов	Доля злоупотреблявших алкоголем (%)	ОШ; 95% ДИ
Выявленная АГ	263	25,5	0,96	227	14,1	1,1
Нормальное АД	259	26,3	(0,6-1,4)	178	12,9	(0,6-2,0)
Стенокардия напряжения	68	20,6	0,7	63	11,1	0,8
Нет стенокардии	454	26,7	(0,4-1,3)	342	14,0	(0,3-1,8)
Хронические респираторные нарушения	26	50	3,1**	25	24,0	2,1
Нет респираторных нарушений	496	24,6	(1,4-6,8)	380	12,9	(0,8-5,6)
Курение	166	48,2	5,1***	118	35,6	11,7***
Не курящие	356	10,7	(3,3-7,7)	287	4,5	(5,9-22,8)
Ожирение или избыточный вес	225	20,9	0,6	137	16,1	1,3
Нормальный вес	165	29,7	(0,4-1)	143	12,6	(0,7-2,6)
Сообщили, что страдают хронич. заболеванием	284	26,8	1,1	248	13,3	0,9
Нет указания на хроническую болезнь	238	24,8	(0,7-1,6)	157	14,0	(0,5-1,7)
Указание на сердечно-сосудистое заболевание	113	23,0	0,8	108	6,5	0,4*
Нет указания на сердечно-сосудистое заболевание	409	26,7	0,5-1,3	297	16,2	(0,2-0,8)
Знающие, что страдают АГ	70	12,2	0,91	70	8,6	0,5
Нет указания на АГ	452	3,2	(0,5-1,6)	335	14,6	(0,2-1,3)
Указание на наличие ИБС	17	35,3	1,6	31	3,2	0,2
Нет указания на ИБС	505	25,5	(0,6-4,4)	374	14,7	(0-1,5)
Указание на наличие ХОБЛ, бронхиальной астмы или хр. бронхита	13	5,2	2,5	7	28,6	2
Нет указания на бронхолегочную патологию	509	25,2	(0,8-7,7)	398	13,3	(0,5-13,6)
Указание на болезнь ЖКТ	77	13,4	0,6	58	10,3	0,7
Нет указания на болезнь ЖКТ	445	3,2	(0,3-1,1)	347	14,1	(0,3-1,7)
Наличие детей	472	2,8	0,7	369	13,3	0,8
Детей нет	50	33,3	(0,4-1,3)	36	16,7	(0,3-1,9)
Наличие работы	378	24,3	0,8	245	17,1	2,3**
Не работающие	144	29,9	(0,5-1,2)	160	8,1	(1,2-4,5)

* — $p < 0,05$, в сравнении с респондентами, не злоупотребляющими алкоголем

** — $p < 0,01$, в сравнении с респондентами, не злоупотребляющими алкоголем

*** — $p < 0,001$, в сравнении с респондентами, не злоупотребляющими алкоголем

Только хронические респираторные нарушения у сельских жителей были ассоциированы с достоверным, более чем двукратным увеличением среди них лиц, вероятно злоупотребляющих алкоголем. У горожан наблюдалась подобная ассоциация, не достигшая, однако, степени статистической достоверности.

Из традиционных факторов риска ХНИЗ (Таблица 14) нами была однозначно доказана только ассоциативная связь злоупотребления алкоголем с курением – среди курильщиков частота нездорового употребления алкоголя была более чем в 4 раза выше, чем среди некурящих в обеих популяциях. Не влияли на показатели частоты злоупотребления алкоголем ни на селе, ни в городе ожирение, избыточная масса тела, семейный статус ($p > 0,05$ для всех факторов), наличие и количество детей ($p > 0,05$). Среди работающих горожан, однако, уровень злоупотребления алкоголем был выше, чем среди неработающих ($p < 0,001$). На селе была выявлена противоположная тенденция. Неработающие сельчане несколько чаще (недостоверно, $p > 0,05$, Таблица 14) имели признаки злоупотребления алкоголем. Причем из всех категорий неработающих сельских жителей доля злоупотребляющих алкоголем была наибольшей именно среди безработных лиц трудоспособного возраста (58,5% (95%ДИ 3,4-72,2%), 24 чел.), из которых большинство (21 чел., 87%, 95%ДИ 69-95,7%) составили мужчины. В городе из 7 лиц, назвавших себя безработными, опасный уровень употребления алкоголя был нами выявлен только у 2 мужчин (29%, 95%ДИ 8,2-64%, межпопуляционные различия $p < 0,01$).

С повышением уровня образования и ростом финансового благополучия доля лиц, злоупотребляющих алкоголем, сокращалась, хотя статистически достоверной эта тенденция была только для жителей села (Рисунок 14) ($p < 0,05$). Так, в сельском районе среди лиц, декларировавших ход на одного члена семьи меньше одного прожиточного минимума, распространенность проблем с алкоголем была в 2 раза выше, чем среди городских жителей ($39,7 \pm 4,4\%$ 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 выравнивались и были статистически сопоставимы.

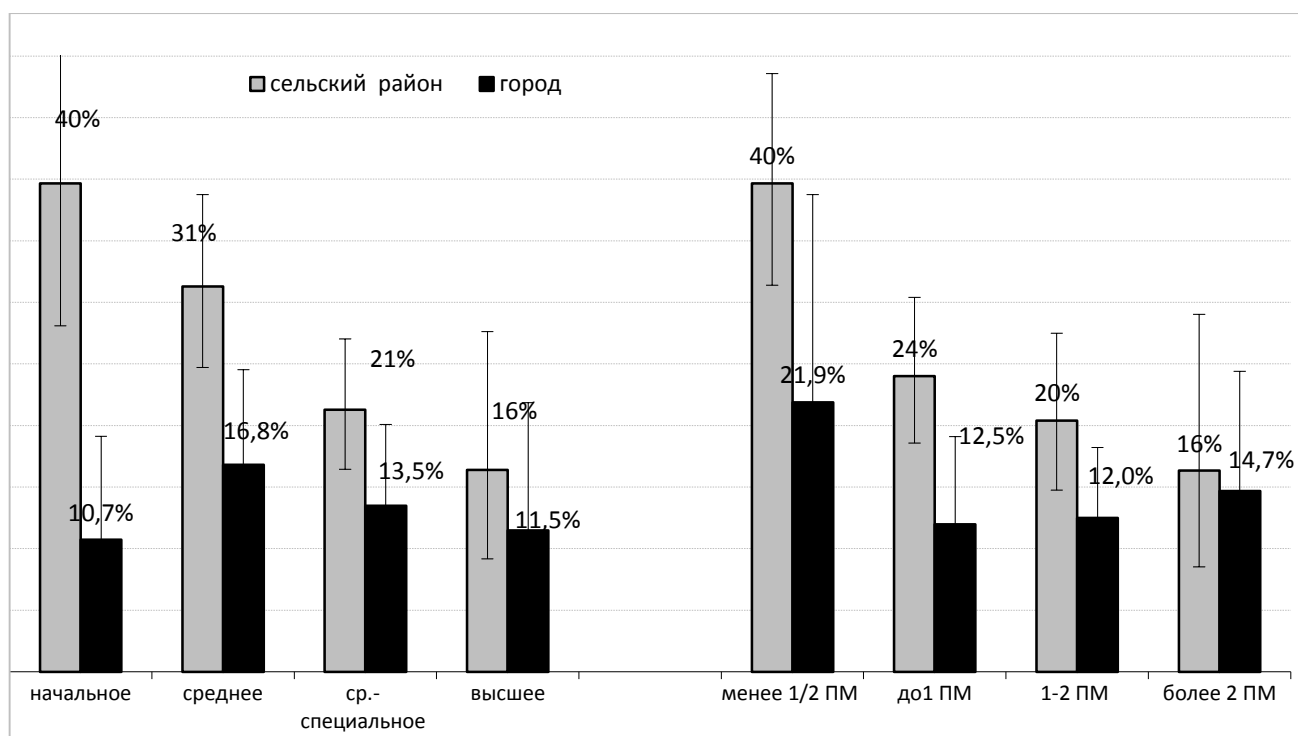


Рисунок 14. Распространенность злоупотребления алкоголем в исследованных популяциях в зависимости от уровня образования (слева) и дохода, в пересчете на количество прожиточных минимумов (ПМ) в месяц (справа).

Таким образом, основными закономерностями распределения и ассоциаций факторов риска ХНИЗ в изучаемых территориях были следующие. Более трети членов популяции имели ожирение либо избыточный вес. Проживание на селе или в городе не являлось фактором, влияющим на частоту данного метаболического нарушения. Однако наблюдался постепенный прирост частоты ожирения с возрастом и резкое снижение его частоты среди «перешагнувших» 60-70-летний рубеж как на селе, так и в городе. Процент женщин с ожирением был вдвое выше, чем мужчин, однако степени достоверности гендерные различия достигали только среди самой многочисленной возрастной группы — 40-59-летних сельчан.

Курил каждый третий из обследованных, но наиболее высокие показатели (94% курящих) были зарегистрированы среди городских мужчин моложе 30 лет. Во всех возрастных группах процент куривших мужчин был в 5-10 раз выше аналогичного показателя женщин. Более часто курили лица со средним образованием и люди, декларировавшие доход, превышающий 1 прожиточный минимум в месяц.

Вероятное злоупотребление алкоголем можно было предположить у каждого четвертого сельского, и каждого седьмого городского жителя. Наиболее высок этот показатель был среди сельских мужчин, особенно с низким уровнем образования, дохода, и безработных. Возраст, индекс массы тела, семейный статус, количество детей, указание на хроническое заболевание, уровень АД и наличие симптомокомплекса стенокардии напряжения не влияли на шансы злоупотребления алкоголем ни в городе, ни на селе. Лишь среди горожан старше 60 лет доля лиц, вероятно злоупотребляющих алкоголем, согласно тесту CAGE, уменьшалась вдвое.

Кроме того, мы отметили, что среди лиц с ожирением значительно чаще (в 2-3 раза) регистрировались АГ и стенокардия напряжения. Между курением, злоупотреблением алкоголем и наличием АГ или стенокардии напряжения достоверной ассоциативной связи ни в городе, ни на селе не было обнаружено. Однако наблюдалась отчетливая ассоциативная связь курения и злоупотребления алкоголем с хроническими респираторными нарушениями, несмотря на сравнительно небольшое число выявленных больных данной категории.

ГЛАВА 6. ПСИХИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ ЖИТЕЛЕЙ СЕЛА И ГОРОДА И ЕГО ВЗАИМОСВЯЗИ С ИЗУЧАЕМЫМИ ХНИЗ, ИХ ФАКТОРАМИ РИСКА, СОЦИАЛЬНЫМИ ДЕТЕРМИНАНТАМИ

Задачей данной части работы являлось сравнительное изучение частоты проблем психического здоровья сельской и городской популяций Урала и анализ их ассоциаций с показателями физического здоровья, факторами риска основных хронических неинфекционных заболеваний, с социо-демографическими характеристиками. Основные параметры, характеризующие изучаемые популяции, представлены в Таблице 15

Таблица 15

Количество и доля лиц с проблемами психического здоровья в изучаемых популяциях (в скобках доля лиц и 95%ДИ доли)

	Количество лиц с проблемами психического здоровья (чел.) в скобках – доля лиц в процентах и 95% доверительный интервал доли, %					
	Сельский район, N=522			Город, N=405		
	Мужчины N=237	Женщины N=285	Общий показатель N=522	Мужчины N=150	Женщины N=255	Общий показатель N=405
Количество и доля лиц с высоким уровнем стресса	36 (15,2% 11,2-20,3)	59 (20,7% 16,4-25,8)	95 (18,2% 15,1-21,7)	14 (9,3% 5,6-15)	57 (22,4% ^{xx} 17,7-27,9)	71 (17,5% 14,2-21,6)
Количество и доля лиц с высокой вероятностью тревожных расстройств	73 (30,8% 25,3-36,9)	109 ^x (38,2% 32,3-44,1)	182 (34,9% 30,9-39,1)	36 (24,0% 11,2-20,3)	117 ^{xxx} (45,9% 35,7-47,0)	153 (37,8% 25,8-33,6)
Количество и доля лиц с высоким риском депрессии	88 (37,4% 31,2-43,4)	132 (46,3% ^x 40,6-52,1)	220 (42,1% 38,0-46,4)	44 (29,3% 14,1-24)	128 (50,2% ^{xxx} 39,2-50,7)	172 (42,5% 29,1-37,1)

^x — внутрипопуляционные различия с показателями мужчин, $p < 0,05$

^{xx} — внутрипопуляционные различия с показателями мужчин, $p < 0,01$

^{xxx} — внутрипопуляционные различия с показателями мужчин, $p < 0,001$

Высокий уровень испытываемого психосоциального стресса был выявлен у 18,2% сельских и 17,5% городских респондентов ($p > 0,05$). Среди женщин был выявлен больший процент лиц с высокой подверженностью стрессу, но уровня

статистической значимости гендерные различия достигли только в городской популяции (Таблица 15). С возрастом доля лиц, подверженных стрессу, увеличивалась с одинаковой скоростью в обеих популяциях, а различия между городскими и сельскими жителями по данному признаку были недостоверными во всех возрастных группах ($p > 0,05$) (Рисунок 15).

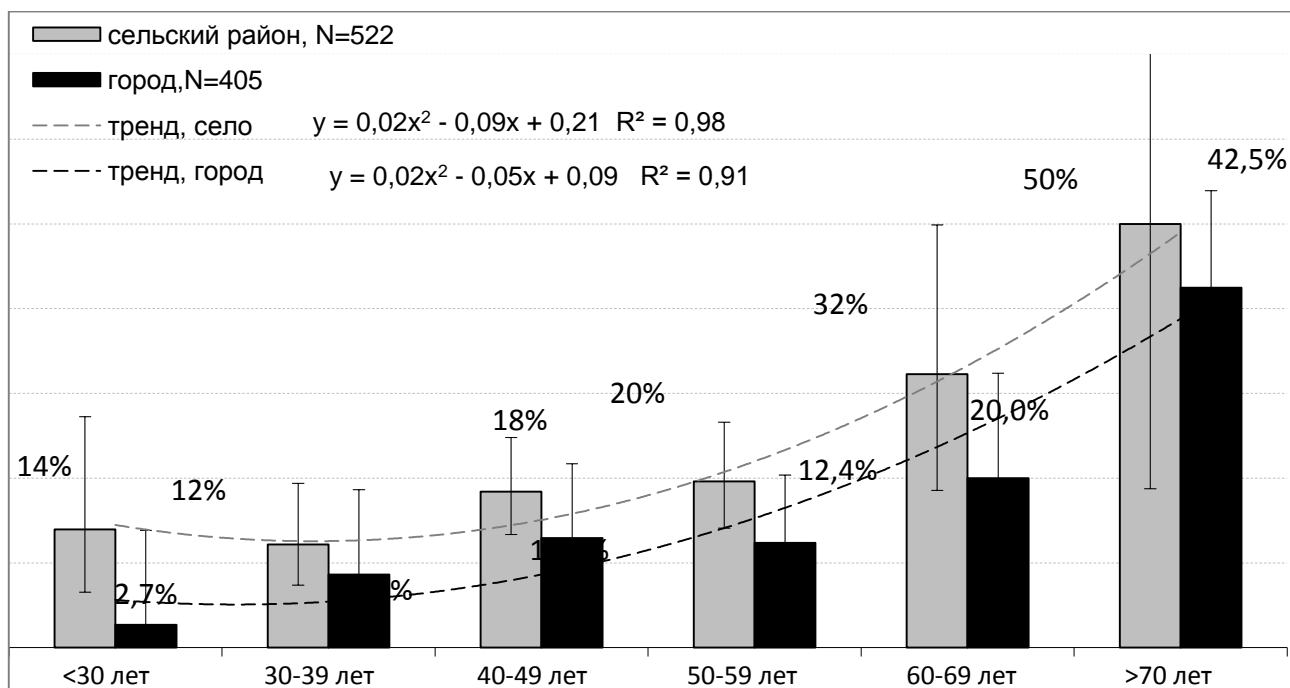


Рисунок 15. Доля лиц с высоким уровнем стресса в изучаемых популяциях в зависимости от возраста. Примечание: Размах — величина 95% ДИ; y — доля лиц с высоким уровнем стресса в данной возрастной группе; x — ранговая величина возраста, R^2 — величина достоверности аппроксимации

Патологический уровень симптомов тревоги, подразумевающий более чем 50%-ную вероятность наличия тревожного расстройства (см. гл.2), на селе и в городе был выявлен у сопоставимой части опрошенных — у 34,9% и 37,8% лиц соответственно ($p > 0,05$). То же относится к депрессии — доля лиц с патологическим количеством депрессивных симптомов на селе и в городе была сопоставимой (42,1% и 42,5% соответственно) и незначительно ($p > 0,05$) большей, чем доля лиц с симптомами тревоги (Таблица 15).

Следующие два Рисунок (16 и 17) демонстрируют гендерно-возрастные тенденции в показателях распространенности состояний, характеризующихся патологическим уровнем симптомов тревоги и депрессии.

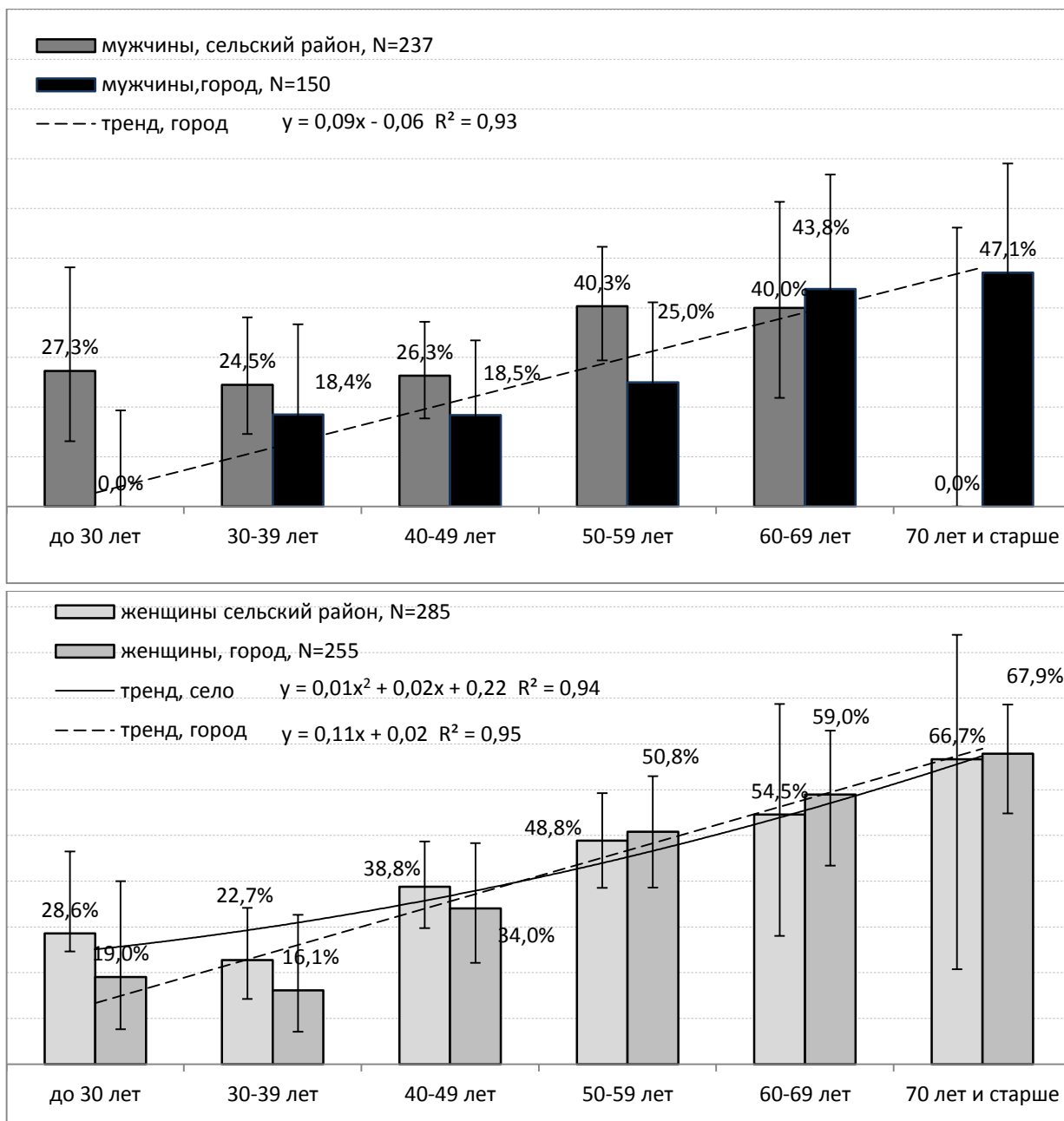


Рисунок 16. Доля лиц с надпороговым количеством симптомов тревоги в изучаемых популяциях в зависимости от пола и возраста (вверху — среди мужчин, внизу — среди женщин села и города). Примечание: Размах — величина 95% ДИ. В уравнениях: y — доля лиц с высоким уровнем симптомов тревоги среди данной возрастной группы, x — ранговая величина возраста, R^2 — величина достоверности аппроксимации

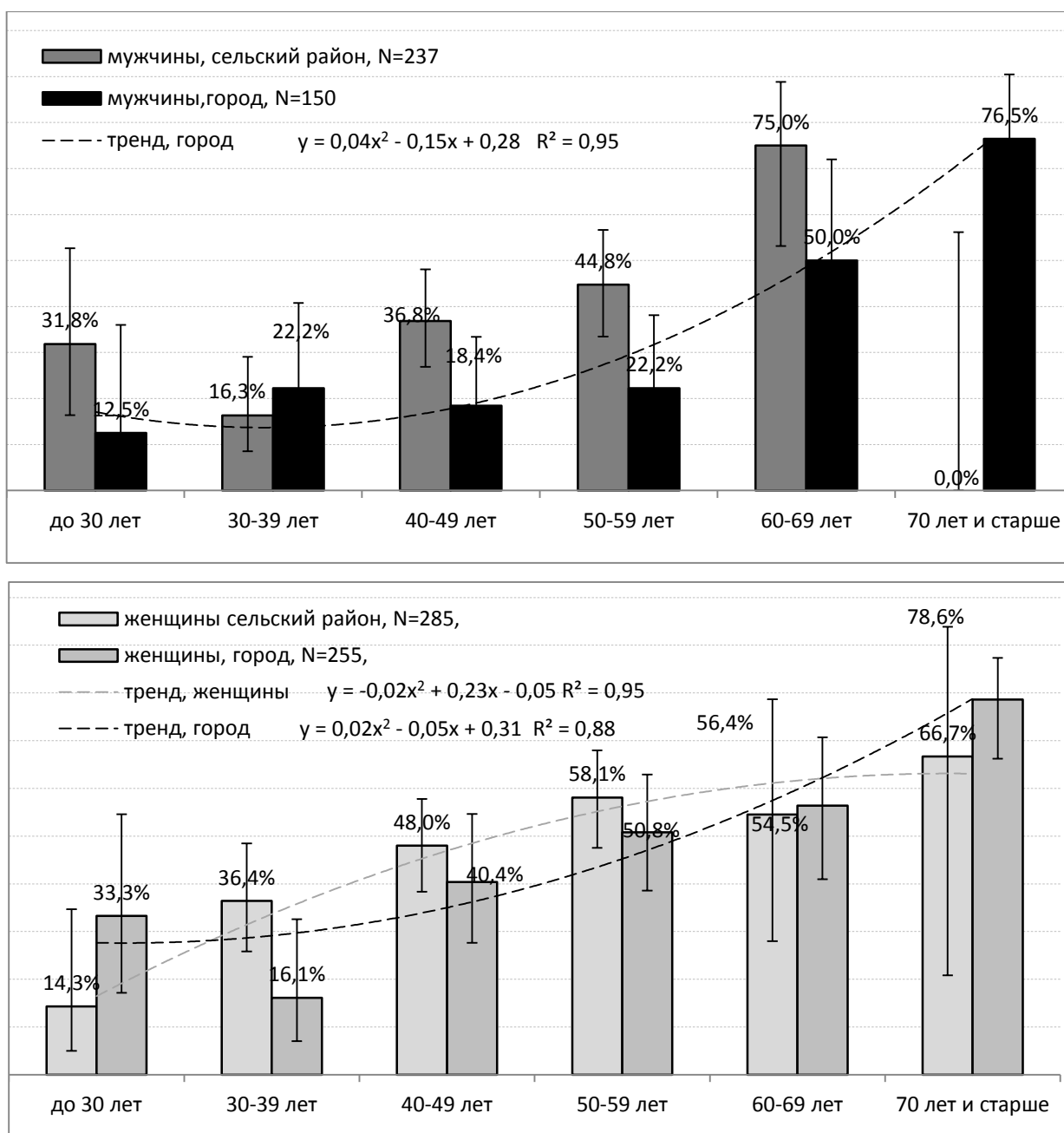


Рисунок 17. Доля лиц с надпороговым количеством симптомов депрессии в изучаемых популяциях в зависимости от пола и возраста;

Примечание: Размах — величина 95% ДИ. В уравнениях: y — доля лиц с высоким уровнем симптомов депрессии среди данной возрастной группы, x — ранговая величина возраста, R^2 — величина достоверности аппроксимации

Рисунки демонстрируют, что межпопуляционные различия в частоте данных состояний были незначительными и статистически недостоверными в стратах из лиц одного пола и возраста. Вместе с тем наблюдался тренд в сторону нарастания частоты как тревожных, так и депрессивных расстройств с возрастом обследованных, хотя среди сельских мужчин тенденция к увеличению частоты

депрессии с возрастом была достоверной только в пределах возрастного интервала 25-69 лет (критерий χ^2 -тренд $p < 0,05$ для этого возрастного промежутка). Среди небольшого количества обследованных сельских мужчин старше 70 лет ни один не имел патологического уровня симптомов депрессии. Коэффициент корреляции между возрастом респондентов и количеством симптомов тревоги на селе составил $r_s = 0,21$, в городе $r_s = 0,45$; между возрастом и количеством симптомов депрессии на селе: $r_s = 0,26$, в городе $r_s = 0,43$ ($p < 0,001$ для всех четырех индексов). Достоверная положительная корреляционная связь между возрастом респондентов и количеством тревожных и депрессивных симптомов сохраняла свою силу и после поправки на гендерный состав популяций ($r_s = 0,27$ и $r_s = 0,21$ соответственно $p < 0,05$).

Гендерные различия в распространенности изучаемых состояний после стратификации данных сохранились в обеих популяциях только частично. Так, в сельском районе показатель «высокая вероятность депрессии» был достоверно выше только у женщин 30-50 лет ($p < 0,05$), а в городе — только у женщин 40-60 лет в сравнении с мужчинами-ровесниками «своей» популяции ($p < 0,05$). Показатель «высокая вероятность тревожного расстройства» был достоверно выше только у женщин города 50-59 лет ($p < 0,05$), в сравнении с городскими мужчинами-ровесниками.

Ассоциации параметров психического и соматического здоровья, представлены в Таблицах 16 и 17. Как свидетельствует Таблица 16, состояния, проявляющиеся патологическим уровнем тревоги, имели тесные ассоциации с указанием самих респондентов на наличие у них соматического заболевания из кластера «болезни системы кровообращения», «новообразования» (последнее только для села), ИБС, а кроме того, с наличием АГ, симптомокомплекса стенокардии напряжения, хроническими респираторными нарушениями (последнее только для села), а также уровнем стресса по шкале GHQ-12.

Таблица 16

Ассоциации тревожных расстройств с хроническими неинфекционными заболеваниями и уровнем стресса в сельской и городской популяциях

Фактор	Сельская территория, N= 522			Город, N=405		
	Число респондентов чел.	Доля лиц с патологической тревогой, (%)	ОШ и 95%ДИ ОШ	Число респондентов чел.	Доля лиц с патологической тревогой, (%)	ОШ и 95% ДИ ОШ
Указание на наличие «заболевания системы кровообращения»	113	60,2	3,9 ^x (2,5-6)	108	58,3	3,2 ^x (2-5,1)
Нет указания на «заболевания системы кровообращения»	409	27,9		297	30,3	
Указание на наличие «новообразований»	15	60	2,9 ^{xx} (1-8,3)	13	46,2	1,4 (0,5-4,3)
Нет указания на «новообразования»	507	34,1		392	37,5	
Указание на бронхо-легочное заболевание	13	46,2	1,6 (0,5-4,9)	7	57,1	2,2 (0,5-10,1)
Нет указания на бронхо-легочную патологию	509	34,0		398	37,4	
Указание на ИБС	17	64,7	3,6 ^{xx} (1,3-9,8)	31	77,4	6,5 ^x (2,7-15,5)
Нет указания на ИБС	505	33,8		374	34,5	
Выявленная АГ	263	45,2	2,6 ^x (1,8-3,7)	227	51,5	4,2 ^x (2,7-6,6)
Нормальное АД	259	24,3		178	20,2	
Выявленная стенокардия напряжения	68	63,2	3,9 ^x (2,3-6,6)	63	71,4	5,4 ^{**} (3-9,8)
Нет стенокардии	454	30,6		342	31,6	
Хронические респираторные нарушения	26	57,7	2,7 ^{xx} (1,2-6)	25	52,0	1,9 (0,8-4,2)
Нет респираторных нарушений	496	33,7		380	36,8	
Высокий уровень стресса	306	51,3	8,1 ^{xx} (5-12,9)	242	50,8	4,6 ^x (2,9-7,3)
Нет подверженности стрессу	216	11,6		163	18,4	

^x — $p < 0,05$, в сравнении с лицами, не имеющими риска тревожного расстройства

^{xx} — $p < 0,01$, в сравнении с лицами, не имеющими риска тревожного расстройства

Таблица 17

Ассоциации депрессивных расстройств с хроническими неинфекционными заболеваниями и показателем уровня стресса в сельской и городской популяциях

Фактор	Сельская территория, N= 522			Город, N=405		
	Число респондентов чел.	Доля лиц с патологической тревогой, (%)	ОШ и 95%ДИ ОШ	Число респондентов чел.	Доля лиц с патологической тревогой, (%)	ОШ и 95% ДИ ОШ
Указание на «заболевания системы кровообращения»	113	60,2	3,9 ^x (2,5-6)	108	62,0	3,0 ^x (1,9-4,7)
Нет указания на болезни кровообращения»	409	27,9		297	35,4	
Указание на наличие «новообразований»	15	60	2,9 ^{xx} (1-8,3)	13	53,8	1,6 (0,5-4,9)
Нет указания на «новообразования»	507	34,1		392	42,1	
Указание на бронхолегочное заболевание	13	46,2	1,6 0,5-4,9	7	71,4	3,4 (0,7-18)
Нет указания на бронхолегочную патологию	509	34,0		398	42,0	
Указание на ИБС	17	64,7	3,6 ^x (1,3-9,8)	31	87,1	10,6 ^{xx} (3,7-31)
Нет указания на ИБС	505	33,8		374	38,8	
Выявленная АГ	263	45,2	2,6 ^x 1,8-3,7)	227	54,6	3,3 ^{xx} (2,1-5)
Нормальное АД	259	24,3		178	27,0	
Выявленная стенокардия напряжения	68	63,2	3,9 ^x 2,3-6,6)	63	63,5	2,8 ^x (1,6-4,8)
Нет стенокардии	454	30,6		342	38,6	
Хронические респираторные нарушения	26	57,7	2,7 ^{xx} (1,2-6)	25	72,0	3,8 ^x (1,5-9,3)
Нет респираторных нарушений	496	21,3		380	40,5	
Высокий уровень стресса	306	51,3	8,1 ^{xx} 5-12,9)	242	56,6	4,8 ^{xx} (3-7,5)
Нет подверженности стрессу	216	11,6		163	21,5	

^x — $p < 0,05$, в сравнении с лицами, не имеющими депрессии

^{xx} — $p < 0,01$, в сравнении с лицами, не имеющими риска депрессии

Сила выявленных ассоциаций была статистически сопоставима ($p>0,05$) для села и для города. Ассоциации аналогичной направленности и, в большинстве случаев, силы, наблюдались для состояний с надпороговым количеством симптомов депрессии с показателями соматического статуса и уровнем стресса (Таблица 17.).

Кроме того, доля лиц с надпороговым уровнем симптомов тревоги и депрессии незначительно, но достоверно увеличивалась по мере повышения показателя индекса массы тела обследованных на селе и в городе (Рисунок 18).

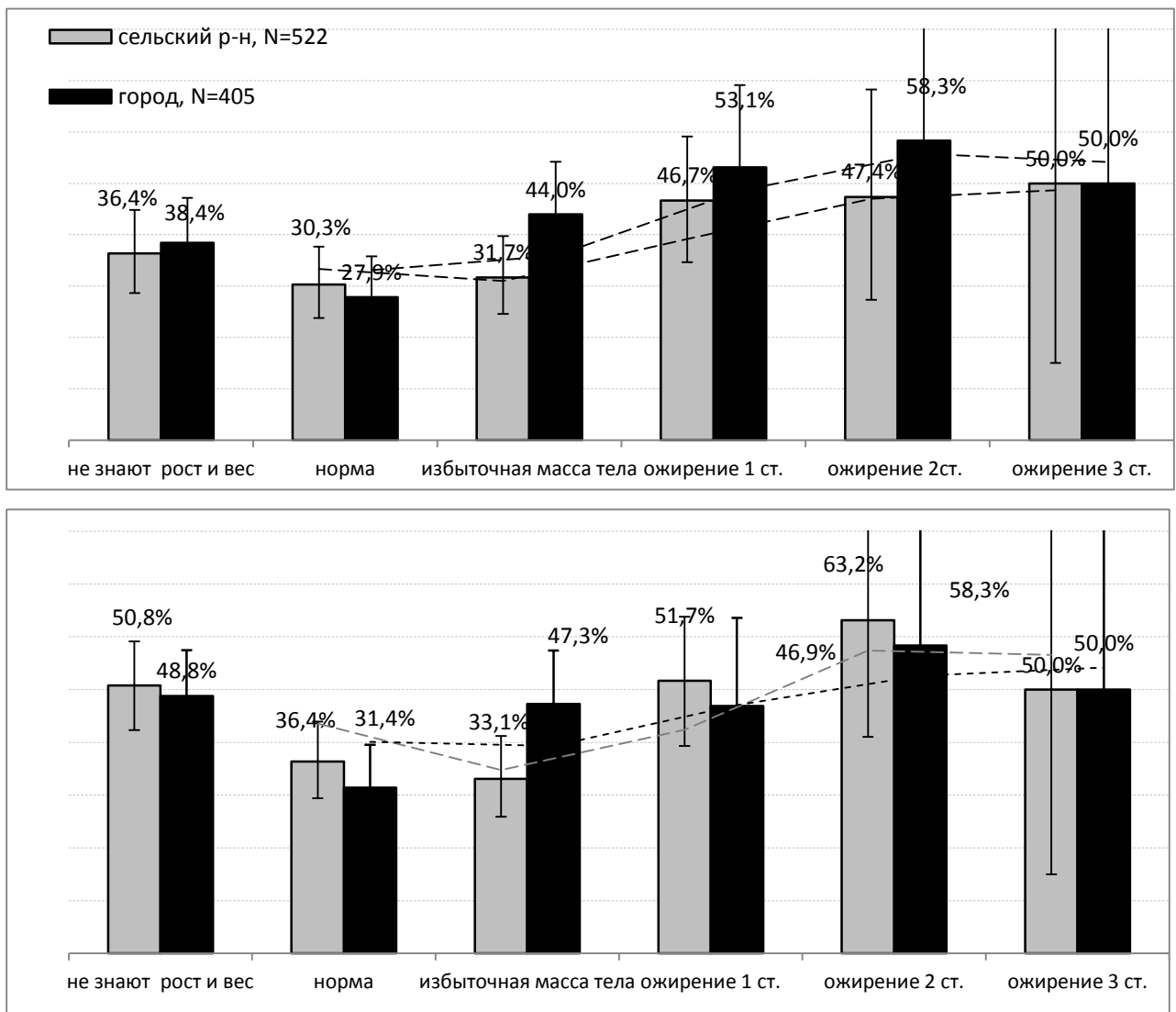


Рисунок 18. Доля лиц с надпороговым количеством симптомов тревоги (вверху) и депрессии (внизу) у сельских и городских жителей в зависимости от индекса массы тела. Размах — величина 95%ДИ

Коэффициент корреляции между показателем индекса массы тела и числом симптомов тревоги для сельской популяции — $r_s=0,13$ ($p<0,05$); для городской — $r_s=0,19$ ($p<0,01$); между показателем индекса массы тела и числом симптомов депрессии для сельской популяции $r_s=0,14$ ($p<0,01$); для городской — $r_s=0,16$ ($p<0,01$). Процент лиц с патологическим уровнем изучаемых проблем психического здоровья отличался у лиц с разным образовательным, финансовым и социальным статусом. По мере увеличения образовательного уровня участников исследования показатели уровня тревоги (Рисунок 19) и депрессии (Рисунок 20) у них снижались. В городской среде эта зависимость была выражена в большей степени, достигая уровня статистической значимости, что подтвердилось выявленными корреляционными связями.

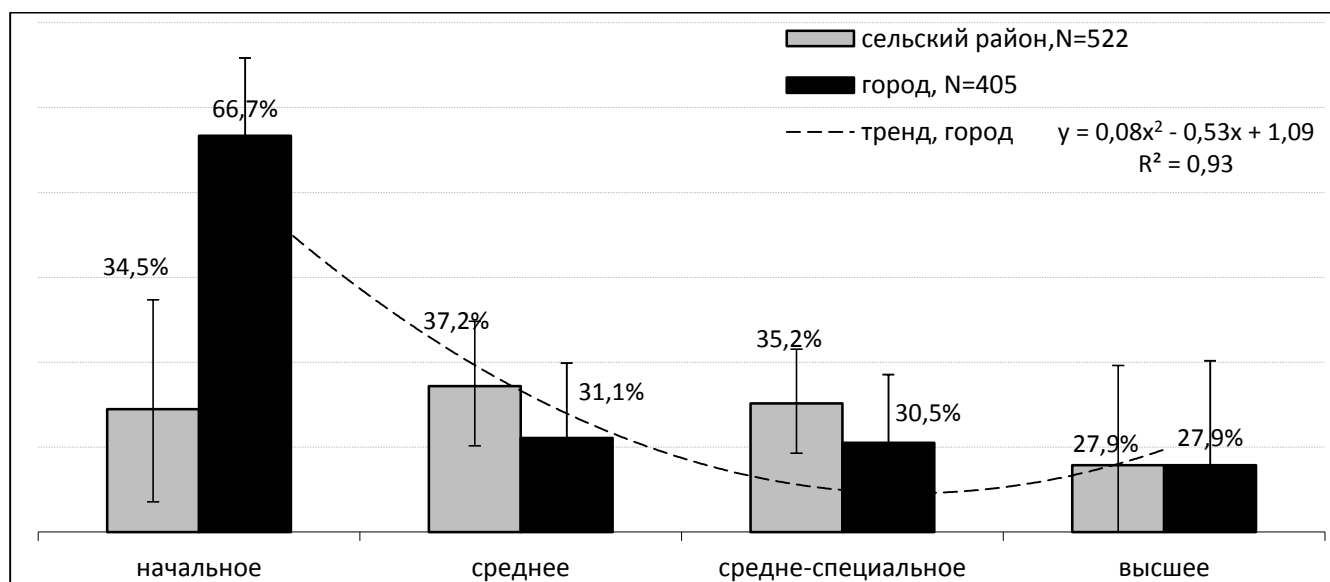


Рисунок 19. Показатели высокого риска тревожных расстройств в сельской и городской популяциях в зависимости от уровня образования.

Примечание: Размах — величина 95% ДИ. В уравнении: y — доля лиц с высоким уровнем симптомов тревоги, x — ранговая величина показателя образования, R^2 — величина достоверности аппроксимации

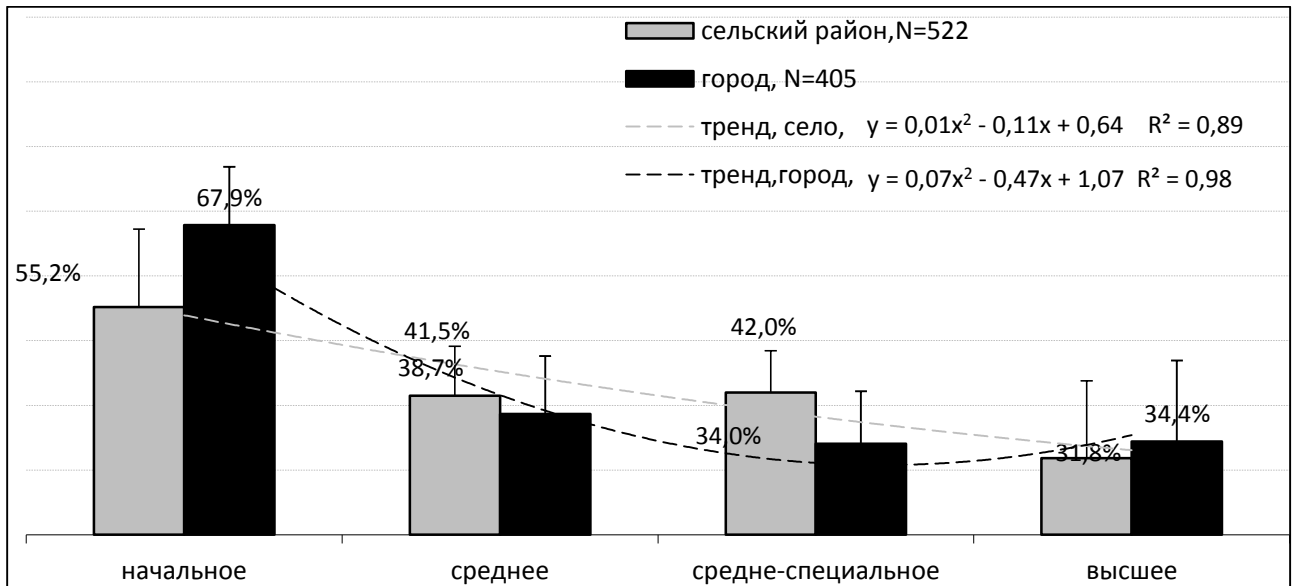


Рисунок 20. Показатели высокого риска депрессии в сельской и городской популяциях в зависимости от уровня образования обследованных.

Примечание: Размах — величина 95% ДИ. В уравнениях: y — доля лиц с высоким уровнем симптомов депрессии, x — ранговая величина возраста показателя образования, R^2 — величина достоверности аппроксимации

Коэффициент корреляции между показателем образования и уровнем тревоги составил $r_s = -0,006$, $p = 0,892$ для сельской популяции, $r_s = -0,243$, $p < 0,001$ для городской; между показателем образования и уровнем депрессии — $r_s = 0,057$, $p = 0,2$ для сельской и $r_s = -0,312$, $p < 0,001$ для городской популяций соответственно. Медиана числа симптомов тревоги среди сельчан снижалась недостоверно с 3 до 2 ($p > 0,05$); среди городских жителей — уменьшалась с 4 до 2 по мере повышения уровня их образования ($p < 0,05$). Медиана числа симптомов депрессии среди сельчан недостоверно снижалась с 3 до 2, по мере роста показателя их образования ($p > 0,05$). Среди городских жителей медиана числа симптомов депрессии снижалась с 5 до 2 по мере повышения уровня образования ($p < 0,05$).

Процент лиц с патологическим уровнем симптомов тревоги в группах респондентов с разным уровнем доходов демонстрирует Рисунок 21.

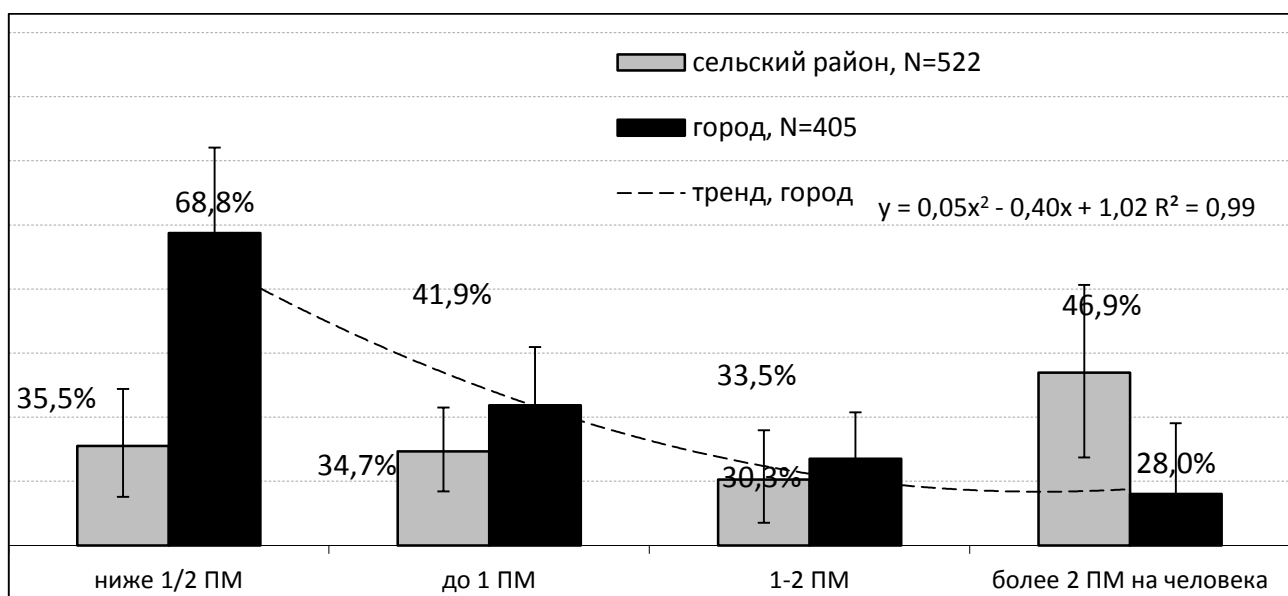


Рисунок 21. Частота состояний с патологическим количеством симптомов тревоги в зависимости от уровня дохода респондентов (в пересчете на количество прожиточных минимумов (ПМ) на члена семьи в месяц).

Примечание: Размах — величина 95% ДИ. В уравнении: y — доля лиц с высоким уровнем симптомов тревоги, x — ранговая величина возрастного показателя дохода, R^2 — величина достоверности аппроксимации

Из рисунка следует, что среди сельских жителей с очень низким, низким и средним уровнем доходов процент лиц с надпороговым количеством симптомов тревоги отличался незначительно ($p > 0,05$) (медиана количества симптомов тревоги в этих категориях сельчан составляла 2 балла). И только среди сельских жителей, декларировавших больше, чем 2 прожиточных минимума на члена семьи в месяц, доля лиц с высоким риском тревоги становилась достоверно выше — 46,4% (медиана количества симптомов тревоги составила у них 4) ($p < 0,05$). В городской популяции распространенность состояний с высокой вероятностью тревожных расстройств по мере роста доходов постепенно и достоверно снижалась с 68,8% до 28% ($p < 0,001$). Коэффициент корреляции между индексом дохода и показателем риска тревоги составил для сельской популяции $r_s = -0,000$, ($p = 0,993$); для городской — $r_s = -0,22$, ($p < 0,001$).

Рисунок 22 демонстрирует, что процент лиц с патологическим уровнем симптомов депрессии в группах респондентов с разным финансовым статусом

также отличался. Причем была выявлена закономерность, подобная наблюдаемой относительно симптомов тревоги.

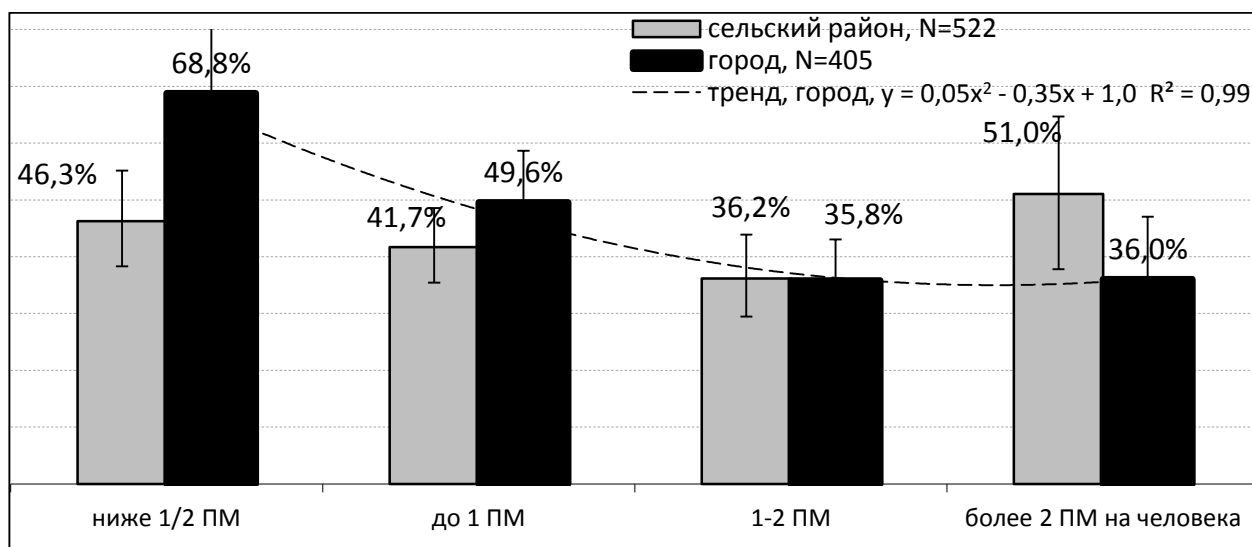


Рисунок 22. Частота состояний с патологическим количеством симптомов депрессии, в зависимости от уровня дохода респондентов, в пересчете на количество прожиточных минимумов (ПМ) на члена семьи в месяц.

Размах — величина 95% ДИ. В уравнении: y — доля лиц с высоким уровнем симптомов депрессии, x — ранговая величина возрастателя дохода, R^2 величина достоверности аппроксимации

В сельской популяции не было отмечено ассоциаций между финансовым статусом и уровнем симптомов депрессии. Так, среди сельских жителей с разным уровнем доходов распространенность состояний с высокой вероятностью депрессии колебалась от 46,3 до 51%, а медиана баллов по шкале депрессии составляла 2 - 4 балла ($p > 0,05$, критерий χ^2). Достоверных корреляционных связей между индексом дохода и показателем риска депрессии на селе также не было выявлено ($r_s = -0,032$, $p = 0,47$; для сельской популяции критерий χ^2 -тренд $p > 0,05$). Однако среди горожан наблюдался достоверный тренд в сторону уменьшения числа симптомов депрессии и процента у лиц с патологическим уровнем таких симптомов от наибольшего (68,8%) среди лиц с самым низким доходом до минимального (36,6%) у лиц, декларировавших наибольшую финансовую обеспеченность. Медиана количества депрессивных симптомов прогрессивно снижалась от 5 до 1 балла по мере роста доходов респондентов ($p < 0,001$ критерий χ^2 и Крускала-Уоллиса). Данная тенденция носила достоверный статистический

характер ($r_s = -0,28$, $p < 0,001$., критерий χ^2 - тренд $p < 0,001$). Процент лиц с высоким риском аффективных расстройств достоверно различался также в группах респондентов с разным семейным статусом ($p < 0,05$).

Таблицы 18 и 19 демонстрируют, что наибольшее число симптомов тревоги и депрессии и распространенность состояний с высокой вероятностью тревожных и депрессивных расстройств были у одиноких вдов (вдовцов).

Таблица 18

Число и доля лиц с надпороговым количеством симптомов тревоги в изучаемых популяциях в зависимости от семейного положения в сельской местности и в городе

Семейное положение	Количество лиц (чел.)					
	в скобках – доля лиц в процентах и 95% доверительный интервал доли, %					
	Сельская территория			Город		
	Мужчины N=237	Женщины N=285	Общий показатель N=522	Мужчины N=150	Женщины N=255	Общий показатель N=405
Холост/не замужем	4 (20,0% 8,1-41,6)	1 (8,3% 1,5-35,4)	5 (15,6% 6,9-31,8)	1 (10,0% 1,8-40,4)	5 (26,3% 11,8-48,8)	6 (20,7% 9,8-38,4)
Официальный/ гражданский брак	63 (31,7% 25,5-38,2)	72 (35% 30,1-43,1)	135 (33,3% 29,6-38,7)	29 (23,6% 16,9-31,8)	64 (43,5% 35,8-51,6)	93 (34,4% 29,0-40,3)
Разведены /живут отдельно	4 (36,4% 15,2-64,6)	9 (45,0% 25,8-65,8)	13 (41,0% 26,4-59,2)	1 (10,0% 1,8-40,4)	13 (54,2% 35,1-72,1)	14 (41,2% 26,4-57,8)
Вдовец/вдова	2 (40% ^x 11,8-76,9)	22 (50% ^{xx} 35,8-64,2)	24 (49% ^{xx} 35,6-62,5)	5 (71% ^x 35,9-91,8)	35 (54% ^x 41,9-65,4)	40 (56% ^{xxx} 44,1-66,5)
Не указали семейный статус	0	5 (100%)	5	0	0	0
Всего	73	109	182	36	117	153

^x – внутрипопуляционный тренд в сторону увеличения частоты признака $p < 0,05$

^{xx} – внутрипопуляционный тренд в сторону увеличения частоты признака $p < 0,01$

^{xxx} – внутрипопуляционный тренд в сторону увеличения признака $p < 0,001$

Частота состояний с надпороговым количеством симптомов депрессии в изучаемых популяциях в зависимости от семейного положения в сельской местности и в городе

Семейное положение	Количество лиц (чел.) в скобках – доля лиц в процентах и 95% доверительный интервал доли, %					
	Сельская территория			Город		
	Мужчины N=237	Женщины N=285	Общий показатель N=522	Мужчины N=150	Женщины N=255	Общий показатель N=405
Холост/не замужем	7 (35,0% 18,1-56,7)	3 (25,0% 8,9-53,2)	10 (31,3% 18,0-48,6)	2 (20,0% 5,7-51,0)	7 (36,8% 19,1-59,0)	9 (31,0% 17,3-49,2)
Официальный/ гражданский брак	73 (36,7% 30,1-43,4)	95 (46,1% 38,8-52,2)	168 (41,5% 36,4-45,9)	33 (26,8% 19,8-35,3)	65 (44,2% 36,4-52,3)	98 (36,3% 30,8-42,2)
Разведены /живут отдельно	4 (36,4% 15,2-64,6)	11 (55,0% 34,2-74,2)	15 (48,4% 32,0-65,2)	4 (40,0% 16,8-68,7)	14 (58,3% 38,8-75,5)	18 (52,9% 36,7-68,5)
Вдовец/вдова	4 (80,0% ^x 56,6-100)	22 (50,0% ^x 35,8-64,2)	26 (53,1% ^{xx} 41,3-68,1)	5 (71,4% ^{xx} 35,9-91,8)	42 (64,6% ^{xxx} 52,5-75,1)	47 (65,3% ^{xxx} 53,8-75,2)
Не указали семейный статус		1	1			
Итого	88	132	220	44	128	172

^x – внутрипопуляционный тренд в сторону увеличения частоты признака $p < 0,05$

^{xx} – внутрипопуляционный тренд в сторону увеличения частоты признака $p < 0,01$

^{xxx} – внутрипопуляционный тренд в сторону увеличения частоты признака $p < 0,001$

Кроме того, уровень тревоги и депрессии был ниже у разведенных респондентов, еще ниже – у лиц, проживающих в браке, и наименьшее — у незамужних (холостых) респондентов. Данная тенденция сохраняла свою значимость независимо от пола опрошенных и была одинаково сильно выражена на селе и в городе. Одна категория граждан составила исключение — городские мужчины, пребывающие в состоянии развода: среди них уровень депрессии (10%) был одним из самых низких (и сопоставимым с соответствующим показателем у холостых городских мужчин). При этом и в городе, и на селе наличие детей или их количество, а также наличие или отсутствие работы не были ассоциированы с показателями депрессии или тревоги.

Изучение ассоциаций фактора «злоупотребление алкоголем» с показателями психического здоровья не выявило достоверных взаимосвязей между уровнем тревоги, депрессии, количеством симптомов этих психических расстройств, выраженностью испытываемого респондентами психосоциального стресса (Таблица 20) со злоупотребление алкоголем ни на селе, ни в городе. Исключение составила только группа сельчан с надпороговым количеством симптомов тревоги. Среди них уровень злоупотребления был в 1,5 раза выше, чем у лиц без признаков тревожного расстройства ($p < 0,05$).

Таблица 20

Ассоциации злоупотребления алкоголем с показателями риска аффективных расстройств, изучаемыми ХНИЗ и социо-демографическими факторами

Фактор	Сельская территория, N=522			Город, N=405		
	Число респондентов	Доля лиц злоупотребляющих алкоголем (%)	Отношение шансов(ОШ) 95%ДИ ОШ	Число респондентов	Доля лиц, злоупотребляющих алкоголем (%)	Отношение шансов(ОШ) 95%ДИ ОШ
Высокая вероятность тревожного расстройства	182	31,9	1,6 ^x (1,1-2,4)	153	12,4	0,9 (0,5-1,5)
Нет тревожного расстройства	340	22,6		252	14,3	
Высокая вероятность депрессии	220	30	1,4 (1-2,2)	172	12,8	0,9 (0,5-1,6)
Нет депрессии	302	22,8		233	14,2	
Высокий уровень стресса	306	4,5	1,3 (0,9-2,0)	242	13,6	1 (0,6-1,8)
Не испытывает стресс	216	6,2		163	13,5	

^x — $p < 0,05$, в сравнении с респондентами, не злоупотребляющими алкоголем в городской популяции

Такой поведенческий фактор риска, как курение, помимо его влияния на частоту ХНИЗ, также был изучен в контексте его возможного воздействия на уровень стресса, депрессивных и тревожных симптомов, однако статистически достоверных ассоциаций между курением и этими показателями психического здоровья не было выявлено. Доля курящих лиц среди граждан, имевших высокий

уровень стресса, тревоги и депрессии, и не имевших данные состояния, была сопоставимой (ОШ по данным факторам 1,2 (95%ДИ 1-1,6), 0,9(95%ДИ 0,7-1,5) и 1,3 (95%ДИ 0,7-1,7) соответственно, $p>0,5$)

Таким образом, доля лиц, испытывающих состояние хронического психологического стресса (практически каждый пятый обследованный), имеющих патологическое количество симптомов тревоги или депрессии (не менее трети обследованных), была очень высокой, не зависела от принадлежности к сельской или городской популяции и увеличивалась с возрастом. У женщин патологический уровень этих симптомов регистрировался чаще, чем у мужчин, а в группе респондентов 30-60 лет (самой многочисленной) межполовые различия достигали уровня статистической значимости.

Были выявлены тесные положительные ассоциации уровня депрессии и тревоги с изучаемыми ХНИЗ и некоторыми их факторами риска: с наличием АГ, стенокардии напряжения, высоким индексом массы тела (ожирением), низким уровнем образования и дохода, а также проживанием в одиночестве. Заслуживало внимания отсутствие ожидаемых ассоциаций курения и небезопасного употребления алкоголя с уровнем тревоги, депрессии и стресса в обеих изучаемых популяциях.

При сравнении силы ассоциаций у городских и сельских жителей была обнаружена закономерность, аналогичная выявленной для других ХНИЗ. Так, статистически достоверные ассоциативные взаимосвязи между уровнем тревоги, депрессии и низким доходом, а также с низким уровнем образования нами были обнаружены преимущественно в городской популяции.

ГЛАВА 7. САМООЦЕНКА ЗДОРОВЬЯ И КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ЖИТЕЛЕЙ ИЗУЧАЕМЫХ ПОПУЛЯЦИЙ

Из опрошенных жителей села 55% (288 чел.), из них 47,3% мужчин и 61,4% женщин, ответили, что имеют «хронические заболевания, диагностированные врачом». В городской популяции были получены сопоставимые показатели: 61,2% (248 респондентов), 47,3% мужчин и 69,4% женщин соответственно, $p > 0,05$. С увеличением возраста респондентов доля лиц, сообщавших, что имеют хроническое заболевание (или несколько заболеваний) возрастала как среди мужчин, так и среди женщин в обеих популяциях с равной скоростью (рис 23).

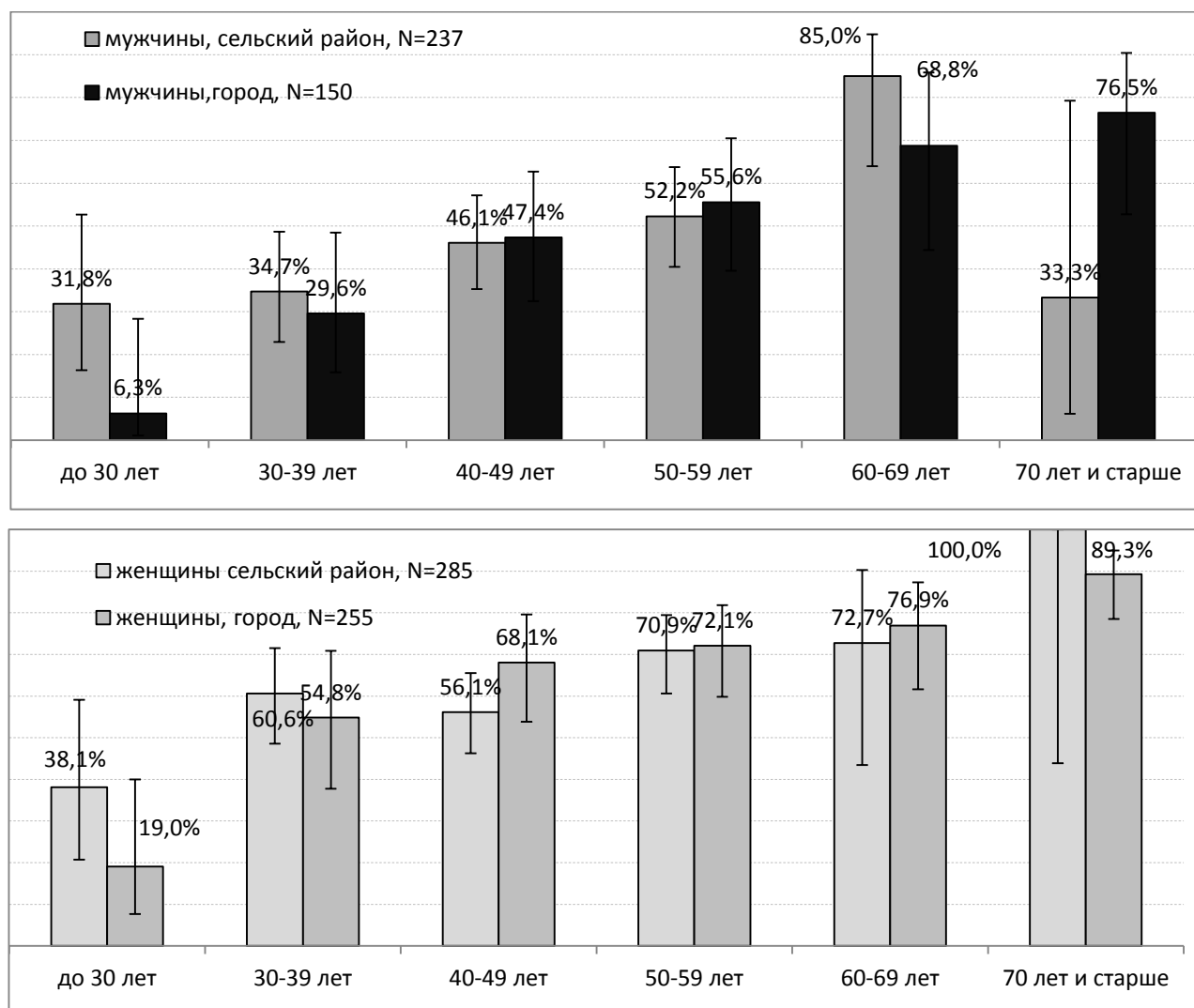


Рисунок 23. Доля лиц, декларировавших наличие ХНИЗ в изучаемых популяциях.
Размах — величина 95% ДИ

Отличия по данному признаку между жителями города и села одного возраста были недостоверны за исключением категории мужчин моложе 30 лет, среди которых доля сельчан, сообщивших о наличии у себя хронических заболеваний, диагностированных врачом, была достоверно выше, чем у городских мужчин-ровесников (31,8% против 6,3%, $p < 0,001$). Внутрипопуляционные гендерные различия заключались в том, что процент мужчин, указавших на наличие хронических заболеваний, был статистически достоверно ниже, чем у женщин ($p < 0,05$ на селе, $p < 0,001$ в городе).

Показатели КЖ жителей сельской и городской популяций, представлены в Таблице 21

Таблица 21

Показатели качества жизни жителей сельской и городской популяций

	Сельский район, N=522							
Показатель качества жизни (баллы)	PF	RP	RE	BP	E	GH	SF	MH
Среднее	86,7	73,7	77,0	68,7	58,8	48,6	81,3	60,7
Медиана	95	75	83	72	60	48	88	64
25 процентиль	85	56	58	41	50	35	63	52
75 процентиль	100	100	100	100	70	62	100	72
	Город, N =405							
Показатель качества жизни	PF	RP	RE	BP	E	GH	SF	MH
Среднее	79,2	69,5	72,9	63,4	55,5	45,9	76,0	58,3
Медиана	90	75	75	61	60	46	88,5	60
25 процентиль	70	50	50	41	45	31	63	48
75 процентиль	100	100	100	100	70	60	100	72
Различие между селом и городом, p (критерий Манна-Уитни)	0,003	0,19	0,0004	0,009	0,03	0,03	0,004	0,15

Обозначения: PF – Физическое функционирование; RP – Роль физическое функционирование; RE – Эмоциональное функционирование; BP – Физическая боль; E – "Жизнеспособность"; GH – Общая оценка состояния здоровья; SF – Социальное функционирование; MH – Психическое здоровье и психологическое благополучие;

Как свидетельствует Таблица 21, 7 из 8 составляющих качества жизни (кроме показателя PF) и у сельских, и у городских жителей были существенно снижены относительно идеальных, принятых за 100%.

При этом городские жители оценивали свое здоровье незначительно, но статистически достоверно хуже, чем сельчане по 6 из 8 составляющих качества жизни (кроме шкал RP и MH). Эти межпопуляционные отличия были связаны только с ответами женщин: качество жизни горожанок было ими оценено достоверно хуже, чем сельскими жительницами, тогда как межпопуляционные различия качества жизни мужчин были недостоверны (Таблица 22).

Внутрипопуляционные гендерные особенности КЖ заключались в следующем. Параметры КЖ женщин были ниже, чем у мужчин, но на селе эти различия были статистически достоверными только для трех составляющих: шкалы PF– «физическое функционирование», шкалы E — "уровень энергии и «жизнеспособность"» и шкалы MH – субъективно оцененного психического здоровья (спокойствия, хорошего настроения, ощущения счастья). В городе все 8 составляющих качества жизни у женщин были достоверно хуже, чем у мужчин. Самым низким из индексов качества жизни в каждой популяции: 48 баллов на селе и 46 в городе ($p < 0,05$) был показатель GH, характеризующий «общую самооценку здоровья и его перспективы».

С увеличением возраста респондентов и в городе, и на селе показатели КЖ по всем 8 шкалам неуклонно ухудшались, что было подтверждено достоверными корреляционными связями (Таблица 23).

Наиболее выраженная отрицательная динамика индексов КЖ у жителей сельского района была отмечена для показателя VP, характеризующего ограничения качества жизни из-за испытываемой физической боли (снижение с возрастом в 2,9 раз), а у горожан – для показателя RP, характеризующего ограничения повседневной активности из-за физического здоровья (ухудшение с возрастом в 2,7 раз).

Показатели качества жизни у мужчин и женщин исследуемых популяций

	Сельский район, N=522			Город, N =405		
	Мужчины N=237	Женщины N=285	Общий показатель N=522	Мужчины N=150	Женщины N=255	Общий показатель N=405
	среднее медиана ИКИ	среднее медиана ИКИ	среднее медиана ИКИ	среднее медиана ИКИ	среднее медиана ИКИ	среднее медиана ИКИ
RF	90,3 ^{xxx}	83,8 ^{***}	86,7 ^{***}	86,9 ^{xxx}	74,8	79,5
Физическое функционирование	95 90-100	90 80-95	95 85-100	95 90-100	90 60-95	90 70-100
RP	74,8	72,7 ^{***}	73,7*	78,2 ^{xxx}	64,5	69,8
Ролевое физическое функционирование	75 56,3-100	75 56,3-93,7	75 56,3-100	88 62,5-100	69 50-87,5	75 50-100
RE	78,4	75,7 ^{***}	77 *	81,3 ^{xxx}	67,9	72,9
Эмоциональное функционирование	83 66,7-100	75 58,3-100	83 58,3-100	92 66,7-100	75 50-100	75 50-100
BR	69,2	68,3 ^{**}	68,7 *	72,4 ^{xxx}	58,1	63,49
Физическая боль	74 41-90	70 41-90	72 41-100	74 51-90	51 41-84	61 41-90
E	60,7 ^{xx}	57,1 ^{***}	58,8 **	61,5 ^{xxx}	52	55,5
«Жизнеспособность и уровень энергии»	60 50-70	60 45-65	60 50-70	65 55-75	55 40-70	60 45-70
GH	49,6	47,7*	48,6	49,1 ^{xx}	44	45,9
Общая оценка состояния здоровья	50 35-64	48 36,2-60	48 35,3-61,7	50 32,5-65,8	43 29,2-58,5	46 30,8-60
SF	82,7	80 ^{***}	81,3 **	81,3 ^{xxx}	73	76,1
Социальное функционирование	88 75-100	88 62,5-100	88 62,5-100	88 75-100	75 50-100	88 62,5-100
MH	63,1 ^{xx}	58,6*	60,7*	63,3 ^{xxx}	55,4	58,5
Психическое здоровье	64 56-72	60 48-68	64 52-72	64 56-72	60 44-68	60 48-72

^x — внутривнутрипопуляционные различия с лицами противоположного пола, $p < 0,05$

^{xxx} — внутривнутрипопуляционные различия с лицами противоположного пола, $p < 0,01$

^{xxx} — внутривнутрипопуляционные различия с лицами противоположного пола, $p < 0,001$

* — межпопуляционные различия, $p < 0,05$

** — межпопуляционные различия, $p < 0,01$

*** — межпопуляционные различия, $p < 0,001$

Показатели качества жизни жителей сельской и городской популяций в зависимости от возраста

возраст	Показатели качества жизни, среднее (М), Медиана (Ме) и интерквартильный интервал (ИКИ)															
	Сельский район, N=522								Город, N =405							
	PF	RP	RE	BP	E	GH	SF	MH	PF	RP	RE	BP	E	GH	SF	MH
До 30 лет	93,6	82,8	82,8	73,9	65,5	66,4	84,6	64,1	95,4	92,0	92,6	78,6	69,2	63,2	91,7	68,6
	100	87,5	91,7	84	70	65,8	100	68	100	100	100	90,0	70,0	63,8	100	68,0
	90-100	68,8-100	66,7-100	61-90	60-75	60-78,3	75-100	56-76	95,0-100	85,9-100	89,6-100	63,5-90,0	60,0-75,0	53,3-74,2	87,5-100	63,0-76,0
30-39 лет	92,7	80,1	82,6	70,5	62,7	57	87	64	95,2	86,4	86,0	73,2	64,2	61,3	86,0	64,8
	95	81,3	91,7	84	65	60	100	64	100	93,8	91,7	84,0	65,0	60,0	87,5	64,0
	95-100	62,5-100	66,7-100	51-90	55-70	47,5-65,8	75-100	56-76	95,0-100	75,0-100	75,0-100	52,0-90,0	55,0-75,0	51,7-70,0	75,0-100	60,0-72,0
40-49 лет	90,2	77,3	79,1	64,2	59,4	55,5	79,4	60,4	90,7	77,5	80,6	69,3	60,2	56,0	80,9	61,1
	95	81,3	83,3	62	60	55,8	87,5	60	95,0	81,3	83,3	74,0	60,0	57,5	87,5	64,0
	90-100	62,5-100	58,3-100	42-90	50-70	47,5-65,8	62,5-100	48-72	90-100	62,5-100	75,0-100	51,0-90,0	50,0-70,0	47,5-65,8	62,5-100	52,0-72,0
50-59 лет	80,1	67,1	72,3	58,4	54,1	46,9	77,7	58,3	85,6	73,6	77,1	59,4	56,7	53,1	76,8	59,5
	90	62,5	75	51	55	47,5	75	60	92,5	75,0	83,3	56,5	60,0	55,8	75,0	64,0
	65-95	50-87,5	58,3-100	41-90	45-65	37,5-57,5	62,5-100	48-68	85,0-95,0	56,3-100	66,7-100	41,0-90,0	45,0-70,0	43,3-65,8	62,5-100	52,0-72,0
60-69 лет	74,8	53,4	59,9	53,5	46,8	45,9	70,6	54,2	66,9	57,8	62,3	52,6	50,6	48,7	74,1	55,0
	85	56,3	58,3	51	50	45,8	62,5	56	72,5	56,3	62,5	51,0	50,0	47,5	75,0	56,0
	65-92,5	37,5-71,9	41,7-87,5	36,5-74	30-65	35-60	56,3-100	42-64	50,0-88,8	43,8-75,0	50,0-83,3	41,0-62,0	36,3-63,8	39,2-57,1	62,5-87,5	41,0-68,0
70 лет и старше	51,1	37,9	55,7	37,5	42,3	32,1	65,7	50,7	45,9	39,2	46,7	45,7	39,2	34,4	55,1	46,1
	43	37,5	66,7	28,8	40	33,3	62,5	48	45,0	37,5	50,0	41,0	35,0	33,3	50,0	44,0
	25-82,5	20-43,8	36,7-75	11-61	35,5-47,5	28,3-35,4	61,3-87,5	43,6-70	25,0-65	18,8-62,5	25,0-66,7	36,0-52	27,5-50	20,8-46,7	37,5-75	36,0-54
r _s	-0,37*	-0,31*	-0,24*	-0,22**	-0,29*	-0,33*	-0,20*	-0,21*	-0,66*	-0,53*	-0,49*	-0,44*	-0,48*	-0,47*	-0,37*	-0,37*

*- статистическая значимость корреляционной связи p<0,0001

Обозначения:

PF — Физическое функционирование

RP — Ролевое физическое функционирование

RE — Эмоциональное функционирование

BP — Физическая боль

E — "Жизнеспособность"

GH — Общая оценка состояния здоровья

SF — Социальное функционирование

MH — Психическое здоровье

r_s — показатель ранговой корреляции Спирмена

Кроме того, Таблица 23 демонстрирует, что, соотношение значений различных индексов КЖ прослеживалось практически во всех возрастных категориях и на селе, и в городе. Большинство опрошенных, независимо от возраста и места проживания, несколько ниже других составляющих КЖ оценивали свое "общее состояние здоровья и его перспективы" (шкала GH), свой "уровень энергии, общий тонус и жизнеспособность" (шкала E), а также психологическое состояние — чувство спокойствия, хорошего настроения, ощущение счастья (шкала MH). Только у наиболее пожилых жителей села (старше 70 лет) на первый план в ухудшении КЖ ожидаемо выходило снижение их возможностей из-за испытываемых постоянно физических болей (шкала BP), хотя различия с другими индексами КЖ не имели в этой возрастной категории статистической достоверности. Сравнительно высокая субъективная оценка была дана респондентами всех возрастных групп физической составляющей их здоровья — показатели физического функционирования по шкалам PF и SF были наибольшими из всех шкал во всех возрастных категориях.

После поправки на гендерно-возрастной состав популяций выявленное ранее соотношение показателей КЖ городских и сельских жителей (в городе хуже, чем на селе, у женщин хуже, чем у мужчин) сохранило свою значимость лишь частично. Большинство индексов КЖ у лиц одного возраста было сопоставимо, независимо от их пола и места проживания. При этом тренд к ухудшению КЖ с возрастом сохранился и после стратификации данных (критерий χ^2 — тренд $p < 0,01$ для всех показателей (Рисунки 24 -27).

При изучении качества жизни лиц, имеющих основные ХНИЗ, их факторы риска, а также проблемы психического здоровья также был обнаружен ряд закономерностей. И в сельской, и в городской популяциях у лиц, имеющих АГ, симптомокомплекс стенокардии напряжения, надпороговое количество симптомов тревоги и депрессии, показатели КЖ были достоверно хуже, чем у респондентов с нормальным АД, отсутствием клинических симптомов стенокардии, тревоги и депрессии соответственно ($p < 0,01$, Рисунки 28-32). Наличие хронических

респираторных нарушений было ассоциировано с достоверным ухудшением 7 из 8 показателей КЖ и только у городских жителей (рисунок 30).

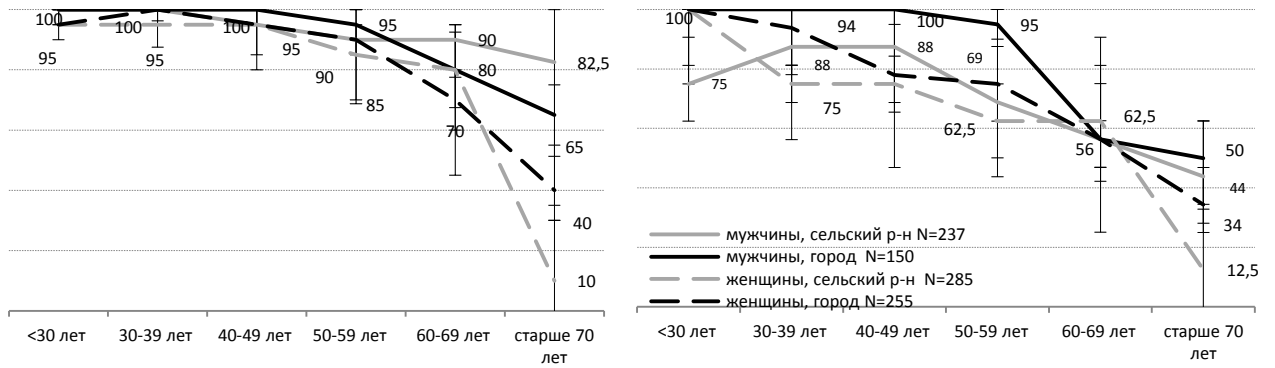


Рисунок 24. Динамика показателя PF «физическое функционирование» (слева) и RP «ролевое физическое функционирование» (справа) в зависимости от пола и возраста на селе и в городе. Указаны медиана (Me) и ИКИ

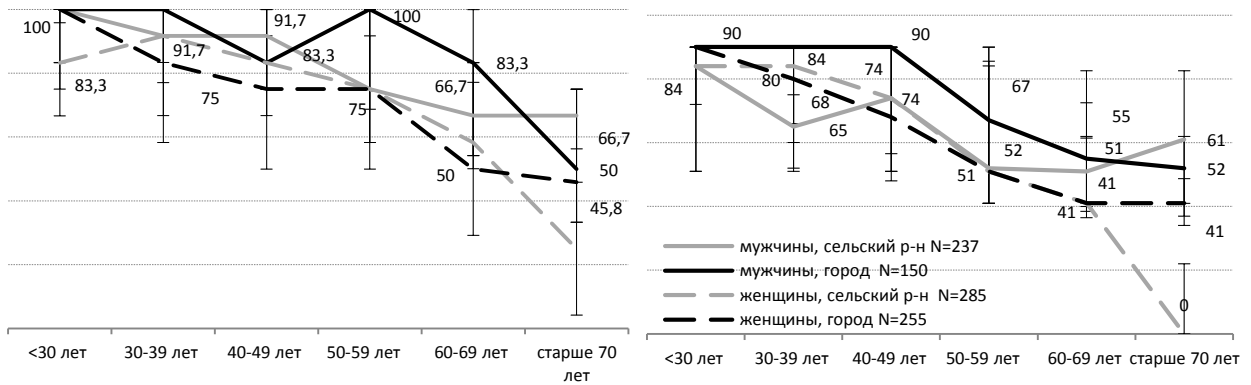


Рисунок 25. Динамика показателей RE «Эмоциональное функционирование» (слева) и VP «физическая боль» (справа) в зависимости от пола и возраста на селе и в городе. Указаны медиана (Me) и ИКИ

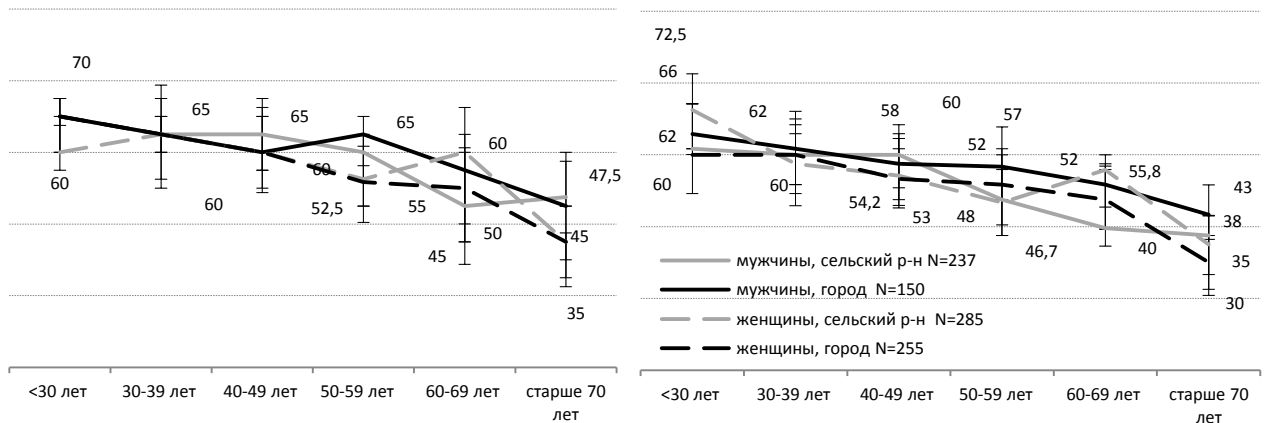


Рисунок 26. Динамика показателя E "уровень энергии и «жизнеспособность»" (слева) и GH «общая самооценка здоровья» (справа) в зависимости от пола и возраста на селе и в городе. Указаны медиана (Me) и ИКИ

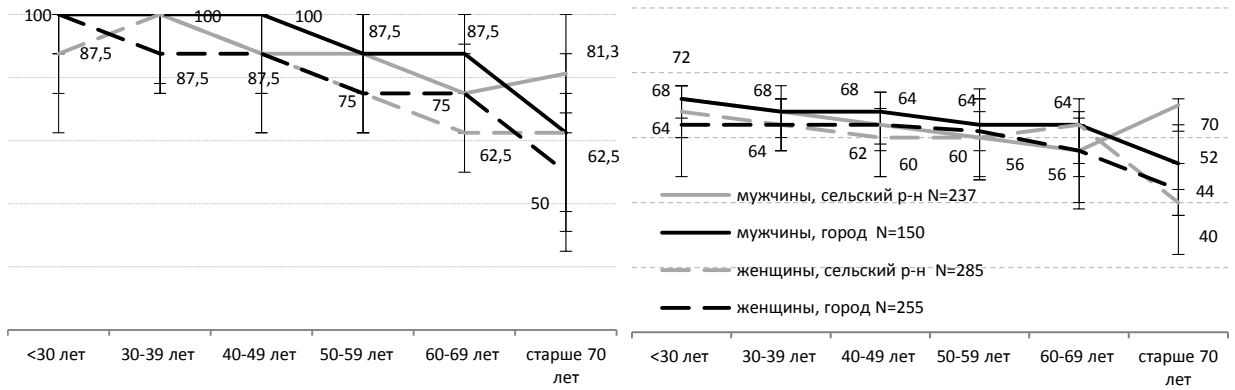


Рисунок 27. Динамика показателя SF «социальное функционирование» (слева) и МН «психическое здоровье» (справа) в зависимости от пола и возраста на селе и в городе. Указаны медиана (Me) и ИКИ

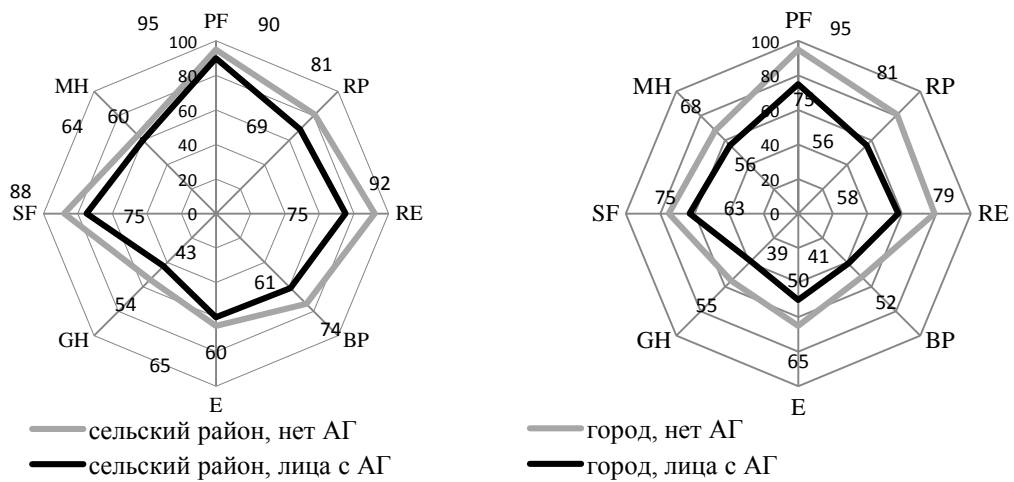


Рисунок 28. Показатели качества жизни в зависимости от наличия АГ в сельской (слева) и городской популяциях (справа)

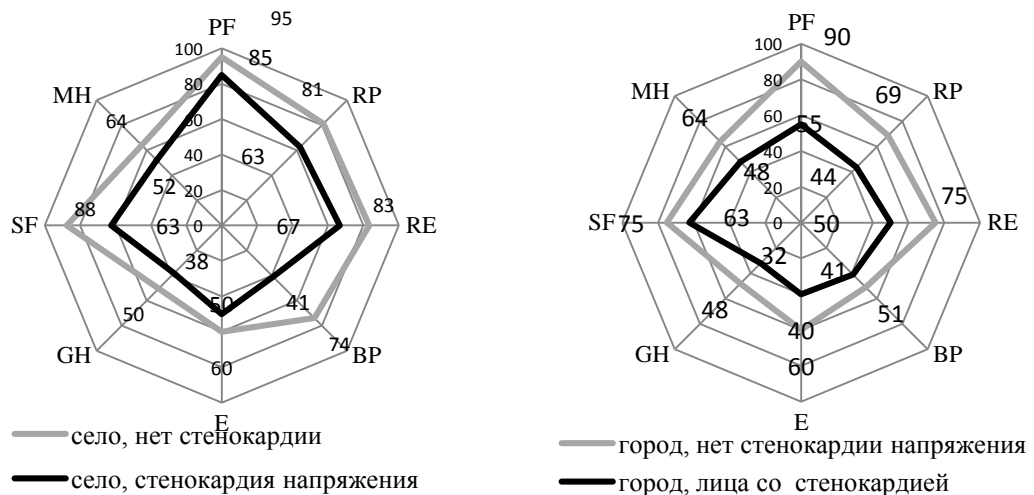


Рисунок 29. Показатели качества жизни в зависимости от наличия у респондентов стенокардии напряжения в сельской (слева) и городской популяциях (справа)

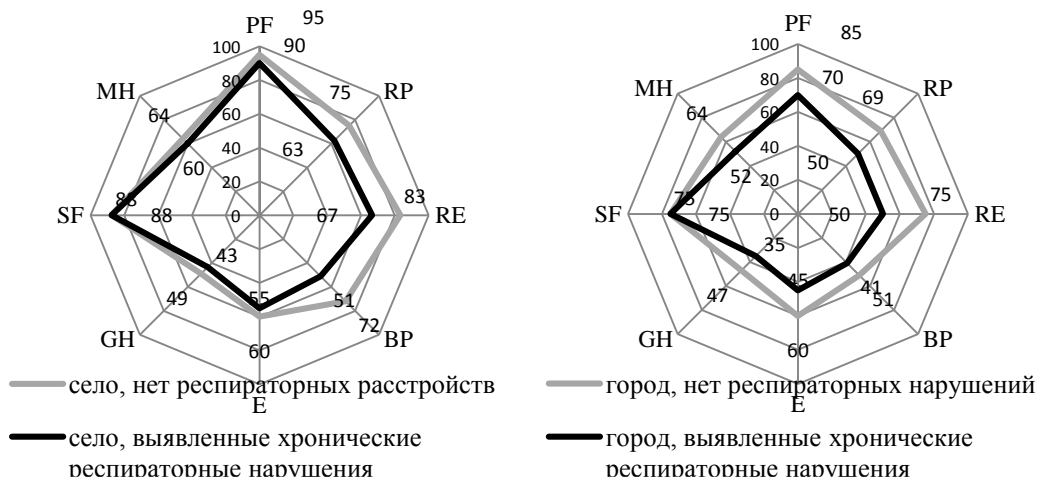


Рисунок 30. Показатели качества жизни в зависимости от наличия хронических респираторных нарушений в сельской (слева) и городской популяциях (справа)

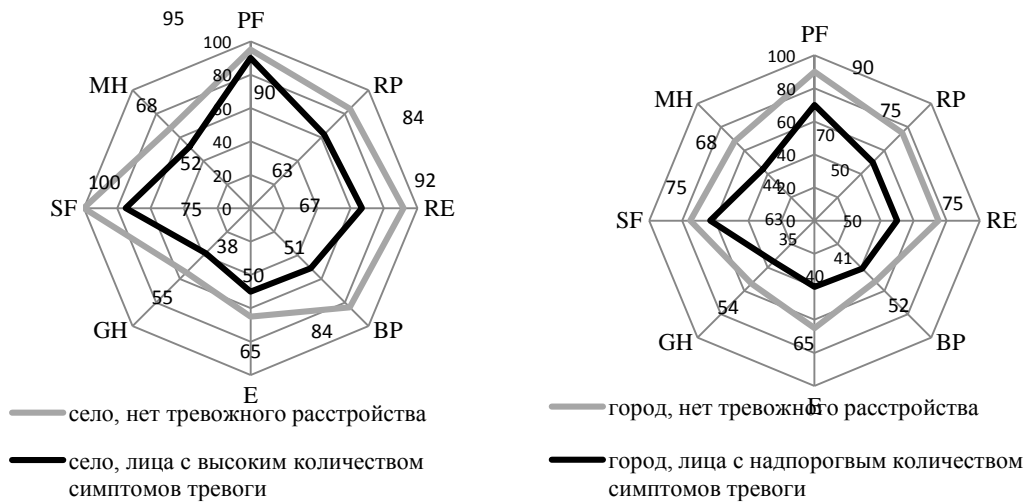


Рисунок 31. Показатели качества жизни в зависимости от наличия симптомов тревожного расстройства в сельской (слева) и городской популяциях (справа)

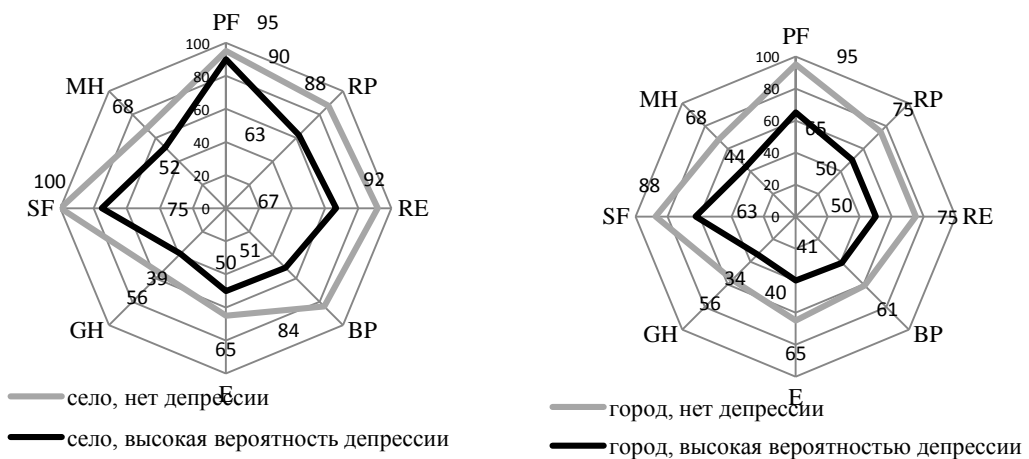


Рисунок 32. Показатели качества жизни в зависимости от наличия симптомов депрессии в сельской (слева) и городской популяциях (справа)

Прослеживались ожидаемые корреляционные связи между всеми четырьмя показателями психологической составляющей КЖ и изучаемыми параметрами психического здоровья — уровнем стресса по шкале GHQ12, количеством симптомов тревоги и депрессии (Таблица 24).

Таблица 24
Ассоциации между индексами психологической составляющей качества жизни и показателями психического здоровья в изучаемых популяциях (показатель r_s и 95%ДИ)

Показатель качества жизни	Сельский район, N=522			Город, N=405		
	Уровень стресса	Количество симптомов патологической тревоги	Количество симптомов депрессии	Уровень стресса	Количество симптомов патологической тревоги	Количество симптомов депрессии
MH	-0,42 (-0,49- -0,35)	-0,54 (-0,6--0,47)	-0,48 (-0,54--0,41)	-0,58 (-0,64- -0,51)	-0,66 (-0,71--0,60)	-0,65 (-0,70--0,59)
E	-0,36 (-0,43- -0,28)	-0,51 (-0,58--0,45)	-0,48 (-0,55--0,41)	-0,55 (-0,61- -0,47)	-0,68 (-0,73--0,63)	-0,71 (-0,75--0,65)
GH	-0,401 (-0,47- -0,33)	-0,46 (-0,53--0,39)	-0,43 (-0,36--0,5)	-0,48 (-0,55- -0,41)	-0,59 (-0,65--0,53)	-0,63 (-0,68--0,56)
SF	-0,3 (-0,38- -0,22)	-0,39 (-0,46--0,32)	-0,36 (-0,43--0,28)	-0,45 (-0,52- -0,36)	-0,50 (-0,57--0,43)	-0,54 (-0,61--0,47)

Примечание: все показатели корреляционной связи r_s $p < 0,001$

Особенности КЖ респондентов в зависимости от наличия у них ожирения и избыточного веса, курения, злоупотребления алкоголем на селе и в городе имели свою специфику.

Так, в сельском районе только наличие ожирения (не избыточной массы тела) было статистически достоверно ассоциировано с ухудшением показателей КЖ (Рисунок 33). Лица с нормальным весом и избыточной массой тела (пред-ожирением) отличались друг от друга незначительно и недостоверно и оценивали свое КЖ достоверно выше, чем люди с ожирением. Более того, показатели физической составляющей качества жизни RP, RE, VP и индекс GH у сельчан с пред-ожирением были даже выше, чем у сельских жителей с нормальным весом. Городских жителей характеризовала другая закономерность: 6 из 8 показателей КЖ (кроме PF и SF) у лиц с ожирением и избыточным весом были сопоставимы между собой, отличаясь, в свою очередь, в худшую сторону в равной мере и

одинаково достоверно от показателей лиц с нормальным весом (Рисунок 32). Показатели шкал физического функционирования PF и боли BP линейно снижались в категориях «нормальный вес» → «избыточный вес (пред-ожирение)» → «ожирение».

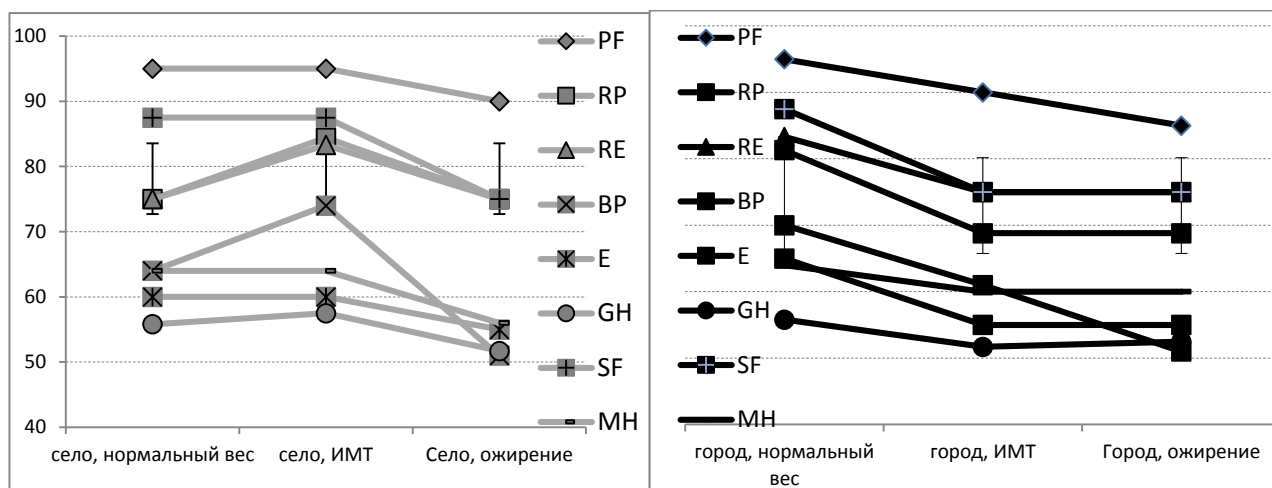


Рисунок 33. Медианы показателей качества жизни в зависимости от индекса массы тела в сельской (слева) и городской популяциях (справа).

Размах — величина ИКИ

Курение не влияло на самооценку здоровья сельских жителей ($p > 0,05$) (Таблица 25). Однако курящие горожане оценивали свое КЖ выше, чем некурящие по всем 8 составляющим (Таблица 26) ($p < 0,05$). Статистическая процедура поправки на возраст (курящие граждане были моложе некурящих, и среди них было больше мужчин) ослабила силу данной ассоциативной связи, но достоверность различий сохранилась ($p < 0,05$). Злоупотребление алкоголем не отражалась на КЖ ни сельчан, ни городских жителей (Таблицы 25 и 26).

Межпопуляционные различия в качестве жизни сельских и городских жителей, курящих и злоупотребляющих алкоголем, были недостоверны, кроме показателя RP (был достоверно выше у курящих горожан, $p < 0,001$).

Показатели качества жизни у обследованных сельских жителей, в зависимости от наличия изучаемых факторов риска ХНИЗ в сельской популяции
Указаны медиана (Ме) и ИКИ

Изучаемый фактор	Ожирение N=82	Нет ожирения нормальный вес + ИМТ ответившие N=307	Курение N=166	Не курят (ответившие) N=351	Злоупотребление алкоголем N=135	Нет злоупотребления ответившие N=339
RF Физическое функционирование	90 75-97,5	95 ^{xxx} 90-100	95 90-100	95 80-100	95 80-100	95 85-100
RP Ролевое физическое функционирование	75 56,2-93,8	75 ^{xx} 62,5-100	75 56,3-100	75 56,5-100	75,0 62,5-100	75,0 56,3-100
RE Эмоциональное функционирование	75 58,3-100	83,3 ^x 58,3-100	83,3 58,3-100	83,3 58,3-100	83,3 58,3-100	83,3 58,3-100
BP Физическая боль	51 41-100	74 ^{xx} 42-100	68 41-100	70 41-100	72,0 42,0-100	62,0 41,0-100
E "Жизнеспособность"	55 40-60	60 ^{xx} 50-70	60 50-70	60 50-70	60,0 50,0-70,0	60,0 50,0-70,0
GH Общая оценка состояния здоровья	47,2 34,8-55,8	50,4 38,1-62,5	50,4 36,8-63,8	48,8 35-61,6	49,2 36,3-61,7	48,8 34,6-61,7
SF Социальное функционирование	75 62,5-100	87,5 ^{xxx} 62,5-100	87,5 62,5-100	87,5 62,5-100	87,5 62,5-100	87,5 62,5-100
MH Психическое здоровье	56 44-68	88 ^{xxx} 63-100	64 48-72	60 52-72	64,0 52,0-72,0	60,0 48,0-72,0

^x – внутрипопуляционные различия $p < 0,05$

^{xxx} – внутрипопуляционные различия $p < 0,01$

^{xxx} – внутрипопуляционные различия $p < 0,001$

При анализе ассоциаций показателей КЖ с социально-демографическими факторами был выявлен ряд закономерностей, как на селе, так и в городе. Так, у сельских жителей трудоспособного возраста наличие постоянной работы было ассоциировано с достоверно более высокой самооценкой здоровья по трем составляющим (шкале ролевого физического функционирования RP, шкале ролевого эмоционального функционирования RE и шкале общей оценки здоровья

Показатели качества жизни у обследованных горожан, в зависимости от наличия изучаемых факторов риска ХНИЗ в городской популяции
Указаны медиана (Ме) и ИКИ

Изучаемый фактор	Ожирение и ИМТ N=137	Нормальный вес (ответившие) N=143	Курение N=118	Не курят (ответившие) N=270	Злоупотребление алкоголем N=55	Нет злоупотребления (ответившие) N=282
PF Физическое функционирование	90,0 60,0-95,0	95,0 ^{xx} 85,-100	95 90-100	90,0 ^{xxx} 60,0-95	95 85-100	90 65-100
RP Ролевое физическое функционирование	68,8 50,0-87,5	81,3 ^{xxx} 68,8-100	87,5 68,8-100	68,8 ^{xx} 50,0-93,8	81,3 68,8-93,8	75 50-100
RE Эмоциональное функционирование	75,0 50,0-91,7	83,3 ^{xxx} 62,5-100	91,7 68,8-100	75,0 ^{xxx} 50,0-100	75 58,3-91,7	75 50-100
BP Физическая боль	51,0 41,0-100	72,0 ^{xx} 50,5-100	74 41,3-100	51,0 ^{xxx} 41,0-100	62 41-100	61 41-100
E "Жизнеспособность"	55,0 40,0-65,0	65,0 ^{xx} 50,0-70	65 50-70	55,0 ^{xxx} 40,0-70	60 45-65	60 41,25-70
GH Общая оценка состояния здоровья	43,3 30,8-57,5	50,4 ^{xx} 36,9-67,1	50,2 35-65,8	43,3 ^{xx} 27,9-57,5	48,8 33,3-61,7	44,8 30,8-60
SF Социальное функционирование	75,0 62,5-100	87,5 ^{xx} 62,5-100	87,5 75-100	75,0 ^{xxx} 50-100	75 56,3-87,5	87,5 62,5-100
MH Психическое здоровье	60,0 44,0-72	64,0 ^{xx} 52,0-72,0	64 56-72	60,0 ^{xx} 44,0-70	60 50-70	64 48-72

^x – внутрипопуляционные различия $p < 0,05$

^{xxx} – внутрипопуляционные различия $p < 0,01$

^{xxx} – внутрипопуляционные различия $p < 0,001$

GH), нежели у не имевших работы. Соответствующие значения у работающих сельских жителей составили: RP 81(ИКИ 63-100); RE 92(ИКИ 67-100) и GH 57(ИКИ 46-66) соответственно а у безработных — RP 68(ИКИ 50-100), RE 75(ИКИ 55-100) и GH 52(ИКИ 42-62) соответственно ($p < 0,05$ для всех индексов). Работающие городские жители, как и сельчане, отличались в лучшую сторону от безработных ровесников-горожан по показателям RP и RP: RP 88; ИКИ 90-100, RE 83; ИКИ 75-100, у неработающих горожан-ровесников составивших 75(ИКИ 44-94) и 75(ИКИ 50-100) баллов соответственно ($p < 0,05$). Кроме того, работающих горожан отличали более высокие показатели PF (95; ИКИ 90-100) и SF (88; ИКИ

75-100) в сравнении с неработающими, у последних индексы PF и SF были равны 90(ИКИ 65-100) и 88 (ИКИ 50-100) соответственно, $p < 0,05$.

Уровень образования практически не влиял на КЖ жителей села (Рисунок 34).

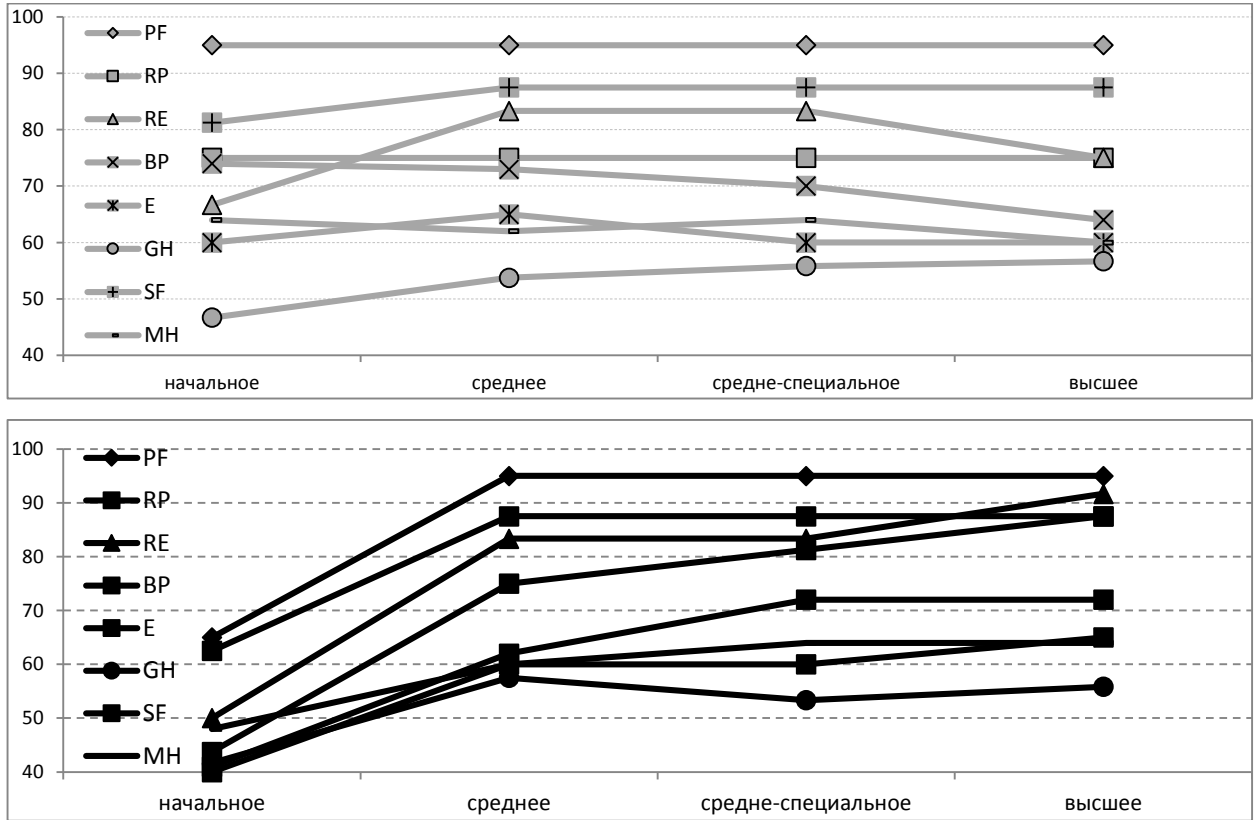


Рисунок 34. Показатели качества жизни сельских (вверху) и городских (внизу) жителей в зависимости от их уровня образования.

Только показатель шкалы GH (общая самооценка здоровья) незначительно увеличивался по мере повышения их образовательного статуса (Рисунок 33), что было подтверждено слабыми, но достоверными корреляционными связями ($r_s=0,101$, $p=0,02$). У горожан все индексы КЖ нарастали по мере увеличения их уровня образования (корреляционный показатель r_s для индексов PF, RP, RE, BP, E, GH, SF и MH и уровня образования составил в городе 0,34; 0,31; 0,30; 0,27; 0,31; 0,22; 0,13; и 0,26 соответственно $p < 0,001$)

Финансовый статус также отражался на самооценке здоровья жителей села и города (Рисунок 35).

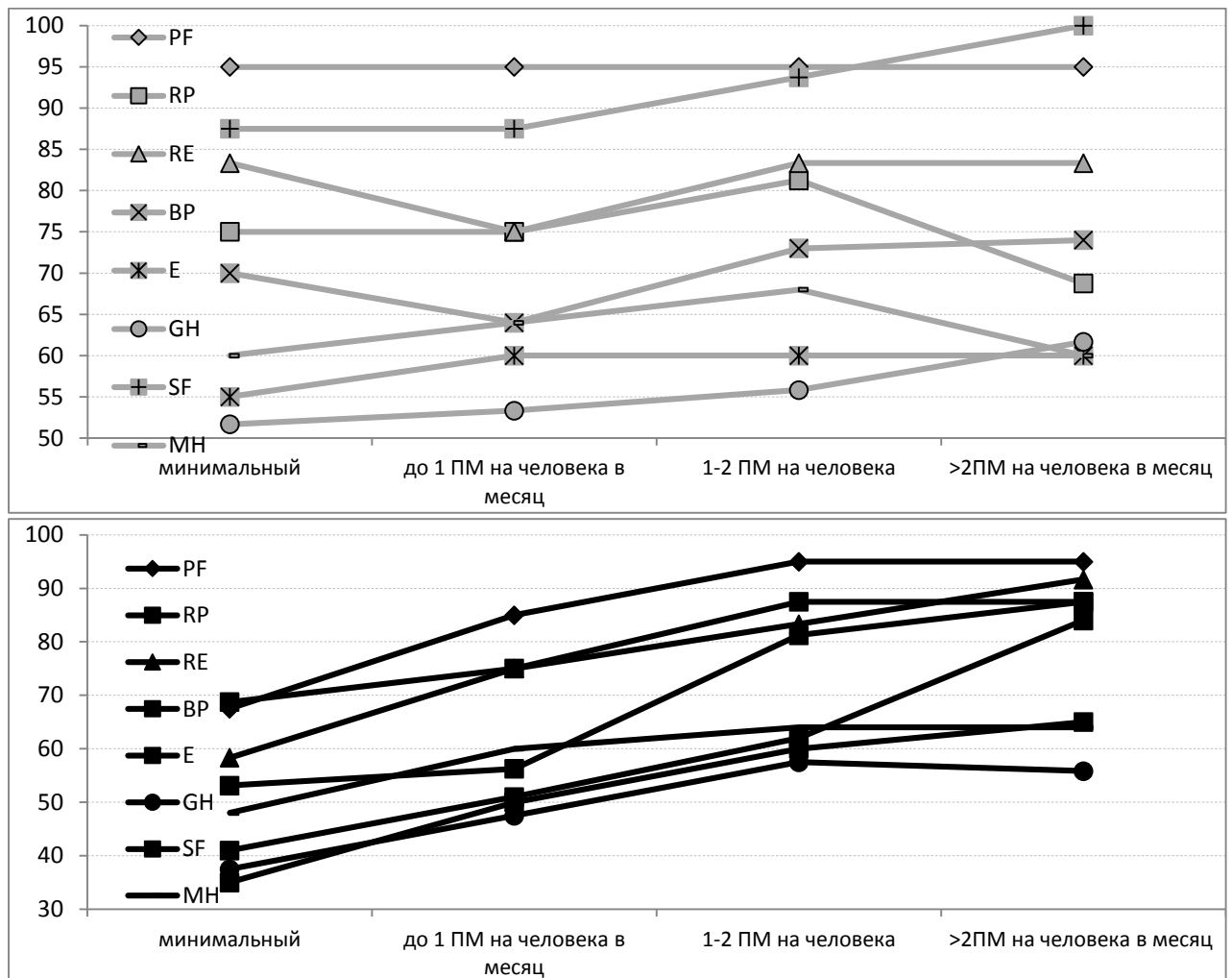


Рисунок 35. Показатели качества жизни сельских (слева) и городских(справа) жителей, в зависимости от их уровня дохода, в пересчете на количество прожиточных минимумов (ПМ) на члена семьи в месяц.

Так, на селе достоверные корреляционные связи между более высоким уровнем дохода на одного члена семьи и показателями КЖ наблюдались по четырем шкалам: E «жизнеспособность» ($r_s=0,11$, $p=0,01$), GH «общее здоровье» ($r_s=0,12$, $p=0,005$), SF «социальное функционирование» ($r_s=0,12$, $p=0,005$), и MH «психическое здоровье» ($r_s=0,12$, $p=0,006$). В городе все 8 составляющих КЖ достоверно улучшались по мере увеличения декларируемого дохода опрошенных. (корреляционный показатель r_s с индексами PF, RP, RE, BP, E, GH, SF и MH в городе составил 0,33; 0,32; 0,26; 0,27; 0,29; 0,24; 0,23; 0,18 соответственно, $p < 0,001$). (Рисунок 34)

Семейный статус у сельских жителей в меньшей степени сказывался на показателях их качества жизни, чем у городских (Рисунок 36).

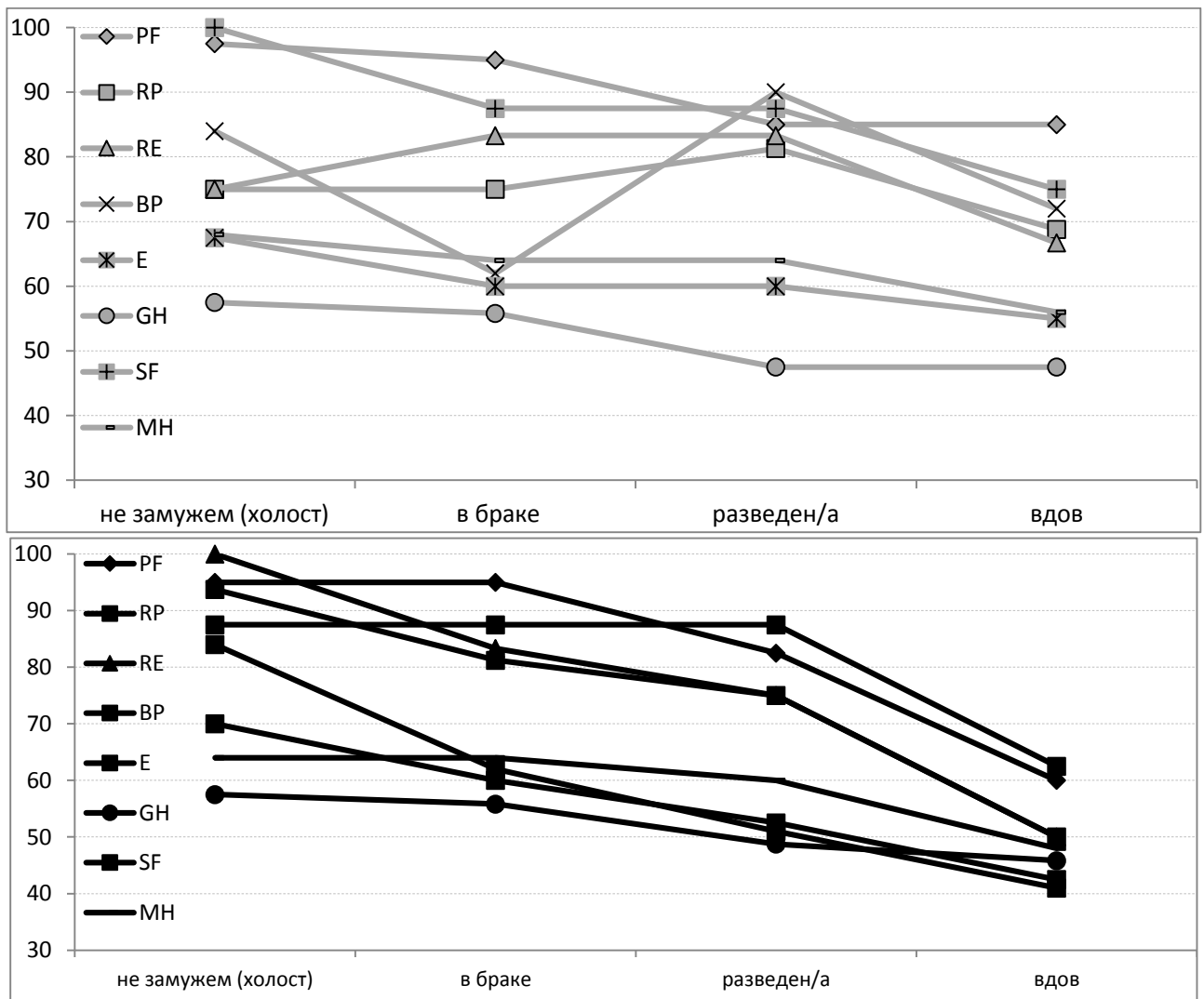


Рисунок 36. Показатели КЖ (медианы) в зависимости от семейного статуса сельских (вверху) и городских (внизу) жителей.

Как свидетельствует рисунок, не зависели от семейного положения 3 из 4 индексов физической составляющей КЖ сельских жителей: RP, RE, BP (критерий χ^2 -тренд $p > 0,05$). Остальные параметры сельчан прогрессивно уменьшались от категории "не замужем/холост" к "в браке", далее к "разведен" и "вдовец/вдова". Среди последних индексы КЖ были наименьшими (в среднем, в 1,2 раза ниже, чем у холостых (незамужних) респондентов (χ^2 тренд $p < 0,05$)). У городских жителей (Рисунок 35, нижняя диаграмма) все 8 показателей КЖ отличались достоверно в зависимости от их семейного положения. Разница между наибольшим значением параметров КЖ (у холостых) и наименьшим значением (у вдов) достигала у горожан 50 баллов (по шкале RE) ($p < 0,01$). Однако после поправки на возрастно-половой состав опрошенных сила данной ассоциативной связи снизилась как в городе, так и на селе, сохраняя свою достоверность только у горожан для

показателя МН (психическое здоровье) в возрастных категориях "до 30 лет" ($r_s = -0,19$, $p = 0,005$) и в категориях "60-69 лет" и "старше 70 лет" ($r_s = -0,10$, $p = 0,005$ и $r_s = -0,14$, $p = 0,005$ соотв.).

Таким образом, участники исследования одного возраста, независимо от и проживания на селе или в городе, оценивали свое здоровье и качество жизни, связанное с ним, практически одинаково. Мужчины и женщины-ровесники также имели сопоставимые показатели КЖ и декларировали сопоставимое количество имеющихся хронических заболеваний как на селе, так и в городе. При этом респонденты всех возрастов (кроме самых пожилых сельских жителей) выше других составляющих КЖ оценивали свои физические возможности (шкалы PF и SF), а хуже других — психологическое состояние (МН), «уровень энергии и жизнеспособность» (Е), и «общее состояние здоровья и его перспективы» (показатель GH).

Также мы наблюдали постепенное увеличение числа декларируемых респондентами хронических заболеваний и постепенное ухудшение всех компонентов качества жизни с возрастом опрошенных. Нараставшая с возрастом степень ухудшения КЖ характеризовалась не только как статистически, но и клинически значимая. Наиболее драматично нарастали у сельских жителей физические ограничения из-за испытываемой ими физической боли, а в городе — ограничения повседневной физической и социальной активности, вызванные физическим состоянием. Ожидаемое снижение индексов КЖ, достигающее уровня клинических различий, наблюдалось у респондентов и при наличии у них изучаемых ХНИЗ — АГ, стенокардии напряжения, хронических респираторных нарушений (последнее только для горожан). При этом нездоровые формы поведения, являющиеся прямыми причинами ХНИЗ: курение, злоупотребление алкоголем и повышение массы тела, не достигающее степени ожирения, не ухудшали качество жизни обследованных. Более того, избыточный вес (предожирение) для сельчан и курение для городских участников были ассоциированы с некоторым улучшением ряда составляющих в их самооценке здоровья. Улучшали качество жизни граждан и другие, более очевидные, социальные факторы: наличие работы, высокий уровень образования и дохода, проживание в браке (для части городского населения).

ГЛАВА 8. ИНФОРМИРОВАННОСТЬ О НАЛИЧИИ ХРОНИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ, УРОВЕНЬ ПОСТОЯННОГО ПРИЕМА АНТИГИПЕРТЕНЗИВНЫХ СРЕДСТВ И КОНТРОЛЬ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ В ИЗУЧАЕМЫХ ПОПУЛЯЦИЯХ

Мы проанализировали уровень осведомленности о наличии АГ, уровень контроля артериального давления и их потенциальные детерминанты среди лиц с выявленной артериальной гипертензией среди жителей села и города. Также был изучен уровень информированности о наличии других ХНИЗ: стенокардии напряжения (либо о диагностированной врачом ИБС) среди лиц, имеющих положительный результат теста Роуза; знание о наличии ХОБЛ, хронического бронхита или бронхиальной астмы среди лиц, имевших хронические респираторные нарушения; осведомленность о наличии возможных проблем психического здоровья среди лиц с высоким уровнем тревожных и депрессивных симптомов. Также была дана оценка взаимосвязям уровня информированности больных о наличии у них хронического заболевания с показателями их качества жизни, наличием поведенческих факторов риска, других ХНИЗ, параметрами психического здоровья, социальным и семейным статусом.

8.1. Информированность о наличии артериальной гипертензии и ее ассоциации с социальными, психологическими и клиническими детерминантами

Из 473 лиц, имевших АГ, только 29,6% больных (95%ДИ 25,7-33,9%; 140 чел.) знали о наличии у них повышенного АД (или артериальной гипертензии как хронического заболевания). Среди мужчин этот показатель был достоверно ниже, чем среди женщин: 16,5% (95%ДИ 11,9-22,4) против 38,7% (95%ДИ 32,3-44,5%) соответственно, $p < 0,001$. Другие показатели, характеризующие лиц, информированных и не информированных о своей АГ, отражены в Таблице 27.

Основные показатели, характеризующие респондентов, не осведомленных и осведомленных о наличии у них артериальной гипертензии

	Не знавшие о повышенном АД N=333	Информированные о наличии АГ N=140
Возраст, среднее M, (SD; ИКИ)	53 (13,5; 44-66)	57 (12,7; 46-64,3)*
Число и доля мужчин в группе (в скобках 95%ДИ)	162 48,6% (43,3-54)	32*** 22,9% (16,7-30,5)
Число и доля лиц с ожирением 1,2,3 степени (в скобках 95%ДИ)	47 14,1% (10,8 -18,3)	42*** 30% (23,0-38,0)
Число декларируемых хронических заболеваний, кроме АГ (медиана и ИКИ)	1(0-1)	3 (2-3)*
Число и доля лиц с симптомокомплексом стенокардии напряжения (в скобках 95%ДИ)	47 14% (10,8-18,3)	53*** 38%(30,2-46,1)*
Число и доля лиц с хроническими респираторными нарушениями (в скобках 95%ДИ)	24 7,2%(4,9-10,5)	14 10,0%(6,1-16,1)
Число и доля курящих лиц (в скобках 95%ДИ)	104 31,2%(26,5-36,4)	31* 22,1%(16,1-29,7)
Число и процент лиц, имеющих риск злоупотребления алкоголем (вопросник CAGE) (в скобках 95%ДИ)	70 21%(17-25,7)	23 16,5%(11,0-23,4)

* различия между группами статистически достоверны, $p < 0,05$

** различия между группами статистически достоверны, $p < 0,01$

*** различия между группами статистически достоверны, $p < 0,001$

Как следует из таблицы, респонденты, знавшие о своем повышенном артериальном давлении, в сравнении с не знавшими об этом, были старше, в среднем на 4 года ($p < 0,05$), среди них было в 2 раза меньше мужчин ($p < 0,001$) и вдвое больше лиц ожирением ($p < 0,001$). Они сообщали интервьюерам о большем числе имевшихся хронических заболеваний ($p < 0,05$). Кроме того, лица, знавшие о своей АГ, в 2,5 раза чаще имели симптомокомплекс стенокардии напряжения (сжимающую боль за грудиной, возникающую при ходьбе, исчезающую сразу после остановки или приема нитроглицерина) либо анамнестическое указание на ИБС, стенокардию напряжения, диагностированную врачом ($p < 0,001$). Они в 1,5 раза реже курили ($p < 0,05$); и среди них недостоверно меньше была доля лиц с признаками злоупотребления алкоголем, согласно данным вопросника CAGE. Показатели КЖ по всем 8 составляющим у осведомленных об АГ лиц были достоверно ниже, чем у не осведомленных ($p < 0,05$) (Рисунок 37).

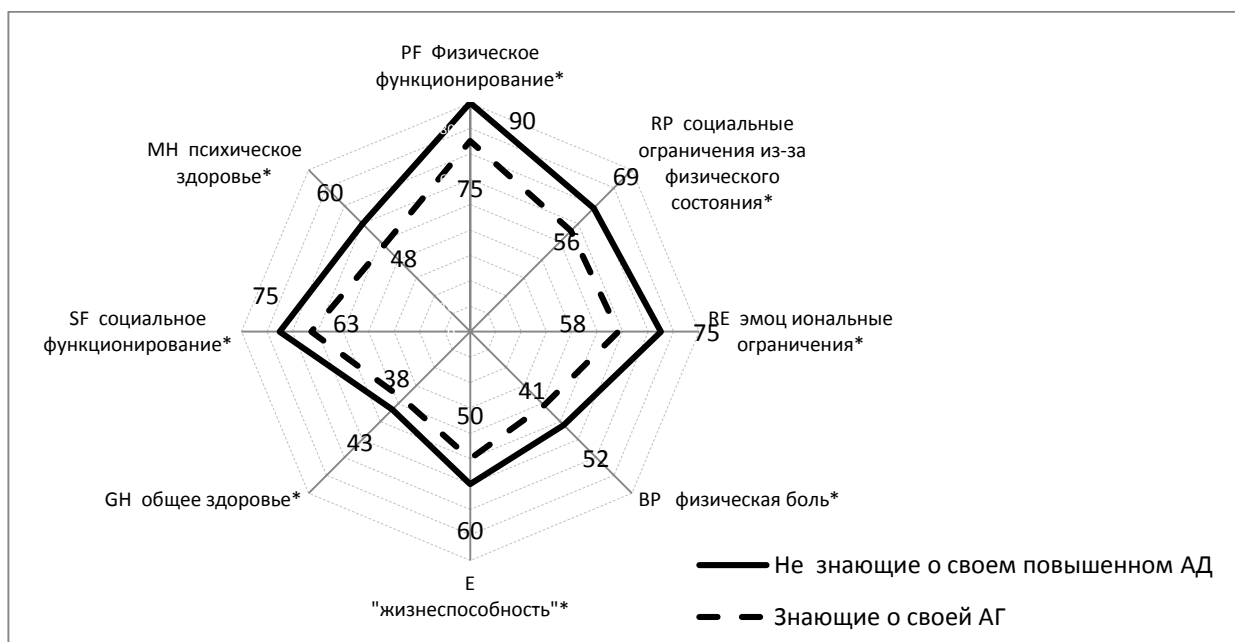


Рисунок 37. Показатели качества жизни респондентов с артериальной гипертензией, знавших о наличии у них повышенного артериального давления, и не знавших об этом

* — $p < 0,001$ для всех шкал качества жизни

При этом у лиц с артериальной гипертензией, знавших, что страдают АГ, уровень АД был достоверно выше, чем у не знавших об этом (162/94 мм рт. ст. в сравнении с 148/90 мм рт.ст., $p < 0,0001$ для систолического, и $p < 0,001$ для диастолического АД). Также у осведомленных об АГ больных были хуже и показатели, характеризующие психическое здоровье: уровень стресса, количество симптомов тревоги, депрессии. Среди осведомленных об АГ больных был выше процент лиц с патологическим уровнем тревоги и депрессии (Таблица 28). Вместе с тем по уровню образования, семейному положению, наличию и количеству детей, наличию работы, профессиональному статусу и уровню доходов респонденты, знавшие о своей болезни, не отличались от не знавших о своем повышенном давлении лиц с АГ ($p > 0,05$). Доля больных, отказавшихся от курения (прекративших курить), также была сопоставима среди неинформированных и информированных об АГ респондентов: 6,9%; 23 чел. (95%ДИ 4,4-10,2%) и 6,4%; 9 чел. (95%ДИ 3,4-11,8%) соответственно.

Показатели психического здоровья у лиц с артериальной гипертензией, в зависимости от их информированности о наличии повышенного АД

	Не знавшие о своем повышенном АД, N=333	Информированные о наличии АГ N=140
Количество симптомов тревоги (медиана и ИКИ)	4(2-6)	5(3-8)**
Количество симптомов депрессии (медиана и ИКИ)	2(1-5)	4(2-7)**
Число и доля лиц с высоким уровнем стресса (в скобках 95%ДИ)	202	108***
	60,7% (55,3-65,8)	77,1% 0,77(69,5- 83,3)
Число и доля лиц с высокой вероятностью тревожного расстройства (в скобках 95%ДИ)	140	85***
	42,0% (36,9 —47,4)	60,7% (52,4-68,4)
Число и доля лиц с высокой вероятностью депрессии (в скобках 95%ДИ)	160	94***
	48,0% (42,7- 53,4)	67,1% (59,0 — 74,4)

**– различия между группами статистически достоверны, $p < 0,01$

***– различия между группами статистически достоверны, $p < 0,001$

Поскольку информированные больные в целом были старше, и среди них было в 1,5 раза больше женщин, нами была проведена стратификация данных (разделение по медиане возраста, 52 года). Однако и после поправки на возраст, большинство обнаруженных ранее ассоциаций сохранило свою значимость, что позволило нам предположить, что они не были связаны с гендерными и возрастными различиями информированных и не информированных больных (Таблица 29). Поправка на половозрастную структуру групп внесла коррективы лишь в данные о частоте курения и злоупотребления алкоголем среди осведомленных и неосведомленных больных АГ. Так, выяснилось, что молодые больные АГ, информированные о своей болезни, курили даже чаще, нежели не информированные. Процент лиц, вероятно злоупотреблявших алкоголем, напротив, отличался лишь среди пожилых лиц — он был выше у осведомленных о своей патологии больных.

Основные показатели, характеризующие респондентов, не осведомленных и осведомленных о наличии у них артериальной гипертензии после разделения по возрасту

	Молодые больные АГ		Больные старшего возраста	
	Не знающие о повышенном АД N=157	Осведомленные о наличии АГ N=43	Не знающие о повышенном АД N=176	Осведомленные о наличии АГ N=97
Число и доля мужчин в группе (в скобках 95%ДИ)	87** 55,4%(47,6-63)	10 23,3%(13,2-37,7)	74** 42,0%(35,0-49,4)	22 22,7%(15,5-32,0)
Число и доля лиц с ожирением 1,2,3 степени и ИМТ (в скобках 95%ДИ)	23** 14,6% (10,0-21,0)	16 37,2%(24,4-52,1)	25* 14,2%(9,8-20,1)	25 25,8%(18,1-35,3)
Число декларируемых хронических заболеваний, кроме АГ (медиана и ИКИ)	0(0-1)	3 (1-3)*	1(0-1)	3(1-4)
Число и доля лиц со стенокардией напряжения (в скобках 95%ДИ)	14** 8,9% (5,4-14,4)	13 30,2%(18,6-45,1)	34** 19,3% (14,2-25,8)	40 41,2%(32,0-51,2)
Число и доля лиц с респираторными нарушениями (в скобках 95%ДИ)	12 7,6%(4,4-12,9)	4 9,3%(3,7-21,6)	12 6,8%(3,9-11,5)	10 10,3%(5,7-17,9)
Число и доля куривших (в скобках 95%ДИ)	11** 7,0%(4-12,1)	11 25,6%(14,9-40,2)	45 25,6%(19,7-32,5)	17 17,5%(11,2-26,3)
Число и доля лиц, вероятно злоупотреблявших алкоголем (в скобках 95%ДИ)	44 28,0% (21,6-35,5)	13 30,2% (10,6-45,1)	44* 25% (19,2-31,9)	13 13,4% (8,0-21,6)
Число и доля лиц с высоким уровнем стресса (95%ДИ)	26** 16,6%(11,6-23,2)	25 58,1%(43,3-71,6)	118* 48,3% (59,8-73,6)	77 79,4%(70,3-86,2)
Число и доля лиц с патологическим уровнем тревоги (95%ДИ)	55*** 35,5%(28,0-42,8)	25 58,1%(43,3-71,6)	85* 48,3%(41,0-55,6)	60 61,9%(51,9-70,9)
Число и доля лиц с патологическим уровнем симптомов депрессии (в скобках 95%ДИ)	55*** 35,5%(28,0-42,8)	29 67,4%(52,5-79,5)	104 59,1%(51,7-66,1)	65 67,0%(57,2-75,6)

*- различия между информированными и неинформированными больными $p < 0,05$

** - различия между информированными и неинформированными $p < 0,01$

*** - различия между информированными и неинформированными $p < 0,001$

Как возможную детерминанту осведомленности об АГ мы рассмотрели также фактор проживания на селе или в городе. Однако разделение больных в зависимости от их места жительства тоже не внесло значительных изменений в

выявленные закономерности. Доля знавших о своем повышенном АД лиц на селе и в городе была одинаковой (28,5% и 30,1% соответственно, $p>0,05$). Другие характеристики осведомленных и неосведомленных об АГ больных в зависимости от их места проживания представлены в Таблице 30.

Таблица 30
Гендерная структура, показатели частоты изучаемых ХНИЗ и их факторов риска, характеризующие неосведомленных и осведомленных о наличии АГ лиц в зависимости от проживания на селе или в городе

	Сельский район, лица с АГ N=246		Город, лица с АГ N=227	
	Не знавшие о повышенном АД, N=176	Осведомленные о наличии АГ N=70	Не знавшие о повышенном АД, N=157	Осведомленные о наличии АГ N=70
Возраст, среднее M, (SD; ИКИ)	48,7 (10; 42-55)	51,1 (10,3;46-58)	58,1 (15; 48-72)	62,9 (12,2; 55-74) ^{xx}
Число и доля мужчин в группе (в скобках 95%ДИ)	99 56,3% (48,9-63,4)	21 ^{xxx} 30% (20,5-41,5)	63 40,1% (32,8-47,9)	11 ^{xxx} 15,7% (9,0-26,0)
Число и доля лиц с ожирением (в скобках 95%ДИ)	27 15,3% (10,8-21,4)	28 ^{xxx} 40,0% (29,3-51,7)	20 12,7% (8,4-18,9)	14 20,0% (12,3-30,8)
Систолическое АД среднее M (SD)	146 (18,2)	157(26,6) ^{xxx}	150(20,1)	167(22,5) ^{xxx}
Диастолическое АД среднее M (SD)	93(8,2)	87(13,8)	86,7(20,2)	91(25) ^{xxx}
Количество декларируемых хронических заболеваний, Me ИКИ)	0(0-1)	3(2-3) ^x	1(0-1)	3(2-4) ^{xx}
Число и доля лиц с симптомокомплексом стенокардии (95%ДИ)	18 10,2% (6,6- 15,6)	29 ^{xxx} 41,4% (30,6-53,1)	30 19,1% (13,7-26,0)	29 ^x 34,3% (24,2-46,0)
Число и доля куривших (в скобках 95%ДИ)	63 35,8% (29,1-43,1)	20 28,6% (19,3-40,1)	42 26,8% (20,4-34,2)	10 ^x 14,3% (7,9-24,3)
Число и доля лиц, вероятно злоупотреблявших алкоголем (95% ДИ)	44 25,0% (19,2-31,9)	17 24,3% (15,8-35,5)	26 16,6% (11,6-23,2)	6 8,6% (4,0-17,5)

^x– различия внутри популяции статистически достоверны, $p<0,05$

^{xx} — различия внутри популяции статистически достоверны, $p<0,01$

^{xxx} — различия внутри популяции статистически достоверны, $p<0,001$

И на селе, и в городе, респонденты, знавшие о своей АГ, были старше (на селе недостоверно). Чаще это были женщины, лица с ожирением (в городе недостоверно)

чаще), более высоким АД, страдавшие большим числом хронических заболеваний, чаще имевшие симптомокомплекс стенокардии напряжения (и чаще знавшие о своей стенокардии). Они реже курили (только в городе) и одинаково часто с неосведомленными об АГ больными злоупотребляли алкоголем.

В обеих изучаемых территориях показатели КЖ по большинству показателей были хуже, а уровень стресса, количество симптомов тревоги и депрессии, доля лиц с патологической тревогой и высокой вероятностью депрессии были выше у респондентов, знавших о наличии АГ (Таблица 31)

Таблица 31

Показатели психического здоровья среди сельских жителей и горожан с АГ в зависимости от их информированности об имеющемся заболевании

	Сельский район лица с АГ N=246		Город, лица с АГ N=227	
	Не знавшие о своем повышенном АД, N=176	Информированные о наличии АГ, N=70	Не знавшие о своем повышенном АД, N=157	Информированные о наличии АГ, N=70
Количество симптомов тревоги (медиана и ИКИ)	3(2-5)	6(4-8) ^{xx}	3(2-7)	5(3-8) ^{xx}
Количество симптомов депрессии, медиана и ИКИ	2(1-4)	5(3-7) ^x	1(1-4)	4(1-6) ^x
Число и доля лиц с высоким уровнем испытываемого стресса (95%ДИ)	98 55,7% (48,3-62,1)	57 81,4% (70,8-88,8)	104 66,2% (58,5-73,2)	51 72,9% (61,5-81,9)
Число и доля лиц с патологическим уровнем симптомов тревоги (95%ДИ)	61 34,7% (28-42,0)	47 ^{xxx} 67,1% (55,5-77,0)	79 50,3% (42,6-58,0)	38 54,3% (42,7-65,4)
Число и доля лиц с патологическим уровнем симптомов депрессии (95%ДИ)	76 43,2% (36,1-50,6)	54 ^{xxx} 77,1% (66,0-85,4)	84 53,5% (45,7-61,1)	40 57,1% (45,5-68,1)

^x — различия внутри популяции статистически достоверны, $p < 0,05$

^{xx} — различия внутри популяции статистически достоверны, $p < 0,01$

^{xxx} — различия внутри популяции статистически достоверны, $p < 0,001$

По ряду признаков выявленные ассоциации были более выражены у сельских жителей в сравнении с горожанами. В частности, в сельском районе среди знавших о своей АГ лиц, ожирение имели 40% больных, среди не знавших 15% ($p < 0,05$). В городской популяции аналогичные показатели составили 20% и 13% соответственно ($p > 0,05$). Доля лиц с высокой вероятностью депрессии и тревоги

среди информированных сельчан была в полтора раза выше, чем среди не информированных (Таблица 31), тогда как в городской популяции различия по этим показателям составляли не более 4% и не были достоверными. Качество жизни у знавших и не знавших о своей АГ лиц на селе отличалось тоже в большей степени, нежели у горожан (Рисунок 38).

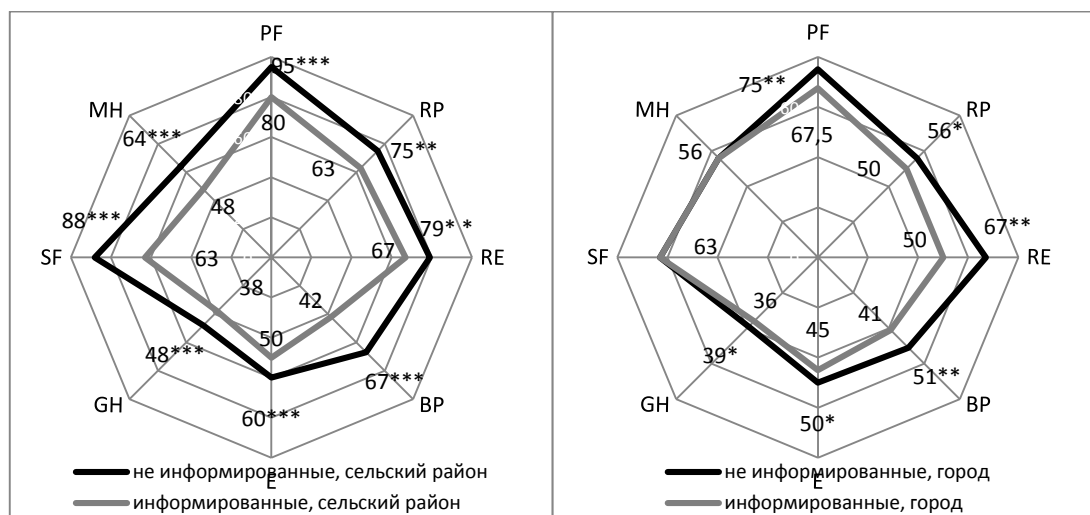


Рисунок 38. Индексы качества жизни жителей села(слева) и города(справа), имевших артериальную гипертензию в зависимости от их информированности о наличии повышенного АД

- * — внутрипопуляционные различия $p < 0,05$,
- ** — внутрипопуляционные различия $p < 0,01$
- *** — внутрипопуляционные различия $p < 0,001$

8.2. Уровень приема антигипертензивной терапии и контроль артериальной гипертензии в изучаемой популяции

При расспросе менее половины сельских жителей с АГ (41%; 101 чел; 95% ДИ 37-45,3%) и горожан с АГ (43%; 98 чел; 95% ДИ 38,3-47,9%) (межпопуляционные различия $p > 0,05$) сообщили, что постоянно принимают лекарственные препараты, относящиеся к классу антигипертензивных. Выяснилось также, что количество больных, принимавших эти лекарства, было выше, чем число тех, кто сообщал при активном расспросе о наличии АГ. Сопоставление данных по каждому респонденту выявило, что в группе лиц, имевших АГ, была категория больных (63

чел., 13,3%, 95%ДИ 10,5-16,6), регулярно принимавших антигипертензивные средства, но не знавших об их предназначении и наличии у себя данного заболевания. Так, они отвечали отрицательно на закрытый вопрос интервьюера «отмечалось ли у Вас когда-либо ранее повышенное артериальное давление?». Они отрицали также в качестве причины приема этих лекарств "назначение врача". Эти респонденты (средний возраст 55 лет, SD 15,4 лет; из них 17 мужчин (27% 95%ДИ 17,6-39%); среднее АД 156/92 мм рт.ст., SD 18,7/14,1 мм рт.ст. соответственно) не назвали при расспросе и других заболеваний, позволивших бы нам классифицировать их как возможную причину приема антигипертензивных средств. Например, эти больные не отметили наличие у себя болезней из кластера сердечно-сосудистых (перенесенного инфаркта, инсульта, ИБС, ХСН и т.п.), сахарного диабета или его осложнений, и т.д. Наибольшую долю среди этих лиц составили граждане, сообщившие при расспросе, что не имеют никаких хронических заболеваний (29%; 18 чел, 95%ДИ 19,6-41, средний возраст 52±12 г.). 17 человек из этой группы (28%, 95%ДИ 18-39, средний возраст 53±12,7г.) сообщили, что страдают заболеваниями, отнесенными нами к кластеру "болезни костей и суставов". Среди других групп декларированных ими хронических заболеваний были представлены болезни ЖКТ, миопия и некоторые другие.

Знали о наличии у себя АГ и постоянно принимали антигипертензивные средства с целью лечения этого заболевания 115 жителей сельской и городской популяций, что составило 82% от осведомленных об АГ лиц. Основные показатели, характеризующие лиц с АГ, сознательно принимавших антигипертензивные средства, в сравнении с теми, кто не принимал их, зная о своем повышенном АД, представлены в Таблице 32 Как свидетельствует таблица, принимавшие антигипертензивные средства больные были старше, среди них было больше женщин, они имели более высокие показатели АД, и в 1,5 раза чаще имели стенокардию напряжения. Однако эти различия не достигли степени статистической достоверности. Курили лица, сознательно принимавшие антигипертензивные, достоверно реже, а признаки злоупотребления алкоголем у них были достоверно чаще, чем у сознательно не лечащихся лиц с АГ.

Основные показатели, характеризующие лиц с АГ, сознательно принимавших антигипертензивные средства систематически, и не получавших антигипертензивную терапию, но знавших о своем повышенном АД

	Знали об АГ Не принимали антигипертензивные N=25	Знали об АГ принимали антигипертензивные N=115
Возраст, среднее M, (SD; ИКИ)	54 (11;48-60)	58 (14; 50-67)
Число и доля мужчин в группе (в скобках 95% ДИ доли)	6 28,0%(14,3-47,6)	26 22,6%(15,9-31,1)
Число и доля лиц с ожирением (в скобках 95% ДИ доли)	3 12,0%(4,2-30,0)	39 ^x 33,9%(25,9- 43)
Систолическое АД (среднее и стандартное отклонение) (M, SD)	154 (24,2)	164(25,0)
Диастолическое АД (среднее и стандартное отклонение) (M, SD)	87(23,7)	95(19,4)
Число декларируемых хр. заболеваний (Me и ИКИ)	3(2-3)	3(2-4)
Число и доля лиц с симптомокомплексом стенокардии напряжения (в скобках 95% ДИ доли)	7 27%(31,5-49,1)	46 40%(14,3-47,6)
Число и доля курящих лиц (в скобках 95% ДИ доли)	7 24,3%(17,4-32,9)	28 28,0%(14,3-47,6)
Число и доля лиц, имевших высокий риск злоупотребления алкоголем согласно вопроснику CAGE (в скобках 95% ДИ доли)	3 12,0%(11,5-25,3)	20 17,4%(4,2-30)

^x — различия между группами статистически достоверны, $p < 0,05$

Тем не менее, больных АГ, осознанно принимавших антигипертензивные средства, характеризовали и некоторые статистически достоверные отличия, несмотря на небольшое количество наблюдений. Так, среди них более чем вдвое выше была доля людей с ожирением ($p > 0,05$). Кроме того, принимавшие гипотензивную терапию больные оценивали свое качество жизни по 7 из 8 шкал достоверно хуже, чем не принимавшие эти лекарства ($p < 0,05$). В частности, снижение повседневной активности из-за разнообразных болей у принимавших антигипертензивные средства больных было сильнее, физические ограничения значительнее, а общий тонус, самооценка психического здоровья — ниже (Рисунок 39). Это согласовалось со статистически достоверно более высоким уровнем тревоги и депрессии, выявленным у этих больных в сравнении с сознательно не лечающимися больными (Таблица 33). При этом значения АД у больных, принимавших антигипертензивные средства, были выше, чем у не принимавших

медикаменты больных (164/95 в сравнении с 154/87, $p=0,08$ по систолическому, $p>0,05$ по диастолическому АД).

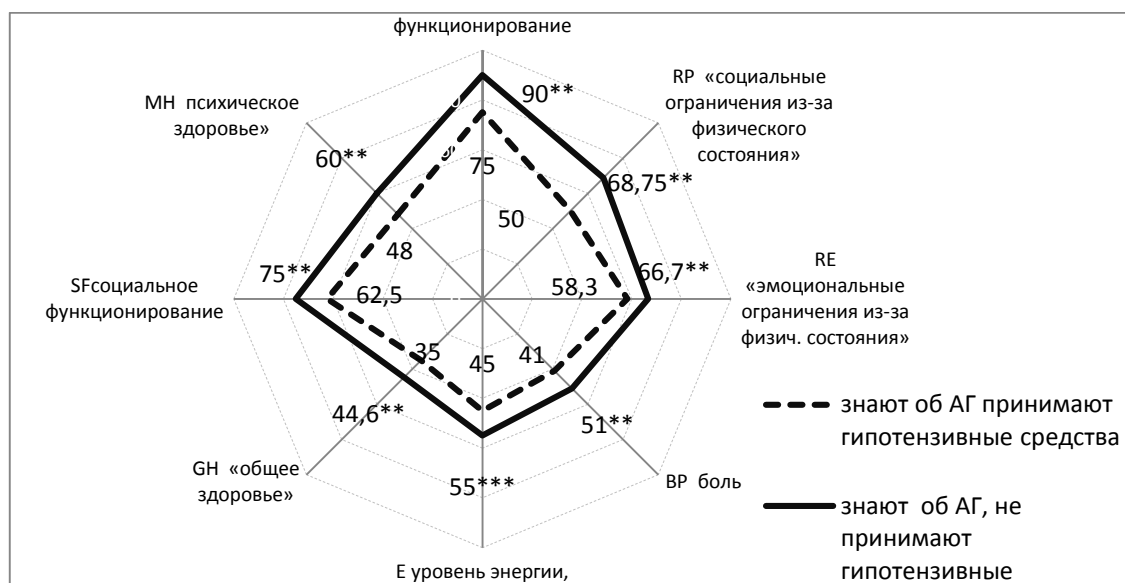


Рисунок 39 Показатели качества жизни у лиц с АГ, сознательно принимавших антигипертензивные средства и не принимавших их, зная о своем заболевании

* — различия достоверны $p<0,05$; ** — различия достоверны $p<0,01$; *** — различия достоверны $p<0,001$

Уровень образования, семейное положение, наличие или отсутствие работы, уровень доходов не отличались у осознанно принимающих антигипертензивные средства больных АГ и у больных, знавших о своем заболевании, но не принимавших антигипертензивные средства ($p>0,05$).

Таблица 33

Показатели психического здоровья больных артериальной гипертензией, принимавших антигипертензивные средства осознанно в сравнении с данными больных АГ, не принимавшими эти лекарства, зная о своем заболевании

	Знали об АГ Не принимали антигипертензив ные N=25	Знали об АГ принимали антигипертензив ные N=115
Количество симптомов тревоги (медиана и ИКИ)	4(1-5)	6(4-8) ^{xxx}
Количество симптомов депрессии (медиана и ИКИ)	2(1-4)	5(2-7) ^{xxx}
Число и доля лиц с высоким уровнем стресса (в скобках 95%ДИ)	19 77,4%(68,9-84,1)	89 76,0%(56,6-88,5)
Число и доля лиц с высокой вероятностью тревожного расстройства (в скобках 95%ДИ)	7 28,0%(14,3-47,6)	78 ^{xxx} 67,8%(58,8-75,7)
Число и доля лиц с высокой вероятностью депрессии (в скобках 95%ДИ)	11 44,0%(26,7-62,9)	83 ^{xx} 72,4%(63,4-79,5)

^{xx} — различия между группами статистически достоверны, $p<0,01$

^{xxx} — различия между группами статистически достоверны, $p<0,001$

Показатель контроля АГ в популяции (доля лиц с показателями АД ниже 140/90 мм рт.ст. среди всех больных АГ, знавших о своей болезни (принимавших и не принимавших антигипертензивные средства) составил в целом 9,3% (95% ДИ 5,5-15,2%). У сельских жителей и у горожан этот показатель отличался статистически недостоверно, составив соответственно 12,9%(95%ДИ 6,9-22,7%; 8 женщин, 1 мужчина) и 5,7% (95%ДИ 2,2-13,8%; все 4 женщины), $p>0,05$. Показатель контроля АГ среди принимавших терапию составил в целом 11,3% (95%ДИ 6,7-18,4%)

8.3. Информированность об ИБС, хронических респираторных нарушениях и проблемах психического здоровья

Уровень информированности о наличии стенокардии либо диагностированной врачом ИБС среди тех, кто имел симптомы стенокардии напряжения, статистически достоверно не отличался от такового для АГ: 36,6%(95%ДИ 28,9-45,2) $p>0,05$. Но в отличие от ситуации с АГ, доля лиц, знавших о стенокардии, среди мужчин и женщин не различалась достоверно: 42,1% (95%ДИ 27,9-57,8) против 34,4% (95%ДИ 25,5-44,5) соответственно, $p>0,05$. Другим отличием от АГ стало то, что уровень осведомленности о наличии стенокардии среди городских жителей был достоверно и почти вдвое выше, чем у сельских: 49,2%(95%ДИ 37,3-61,2) против 25,0% (95%ДИ 16,2-36,4) соответственно, $p<0,01$. Другие показатели, характеризующие лиц, осведомленных и не осведомленных о наличии у них стенокардии, представлены в Таблицах 34, 35 и на рисунке 40.

Таблицы 34-35 и рисунок 40 иллюстрируют, что больных, знавших, что они страдают стенокардией напряжения (ИБС), отличали более старший возраст, больший процент лиц с ожирением, большее число названных в ходе сбора анамнеза хронических заболеваний, больший процент лиц с АГ, большее количество симптомов тревоги и депрессии.

Таблица 34

Основные показатели, характеризующие не осведомленных и осведомленных о наличии стенокардии либо ИБС респондентов в популяции из числа лиц с положительным результатом вопросника Роуза

	Не осведомленные N= 83	Осведомленные N=48
Возраст, среднее M, (SD; ИКИ)	53 (12,6 46-59)	62 (14,3; 53-74) ^{xxx}
Число и доля мужчин в группе (в скобках 95%ДИ)	22 26,5%(18,2-36,9)	16 33,3%(21,7-47,5)
Число и доля лиц с ожирением, 1,2,3 степени (в скобках 95%ДИ)	29 34,9%(25,6-45,7)	9 ^x 18,8%(10,2-31,9)
Число декларируемых хронических заболеваний, Медиана (Me и ИКИ)	1(0-1)	3 (2-3)*
Число и доля лиц с АГ (в скобках 95%ДИ)	59 71,1%(60,6-79,7)	42 ^x 87,5%(75,3-94,1)
Число и доля лиц с хроническими респираторными нарушениями (в скобках 95%ДИ)	8 9,6%(5,0-17,9)	4 8,3%(3,3-19,6)
Число и доля куривших (в скобках 95%ДИ)	44 53,0%(42,4-63,4)	39 ^x 81,3%(68,1-89,8)
Число и доля лиц, имевших высокий риск злоупотребления алкоголем (в скобках 95%ДИ)	14 16,9%(10,3-26,3)	7 14,6%(7,2-27,2)

^x — различия между группами статистически достоверны, p<0,05

^{xx} — различия между группами статистически достоверны, p<0,01

^{xxx} — различия между группами статистически достоверны, p<0,001

Таблица 35

Показатели психического здоровья, характеризующие неосведомленных и осведомленных о наличии стенокардии (либо ИБС) респондентов, из числа лиц с положительным результатом опросника Роуза

	Не осведомленные N= 83	Осведомленные N=48
Количество симптомов тревоги (медиана и ИКИ)	5(4-7)	6(4-7) ^x
Количество симптомов депрессии (медиана и ИКИ)	4(2-7)	5(2-7) ^x
Число и доля лиц с высоким уровнем стресса (в скобках 95%ДИ)	65 78,3%(68,3-85,8)	44 ^{xx} 91,7%(80,4-96,7)
Число и доля лиц с высокой вероятностью тревожного расстройства (в скобках 95%ДИ)	53 63,9%(53,1-73,4)	35 72,9%(59,0-83,4)
Число и доля лиц с высокой вероятностью депрессии (в скобках 95%ДИ)	56 67,5%(56,8-76,6)	34 70,8%(56,8-81,8)

^x — различия между группами статистически достоверны, p<0,05

^{xx} — различия между группами статистически достоверны, p<0,01

Осведомленных больных отличало также ухудшение 6 из 8 составляющих качества жизни (физического функционирования, социальных и эмоциональных ограничений из-за физического состояния, "жизнеспособности", самооценки здоровья в целом и психического здоровья в частности), больший уровень стресса, большее число симптомов тревоги и депрессии.

Не влиял на показатели осведомленности о стенокардии, как и в случае с АГ, социальный статус опрошенных (уровень образования, доходов, семейное положение, наличие работы и детей, уровень злоупотребления алкоголем). Курили лица, знавшие о своей стенокардии даже чаще, нежели не знавшие об этом. О том, что «бросили курить» сообщил 1 человек в группе осведомленных, и 1 человек в группе неосведомленных о наличии ИБС лиц (оба мужчины).

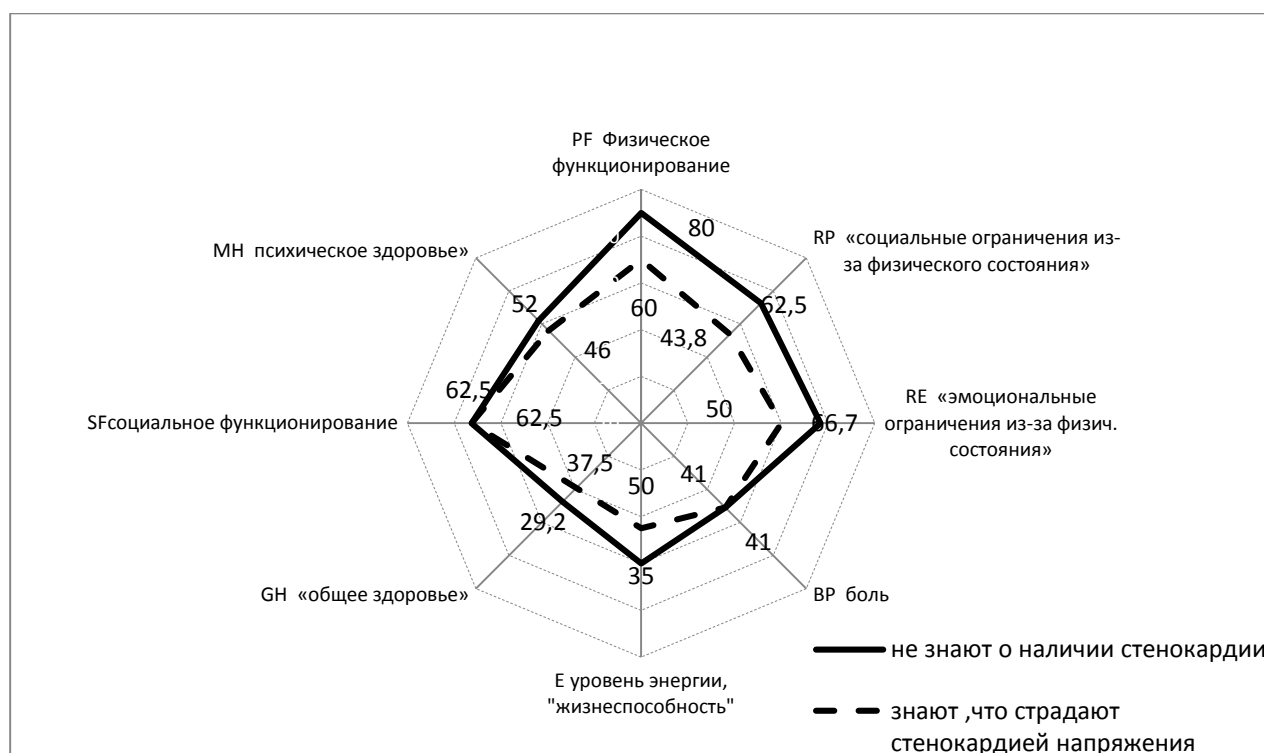


Рисунок 40. Показатели качества жизни у лиц с симптомокомплексом стенокардии напряжения (согласно вопроснику Роуза), в зависимости от их информированности о наличии у них стенокардии ($p < 0,05$ для всех показателей, кроме SF и BP)

Из тех, кто имел симптомы хронических респираторных нарушений (51 чел.), процент сообщивших, что страдают ХОБЛ, хроническим бронхитом или бронхиальной астмой, составил 60,8% (31 чел., 95% ДИ 41,1-73%), что было

практически вдвое выше, чем аналогичный показатель для АГ или стенокардии напряжения ($p < 0,01$) (Таблица 36).

На селе и в городе показатель осведомленности о наличии бронхолегочной патологии был одинаково высоким: 50,0%; (95%ДИ 32,1-67,9%) и 72,0% (95%ДИ 52,4-85,7%) соответственно, $p > 0,05$.

Таблица 36

Основные показатели, характеризующие неосведомленных и осведомленных о наличии ХОБЛ или бронхиальной астмы лиц среди респондентов с симптомами хронических респираторных нарушений в популяции.

	Не осведомленные, что имеют ХОБЛ или бронхиальную астму N= 31	Осведомленные, что имеют ХОБЛ или бронхиальную астму N= 20
Возраст, среднее M, (SD; ИКИ)	52 (9,9; 45-66)	55,6(15,6: 47-69)
Число и доля мужчин в группе (в скобках 95%ДИ)	18 58,1%(40,8-73,6)	8 40,0%(21,9-61,3)
Число и доля лиц с ожирением 1,2,3 степени (в скобках 95%ДИ)	7 22,6%(11,4-39,8)	4 20,0%(8,1-41,6)
Число декларируемых Хронических заболеваний (медиана и ИКИ)	2 (1-3)	3(2-4)
Число и доля лиц с АГ (в скобках 95%ДИ)	25 80,6%(63,7-90,8)	16 80,0%(58,4-91,9)
Число и доля лиц с симптомокомплексом стенокардии напряжения (тест Роуза) (в скобках 95%ДИ)	7 22,6%(11,4-39,8)	5 25,0%(11,2-46,9)
Число и доля курящих лиц (в скобках 95%ДИ)	8 25,8%(13,7-43,2)	6 30,0%(14,5-51,9)
Число и доля лиц, вероятно злоупотреблявших алкоголем (в скобках 95%ДИ)	11 35,5%(21,1-53,1)	8 40,0%(21,9-61,3)
Число и доля лиц, имеющих высокий уровень психосоциального стресса (в скобках 95%ДИ)	19 61,3%(43,8-76,3)	13 65,0%(43,3-81,9)
Число лиц с патологическим уровнем тревоги (в скобках 95%ДИ)	18 58,1%(40,8-73,6)	10 50,0%(29,9-70,1)
Число лиц с патологическим уровнем симптомов депрессии (в скобках 95%ДИ)	23 74,2%(56,8-86,3)	12 60,0%(38,7-78,1)

По полу, возрасту, уровню доходов и образования, распространенности изучаемых ХНИЗ, количеству декларируемых заболеваний, уровню стресса, тревоги и депрессии, частоте курения и злоупотребления алкоголем, всем параметрам качества жизни респонденты с хроническими респираторными

нарушениями, знаящие и не знаящие, что имеют ХОБЛ или бронхиальную астму, тоже не отличались статистически достоверно (Таблица 36).

При изучении осведомленности граждан о наличии у них проблем психического здоровья, было выявлено следующее. Жители села сообщили, что страдают заболеваниями, относящимися к кластеру «психические расстройства», в 6 случаях. В качестве имеющегося хронического заболевания они назвали «нервное расстройство, депрессию», «синдром хронической усталости», «олигофрению», «эпилепсию скрытую», и в 2 случаях «алкоголизм». Жители города при расспросе о наличии хронических болезней не назвали ни одного заболевания, позволившего бы отнести его к кластеру психических расстройств.

Таким образом, менее трети лиц с повышенным артериальным давлением знали о наличии у себя АГ. Осведомленность об АГ, независимо от места жительства и социального статуса лиц с артериальной гипертонией, была ассоциирована с женским полом, более старшим возрастом, ожирением, наличием симптомокомплекса стенокардии напряжения, большим числом указываемых самими респондентами имевшихся хронических заболеваний, клинически значимым ухудшением всех 8 составляющих КЖ и всех изучаемых параметров психического здоровья и более высокими показателями АД, в сравнении с неосведомленными об АГ больными. Больные, знаящие о своей АГ, так же часто курили, как не знаящие об этом. Уровень злоупотребления алкоголем также был одинаковым, независимо от знания респондентов о своей болезни.

Уровень осознанного систематического приема антигипертензивных средств у больных АГ составил 82%. Осознанно принимавшие антигипертензивные средства больные достоверно чаще имели ожирение, ухудшение большинства показателей качества жизни, патологический уровень тревоги и депрессии. Они имели более высокие показатели АД, в сравнении как с неинформированными, так и информированными об АГ больными, но не отличались по социальному статусу от тех, кто, зная о своей болезни, не принимал лекарств.

Показатель информированности о наличии стенокардии или ИБС был сопоставим с таковым для АГ. Как и в случае с АГ, информированность об ИБС

была ассоциирована с более старшим возрастом обследованных, ожирением, большим числом указанных самими респондентами имевшихся хронических заболеваний, более высоким АД, большим уровнем тревоги и депрессии, а также ухудшением 6 из 8 изучаемых параметров качества жизни. Социальный статус граждан, как и в случае с АГ, не влиял на показатели осведомленности. Курили лица, знавшие о своей стенокардии, даже чаще, нежели не знавшие об этом, а злоупотребление алкоголем одинаково часто встречалось среди информированных и не информированных лиц.

Респонденты с хроническим респираторным синдромом сообщали интервьюерам о наличии ХОБЛ, бронхиальной астмы или хронического бронхита вдвое чаще, чем об АГ или ИБС. Однако не удалось выявить независимых детерминант (включая курение), отличающих информированных и не информированных о наличии бронхолегочной патологии больных.

Показатели, характеризующие эффективность лечения АГ (среди знающих о своей болезни на селе 12,9%, в городе 5,7%), были крайне низки независимо от места проживания и социального статуса болеющих.

ГЛАВА 9. КЛИНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ХНИЗ И ИНФОРМИРОВАННОСТЬ ОБ ИМЕЮЩЕМСЯ ЗАБОЛЕВАНИИ У БОЛЬНЫХ ОБЩЕЙ ВРАЧЕБНОЙ ПРАКТИКИ

Как отмечено выше, основная клиническая группа (141 чел.) была представлена двумя категориями больных терапевтического профиля. Это были 82 последовательных пациента, обратившихся в общем порядке за медицинской помощью в городскую общую врачебную практику в течение 2 недель и 59 пациентов, направленных в тот же центр из пяти районов Свердловской области. Средний возраст этих лиц составил 50 лет (95%ДИ 47,2-52,8), 31% из них — мужчины (44 чел., 95%ДИ 24,0-39,1%). Среди этих пациентов были представлены все заболевания, отнесенные ВОЗ к категории основных ХНИЗ (Рисунок 41).

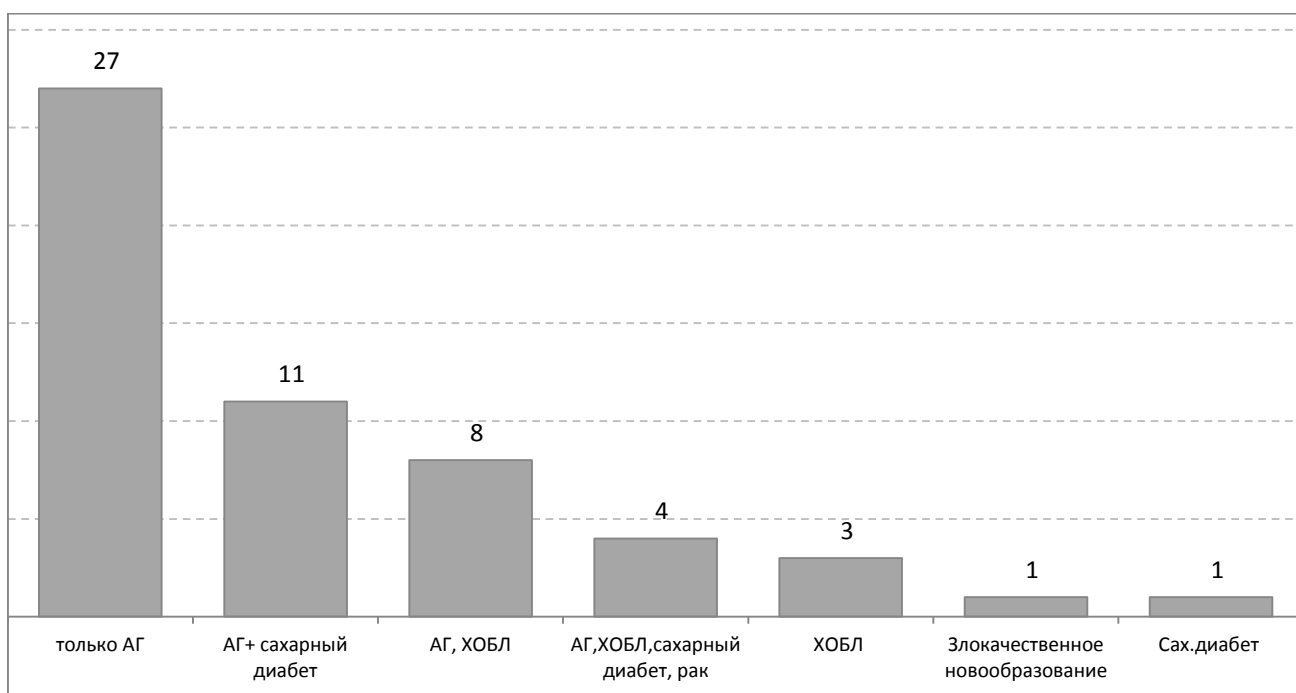


Рисунок 41. Структура основных ХНИЗ в изучаемой группе больных

Другими причинами обращения в ОВП были ОРВИ (20 чел., 14% обращений), хроническая инфекция мочевых путей (3 чел., 2%), остеоартроз (ОА) (13 чел., 9%), язвенная болезнь, хронический панкреатит, желчнокаменная болезнь (11 чел., 8%), ревматоидный артрит (1 чел.), нейроциркуляторная дистония и «необъяснимые соматические симптомы» (18 чел., 13%).

Артериальная гипертензия, как основное или сопутствующее заболевание согласно национальным критериям была диагностирована у наибольшего числа — 50 больных (35% обследованных). Данный показатель в большей степени отражал исследуемую выборку, нежели распространенность АГ в практике врача первичного звена. Условия клиники позволили нам более подробно обследовать больных в ОВП, нежели респондентов с изучаемыми ХНИЗ в популяции. Несмотря на это и ряд других ограничений, мы сочли возможным провести клинико-популяционные параллели и сравнить больных АГ из ОВП и респондентов с выявленной АГ в популяции по ряду параметров, в соответствии с задачами исследования.

Так, гендерные характеристики изучаемых групп больных АГ в популяции и первичном звене здравоохранения демонстрирует Рисунок 42.

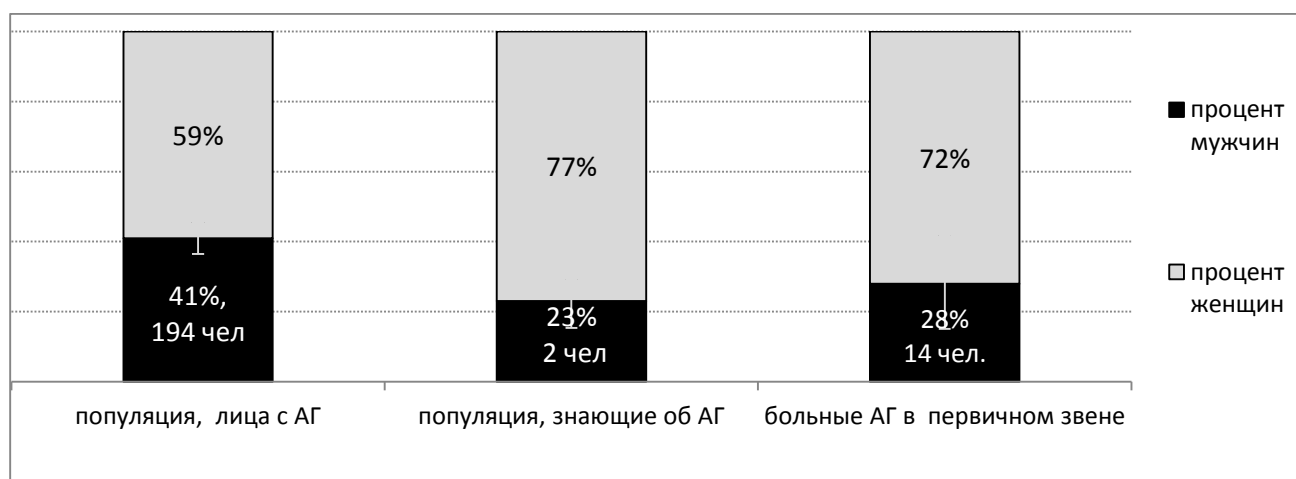


Рисунок 42. Гендерная структура исследуемых групп пациентов с артериальной гипертензией

Как свидетельствует Рисунок 42, в клинической группе больных АГ было 28% мужчин, что в 1,4 раза реже, чем среди лиц с АГ в популяции ($p > 0,01$), но практически столько же, как в популяционной группе осведомленных об АГ респондентов, ($p > 0,05$). Средний возраст в клинической группе (62,5 лет, 95%ДИ 58,8-66,2) был также достоверно выше, чем у этих двух категорий больных в популяции ($p < 0,05$). Кроме того, больные из первичной сети в 100% случаев имели жалобы на плохое самочувствие, что, по всей видимости, и заставляло их обратиться за медицинской помощью. Ожирение было диагностировано у 46% больных АГ (24 чел.) в первичном звене, избыточный вес — у 40% (20 чел.), а

нормальная масса тела — у 14% (7 чел.) (Рисунок 43). Это достоверно отличалось от популяционных показателей лиц с АГ в целом ($p < 0,05$), и недостоверно от популяционных показателей лиц с АГ, знавших о своем повышенном АД.

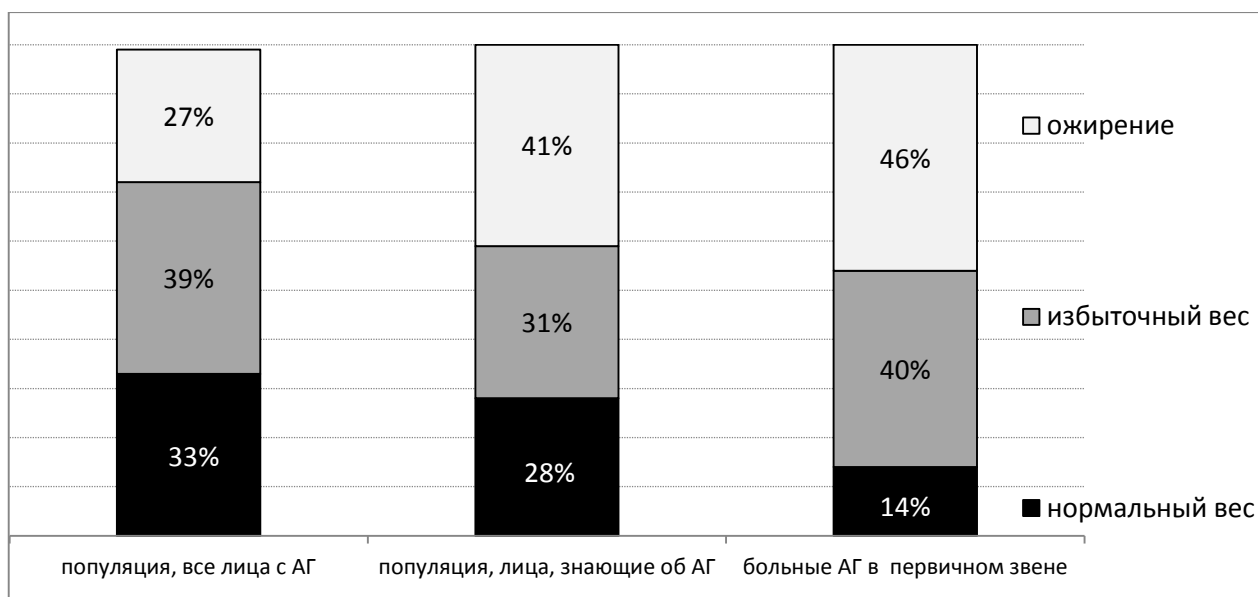


Рисунок 43. Структура исследуемых групп лиц с артериальной гипертензией по показателю "индекс массы тела"

Не исключается, что различия могли бы быть сильнее или слабее, если учесть, что популяционные данные были получены на основании ответов респондентов, а клинические — по данным взвешивания и измерения роста больных в клинических условиях.

Дизайн клинического исследования позволил нам выявить тот факт, что 100% больных с АГ из первичного звена здравоохранения имели разнообразные факторы риска ХНИЗ, в том числе в комбинации друг с другом, что было ожидаемо. По данным анамнеза, 84% больных АГ (42 чел., 95%ДИ 71,5-91,7%) не соблюдали правил здорового питания, у 88% (44 чел., 95%ДИ 76,2-94,4) была констатирована гиподинамия. Курящие люди (34%, 17чел., 05%ДИ 22,4-47,8) и имеющие высокую вероятность злоупотребления алкоголем (12%, 6 чел., 95%ДИ 5,6-23,8), были представлены в клинической группе больных АГ так же часто, как и в популяции. Анализ имеющихся лабораторно-инструментальных данных показал, что уровень глюкозы плазмы натощак был повышен у 26% (13 чел., 95%ДИ 15,9-39,65) больных

АГ, а 52% больных (26 чел., 95%ДИ 38,5-65,2%) имели показатели ОХС выше 5,5 ммоль/л.

Структура клинической группы больных АГ по степени АГ в сравнении с показателями, в популяции представлена на Рисунке 44.

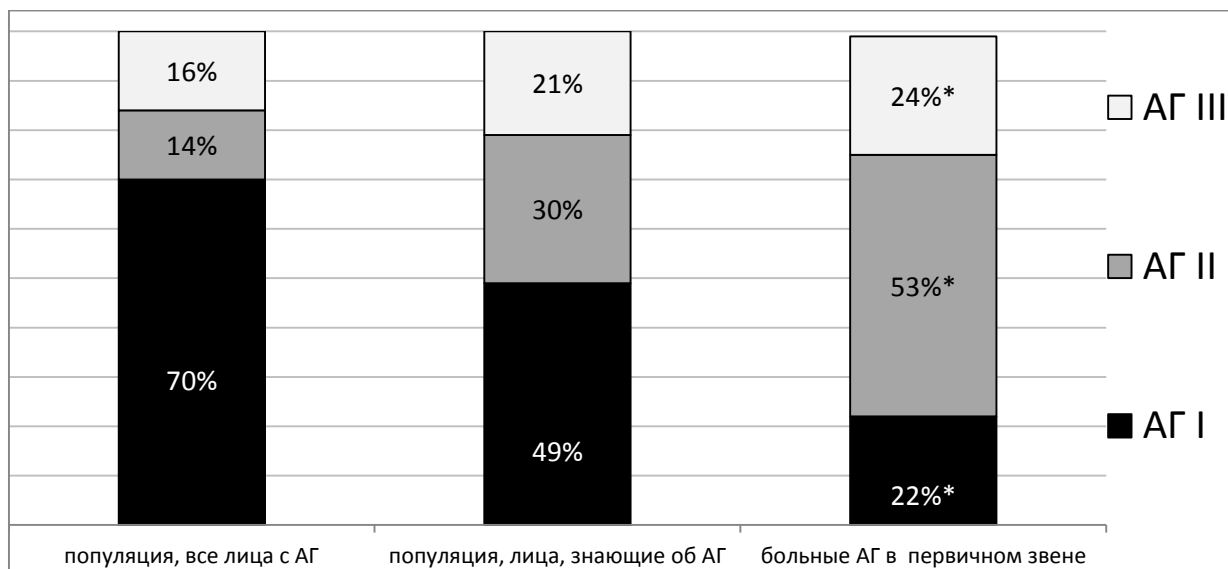


Рисунок 44. Структура исследуемых выборок выборки по степени артериальной гипертонии

Примечание: * — отличия от популяции, $p < 0,01$

Как свидетельствует Рисунок 43, в клинической практике большинство больных страдало умеренной и выраженной АГ. Это статистически достоверно ($p < 0,01$) отличало клиническую группу от обеих групп с АГ в популяции.

Из-за различий в методологии получения информации сравнивать показатели, характеризующие коморбидность АГ с другими ХНИЗ, в популяции и в первичной сети было затруднительно. Тем не менее, о двух и более хронических заболеваниях, помимо АГ, диагностированных врачом, сообщили в популяционном исследовании 26% лиц с АГ и 65% информированных о своей патологии лиц с АГ, что было сопоставимо с популяционными показателями респондентов с выявленной гипертензией, информированных о своей болезни.

В клинической группе, согласно объективным методам исследования, АГ как единственное заболевание была диагностирована у 27 обследованных, АГ сочетании с ИБС — у 12 чел (из которых трое имели перенесенный Q-инфаркт миокарда). Еще 5 больных АГ страдали разнообразными нарушениями ритма.

Клинические симптомы ХСН были отмечены у 16 больных АГ. 11 больных АГ, наблюдавшихся в первичном звене, страдали также сахарным диабетом 2 типа. В сочетании с ХОБЛ и бронхиальной астмой АГ была у 8 человек. АГ; ХОБЛ, сахарный диабет одновременно имели 4 пациента, один из которых, помимо этого, имел злокачественное новообразование. Страдали АГ и все 3 пациентки с остеопорозом в нашей клинической группе (все 3 случая были осложнены переломами).

Знали о наличии у них повышенного АД 86% больных АГ из первичной сети (43 чел., 95%ДИ 74-93%), что было практически втрое выше ($p < 0,001$), чем аналогичные показатели в популяции. Другие показатели информированности больных из общетерапевтической сети, полученные с учетом их данных анамнеза, анкетирования и клинико-лабораторного исследования, представлены в Таблице 37.

Таблица 37

Показатели информированности пациентов первичного звена с АГ о своем заболевании

Вопрос	Число верных суждений	Доля верных ответов	95%ДИ доли
Цель лечения АГ	40	80,0%	67-89%
Роль алкоголя при АГ	28	56,0%	42-69%
Роль избыточной массы тела и ожирения при АГ	22	44,0%	31-58%
Важность ограничения соли при АГ	17	34,0%	22-48%
«Эффективен ли курсовой прием гипотензивных средств для лечения АГ?»	17	34,0%	22-48%
Необходимость регулярного приема гипотензивных средств при АГ	16	32,0%	21-46%
Роль физической активности при АГ	14	28,0%	17-42%

Данные Таблицы 37 показывают, что при формальной осведомленности об АГ и цели ее лечения (80% больных ответили, что целью лечения АГ является предотвращение инфаркта или инсульта), только 18% (9 чел. 95%ДИ 10-31%) больных знали нормальные показатели АД. О роли физической активности как профилактического и лечебного вмешательства при АГ знали только 28% больных (14 чел., 95%ДИ 17-42%). Сообщили на приеме, что принимают выписанные им препараты, 100% обследованных больных АГ в клинической группе. Это так же,

как и в популяции, больше, чем доля осведомленных о своей АГ больных. Но в отличие от популяции больные из первичного звена, сообщившие о приеме антигипертензивных препаратов, не знавшие о своей АГ, указали в качестве причин их употребления «назначение врача» и «от сердца». При 100% охвате антигипертензивной терапией показатели АД ниже 140/90 мм рт.ст. во время исследования были только у 17% больных АГ, что, тем не менее, несколько выше, чем показатели в популяции.

Кроме того, 66% больных АГ из первичного звена (33 чел, 95%ДИ 52,2-77,6%) считали, что антигипертензивные лекарственные препараты можно принимать только при повышенном АД, плохом самочувствии или курсом. О роли ограничения соли, снижения веса и ограничения приема алкоголя для лечения АГ знали соответственно 34%, 44% и 56% больных (Таблица 37). Еще одним важным показателем, свидетельствующим о неполном понимании сущности болезни, являлся уровень лечения средствами нетрадиционной медицины: среди больных АГ из общетерапевтической сети 70% (35 чел, 95%ДИ 56-81%) сообщили, что применяют для лечения АГ различные «нетрадиционные» средства (биодобавки, циркониевые браслеты, мини-гаджеты, и т.д.).

Дневник АД представляли на консультации 20% больных АГ (10 чел., 95% ДИ 11,2-33%). При этом 50% сообщили, что ориентируются по самочувствию (25 чел, 95%ДИ 36,6-63%). А 30% пациентов, (15 чел, 95%ДИ 19-43%), напротив, представили дневник самочувствия, в котором измерение АД осуществлялось более 3 —5 раз за день и было дополнено множеством дополнительной информации. Доля больных, высказавших потребность в длительном наблюдении у одного врача, составила 90%.

При оценке показателей психического здоровья выяснилось, что медиана симптомов тревоги и депрессии в группе пациентов с АГ из первичного звена составляла 5 (ИКИ 5-7) и 4(ИКИ 4-7) баллов соответственно. Доля больных с высокой вероятностью тревожного расстройства и депрессии составила соответственно 66% (33 чел, 95%ДИ 52,2-77,6%) и 76% (38 чел., 95%ДИ 62,6-85,7%) (Рисунок 45). Это было достоверно выше, чем показатели обследованных

лиц с АГ в популяции в целом ($p < 0,05$), и недостоверно выше популяционных показателей знающих о своей АГ респондентов.

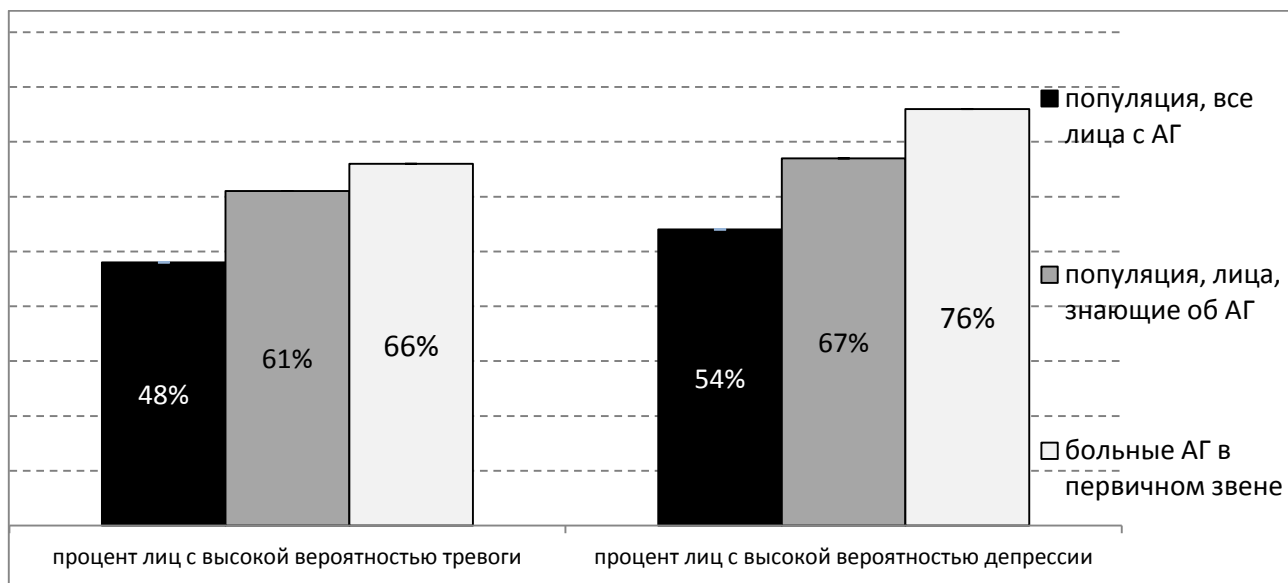


Рисунок 45. структура обследованных групп по признаку: надпороговый уровень симптомов тревоги(слева) и депрессии (справа)

Однако достоверных ассоциаций между уровнем информированности больных АГ и их полом, возрастом, количеством симптомов и клиническими проявлениями депрессии и тревоги не было выявлено.

Для сравнения показателей осведомленности, уровня приема медикаментозной терапии и его возможных детерминант при ХНИЗ нами также было проведено клиническое исследование у 128 больных другим хроническим заболеванием – остеопорозом, получающих амбулаторное лечение. Средний возраст этих больных был выше, чем у обследованной клинической группы пациентов с АГ (67,8 лет, 95%ДИ 66,2-69,4 $p < 0,05$); все из них были женщины. В 53% случаев (68 чел., 95%ДИ 44,5-61,6) они имели в анамнезе 1 или более малотравматичный перелом. Жалобы на боли в спине, суставах (в том числе, не имеющие отношения к с ОП) предъявляли 91% больных (116 чел; 95%ДИ 84,3-94,6%). Знали о наличии у себя ОП как клинического диагноза 83% пациенток (106 чел., 95% ДИ 75,3-88,4%). АГ как сопутствующую патологию имели 68,8% больных (88 чел., 95%ДИ 60,3-76,6%).

О сути ОП и цели его лечения — предотвращении переломов— знали соответственно 84% и 88% пациенток (108 чел., 95%ДИ 77,1-89,7% и 113 чел., 95%ДИ 82-92,8%). Однако о существовании препаратов с разной кратностью приема, их побочном действии, необходимости их регулярного приема и роли физических упражнений при ОП знали только 38%, 58%, 37% и 57% больных ОП соответственно (Таблица 38).

Таблица 38

Показатели знания больных остеопорозом о своем заболевании

	Число верных суждений	Доля верных суждений	95%ДИ доли
Знание о препаратах с разной кратностью приема	49	38,3%	(30,3-46,9)
Побочное действие лекарств от остеопороза	74	57,8%	(49,2-66,0)
«Нельзя пропускать прием препарата»	47	36,7%	(28,9-45,3)
Роль физической активности при ОП	73	57,0%	(48,4-65,3)
«Необходимость приема лекарств, помимо кальция и витамина D»	11	8,6%	(4,9-14,7)

Только 8,6% больных (11 чел.) ОП считали необходимым для предотвращения переломов при ОП принимать лекарства помимо витамина D и кальция. При этом 45% (58 чел., 95%ДИ 37-53,9%) при дополнительном уточняющем расспросе сообщили, что принимают, помимо кальция и витамина D, препараты из групп бисфосфонатов, кальцитонин или стронция ранелат постоянно или в течение определенного времени. В качестве причины приема было указано назначение врача.

Медиана баллов по шкале тревоги и депрессии у больных ОП составила 6(ИКИ5-7) и 6(ИКИ 4-7) соответственно, доля лиц с высокой вероятностью тревоги и депрессии —80% и 73% соответственно (103чел., 95%ДИ 72,1-86% и 94 чел., 95%ДИ 64,1-79% соответственно).

Наличие или отсутствие АГ никак не отражалось на показателях информированности об ОП, качестве жизни этих больных, количестве симптомов тревоги и депрессии, уровне приема ими антиостеопоротических медикаментов. Уровень информированности больных ОП не зависел также от возраста пациенток, длительности их антиостеопоротического лечения, индекса массы тела, уровня

депрессии, тревоги и качества жизни. Нам также не удалось выявить детерминант (включая перенесенный перелом), отличающих пациентов, систематически принимающих антиостеопоретические препараты, от тех, кто принимал только препараты кальция и витамина D, и тех, кто вообще не принимал медикаментов, зная, что страдает ОП.

Сравнение пациентов с АГ и ОП показало, что показатель осведомленности об основной цели лечения их заболевания был сопоставимым в группе АГ и ОП (80% и 88% соответственно, $p > 0,05$). При этом о роли регулярного и длительного приема назначенных врачом препаратов для предотвращения неблагоприятных исходов знали существенно меньшее число больных в обеих группах. Так, доля больных, верно ответивших на вопросы о правилах приема лекарств, влияющих на прогноз, о длительности и регулярности их приема, была сопоставимой среди больных АГ и ОП (32% и 36,7 соответственно, $p > 0,05$). При этом в обеих группах были больные, постоянно принимавшие лекарственные средства, не зная их назначения, указавшие в качестве причины «назначение врача».

О роли физической активности как эффективного немедикаментозного средства лечения знали 57 % больных АГ и вдвое меньше больных остеопорозом (28%), $p < 0,05$.

Изучение клинических признаков с учетом ответов на вопросы анкеты позволило предположить, что доля больных АГ, полностью осознанно получавших антигипертензивную терапию в ОВП, не превышала 20%. В эту категорию, согласно нашим расчетам, могли входить пациенты, сообщившие не только о постоянном приеме препаратов, но и верно ответившие на вопросы о необходимости постоянного, а не курсового лечения АГ, знающие роль факторов образа жизни для лечения АГ, представившие на консультации корректно заполненный дневник АД. Подтверждала такое предположение доля пациентов с АГ, имевших на консультации нормальные показатели АД (или показатели, незначительно превышающие целевые), составившая 17%. Предполагаемая доля больных ОП, сознательно принимающих антиостеопоротическое лечение, была вдвое ниже (8,6%). По нашему мнению, это были пациенты, указавшие, что для

лечения им недостаточно только препаратов кальция и витамина D, и сообщивших также, что постоянно получают препараты из групп бисфосфонатов, кальцитонин или стронция ранелат.

В обеих группах более половины пациентов считали, что получают эффективное лечение хронического заболевания, однако использовали неэффективные, не доказанные средства или получали недостаточную терапию.

Ни у пациентов с АГ, ни у больных ОП, не удалось выявить однозначных детерминант, влияющих на уровень информированности об имеющемся хроническом заболевании, включая возраст, количество депрессивных или тревожных симптомов, наличие других сопутствующих ХНИЗ и давность лечения.

Таким образом, показатели больных ХНИЗ из первичной сети и обнаруженные у них ассоциации, как и ожидалось, отражали показатели и ассоциации жителей изучаемых популяций с ХНИЗ, но лишь частично. В сравнении с жителями популяции с выявленной АГ у больных АГ из первичного звена была зафиксирована более высокая «нагруженность» факторами риска ХНИЗ, предположительно более высокая степень коморбидности с другими ХНИЗ, и бóльшая частота проблем психического здоровья. Больные АГ с врачебного участка более чем втрое чаще, чем больные АГ из популяции, сообщали о постоянном приеме антигипертензивных средств, и в 100% случаев имели жалобы на плохое самочувствие, что, видимо, и заставляло их обратиться за медицинской помощью. Средний возраст, доля женщин, доля лиц с ожирением, выраженность АГ, уровень тревоги и депрессии прогрессивно увеличивались в трех категориях обследованных: у респондентов с повышенным АД в популяции в целом; у той части лиц с АГ в популяции, что знали о своей болезни; и больных АГ, получавших лечение в первичной сети.

При этом на фоне более выраженных клинических проявлений АГ и формально более высокой, чем в популяции, осведомленности о своей патологии уровень информированности об АГ у больных из первичной сети, их знания о правилах приема препаратов, немедикаментозных методах лечения, равно как и

уровень контроля над заболеванием можно было охарактеризовать как недостаточные.

Больные остеопорозом, попавшие в сферу наблюдения врачей Центра семейной медицины УГМУ, характеризовались схожими с пациентами АГ из популяции и из первичной сети тенденциями, характеризующими их поведение в болезни и информированность об имеющемся заболевании. Так, при удовлетворительной общей осведомленности о диагнозе и целях терапии, знания, касающиеся важнейших аспектов лечения, влияющих на прогноз, и охват адекватной терапией были явно недостаточными независимо от возраста, клинических проявлений, наличия сопутствующих других ХНИЗ, осложнений (переломов).

ГЛАВА 10. ПРОБЛЕМЫ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ В ОБЩЕЙ ВРАЧЕБНОЙ ПРАКТИКЕ И ОБУЧЕНИЕ ВРАЧЕЙ НАВЫКАМ БИОПСИХОСОЦИАЛЬНОГО ПОДХОДА

10.1. Проблемы психического здоровья у больных ОВП и их взаимосвязи с соматическими хроническими заболеваниями

Среди обследованных нами больных из первичной сети доля больных с патологическим количеством симптомов тревоги составила 41% (58 чел., 95%ДИ 33,2 —49,3%), депрессии — 59% (83 чел., 95%ДИ 50,8-66,8%). Доля мужчин и женщин с патологическим уровнем тревоги была сопоставимой, но у женщин чаще, чем у мужчин (в 64% случаев, 95%ДИ 54-73% против 50%, 95%ДИ 35,8-64,3%, $p<0,05$) были депрессивные симптомы в надпороговом количестве. Как свидетельствует рисунок 46, среди больных в первичном звене наблюдался достоверный тренд ($p<0,05$) в сторону увеличения доли лиц с надпороговым уровнем тревоги и депрессии от наименьшего среди лиц с ОРВИ, заболеваниями ЖКТ и ОА до наибольшего у больных с осложненным остеопорозом и сочетанием АГ и нескольких ХНИЗ. У первых четырех и последних трех категорий больных количество симптомов тревоги было сопоставимым ($p>0,05$). Количество симптомов депрессии достоверно прогрессивно нарастало от 1(0-3,25) у больных ОРВИ до 5,5(4,75-6) у больных, имевших одновременно АГ, сахарный диабет и ХОБЛ, и больных с осложненным остеопорозом соответственно.

Кроме того, высокое количество симптомов тревоги и депрессии, сопоставимое с показателями лиц, страдающих несколькими ХНИЗ, имели больные с диагнозом нейроциркуляторная дистония и обратившиеся по поводу "необъяснимых соматических симптомов", не имевшие соматической патологии.

Клиническая диагностика выявила, что среди 27 больных АГ (без других ХНИЗ) депрессивный эпизод легкой или умеренной выраженности, согласно критериям МКБ-10, был в 48% случаев (13 чел., 95%ДИ 30,6-65,9%). В группе больных АГ в сочетании с другими ХНИЗ — у 65% лиц (15 чел., 95%ДИ 44,7-81%,

$p > 0,05$). У больных ОРВИ, инфекцией мочевых путей и лиц, обратившихся для профилактического осмотра, не было выявлено депрессивных расстройств. Легкий депрессивный эпизод был у одной из пациенток с остеоартрозом. Все три больных с осложненным ОП, больная ревматоидным артритом и 2 пациентки со злокачественными новообразованиями имели легкое или умеренное депрессивное расстройство. Тревожные расстройства легкой или умеренной выраженности были у 48% больных АГ (13 чел, 95%ДИ 30,6-65,9%), у 57% больных АГ в сочетании с другими ХНИЗ (13 чел, 95%ДИ 37,2-74,8%).

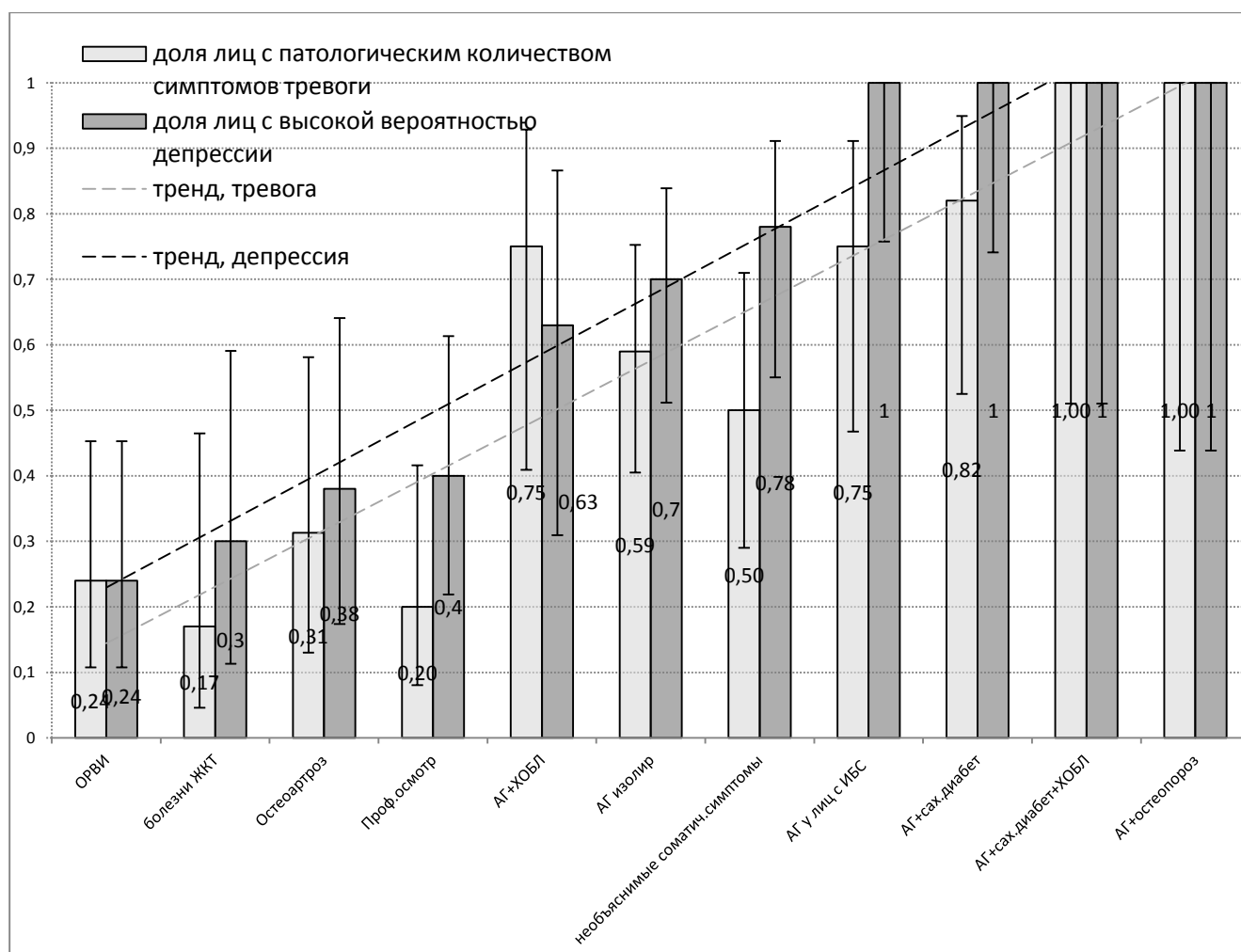


Рисунок 46 Доля лиц с патологическим уровнем симптомов тревоги и депрессии в изучаемой выборке. Размах — величина 95%ДИ доли

Ожидается высокая доля пациентов с тревожными расстройствами и/или депрессией была зарегистрирована среди больных, имеющих необъяснимые соматические симптомы, но не страдающих ХНИЗ (62%, 11 чел., 95%ДИ 39,4- 80%

и 67%, 12 чел., 95%ДИ 44-84% соответственно). В свою очередь, у больных с проблемами психического здоровья «необъяснимые соматические симптомы» были отмечены в 70% случаев.

Клиническое исследование выявило высокий уровень коморбидности тревоги и депрессии. Так, в 70% случаев при выявлении у пациентов патологического уровня тревоги у них наблюдались также один или несколько симптомов депрессии, выраженных в легкой или умеренной степени.

Небольшой объем выборки, разнообразие клинических проявлений, а также значительное количество вариантов коморбидности нескольких ХНИЗ у обследованных больных не позволили выявить достоверных ассоциаций между степенью тяжести тревоги и депрессии и другими факторами – курением, злоупотреблением алкоголем, социальным статусом и уровнем доходов пациентов. Однако анализ клинических проявлений позволил констатировать, что наиболее частыми симптомами депрессии у обследованных больных первичного звена были ангедония и упадок сил. При повышенном уровне тревоги (до клинического уровня, нарушающего трудоспособность и взаимодействие пациента и его окружения) наиболее часто выявлялись специфические нарушения сна (трудности засыпания, поверхностный сон с неприятными сновидениями, отсутствие чувства восстановления после ночного отдыха). Вторым по частоте проявлением патологической тревоги были панические атаки, проявляющиеся преимущественно соматическими симптомами: ярко эмоционально окрашенные и крайне тяжело субъективно ощущаемые приступы нехватки воздуха, ощущения сердцебиения, комка в горле, «онемения» конечностей, кратковременные подъемы АД, преимущественно систолического, до 140-150 мм рт.ст., проходящие в течение 10- 20 минут без медикаментозного вмешательства. Тщательное и адекватное медицинское обследование не выявляло соматической природы этих приступов. Однако прослеживалась отчетливая связь панических атак с переживаемым эмоциональным стрессом или значительными семейными изменениями.

Также у обследованных нами больных были широко представлены соматические проявления переживаемого ими стресса, не достигающие

клинического уровня (без нарушения трудоспособности и социального взаимодействия): болевые ощущения в области шеи, поясницы, головные боли напряжения, нестабильность АД, яркий дермографизм и т.д. При наличии ХНИЗ депрессивные и тревожные расстройства в 80% случаев сопровождались ухудшением течения основной патологии, снижением комплаентности и, в случае с АГ, уменьшением эффективности подобранной ранее антигипертензивной терапии.

10.2. Подходы к ведению пациентов с проблемами психического здоровья, коморбидными ХНИЗ, в общей врачебной практике

Из изученной нами медицинской документации 1200 пациентов ОВП выяснилось, что в проанализированных амбулаторных картах не было указано диагнозов, связанных с основными проблемами или симптомами нарушений психического здоровья, у пациентов. Также не было свидетельств назначения специфического немедикаментозного лечения, фармакотерапии депрессии или тревожного расстройства, направления пациентов с проблемами психического здоровья в специализированные службы.

При опросе участковых терапевтов 34% из них (51 чел., 95%ДИ 27-42%) указали, что депрессия и ХНИЗ — независимые друг от друга болезни. 23% врачей (34 чел., 95%ДИ 17-34%) считали, что только психиатр может лечить депрессию, а 36% (54 чел., 95%ДИ 28,7-44%), что боли, приступы сердцебиения, одышки не могут быть связаны с психикой, а имеют в своей основе явное или не диагностированное соматическое заболевание.

Общее количество правильных ответов на 17 «теоретических» вопросов у врачей первичного звена составило 12 (ИКИ 10-14). Это недостоверно отличалось ($p > 0,05$) от ответов врачей, оказывающих специализированную помощь: кардиологов (13; ИКИ 11-13) и ревматологов (10; ИКИ 10-12).

Анализ клинической практики врачей первичного звена показал следующее: 95% врачей (142 чел., 95%ДИ 90,2-97,5%) отмечали, что правильная

профессиональная коммуникация с пациентом влияет на результат лечения, однако 63% из них (94 чел., 95%ДИ 55-70,3%) указали, что пациенты, жалующиеся на боли при отсутствии соматической патологии, преувеличивают свои симптомы. 66% врачей (98 чел., 95%ДИ 58,1-73,1%) были уверены, что врач не должен сообщать пациентам о наличии у них депрессии и обсуждать диагноз. 55% врачей (82 чел., 95%ДИ 47-62,8%) не объясняли больным механизмы, по которым эмоциональные переживания могут вызвать соматические симптомы, но сообщали, что симптомы возникли «на нервной почве».

52% врачей первичного звена (77 чел., 95%ДИ 44-59,9%) отметили, что за последний месяц в их практике не было ни одного, либо было менее 5 пациентов с депрессией, тревогой или соматическими проявлениями стресса. Такая структура ответов была ожидаемой, если учесть, что 53% опрошенных (77 чел., 95%ДИ 45-60,8%) диагностировали депрессию «по общему впечатлению». Оценивали психологические и семейные факторы как возможные причины плохого самочувствия или соматических симптомов 34% (51 чел., 95%ДИ 27-42%) и 43% участковых врачей терапевтов соответственно (64 чел., 95%ДИ 35,3-51%).

Неадекватную терапию при подозрении на депрессию (седативные, снотворные, витамины) назначали 31% опрошенных (51 чел., 95%ДИ 27-42%). Антидепрессанты, напротив, при депрессии прописывали только 8% (12 чел., 95%ДИ 4,6-13,5%), а при «необъяснимых соматических симптомах» — 2% врачей (3 чел., 95%ДИ 0,7-5,7%). Признавая необходимость повторных посещений врача как полезного вмешательства, назначали повторные визиты пациентам 36% (54 чел., 95%ДИ 28,7-44%) опрошенных врачей.

10.3. Обучение врачей навыкам ведения больных, имеющих ХНИЗ и проблемы психического здоровья, и модификация подходов к ведению пациентов в общей врачебной практике

Были проанализированы результаты обучения 147 врачей первичного звена по разработанной нами программе, имевшей целью улучшения их знаний и

навыков по ведению больных, в рамках биопсихосоциального подхода, включая интеграцию вопросов психического здоровья в практику работы первичного звена. После обучения и возвращения врачей к ежедневной клинической работе (не менее 3 месяцев) показатели, характеризующие их знания в области биопсихосоциальной концепции медицины, характеризовались следующими изменениями.

Общее количество правильных ответов на «теоретические» вопросы возросло на 17%: с 12(ИКИ 10-14) до 14(ИКИ 13-16) соответственно ($p<0,001$). Так, число врачей, считавших что "депрессия и соматические заболевания – независимые друг от друга патологии и если встречаются у одного больного, то это случайное совпадение", сократилось в 1,5 раза: с 34% до 16% ($p<0,05$). Число врачей, уверенных, что пациенты, жалующиеся на боли при отсутствии соматических заболеваний, преувеличивают свои симптомы, уменьшилось вдвое – с 63% до 30% ($p<0,05$). Количество врачей, верно ответивших на вопрос о механизмах действия антидепрессантов, возросло с 73% до 86% ($p<0,05$). Доля верных ответов на вопросы о взаимосвязях между переживаемым психосоциальным стрессом, течением ХНИЗ и появлением у больного «необъяснимых» соматических симптомов возросла с 58% до 69 % ($p<0,05$).

Процент врачей, ответивших, что наибольшая доля больных депрессией наблюдается в первичном звене, увеличился с 65% до 93% ($p<0,05$). Также была выявлена тенденция к увеличению доли правильных ответов и на другие вопросы, касающиеся психосоциальных аспектов ХНИЗ, однако она не носила характера статистической значимости.

Что касается изменения клинической практики врачей и их взаимодействия с пациентами на приеме, было обнаружено следующее:

Достоверно уменьшилось количество врачей, сообщивших, что за последний месяц они не видели на приеме ни одного больного депрессией. Эти врачи перешли в категорию сообщивших об 1-5 случаях депрессии за месяц и 5-10 больных с депрессией, принятых в течение последнего месяца работы (Рисунок 47). Также увеличилась (в 3 раза) доля врачей, сообщивших, что за последний месяц к ним обращались более 10 больных депрессией (рисунок). И в целом, в сравнении с

опросом, проведенным до обучения, врачи сообщили о бóльшем количестве больных депрессией, выявленных ими за последний месяц работы. Аналогичная динамика ответов прослеживалась относительно количества пациентов с соматическими симптомами стресса, депрессии или тревоги (рис 48).

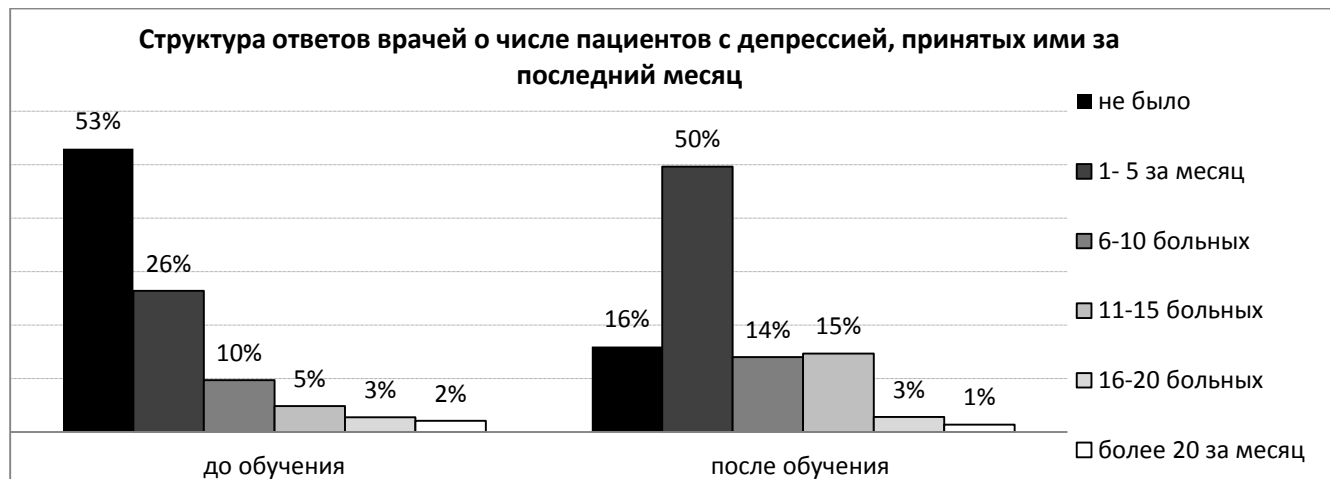


Рисунок 47. Структура ответов врачей о числе пациентов с депрессией, принятых ими за месяц работы

С 40% до 84% увеличилась доля врачей, диагностирующих депрессию у своих больных не по общему впечатлению, а по невербальным и вербальным симптомам. Оценивать психологические, семейные факторы, вероятность депрессии и тревоги у пациентов с необъяснимыми соматическими симптомами стали 62% 69% и 67% врачей соответственно, что достоверно выше, чем показатели перед обучением (34%, 43% и 43% соответственно) ($p < 0,05$).

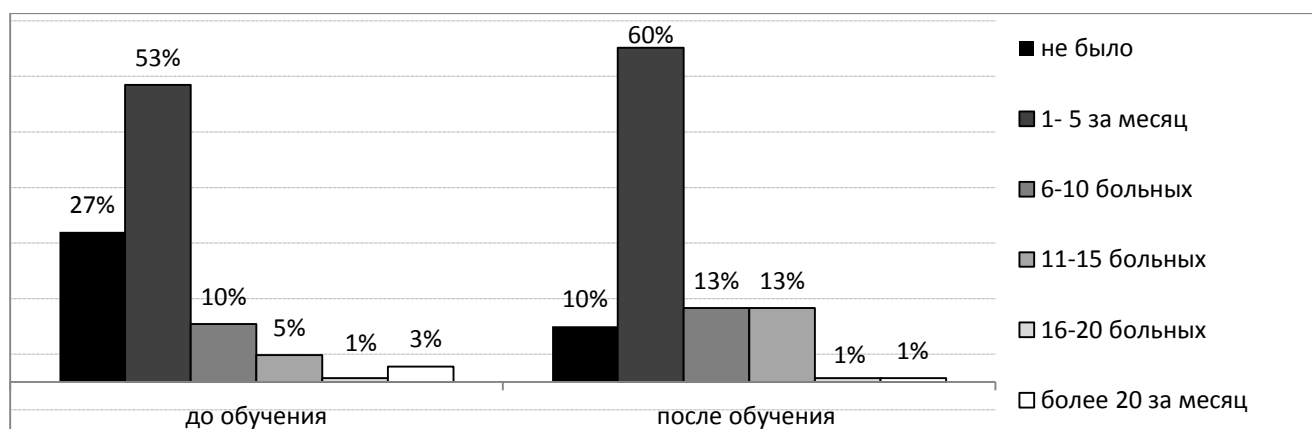


Рисунок 48. Структура ответов врачей о числе пациентов соматическими симптомами, являющихся проявлениями стресса, депрессии, или тревожного расстройства, принятых ими за месяц работы

Количество врачей, назначающих неадекватную терапию при подозрении на депрессию (седативные, снотворные средства, витамины) по результатам повторного опроса, сократилось достоверно и составило 8%, 4% и 16% соответственно. Доля врачей, назначающих антидепрессанты пациентам с депрессией, наоборот, наоборот, достоверно возросла (на 24%, $p < 0,05$). Признавая необходимость повторных посещений врача как эффективного вмешательства, число врачей, организовывающих повторные визиты пациентов, увеличилось с 36% до 64% ($p < 0,05$).

Использованный способ анализа (критерий Mc-Neemar) позволил констатировать, что выявленные изменения произошли, главным образом, за счет врачей, показавших до обучения наихудшие знания по вопросам психического здоровья у больных ОВП ($p < 0,05$ для 14 из 17 «теоретических» вопросов анкеты). Так, у врачей, показавших до обучения наименьший уровень знаний (20 чел.), медиана числа верных ответов на «теоретические вопросы» о ведении больных возросла в 1,7 раз: с 7 (ИКИ 6-7) до 12 (ИКИ 11-13) баллов. У врачей, изначально имевших более высокие знания (127 чел), медиана верных ответов возросла на четверть: с 12 (ИКИ 11-14) до 15 (ИКИ 13-16) баллов.

Рисунок 49 иллюстрирует динамику ответов врачей первичного звена на вопросы о ежедневной клинической практике до и после обучения. Из рисунка следует, что не только теоретические знания, но и клиническая практика изменилась в большей степени и более однонаправленно у врачей, исходно имевших наименьший опыт в области ведения пациентов с ХНИЗ и проблемами психического здоровья.

В целом, мы констатировали «изменение подхода к ведению пациентов», согласно выбранному нами критерию, у 83 врачей (56,4%). При этом было обнаружено, что среди обучавшихся на кафедре в 2004-2007 гг., лучшую динамику знаний и навыков показывали врачи, закончившие вуз до 1980 года, в сравнении с более молодыми коллегами (Рисунок 50).

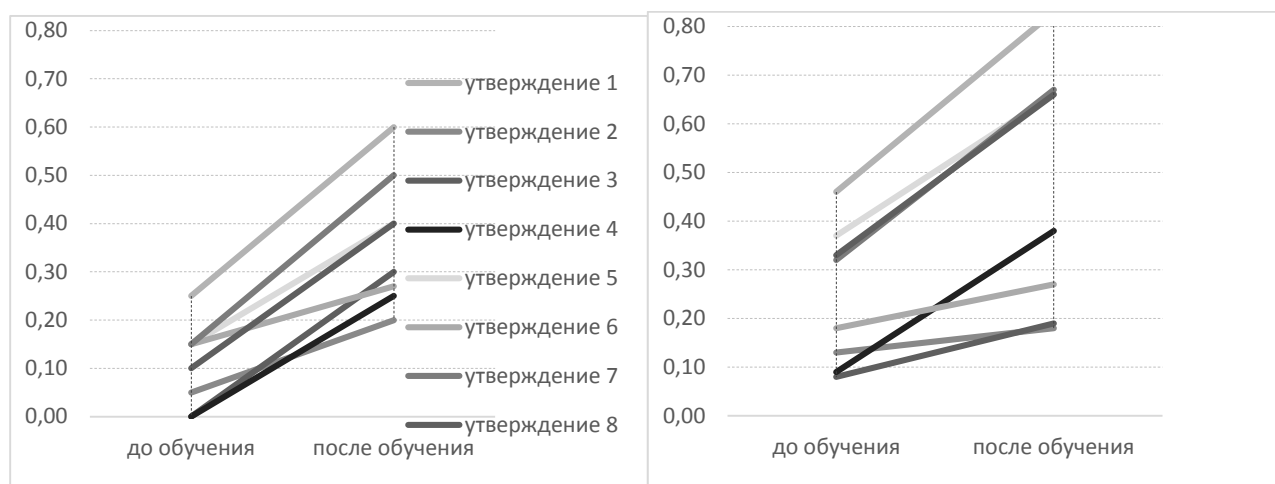


Рисунок 49. Динамика ответов врачей, до и после обучения

Диаграмма слева — ответы врачей, показавших до обучения наименьшие, справа — наибольшие знания и опыт ведения пациентов с ХНИЗ и проблемами психического здоровья (представлены доли врачей, отметивших на предлагаемые утверждения анкеты DAQ (см. ниже) «обычно» и «всегда»)

Утверждение 1: за один месяц работы в моей практике я выявляю более 5 случаев депрессии

Утверждение 2: я проверяю пациентов на наличие депрессии при клиническом приеме

Утверждение 3: при выявленной депрессии я сообщаю этот диагноз своему пациенту

Утверждение 4: при выявленной депрессии я назначаю препараты из класса антидепрессантов

Утверждение 5: при выявленной депрессии я организую повторные визиты пациента в ОВП

Утверждение 6: при выявлении соматических симптомов, не имеющих причиной органическое соматическое заболевание, я задаю больному вопросы о его личной жизни и семейных обстоятельствах

Утверждение 7: при выявлении соматических симптомов, не имеющих причиной органическое соматическое заболевание, я проверяю пациента на наличие депрессии

Утверждение 8: при выявлении соматических симптомов, не имеющих причиной органическое соматическое заболевание, я проверяю пациента на наличие депрессии

Исходно уровень знаний и навыков врачей, закончивших вуз до 1980 г., был достоверно ниже, но после обучения их показатели практически совпадали с таковыми у молодых коллег (улучшающихся незначительно или умеренно) (Рисунок 50). Однако среди врачей, обучавшихся после 2007 года, подобной закономерности уже не наблюдалось. Не было найдено и других детерминант (возраст, пол, средний балл оценок в вузе, стаж работы в первичном звене здравоохранения), позволивших бы прогнозировать изменение уровня знаний и клинического опыта обучающихся врачей.

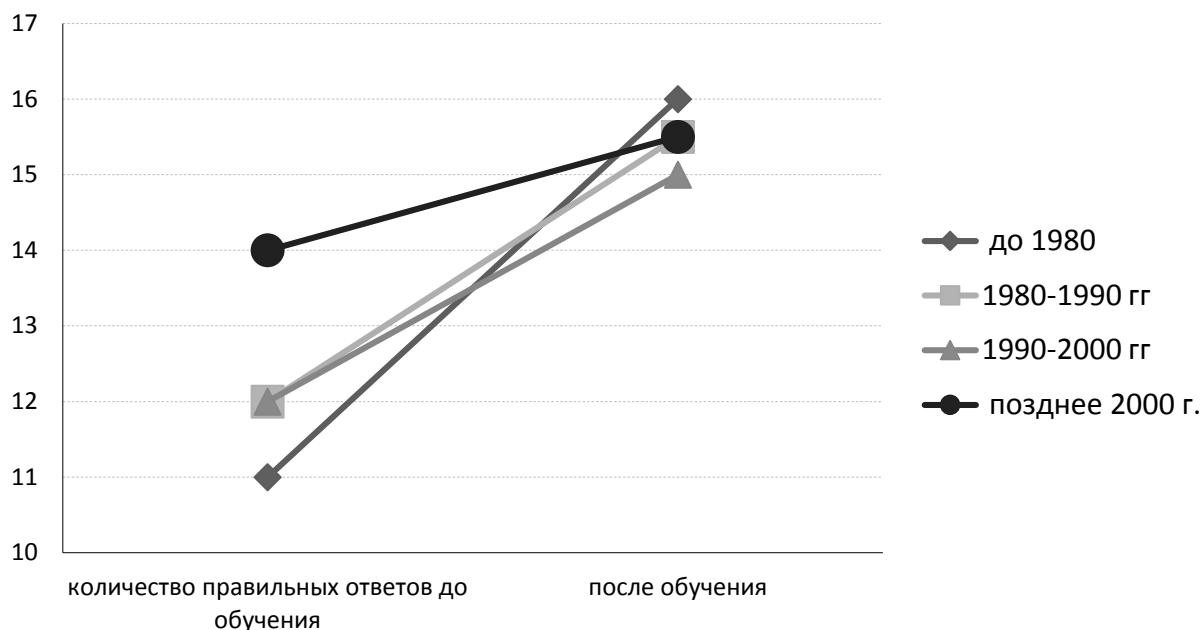


Рисунок.50. Количество правильных ответов врачей на вопросы о психосоциальных аспектах ХНИЗ до и после обучения, в зависимости от года окончания вуза

10.4. Мнение пациентов первичного звена

Мнение пациентов первичного звена об их взаимодействии с врачами, прошедшими профессиональную переподготовку по специальности ОВП (семейная медицина) представлено в Таблице 39.

Таблица 39

Мнение пациентов первичного звена об их взаимодействии с врачами

Вопрос	ДА	НЕТ	НЕ ЗНАЮ
Считаете ли Вы, что КАЧЕСТВО медицинской помощи улучшилось	89,1% 180 чел	3,0% 6 чел	7,9% 16 чел
Считаете ли Вы, что ДОСТУПНОСТЬ медицинской помощи улучшилась	89,6% 181чел	2,5% 5чел	7,92% 16 чел

Как свидетельствует таблица, большинство пациентов считали, что качество, доступность медицинской помощи и взаимоотношения с медицинскими работниками улучшились. Кроме того, 89,1% (180 чел.) опрошенных признавали

преимуществом ОВП возможность получения медицинской помощи всеми членами семьи у одного врача.

Таким образом, исследование клинических аспектов проблем психического здоровья больных ОВП, анализ их медицинской документации, изучение клинического опыта и знаний врачей первичного звена по изучаемой проблеме позволили обнаружить, что уровень тревоги и депрессии у больных, получавших лечение в первичном звене, достоверно выше, чем соответствующие популяционные показатели, полученные при использовании аналогичной процедуры опроса. Среди пациентов врачебного участка были категории больных, отличающиеся по частоте проблем психического здоровья от респондентов популяции как в лучшую сторону (больные ОРВИ), так и в худшую сторону (больные несколькими ХНИЗ, осложненным остеопорозом, ревматоидным артритом, онкологическими заболеваниями, "необъяснимыми соматическими симптомами"). Проведение клинической диагностики позволило утверждать, что выявленный согласно используемому инструментарию (вопросники GHQ-12 и GSAD) уровень тревоги и депрессии действительно коррелировал с показателями частоты тревожных и депрессивных расстройств как нозологических форм, а прогностическая ценность положительного результата обоих вопросников в условиях ОВП превышает 50%, хотя это и не являлось основной задачей нашей работы. Отсутствие достоверных ассоциаций между степенью тревоги, депрессии у и показателями уровня знаний об имеющемся ХНИЗ (АГ и ОП) у больных первичного звена, возможно, было связано с небольшим объемом наблюдений, разнообразием клинических проявлений ХНИЗ (от легких до выраженных и тяжелых симптомов), высоким уровнем коморбидности с другими заболеваниями в клинической группе.

Что касается знаний врачей первичного звена о психосоциальных аспектах ХНИЗ, их факторах риска и проблемах психического здоровья, то они были расценены нами как крайне низкие. Способ диагностики депрессивного расстройства, декларированный более чем половиной врачей (по общему впечатлению), уровень назначения неадекватной терапии, высокий процент

суждений о необязательности информирования пациентов о наличии у них тревоги и депрессии также свидетельствовали об отсутствии у них знаний и опыта интерпретации симптомов, связанных с психикой, навыков дифференциальной диагностики тревоги, депрессии, соматических симптомов стресса, а также недостаточности профессиональных навыков коммуникации, лечения и длительного ведения пациентов с проблемами психического здоровья, поведенческими и метаболическими факторами риска в контексте семейно-социальных факторов, что согласовалось с данными анализа медицинской документации врачебного участка.

Результаты обучения врачей свидетельствовали об улучшении их знаний и пересмотре ряда стереотипов в понимании природы ХНИЗ, их факторов риска, проблем психического здоровья. Однако более значимыми мы сочли результаты, свидетельствующие об изменении клинического опыта врачей, касающегося интерпретации симптомов, терапии и длительного ведения больных с вышеуказанными проблемами. Об этом свидетельствовало уменьшение количества врачей, сообщивших, что за последний месяц они не видели на приеме ни одного больного депрессией, тревожным расстройством, соматическими симптомами стресса, депрессии, или тревоги, и соответственно увеличение (в 3 раза) доли врачей, сообщивших, что за последний месяц к ним обращались более 10 больных из этих категорий. Такие результаты позволяли предположить, что опрошенные доктора стали лучше выявлять проблемы психического здоровья у своих пациентов.

Еще одним показательным результатом было увеличение вдвое доли врачей, сообщивших, что диагностируют депрессию не "по общему впечатлению", а по невербальным и вербальным симптомам, и числа врачей, организовывающих повторные визиты пациентов с проблемами психического здоровья. Кроме того, увеличилось число врачей, сообщивших, что обсуждают семейные факторы как возможные причины симптомов пациента. Причем выявленные изменения произошли, главным образом, за счет обучаемых, показавших до обучения наименьшие знания и минимальный опыт в области оценки и использования

психосоциальных составляющих в профилактике и ведении пациентов с ХНИЗ, их ФР и проблемами психического здоровья.

Результаты опроса больных первичного звена тоже свидетельствовали, хотя и не напрямую, об улучшении их взаимодействия с врачами, прошедшими обучение по программе ОВП, и большей удовлетворенности качеством общения с ними.

ГЛАВА 11. ОБСУЖДЕНИЕ ПОЛУЧЕННЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ

11.1. Эпидемиологические закономерности, характеризующие частоту изучаемых ХНИЗ, распределение их факторов риска и проблем психического здоровья в популяции

Анализ социо-демографических тенденций, наблюдаемых у жителей изучаемых территорий, показал, что лица, попавшие в выборки, характеризовались гендерными, возрастными и социальными особенностями, типичными для взрослого сельского и городского населения России первой декады XXI века [9] согласно отчетам Всероссийской переписи населения 2010 г. В обеих популяциях большую долю обследованных составили женщины, люди среднего возраста, имевшие среднее и среднее специальное образование, состоявшие в браке и имевшие работу. Среди одиноких людей преобладали разведенные женщины и вдовы. Из неработающих большинство были пенсионерами. Более половины сельчан и около трети горожан имели доход, не превышающий одного ПМ на члена семьи в месяц. Городскую выборку в сравнении с сельской отличала достоверно большая доля лиц старших возрастных групп (мужчин старше 70 лет и женщин старше 60 лет), а также больший процент лиц с начальным образованием и пенсионеров. Все эти результаты, а также методология формирования обследуемых групп, основанная на равной вероятности каждого жителя сельского и городского района попасть в изучаемые выборки, свидетельствовали о репрезентативности исследования и возможности экстраполяции полученных показателей частоты ХНИЗ и их ассоциаций на население региона.

Так, среди жителей села и города были выявлены высокие и близкие по значению для лиц одного пола и возраста показатели распространенности артериальной гипертензии (47% и 56% соответственно). Они существенно превышали показатели частоты АГ в таких регионах РФ как Якутск (25,5%) [6, 58, 59, 77] и Казань (29%) [7, 61]. При этом среди жителей села превалентность АГ была сравнима с таковой у жителей Томска (42,1%) [23], Надыма (46%) [29],

Новгорода (46,8%) [58], Москвы (49%) [27, 56]. Среди жителей промышленного города частота АГ была на 12-25% выше, чем в указанных российских регионах. При этом стандартизованные показатели частоты АГ (37,2% на селе, и 35,9% в городе) и возрастно-половые характеристики страдающих АГ лиц были близки к показателям 1 и 2 этапов федерального мониторинга АГ в России 2003-2007 гг. (39,5 и 40,4% соответственно) [7, 33, 64, 65] и согласовались с данными социодемографического исследования причин смертности в РФ «Эпидемиология сердечно-сосудистых заболеваний в различных регионах Российской Федерации» [77].

Анализируя различия частоты АГ в нашем и других отечественных исследованиях, следует учитывать, что показатели превалентности АГ в других регионах РФ (Томске, Надыме, Новгороде, Челябинске) были основаны на исследованиях с иными способами формирования выборок (почтовом опросе граждан, обследовании организованного населения, использовании в качестве первичных данных документации врачебных участков или данных официальной статистики смертности), что предполагает неизбежные систематические ошибки.

Что касается данных программы Федерального мониторинга АГ, то даже с учетом некоторых различий в методологии отбора участников (программа федерального мониторинга АГ основана на данных первичного звена здравоохранения), разница в показателях превалентности АГ в нашем и этом крупномасштабном исследовании выглядят не существенными.

Подобная нашим данным, частота АГ среди лиц старше 25 лет, была характерна для стран Европы, Африки и Америки 1980 года, согласно документу ВОЗ «World health statistics, snapshot of global health, 2012» [83]. Однако если к 2012 году частота АГ в Европе и Северной Америке резко сократилась, в среднем до 29% и 23% соответственно [51, 70, 198, 83], то в странах Африки и Восточной Европы к 2008-2012г. она практически не изменилась, и по разным данным, составляет от 30 до 39% [236, 211, 269, 83]. Таким образом, полученные нами данные были наиболее близки к показателям частоты АГ в российских регионах по

данным Федерального мониторинга АГ и показателям стран африканского и восточно-европейского региона.

При анализе гендерно-возрастных особенностей распространенности АГ в городе и на селе, было выявлено, что место проживания и пол граждан не отражались на показателях частоты АГ. Эти результаты также согласуются с данными 2 этапа программы Федерального мониторинга АГ, свидетельствующими, что наблюдаемые ранее гендерные различия в частоте АГ к 2007 г. нивелировались, и распространенность АГ среди мужского и женского населения сравнялась: 38,6% и 41,2% соответственно ($p > 0,05$) [64, 65].

Также мы отметили, что частота АГ нарастала прогрессивно с возрастом у лиц обоего пола как в городе, так и на селе. Возрастной прирост частоты АГ замедлялся только среди мужчин старше 70 лет, что и обусловило межполовые различия в ее превалентности в этой возрастной группе. Данные различия, несмотря на сравнительно небольшое количество наблюдений, достигали степени статистической достоверности в городской популяции. Мы связали такие результаты с тем, что в выборку попало мало мужчин старшего возраста и пожилых мужчин с АГ в частности. Согласно демографическим данным, средняя продолжительность жизни российских мужчин на период исследования составляла 55 лет [3, 8, 9, 11, 34, 36, 182], в том числе, согласно современной концепции ХНИЗ, из-за смертности, обусловленной осложнениями АГ [279].

Частота симптомокомплекса стенокардии напряжения в популяции была более чем втрое ниже, чем частота АГ, что аналогично данным из других регионов РФ и бывших союзных республик (от 10,7% во Фрунзе — Бишкек до 14,5% в Москве) [3, 8, 22, 23, 56]. Такие показатели позволяли предположить высокую распространенность ИБС как нозологической формы в популяции, сопоставимую с данными других отечественных и зарубежных исследований [23, 56, 85, 92, 244]. Гендерно-возрастные эпидемиологические тенденции в распространенности симптомов стенокардии, ассоциативная связь с повышенным АД и ожирением, выявленные в нашей работе были ожидаемыми и аналогичны выявленным для АГ,

хотя выражены в меньшей степени. Это отвечало современным представлениям об общности системы рисков и патогенетической основе АГ и ИБС [34, 85, 107, 330]

Сравнение показателей частоты хронических респираторных расстройств с данными других авторов представляло определенные сложности в связи с терминологическими затруднениями и различиями в диагностических критериях болезней, протекающих с хроническим ограничением скорости воздушного потока [10, 78, 86, 98]. В нашем исследовании, (см. главу «материалы и методы») как и в документе «Глобальная стратегия диагностики, лечения и профилактики хронической обструктивной болезни легких. Пересмотр 2011г» [10], согласно рекомендованному ВОЗ определению [190], в качестве индикатора проблемы изучалась распространенность симптомокомплекса, представляющего собой, «хронический бронхит как заболевание, проявляющееся кашлем и выделением мокроты в течение, по крайней мере, трех месяцев в году не менее двух лет подряд» [10, 78, 190].

Выявленная нами превалентность хронических респираторных расстройств (на селе 4,98%, в городе 6,2%) и их возрастно-половая структура не противоречили данным из других регионов России и мира [188, 189, 190, 237]. В них показатели частоты ХОБЛ как клинического состояния колебались в диапазоне от 7,8% до 19,7% [161, 189, 190]. Обнаруженное в ходе нашего исследования увеличение распространенности респираторных нарушений у курильщиков, более явное в городской популяции (ОШ для села 2,6; для города 4,1), было ожидаемо, и согласовалось с современными представлениями о роли курения в патогенезе ХОБЛ [158 161, 189, 190, 310]. Возможно, зависимость могла бы быть существенней, если учесть, что 3,4% наших респондентов отказались отвечать на вопросы о курении, что могло способствовать искажению данных о распространенности табакокурения в популяции.

Распространенность избыточной массы тела и ожирения на селе и в городе нами была расценена также как очень высокая, но сопоставимая с данными Российской представительной выборки 1997 г [67] и показателями других авторов, согласно которым распространенность ожирения и избыточной массы тела в

России варьировали от 19% до 75% у мужчин и от 33% до 60% у женщин [21, 45, 310, 330]. Наши данные были также близки к показателям ряда других стран [230, 302, 330], в частности государств Восточно-Европейского региона. В них распространенность ожирения и избыточного веса, под данным Musaiger, A.O.et al., колебалась в широких пределах (от 25% до 82%), была выше у женщин, и была расценена авторами как тревожащая [126, 159, 230, 238]. Полученные у жителей нашего региона показатели были близки к таковым для государств Американского региона в целом, где, согласно документу ВОЗ «World Health Statistics. A snapshot of global health», в 2012 г. доля лиц с ожирением (не избыточной массой тела) была наибольшей в мире (до 27%) [83].

Гендерно-возрастные тенденции в распространенности ожирения по ряду признаков были схожими с таковыми для АГ и стенокардии. Так, мы наблюдали постепенный прирост частоты ожирения с возрастом (более медленный, чем в случае с АГ) и резкое снижение его превалентности среди респондентов, «перешагнувших» 70-летний рубеж. Эти результаты согласовались с теорией риска ХНИЗ, постулирующей непосредственный вклад ожирения и его последствий в возникновение и прогрессирование ХНИЗ и связанных с ними инвалидности и смертности [103]. Структура ответов опрошенных об их росте и весе (включая ответы не знавших своего роста и веса, подавляющую долю которых составляли пожилые горожанки с начальным образованием) не исключала того, что реальная распространенность ожирения и избыточной массы тела, особенно среди женщин города выше именно за счет тех, кто не знал свой рост и вес.

Другой значимый фактор риска ХНИЗ, курение, был в равной степени высоко распространен в городе (29%) и на селе (32%). Общий процент курильщиков среди мужчин был в 10 раз выше аналогичного показателя женщин (62,4-68% и 6,3% соответственно), что совпадало с данными, представленными в статистическом отчете ВОЗ 2011г. по России, результатами глобального опроса населения России о потреблении табака (GATS, 2009) и показателями Российской национальной выборки (62-65,5%) [18, 19, 20, 75, 167]. Подобные показатели зарегистрированы в странах Азии [83, 226, 227, 228, 232, 284], тогда как в Западно-Европейском регионе

доля курильщиков ниже 33% среди мужчин и 4% среди женщин [227, 228, 236, 281, 330]

Доля курящих женщин была ниже среднероссийских показателей, варьирующих в пределах 9,7-21,7%. Участницы нашего исследования курили в четыре раза реже, чем жительницы Москвы, где распространенность курения среди женщин составляла на 2009 год 26,9% [99]. Не исключается, что так же, как и в ситуации с ожирением, наши показатели могли быть несколько заниженными из-за отсутствия ответов о курении от 19 женщин, среди которых вероятность курения предположительно очень высока. Наиболее драматичные показатели частоты курения были зарегистрированы среди молодых городских мужчин (до 93,9%). Кроме того, мы выявили, что более часто курили лица со средним образованием и лица, декларировавшие доход более 1 прожиточного минимума в месяц на члена семьи, что было отмечено и в других исследованиях [283, 285, 286, 287].

Еще один поведенческий фактор риска, злоупотребление алкоголем, в изучаемых популяциях был также высоко распространен, особенно среди сельских мужчин с низким уровнем образования и дохода (составлявших более половины мужчин сельской выборки), а также среди безработных сельских мужчин. Отказ от участия в исследовании 4 сельских мужчин по причине алкогольного опьянения и указание на алкоголизм как на единственное имеющееся хроническое заболевание у 2 мужчин-сельчан во время опроса подтверждали предположение о значимости данной проблемы здоровья, особенно в сельской популяции, отмечаемой и другими авторами [89, 90, 116]. Обратило на себя внимание то, что возраст, пищевой статус, семейный статус, количество детей, указание на хроническое заболевание, уровень АД и наличие симптомокомплекса стенокардии напряжения не увеличивали шансы злоупотребления алкоголем ни в городе, ни на селе. Лишь среди горожан старше 60 лет доля лиц, вероятно злоупотребляющих алкоголем, уменьшалась вдвое, что отмечается и другими исследователями [182, 235, 264 275].

Были выявлены общие эпидемиологические закономерности, связанные с алкоголем, курением и изучаемыми ХНИЗ. С одной стороны, мы не выявили достоверных ассоциативных взаимосвязей между этими поведенческими

факторами риска и АГ и стенокардией напряжения, а также с возрастом. Только в самых старших возрастных группах доля курящих мужчин сокращалась вдвое, а среди горожан самых старших возрастных групп сокращалась вдвое доля лиц с небезопасным употреблением алкоголя. При этом наблюдался отчетливый возрастной рост частоты АГ и стенокардии напряжения, прекращающийся только в самых старших возрастных группах (см. выше). Мы расценили такие результаты как дополнительное подтверждение влияния нездоровых форм поведения на укорочение продолжительности жизни жителей региона: вероятность дожить до преклонных лет и попасть в исследуемые выборки среди лиц, курящих, злоупотребляющих алкоголем и имеющих АГ и стенокардию напряжения (ИБС) одновременно, была крайне мала. Это предположение согласовалось с наблюдаемой отчетливой ассоциативной связью курения и злоупотребления алкоголем с нефатальными ХНИЗ — хроническими респираторными нарушениями, несмотря на малое число лиц с ХОБЛ и астмой. Все вышеназванное еще раз подтверждает роль курения и злоупотребления алкоголем как ведущих факторов в системе рисков ХНИЗ, а наши результаты могут быть индикатором значимости проблемы нездорового образа жизни как социальной нормы, лежащей в основе широкой распространенности и растущего бремени ХНИЗ на популяционном уровне.

Следует, тем не менее, принять во внимание, что все параметры, характеризующие распространенность поведенческих факторов риска ХНИЗ, в нашем исследовании были получены на основании ответов самих граждан на вопросы медицинских работников — непосредственной, но вынужденной и формализованной коммуникации. При этом часть опрошиваемых отказались отвечать на вопросы, связанные с их весом, курением и алкоголем (или не знали ответов). Это позволило предположить, что истинные масштабы проблем поведенческих ФР изучаемых ХНИЗ на селе и в городе носят более острый характер, а часть выявленных ассоциаций могли бы изменить свою выраженность [182, 235, 264 275].

В отличие от факторов риска показатели частоты изучаемых ХНИЗ были рассчитаны на основании наличия у обследованных лиц клинических симптомов, складывающихся в специфические симптомокомплексы, структурированные с помощью валидизированных вопросников, и тонометрии. При этом дизайн исследования позволял получить информацию о ХНИЗ от 100% респондентов.

Выявленные таким образом показатели частоты ХНИЗ и их ассоциации с социальными и другими детерминантами, на наш взгляд, достаточно точно отражали масштабы проблемы АГ (в меньшей степени ИБС и ХОБЛ) и особенности их ассоциаций у жителей города и села.

В частности, удалось обнаружить, что статистически достоверные ассоциативные связи между частотой ХНИЗ и социо-демографическими факторами имели большую силу и были статистически достоверны преимущественно в городской популяции. Только среди горожан отмечалась положительная ассоциация между частотой АГ и низким доходом, частотой стенокардии и низким уровнем дохода и образования. Ассоциация хронических респираторных расстройств и курения и в городе также были более сильными. Такие результаты мы связали с вероятно меньшими различиями в образе жизни сельчан с разным финансовым и образовательным статусом, в сравнении с городскими жителями. Следует учесть также, что согласно современной концепции ХНИЗ социальные детерминанты являются "периферийными" рисками ХНИЗ [310, 311], и их эффект не всегда находит отражение в увеличении индивидуального риска.

К сожалению, дизайн исследования (одномоментное поперечное сравнительное, основанное на двух простых случайных выборках) не позволил достичь достаточной статистической мощности для анализа ряда геронтологических аспектов ХНИЗ. В частности, не было возможности для сравнения частоты АГ, ИБС, хронических респираторных нарушений у лиц старше 70 лет на селе и в городе, оценить гендерные закономерности ХНИЗ в старшей возрастной группе, выявить ассоциации, специфические для пожилого и старческого возраста.

Вместе с тем дизайн нашего исследования дал возможность получить представление о масштабах проблемы ХНИЗ и их ФР в регионе, что важно для системной оценки проблемы ХНИЗ.

Что касается психического здоровья в изучаемых популяциях, то было обнаружено, что процент лиц, испытывающих состояние хронического психологического стресса (18,2% на селе и 17,6% в городе), и доля лиц, имеющих патологическое количество симптомов тревоги (34,5% на селе и 38% в городе) или депрессии (42,1% на селе и 42,5% в городе), очень высоки, независимо от места проживания обследованных. С учетом более чем 50-процентной прогностической значимости использованных нами тестов в отношении тревожных и депрессивных расстройства как нозологических форм [173, 206], эти показатели позволяли предположить высокий уровень распространенности тревоги и депрессии клинического уровня среди населения Урала.

По данным зарубежных эпидемиологических исследований показатель частоты тревожных и депрессивных расстройств как нозологических форм, отвечающих критериям МКБ10, в разных странах колеблется в широких пределах от 8% до 16% [88, 119, 132, 134, 215, 214], а доля лиц с надпороговым количеством симптомов тревоги и депрессии в популяции от 15 до 45%. Это ниже, чем полученные нами результаты, что свидетельствует, на наш взгляд, об остроте ситуации и высоком бремени проблем психического здоровья в Российской популяции.

К сожалению, сравнение полученных нами результатов с данными российских авторов представляет затруднения, поскольку отечественные исследования в данной области немногочисленны, и их методология существенно отличается как друг от друга, так и от нашей работы [215, 214]. Наиболее близким по дизайну к нашей работе было популяционное исследование Пакриева С.Г. [44], основанное на простой систематической выборке сельского населения Удмуртии 18-59 лет. По его данным, в 1995 году распространённость расстройств депрессивного спектра клинического уровня на селе составила 27,3%, была более чем в 1,5 раза выше у женщин, ассоциирована с более старшим возрастом, плохим

соматическим здоровьем и семейным статусом (развод или состояние вдова/вдовец).

В нашем исследовании частота депрессии также возрастала с возрастом от 14,5% среди 20-29-летних до 58,1% среди 50-59 летних, была выше среди женского населения, ассоциирована с наличием ХНИЗ, низким качеством жизни, семейным статусом (вдова или состояние развода) что согласуется с данными Пакриева С.Г.

Не противоречат полученные нами данные и результатам популяционного исследования Митихиной И. А. и др., [53], согласно которому среди городских женщин Новосибирска 25-64 лет в 1992-2010 гг. частота состояний, характеризующихся высоким уровнем симптомов депрессии, достигала 55%.

Также наши результаты подтвердили, что тревога и депрессия — в большей степени прерогатива женской части населения. В сравнении с мужской частью популяции у сельских женщин 30-50 лет, а у городских 50-59 лет, был достоверно более высоким уровень депрессии, а у городских женщин 50-59 лет — уровень тревоги. Были также обнаружены ассоциации проблем психического здоровья с увеличением возраста обследованных, находящие подтверждение и у других исследователей [88, 334]. Это мы связываем с возрастным "накоплением" у лиц обоего пола факторов риска ХНИЗ, тревоги и депрессии, включая уже отмеченный психосоциальный стресс и собственно высокую частоту ХНИЗ. Это предположение согласуется с выявленными тесными ассоциациями уровня депрессии и тревоги, прежде всего, с АГ, стенокардией напряжения, высоким индексом массы тела (и ожирением), низким уровнем образования и дохода, а также проживанием в одиночестве, что отмечалось во многих работах [55, 108, 110, 208]. Более того, наши результаты подтвердили, что увеличение вероятности тревоги и депрессии среди людей старших возрастных групп затрагивает не только биологические, но и психосоциальные аспекты изучаемых состояний.

Заслуживало внимания отсутствие ожидаемых ассоциаций курения и небезопасного употребления алкоголя с уровнем тревоги, депрессии и стресса в обеих изучаемых популяциях, наблюдаемое в других работах [101, 102]. Эти результаты мы связали со сложностью взаимосвязей между различными формами

нездорового поведения и проблемами психического здоровья, кросс-секционным дизайном данного исследования и уже упоминавшимся отсутствием ответов от части респондентов на вопросы, связанные с употреблением алкоголя и курением. Малое количество ответов самих респондентов о наличии у них заболеваний, относящихся к кластеру "психические расстройства" (ниже ожидаемых, даже с учетом стигматизации), позволили также предположить крайне низкую выявляемость и малую осведомленность сельского и городского населения относительно своего психического здоровья.

При сравнении силы ассоциаций тревоги, депрессии, хронического стресса у городских и сельских жителей была обнаружена закономерность, аналогичная выявленной при изучении соматических ХНИЗ. Статистически достоверные ассоциативные взаимосвязи между уровнем тревоги, депрессии и низким доходом; низким уровнем образования нами были обнаружены только в городской популяции. Это позволило сделать предположение, аналогичное сформулированному при изучении соматического здоровья в регионе: взаимосвязь психосоциальных факторов риска и здоровья жителей промышленного города была более тесная и однозначная, нежели у жителей села, где различия в образе жизни и частоте поведенческих факторов риска у людей с разным финансовым и образовательным статусом, возможно, выражены меньше.

11.2. Самооценка здоровья, качество жизни, информированность об имеющемся ХНИЗ и показатели контроля АГ у жителей популяции

Изучив качество жизни в наблюдаемых популяциях, мы обнаружили, что участники исследования одного возраста, мужчины и женщины, независимо от их проживания на селе или в городе, оценивали свое качество жизни практически одинаково. Их показатели КЖ были снижены относительно идеальных, принятых за 100%, [84], но близки к средним трансформированным показателям Российской представительной выборки и данным других эпидемиологических исследований России и Урала [24, 26, 178, 179]. В них средние популяционные

трансформированные показатели КЖ по 8 шкалам вопросника SF 36 составляют от 57 до 77 баллов.

Обратило на себя внимание, что респонденты всех возрастных групп (кроме самых пожилых сельских жителей) ниже других составляющих оценивали свое "общее состояние здоровья и его перспективы"(GH), "уровень энергии и жизнеспособность"(E) и психологическое состояние (MH). Это, с учетом выявленных сильных и умеренных корреляционных связей этих индексов с показателями психического здоровья, согласовалось с обнаруженными нами высоким уровнем стресса, тревоги и депрессии в изучаемых популяциях.

Также мы наблюдали постепенное ухудшение всех 8 компонентов качества жизни и увеличение числа декларируемых хронических заболеваний с возрастом опрошенных. Причем степень возрастного ухудшения самооценки здоровья могла быть охарактеризована не только как статистически, но и клинически значимая. Наиболее драматично нарастали с возрастом у сельских жителей физические ограничения из-за испытываемой физической боли, а в городе — социальные ограничения, связанные с физическим здоровьем.

Ожидаемое ухудшение индексов КЖ, достигающее уровня клинических различий, было определено также в отношении наличия у респондентов изучаемых ХНИЗ: АГ, стенокардии напряжения, хронических респираторных нарушений (последнее только для горожан), что находит подтверждение и в других исследованиях [24, 26, 178, 179]. При этом нездоровые формы поведения, являющиеся прямыми причинами ХНИЗ: курение, злоупотребление алкоголем и повышение массы тела, не достигающее степени ожирения — не ухудшали качество жизни обследованных. Более того, избыточный вес (не ожирение) для сельчан и курение для городских участников были ассоциированы с улучшением ряда составляющих их самооценки здоровья. Улучшали качество жизни респондентов и другие, более очевидные, психосоциальные факторы: наличие работы, высокий уровень образования и дохода, проживание в браке (для части городского населения).

Таким образом, только существенные затруднения повседневной деятельности, неизбежные при развитии клинически манифестированных ХНИЗ, тревожных и депрессивных расстройств, а также физические ограничения (при ожирении у жителей села), значимо снижали субъективную оценку здоровья жителей региона.

Эти результаты согласовались с данными другой части нашего исследования, свидетельствующими, что уровень информированности о наличии ХНИЗ и о здоровье в целом у жителей региона недостаточны.

Так, знали о своей АГ менее трети лиц с повышенным артериальным давлением (среди мужчин этот показатель был еще ниже — 16,5%). Это существенно меньше, чем данные национальной представительной выборки 1992-1995 гг и результаты Федеральной программы «Профилактика и лечение АГ в Российской Федерации», в которой осведомленность о наличии АГ превышала 70% [48, 58, 61]. Эти различия мы можем связать с различиями в дизайне работ. Так, формирование выборок в Федеральной программе мониторинга АГ было основано на последовательном выборе лечебных учреждений, врачебных участков, квартир. В нашем исследовании в качестве источника данных были использованы простые случайные выборки сельского и городского населения (см. главу «материал и методы»), что позволило получить данные от больных, не обращавшихся за медицинской помощью и не включенных в базы данных ЛПУ. Имело значение и «двойное ослепление»: как медицинских работников, проводящих опрос и тонометрию, так и участников исследования. При этом общими тенденциями, характеризующими информированность об АГ в нашем и других отечественных и зарубежных работах, были более высокая осведомленность об АГ среди женщин и увеличение ее с возрастом респондентов [71].

Также нами было обнаружено, что и в городе, и на селе знание об имеющейся АГ, независимо от социального статуса опрошенных, было тесно ассоциировано с более старшим возрастом больных, женским полом, ожирением, наличием симптомов стенокардии напряжения, ухудшением параметров психического

здоровья, бóльшим числом указываемых самими больными хронических заболеваний и клинически значимым ухудшением качества жизни, а также более высоким уровнем АД. Осведомленные о своей АГ люди в 1,5 раза реже курили, чем не знавшие о ней; но уровень злоупотребления алкоголем был одинаково высоким, независимо от знания респондентов о своей АГ. Другими словами, повышение АД, не отражающееся на самочувствии, не расценивалось респондентами как проблема и не представляло собой повод к изменению образа жизни и нездоровых привычек.

Эти результаты свидетельствовали, по нашему мнению, о низком уровне осведомленности населения о своем здоровье в целом и согласовались с другими результатами нашей работы, характеризующими охват больных АГ, знающих о своем заболевании, антигипертензивной терапией, показатели контроля АГ в популяции и уровень осведомленности о других ХНИЗ.

Так, уровень осознанного систематического приема антигипертензивных средств больными АГ (82% от знавших о своей АГ лиц, 24,3% от всех лиц с выявленной АГ) что также отличается от показателей, полученных в ходе второго этапа мониторинга эпидемиологической ситуации по АГ в Российской Федерации (2005-2007 гг [64, 65, 71], согласно которому в России в 2005-2007 гг. антигипертензивные препараты принимали 62,9% больных АГ. Причины этих различий мы можем связать с теми же факторами, которые повлияли на различия в показателях осведомленности об АГ в нашей работе и показателях второго этапа Федерального мониторинга эпидемиологической ситуации по АГ.

При этом заслуживало внимания и то, что общий паттерн различий между лицами, сознательно принимавшими антигипертензивные, и не принимавшими их, зная о своей АГ, был аналогичным таковому, наблюдаемому между осведомленными и неосведомленными о наличии АГ «гипертониками». В частности, среди лиц, осознанно принимавших антигипертензивные средства, достоверно выше была доля людей с ожирением, ухудшением ряда показателей качества жизни, патологическим уровнем тревоги и депрессии. Уровень АД среди лечившихся антигипертензивными средствами был выше, чем среди сознательно не

лечащихся «гипертоников». Стоит, однако, отметить, что принимавшие и не принимавшие лекарства респонденты отличались между собой в меньшей степени, чем осведомленные и не осведомленные об АГ респонденты.

Другим изучаемым параметром, подтвердившим наличие проблем информированности о ХНИЗ в регионе, была осведомленность лиц с клиническим симптомокомплексом стенокардии напряжения о наличии у них этой патологии (или ИБС). Хотя стабильная стенокардия проявляется достаточно стойкими, специфичными и ощутимыми нарушениями самочувствия [17, 85], доля лиц, осведомленных, что страдают стенокардией либо ИБС, среди обследованных жителей региона с положительным результатом теста Роуза был расценена нами как низкая (36,6%) и была сопоставимым с таковой по АГ. Несмотря на небольшое число наблюдений, были выявлены и другие, сходные с АГ тенденции. С информированностью о наличии стенокардии напряжения либо ИБС были ассоциированы более старший возраст, больший индекс массы тела (ожирение), большее число указанных самими респондентами имеющихся хронических заболеваний, более высокое АД, большее количество симптомов тревоги и депрессии и ухудшение 6 из 8 параметров качества жизни. Не влиял на показатели осведомленности о стенокардии, как и в случае с АГ, социальный статус опрошенных (уровень образования, доходов, семейное положение, наличие работы и детей, уровень злоупотребления алкоголем).

Стоит все же отметить, что уровень осведомленности сельских жителей об ИБС был вдвое ниже, чем горожан. Курили лица, знавшие о своей стенокардии, в отличие от АГ, даже чаще, нежели не знавшие об этом, а злоупотребление алкоголем одинаково часто встречалось среди информированных и не информированных о стенокардии лиц. Меньшее, чем в случае с АГ, количество наблюдений ограничило возможность выявления других независимых факторов, связанных с информированностью о стенокардии напряжения или ИБС (сравнить силу ассоциаций на селе и в городе). Кроме того, мы приняли во внимание, что симптомокомплекс стенокардии напряжения, констатируемый на основании положительного теста Роуза, лишь опосредованно отражает распространенность

ИБС в популяции, и его прогностическая значимость не достигает 100% [92, 259 316]. Поэтому даже статистически достоверные ассоциации, связанные с информированностью о стенокардии, ограничили нашу возможность постулировать их как закономерность.

Ограничения в экстраполяции данных вопросника Роуза на популяционные показатели превалентности ИБС и осведомленности о ней можно отнести и к данным по ХОБЛ, бронхиальной астме и хроническому бронхиту. Тем не менее было обнаружено, что жители региона с хроническим респираторным синдромом сообщали медицинским работникам о наличии у себя ХОБЛ, бронхиальной астмы или хронического бронхита в 60,8% случаев, что было вдвое выше, чем соответствующий показатель осведомленности об АГ или стенокардии напряжения. Однако нам не удалось выявить независимых детерминант (включая курение, отличающих информированных и не информированных о наличии бронхолегочной патологии больных, что, помимо вышеназванных причин, мы связываем с недостаточной статистической мощностью исследования для оценки данной проблемы.

Таким образом, общей тенденцией, характеризующей информированность жителей популяции об имеющихся ХНИЗ, была следующая. У лиц, имевших АГ или стенокардию напряжения, но не знавших о наличии у них изучаемых заболеваний, многие из ключевых параметров здоровья были близки к общепопуляционным. Среди них: степень метаболических сдвигов (доля лиц с ожирением), частота поведенческих факторов риска (курения, злоупотребления алкоголем), число и спектр декларируемых хронических заболеваний, индексы качества жизни, уровень стресса, депрессии и тревоги. Другими словами, повышенное АД, наличие симптомов стенокардии или хронических респираторных нарушений не отличало этих лиц от "здоровых" жителей региона ни по самочувствию, ни по образу жизни.

Напротив, знали, что страдают изучаемыми ХНИЗ, преимущественно люди более старшего возраста, уже имевшие клинически значимое ухудшение самочувствия (согласно показателям их качества жизни и количеству

декларируемых хронических заболеваний), выраженные метаболические сдвиги (ожирение, более высокое АД), другие проблемы здоровья — патологическое количество симптомов тревоги, депрессии, более высокий уровень стресса. Но знание о наличии ХНИЗ практически не сказывалась на образе жизни болевших. За исключением уменьшения частоты курения среди больных, информированных о своей АГ (среди последних было 77% женщин, что могло повлиять на результаты), частота курения или злоупотребления алкоголем не отличалась в группах лиц, знавших и не знавших о наличии у них ХНИЗ. А доля лиц с ожирением среди больных, осведомленных о наличии ХНИЗ, была даже выше, чем среди лиц с изучаемыми заболеваниями, не знавших о своих проблемах со здоровьем.

Таким образом, с позиции системной концепции рисков [39, 311, 330], участники исследования, имевшие АГ или симптомокомплекс стенокардии напряжения, осведомленные о наличии у них сердечно-сосудистых заболеваний, в сравнении с неинформированными жителями популяции, могли быть охарактеризованы как значимо продвинувшиеся в континууме рисков ХНИЗ в сторону их увеличения. Больные, осознанно и целенаправленно получавшие антигипертензивную терапию (в большинстве случаев недостаточно эффективную), в континууме рисков ХНИЗ были продвинуты еще в более опасную зону в сравнении не только с не знающими о своем повышенном давлении лицами, но и с осведомленными об АГ больными.

Кроме того, сопоставив данные об информированности населения о ХНИЗ с показателями качества жизни обследованных и данными о распределении факторов риска ХНИЗ в популяции, мы смогли подтвердить и даже расширить предположение, сформулированное при анализе превалентности нездоровых форм поведения в регионе. Не только поведенческие факторы риска ХНИЗ (курение и злоупотребление алкоголем), но даже повышенное АД и наличие симптомокомплекса стенокардии, если страдающие ими граждане не знали о наличии у них ХНИЗ, являлись в изучаемой популяции некоей "социальной нормой", не ухудшающей социальную, физическую и психологическую составляющую их жизни и самооценку здоровья в сравнении со "здоровой" частью

популяции как в городе, так и на селе. Только наличие очевидных проблем и ограничений, возникающих с возрастом, а также наличие клинически проявляющихся ХНИЗ, ожирение, патологическая тревога, депрессия, ассоциированные со знанием об имеющемся хроническом заболевании, снижали качество жизни жителей региона, зависевшего также от социального и финансового благополучия.

В связи с вышеизложенным ожидаемым результатом исследования стало и то, что показатели, характеризующие эффективность лечения АГ в популяции (среди знающих о своей болезни на селе 12,9%, в городе 5,7%), были крайне низки, независимо от места проживания и социального статуса болеющих. Это существенно меньше, чем результаты других популяционных исследований России и за рубежом [64, 65, 67, 77]. Однако наши данные, основанные на репрезентативной выборке жителей села и города, подвергнутых двукратному измерению АД откалиброванными тонометрами в стандартизированных условиях (на дому, вне медицинского учреждения, по унифицированной и отработанной в условиях предварительного тренинга методике), проводимому независимыми медицинскими работниками, не знавшими целей исследования, позволили утверждать, что полученные цифры отражают реальные данные о состоянии контроля АД в изучаемых популяциях.

Косвенно подтверждали низкие показатели контроля АД в популяции, обнаруженные факты систематического приема антигипертензивных средств лицами, не знавшими о предназначении принимаемых лекарств. Доля этих лиц среди тех, кто имел повышенное АД, достигала 13,3%, что согласовывалось с нашими предположениями о низком уровне знаний населения об АГ, ее причинах и последствиях их и последствиях, а также предполагало низкий уровень ответственности населения за свое здоровье в целом

Вышеизложенное позволяло сделать и другое предположение. В настоящее время в практике российского здравоохранения профилактика и лечение лиц с основными ХНИЗ и их факторами риска в изучаемой популяции базируются

преимущественно на борьбе с клиническими проявлениями и осложнениями ХНИЗ.

11.3. Клинические аспекты изучаемых ХНИЗ, их факторов риска, проблем психического здоровья в первичном звене здравоохранения и результаты обучения врачей

Показатели больных ХНИЗ из первичной сети и обнаруженные у них ассоциации, как и ожидалось, отражали показатели и ассоциации жителей популяции с ХНИЗ лишь частично. В сравнении с популяционными данными у больных АГ из первичного звена была зафиксирована более высокая «нагруженность» факторами риска, предположительно более высокая степень коморбидности с другими ХНИЗ и большая частота проблем психического здоровья.

Так, больные АГ с врачебного участка более чем втрое чаще сообщали о постоянном приеме антигипертензивных средств, чем больные АГ из популяции, и в 100% случаев имели жалобы на плохое самочувствие (что, видимо, и заставляло их обратиться за медицинской помощью). Средний возраст, процент женщин, доля лиц с ожирением, выраженность АГ, уровень тревоги и депрессии прогрессивно увеличивались в трех категориях обследованных: у респондентов с повышенным АД в популяции в целом; у той части лиц с АГ в популяции, что знали о своей болезни; и у больных АГ, получавших лечение в первичной сети.

При этом, на фоне более выраженных клинических проявлений и формально более высокой, чем в популяции, осведомленности о своей патологии, у больных из первичной сети уровень знаний о своей болезни, правилах приема препаратов, о немедикаментозных методах лечения, равно как и уровень контроля над заболеванием можно было охарактеризовать как недостаточные. Больные остеопорозом, попавшие в сферу наблюдения врачей Центра семейной медицины ГБОУ ВПО УГМУ, характеризовались схожими с пациентами АГ из популяции и из первичной сети тенденциями, характеризующими их поведение в болезни и

информированность об их заболевании. При удовлетворительной общей осведомленности о диагнозе и целях терапии знания, касающиеся важнейших аспектов лечения, влияющих на прогноз, и охват адекватной терапией были явно недостаточными, независимо от возраста, клинических проявлений, наличия сопутствующих других ХНИЗ, осложнений (переломов).

Уровень проблем психического здоровья у больных, получавших лечение в первичном звене (41% по тревоге и 59% по депрессии), также был достоверно выше (что было ожидаемо), чем соответствующие популяционные показатели, полученные нами при использовании единой процедуры анкетирования с тем же вопросником (34% и 42% соответственно).

Показатель частоты тревоги и депрессии у обследованных нами больных ОВП был выше такового, полученного в ходе проекта «КОМПАС» среди российских пациентов амбулаторного звена (45,9%) [16], и выше, чем показатели исследования KOORDINATA [15, 14]. В последнем клинически выраженные симптомы тревоги или депрессии выявлялись у 33% и 38% больных клинической группы. Однако различия между нашим исследованием и этими двумя крупными эпидемиологическими проектами не носят принципиального характера и могут быть вызваны различиями в инструменте выявления расстройств аффективного спектра (разные используемые вопросники) и более старшим возрастом участников нашего исследования. По данным других авторов, частота депрессий и тревожных расстройств в клинической практике была, напротив, ниже, чем в нашей работе или существенно колебалась. Так, согласно данным Лариной В.Н., у пациентов с хронической сердечной недостаточностью в амбулаторном звене, частота депрессии варьировала, в зависимости от их возраста от 11% до 22,8 [28]. В более позднем исследовании, В.В. Гафарова с соавт. также на клинической группе, у больных с тяжелым течением ХНИЗ распространенность депрессий варьировала в еще более широких пределах от 20 до 60 % [303]. Н. Herrman et al [203], в ходе исследования, включавшего 18.489 пациентов участковой терапевтической службы из 6 разных стран, включая Россию, показали, что распространенность депрессии у российских пациентов первичного звена колебалась от 24 до 55%. Все эти

результаты полностью согласуются с результатами нашего исследования, показавшими, что в практике участкового врача были категории больных, отличающихся по частоте тревоги и депрессии как в лучшую сторону (больные ОРВИ), так и в худшую сторону (больные несколькими ХНИЗ, осложненным остеопорозом, ревматоидным артритом, онкологическими заболеваниями, "необъяснимыми соматическими симптомами"). Среди последних групп больных положительный результат тестов GHQ-12 и GSAD на тревогу и депрессию достигал 100%, а частота тревожных и депрессивных расстройств как клинических форм, требующих лечения, составляла 57-100%.

Таким образом, выявленные нами существенные различия в частоте проблем психического здоровья среди разных групп пациентов первичного звена было ожидаемым, закономерным, и не противоречило отечественным и зарубежным данным [15, 16, 14, 245].

Клиническая диагностика позволила нам утверждать, что выявленный согласно используемому инструментарию (вопросники GHQ-12 и GSAD) уровень тревоги и депрессии действительно коррелировал с результатами клинической диагностики, а прогностическая ценность положительного результата в условиях ОВП превышает 50%, хотя это и не являлось основной задачей нашей работы. Отличием от популяционной части исследования было отсутствие достоверных ассоциаций между степенью тревоги и депрессии больных первичного звена и их уровнем знаний об имеющемся ХНИЗ (об АГ и остеопорозе), что, возможно, было связано с небольшим объемом наблюдений, вариабельностью клинических проявлений, высоким уровнем коморбидности с другими ХНИЗ в клинической группе.

В целом, результаты клинической части нашего исследования подтвердили невозможность непосредственной трансляции закономерностей, наблюдаемых в клинических условиях, на популяцию и наоборот. При этом результаты клинического и эпидемиологического разделов работы, а также данные опроса врачей первичного звена (см. ниже) как независимых и взаимодополняющих

компонентов изучения различных аспектов ХНИЗ не противоречили друг другу, позволили констатировать следующее.

Пациенты, получающие медицинскую помощь в первичном звене здравоохранения, представляли собой малую, но наиболее проблемную часть населения в континууме рисков ХНИЗ в сравнении как со страдающими ХНИЗ лицами в популяции, так и теми жителями региона, что имели ХНИЗ и знали о своей болезни. (Очевидно, наличие существенных проблем с самочувствием и низкое качество жизни и заставляло этих больных обращаться за медицинской помощью).

Систематическую терапию при АГ осознанно и целенаправленно получала также лишь небольшая и наиболее проблемная часть больных АГ из нуждающихся в ней, вероятно, наблюдавшихся в первичном звене здравоохранения. При этом знания самих пациентов о своем заболевании и уровень контроля над АГ были недостаточны.

Что касается знаний врачей первичного звена о психосоциальных аспектах ХНИЗ, их факторах риска и проблемах психического здоровья, то они были расценены нами как крайне низкие. Мнение подавляющего большинства врачей о количестве пациентов с тревогой, депрессией, соматическими симптомами стресса, принятых ими за месяц (в большинстве случаев — менее 5 чел. за месяц) при наблюдаемой в исследовании высокой частоте данных проблем в популяции и первичном звене свидетельствовали об отсутствии у врачей знаний по данной проблеме и навыков выявления тревоги, депрессии, соматических симптомов переживаемого стресса.

Способ диагностики депрессивного расстройства, декларированный более чем половиной врачей («по общему впечатлению»), уровень назначения терапии и ее неадекватность также свидетельствовали об отсутствии у них опыта интерпретации симптомов, связанных с психикой, дифференциальной диагностики тревоги, депрессии, соматических симптомов стресса, навыков коммуникации, терапии и длительного ведения пациентов с проблемами психического здоровья, поведенческими и метаболическими факторами риска в контексте семейно-

социальных факторов, что согласовалось с данными анализа медицинской документации врачебного участка. Все это свидетельствовало об отсутствии интеграции вопросов, связанных с психическим здоровьем, в существующую практику ведения пациентов в первичном звене, отсутствии у врачей навыков холистического (биопсихосоциального) подхода при работе с пациентами, что требовало модификации.

Разработанная нами образовательная программа была одним из компонентов такой модификации. Как отмечалось выше, ее целью было приобретение врачами компетенций, необходимых для осуществления стратегий индивидуальной профилактики ХНИЗ в условиях первичного звена здравоохранения на основе биопсихосоциального подхода, что постулировано в национальной программе "Стратегия профилактики и контроля неинфекционных заболеваний и травматизма в Российской Федерации». Результаты обучения врачей свидетельствовали об улучшении их знаний и изменении ряда стереотипов в понимании природы ХНИЗ, их факторов риска, проблем психического здоровья. Однако более значимыми мы сочли результаты, свидетельствующие об изменении клинического опыта врачей при ведении ими больных с вышеуказанными проблемами. Мы отметили уменьшение количества врачей, сообщивших, что за последний месяц они не видели на приеме ни одного больного депрессией, тревожным расстройством, соматическими симптомами стресса, депрессии или тревоги, и соответственно увеличение (в 3 раза) доли врачей, сообщивших, что за последний месяц к ним обращались более 10 больных из этих категорий. Такие результаты позволяли предположить, что опрошенные доктора стали лучше выявлять проблемы психического здоровья у своих пациентов.

Еще одним показательным результатом было увеличение вдвое доли врачей, сообщивших, что диагностируют депрессию не "по общему впечатлению", а по невербальным и вербальным симптомам, и числа врачей, организовывающих повторные визиты пациентов с проблемами психического здоровья. Использованный способ анализа позволил констатировать, что выявленные изменения произошли, главным образом, за счет врачей, показавших до обучения

наименьшие знания и минимальный опыт в области оценки и использования психосоциальных составляющих в профилактике и ведении пациентов с ХНИЗ, их ФР и проблемами психического здоровья.

Стоит указать также, что в период 2003-2013гг на кафедре семейной медицины УГМУ происходило постепенное, но однонаправленное изменение модели обучения врачей. Оно заключалось в поэтапном отходе от традиционных курсов «дидактических» лекций в сторону создания образовательных модулей с прикладными задачами, максимально вовлекающими самих обучаемых, отрабатывающих новые или совершенствующим имеющиеся клинические навыки в безопасной среде.

Результаты опроса больных первичного звена также свидетельствовали, хотя и не напрямую, об улучшении их качества взаимодействия с врачами, прошедшими обучение по программе ОВП. К сожалению, мы не имели возможности представить результаты обучения в виде клинических исходов пациентов. Более того, мы принимали во внимание данные систематического обзора Gilbody (2003), в котором было сделано достаточно пессимистичное заключение о неэффективности образовательных стратегий для врачей в плане улучшения этих исходов. Однако мы учитывали и данные более позднего мета-анализа Sikorski CM (2012) [140], показавшего, что образовательные программы-тренинги, направленные, прежде всего, на модификацию практических навыков врачей, в комбинации с их обеспечением соответствующим клиническим руководством эффективны в отношении исходов для пациентов с впервые выявленной депрессией. Исследования, проведенные в УГМУ, также свидетельствовали в пользу эффективности подобного подхода для пациентов первичного звена с остеоартрозом и остеопорозом (при обучении врачей в сочетании с обеспечением их современным клиническим руководством) [30]. При разработке и проведении курса мы учитывали и рекомендации других исследований [115, 186, 187, 223, 265], посвященных эффективности образовательных программ для врачей и пациентов.

Тренинг, подобный описанному выше, а также исследование с аналогичным дизайном с использованием вопросника GDA проводились автором под

руководством экспертов ВОЗ Л. Гаск и Д. Голдберга в международном образовательном проекте, организованном проф. Odd Arild Haugen из Northern Baltic Alliance, финансируемом правительством Норвегии в 2010. на базе Северного государственного медицинского университета (Архангельск) для врачей первичного звена [52]. Тогда были получены результаты, аналогичные выявленным в нашем исследовании. Даже краткий 5-дневный курс обучения с акцентом на выработку практических навыков был ассоциирован с улучшением знаний и изменением ряда стереотипов действий врачей первичного звена, фельдшеров и практикующих медсестер в сфере психического здоровья.

Таким образом, обучение врачей первичного звена по программам, ориентированным на выработку новых практических навыков и работу на основе биопсихосоциального подхода, являлось одним из эффективных вмешательств, способствующих изменению стереотипов ведения пациентов с ХНИЗ, их ФР, интеграции вопросов психического здоровья в практику работы врача первичного звена.

ВЫВОДЫ

1. Среди взрослого населения региона были высоко распространены основные ХНИЗ, не зависимо от проживания на селе или в городе. Наибольшей была частота АГ (у каждого второго), ассоциированная с возрастом и наличием ожирения. Стенокардия напряжения встречалась втрое реже, но в остальном имела схожие с АГ возрастнo-половые закономерности распределения и ассоциации. На третьем месте по частоте были хронические респираторные нарушения, распространенность которых не зависела от возраста, среди мужчин была выше, а их наличие ассоциировалось с курением.

2. Жителей города и села характеризовал высокий уровень симптомов тревоги (34,9% на селе, 37,8% в городе) и депрессии (42,1% на селе, 42,5% в городе), особенно среди женщин среднего и пожилого возраста, тесно ассоциированный с изучаемыми сердечно-сосудистыми заболеваниями, ожирением, и имеющий характер распределения, близкий к таковому для АГ и стенокардии напряжения. Особенностью городской популяции было снижение показателей распространенности ХНИЗ и проблем психического здоровья по мере роста доходов и образования граждан.

3. Частота ожирения и избыточного веса (43,1% на селе и 33,8% в городе), уровень курения (до 93,4% среди молодых городских мужчин) и злоупотребления алкоголем (25,9% на селе и 13,6% в городе), не зависевшие от большинства социо-демографических детерминант, соматического и психического здоровья, а также высокий уровень психосоциального стресса, тревоги и депрессии в популяции, свидетельствовали о значительной подверженности риску ХНИЗ для населения региона в целом.

4. Все составляющие качества жизни, связанного со здоровьем, прогрессивно ухудшались с возрастом обследованных (в 1,3-2,9 раз) до клинически значимых значений. Низкая самооценка здоровья также ассоциировалась с наличием продвинутых стадий ХНИЗ, ожирения, патологической тревоги и депрессии, а

лучшее качество жизни — с более высоким образовательным и финансовым статусом. При этом курение и злоупотребление алкоголем, а также избыточный вес, не достигающий степени ожирения (последнее только для села) не ухудшали самооценку здоровья.

5. Больные основными ХНИЗ, как в популяции в целом, так и в первичном звене, характеризовались крайне низкой информированностью об имеющихся у них заболеваниях (показатель по АГ 29,5% и 86,0% соответственно). Осведомлённость о наличии ХНИЗ была ассоциирована с физическими, психологическими ограничениями, манифестированными клиническими проявлениями ХНИЗ, но не была сопряжена с изменением уровня курения или злоупотребления алкоголем.

6. Уровень сознательного систематического приема антигипертензивных препаратов и уровень контроля АГ были недостаточными, как в популяции (82,1% и 9,3% соответственно), так и у больных из первичного звена (86% и 17% соответственно), независимо от места проживания и социального статуса.

7. В сравнении с больными, выявленными в популяции, у пациентов с ХНИЗ из первичного звена была зафиксирована большая «нагруженность» факторами риска, более выраженные клинические проявления ХНИЗ, более высокая частота проблем психического здоровья, а также и предположительно бóльшая степень коморбидности ХНИЗ с другой патологией.

8. Выявленных больных с хронической патологией характеризовало определенное расположение в континууме рисков и осложнений ХНИЗ. Лица, не знавшие о наличии у них хронического заболевания, находились в зоне высокого риска, сопоставимого, тем не менее, со средне-популяционным. Больные, знавшие о своей патологии, но не принимавшие лекарств, были существенно продвинуты в данном континууме в еще более опасную область. Пациенты, постоянно принимавшие лекарства и получавшие лечение в первичном звене, находились в наиболее опасной зоне континуума ХНИЗ.

9. Психосоциальные аспекты ХНИЗ были малоизвестны терапевтам первичного звена, выявляемость ими поведенческих рисков ХНИЗ, тревожных, депрессивных расстройств и состояний, проявляющихся соматическими симптомами переживаемого стресса, была неудовлетворительной, а качество взаимодействия с пациентами — низким.

10. Результаты реализации образовательных программ свидетельствовали об увеличении знаний и навыков врачей, а в 56,4% случаев — об изменении подхода врачей к ведению пациентов с ХНИЗ, нездоровыми формами поведения и проблемами психического здоровья в сторону целостной оценки каждого клинического случая, что сопровождалось улучшением качества взаимодействия с пациентами.

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

1. При ведении пациентов с ХНИЗ, проблемами психического здоровья и их факторами риска в общеврачебной практике необходимо учитывать низкую осведомленность больных и активно использовать как групповые технологии (школы здорового образа жизни), так и индивидуальное поведенческое консультирование, основанное на эмпатическом информировании, для мотивации пациента к изменению образа жизни.

2. Рекомендуется осуществлять ведение пациентов первичного звена с основными ХНИЗ, их факторами риска и проблемами психического здоровья на основе биопсихосоциальной концепции, подразумевающей целостную оценку каждого клинического случая в контексте психосоциальных и семейных детерминант, анализ поведенческих факторов риска, скрининг основных проблем психического здоровья и своевременную коррекцию выявленных нарушений наряду с традиционной клинической диагностикой и медикаментозным лечением

3. В последипломном обучении врачей первичного звена необходимо использовать программы на основе биопсихосоциальной модели, ориентированные на выработку у врачей практических навыков ведения пациентов с основными ХНИЗ, их факторами риска и проблемами психического здоровья.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Администрация Нижнесергинского района. Официальный сайт [Электронный ресурс] / Администрация Нижнесергинского района. – Режим доступа: <http://admnsergi.ru/>. – 26.11.2014
2. Алгоритмы специализированной медицинской помощи больным сахарным диабетом [Электронный ресурс] / под ред. И.И. Дедова, М.В. Шестаковой. – 6-е издание. – Москва. – 2013. – 120с.
3. Анализ смертности от сердечно-сосудистых заболеваний в 12 регионах Российской Федерации, участвующих в исследовании «Эпидемиология сердечно-сосудистых заболеваний в различных регионах России» / С.А. Шальнова, А.О. Конради, Ю.А. Карпов [и др.] // Российский кардиологический журнал. – 2012. – №5. – С. 6-11
4. Анохин П.К. Философские аспекты теории функциональной системы. — Москва, "Наука", – 1978 – 400с.
5. Антонов Н.С. Хронические обструктивные заболевания легких: распространенность, диагностика, лечение и профилактика: Автореф. дис. ... д-ра мед наук. – М., 2002. – 46 с.
6. Артериальная гипертония в Якутии: распространенность, информированность / И.В. Корнильева, К.И. Иванов, С.А. Шальнова [и др.] // Российский Национальный Конгресс кардиологов «От исследований к стандартам лечения». – Москва: Медицина, 2003. – 169с.
7. Артериальная гипертония: распространенность, осведомленность, прием антигипертензивных препаратов и эффективность лечения среди населения Российской Федерации / С.А. Шальнова, Ю.А. Баланова, В.В. Константинов [и др.]. // Российский кардиологический журнал. – 2006. – №4. – С.45– 51
8. Бойцов, С.А. Четверть века в поисках оптимальных путей профилактики неинфекционных заболеваний и новые задачи / С.А. Бойцов, Р.Г. Оганов // Рациональная фармакотерапия в кардиологии. – 2013. – N 9(4). – С.348– 353

9. Всероссийская перепись населения 2010. Том 2. Возрастно– половой состав и состояние в браке [Electronic resource] // Всероссийская перепись населения [Official website]. – Режим доступа: http://www.gks.ru/free_doc/new_site/perepis2010/croc/perepis_itogi1612.htm. – 16.11.2014
10. Глобальная стратегия диагностики, лечения и профилактики хронической обструктивной болезни легких. Пересмотр 2011г. / пер. с англ. под ред. А.С. Белевского. – Москва: Российское респираторное общество, 2012. – 80 с., ил.
11. Глобальная стратегия сокращения вредного употребления алкоголя [Electronic resource] // The World Health Organization [Official website]. – Режим доступа: http://www.who.int/substance_abuse/activities/msbalcstrategyru.pdf?ua=1. – 12.08.2013
12. Глобальные рекомендации по физической активности для здоровья [Электронный ресурс] / WHO. Library Cataloguing- in- Publication Data Global recommendations on physical activity for health. – 60с. // Государственный научно– исследовательский центр профилактической медицины. Официальный сайт. – Режим доступа <http://www.gnicpm.ru/UserFiles/Rekomendacii%20voz.pdf>. – 12.08.2013
13. Государственная политика и проблема хронических не инфекционных болезней: пер. с англ. – Москва: Издательство «Весь Мир», 2008. – 212с.
14. Депрессивная симптоматика ухудшает прогноз сердечно– сосудистых заболеваний и снижает продолжительность жизни больных артериальной гипертонией и ишемической болезнью сердца. / Р.Г. Оганов, Г.В. Погосова, И.Е Колтунов.[и др.] // Кардиология. – 2011. – №2. – С.59–66
15. Депрессивная симптоматика ухудшает прогноз у больных артериальной гипертонией и ишемической болезнью сердца: первые результаты проспективного этапа российского многоцентрового исследования КООРДИНАТА / Е.И. Чазов, Р.Г. Оганов, Г.В. Погосова [и др.] // Кардиология. – 2007. – № 10. – С.24-30

16. Депрессии и расстройства депрессивного спектра в общемедицинской практике. Результаты программы КОМПАС / Р.Г. Оганов, Л.И. Ольбинская, А.Б. Смулевич [и др.] // Кардиология. – 2004. – №1. – С. 13-17
17. Диагностика и лечение стабильной стенокардии. [Electronic resource] // Российское кардиологическое общество [Official website]. – Режим доступа: http://www.scardio.ru/content/images/recommendation/rekomendacii_po_diagnostike_i_lecheniyu_stabilnoy_stenokardii.pdf. – 12.08.2013
18. Доклад ВОЗ о глобальной табачной эпидемии, 2011 г. Предупреждение об опасностях табака [Electronic resource] / The World Health Organization. Official website. – Режим доступа: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44616/10/9789244564264_rus.pdf?ua=1. – 08.08.2013
19. Доклад о ВОЗ о глобальной табачной эпидемии, 2009 г. Создание среды, свободной от табачного дыма/ Всемирная организация здравоохранения, 2009 г. – 78с. [Electronic resource] // The World Health Organization [Official website]. – Режим доступа: http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789244563915_rus.pdf?ua=1. – 12.08.2013
20. Европейский доклад о борьбе против табака: пер. с англ. / ВОЗ, Европейское региональное бюро, 2007. – 181с.
21. «Исследование Всемирного банка ВОЗ глобального ущерба от заболеваний (World Bank/WHO Global Burden of Disease Study) [Electronic resource] / The World Health Organization. Official website. – Режим доступа: http://www.who.int/gho/mortality_burden_disease/en/. – 13.08.2013
22. К здоровой России. Политика и стратегия профилактики сердечно-сосудистых и других неинфекционных заболеваний в контексте реформ здравоохранения в России: руководство по разработке / ГНИЦ профилактической медицины. – М.: Медицина, 1997. – 94с.

23. Карпов, Р.С. Популяционные аспекты сердечно– сосудистых заболеваний у взрослого населения г. Томска / Р.С.Карпов, И.А.Трубачева, О.А.Перминова // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. – 2004. – №4. – С.15-24
24. Качество жизни сельских больных остеоартрозом / Н.Н. Крохина, О.Е. Алферова, О.Ф. Рябицева [и др.] // Уральский медицинский журнал. – 2009. – №2. – С 12-18.
25. Купаев В.И. Выявление риска развития сердечно-сосудистых заболеваний через оценку показателей субоптимального статуса здоровья и эндотелиальной дисфункции / Е.Ю.,Марутина О.Ю Борисов. // Известия Самарского научного центра Российской Академии наук №5(2) - 2012- с.467-471
26. Крохина, Н.Н. Остеоартроз в практике участкового врача в сельской местности: клинико– эпидемиологическое исследование: дис. ... канд. мед. наук / Н.Н. Крохина. – Екатеринбург, 2009. – С.54-55
27. Лазебник, Л.Б. Организационные мероприятия по борьбе с артериальной гипертонией в Москве / Л.Б.Лазебник, Ш.М.Гайнулин, В.Н. Дроздов // Российский медицинский журнал. – 2003. – №5. – С.5-10
28. Ларина, В.Н. Тревожно– депрессивное состояние у больных с хронической сердечной недостаточностью пожилого возраста / В.Н. Ларина, Б.Я. Барт // Кардиология. – 2012. – №10. – С.26-33
29. Леханова, Е.Н. Функциональные резервы сердечно– сосудистой системы при артериальной гипертонии в Ямало-Ненецком автономном округе / Е.Н. Леханова, А.А. Буганов // Российский Национальный Конгресс кардиологов «От исследований к стандартам лечения». – Москва: Медицина, 2003. – 187с.
30. Максимов, Д.М. Внедрение клинических рекомендаций по диагностике и лечению остеоартроза: результаты кластерного рандомизированного испытания. / Д.М. Максимов // Научно– практическая ревматология. – 2012. – №53(4). – С. 57-61
31. Международная классификация болезней 10–го пересмотра (МКБ– 10) [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://mkb-10.com/>. – 20.08.2013.

32. Мониторинг средних уровней артериального давления в организованной популяции: индикатор качества профилактической работы / Н. Г. Калева Д. А. Яшин О. Ф. Калев, Л. М. Яшина // Профилактическая медицина 2012. - №2. – С. 39-43
33. Национальные клинические рекомендации по профилактике, диагностике и лечению артериальной гипертензии / Всероссийское научное общество кардиологов. – Москва: МЕДИ Экспо, 2009. – 391с.
34. Национальные рекомендации по кардиоваскулярной профилактике. Первое издание 2011// Кардиоваскулярная терапия и профилактика. Приложение 2. – 2011. – №10 (6). – 64с [Электронный ресурс]. – Режим доступа: http://www.scardio.ru/content/images/recommendation/nacionalnye_rekomendacii_po_kardiovaskulyarnoy_profilaktike.pdf /. – 20.08.2013
35. Национальные рекомендации. Сердечно– сосудистый риск и хроническая болезнь почек: стратегии кардио– нефропротекции, 2013 [Электронный ресурс]. – Режим доступа: http://scardio.ru/content/Guidelines/Pochki_rkj_8_14.pdf. – 08.08.2013
36. Неинфекционные заболевания. Итоги первой глобальной конференции ВОЗ на уровне министров, г. Москва 28– 29.04.2011 [Электронный ресурс]. – Режим доступа http://www.who.int/nmh/events/global_forum_ncd/documents/moscow_declaration_ru.pdf?ua=1. – 24.07.2013
37. Новик, А.А. Концепция исследования качества жизни в медицине / А.А.Новик, Т.И. Ионова, П. Кайнд. – СПб.: ЭЛБИ, 1999. – 139с.
38. Об установлении величины прожиточного минимума на II квартал 2005 года: Постановление Правительства Свердловской области от 17 марта 2005 г. №202– ПП – 1с.
39. Оказание помощи при хронических состояниях / пер с англ. под ред. E. Nolte, M. McKee / Всемирная организация здравоохранения 2011 г., от имени Европейской обсерватории по системам и политике здравоохранения. – Женева, 2011. – 287с.

40. Особенности ведения пациентов с легкой бронхиальной астмой на этапе первичного звена здравоохранения / В.И. Купаев А.В. Жестков, О.В. Вахно [и др.] // Справочник врача общей практики. - № 6 - 2012 г. – С.34 -39
41. Остапенко, И.Н. Отравление алкоголем и суррогатами: диагностика и неотложная медицинская помощь на догоспитальном этапе / Ю.Н. Остапенко, И.С. Элькис // Тер арх. – 2010. – №82(10). – С. 18-24
42. Отношение к профилактике и лечению сердечно– сосудистых заболеваний в открытой мужской популяции Тюмени /М. М. Каюмова, В.Ю. Смазнов, Е.В. Акимова [и др.]// Профилактическая медицина. – 2012. – N 4. – С.13-16
43. Официальный сайт Кушвинского городского округа [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://kushva.midural.ru/article/show/id/58>. – 08.05.2009
44. Пакриев, С.Г. Расстройства депрессивного спектра в популяции сельских жителей Удмуртской республики: дис. ... докт. мед. наук. — Томск, 2012. — С.7-12
45. Первая глобальная министерская конференция по здоровому образу жизни и неинфекционным заболеваниям. Москва, 28– 29.04.2011[Электронный ресурс]. – Режим доступа: http://www.who.int/nmh/events/global_forum_ncd/documents/moscow_declaration_ru.pdf. – 22.07.2013
46. Погосова, Г.В. Депрессия – фактор риска развития ишемической болезни сердца и предиктор коронарной смерти: 10 лет научного поиска / Г.В. Погосова // Кардиология. – 2012 – №12 – С.4-11
47. Популяционные показатели качества жизни по опроснику SF-36 / В.Н. Амирджанова, Д.В. Горячев, Н.И. Коршунов, А.П. Ребров [и др.] // Научно- практическая ревматология 2008. – №1. С. 36-48
48. Потемкина, Р.А. Разработка системы мониторинга поведенческих факторов риска неинфекционных заболеваний / Р.А. Потемкина, И.С. Глазунов // Профилактика заболеваний и укрепление здоровья. – 2007. – №2. – С.7– 11

49. Протокол и практическое руководство. Общенациональная интегрированная программа профилактики неинфекционных заболеваний (CINDI) / ЕВБ ВОЗ. – Копенгаген, 1996. – 124с.
50. Профилактика неинфекционных заболеваний и борьба с ними. Совещание высокого уровня Организации Объединенных Наций. 19–20 сентября 2011 г., Нью-Йорк, США [Electronic resource] / ВОЗ // The World Health Organization [Official website]. – Режим доступа: http://www.who.int/nmh/events/un_ncd_summit2011/ru/ – 26.11.2014.
51. Профилактика неинфекционных заболеваний на коммунальном уровне: 25–летний опыт проекта Северной Карелии в Финляндии / П.Пушка, Э.Вартиайнен, Я.Туомилето[др.] // Профилактика заболеваний и укрепление здоровья. – 1998. – №4. – С.27-29
52. Профилактика суицидов в первичном здравоохранении Архангельской области / Н.Н. Рыжкова, С.В. Щукин, О.А. Хауген [и др.] // Справочник врача общей практики. – 2014. – № 1. – С. 78-81
53. Психическое здоровье населения Российской Федерации в период 1992– 2010 гг. / И. А. Митихина, В. Г. Митихин, В. С. Ястребов [и др.] // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 2013. – №9. – С.4-13
54. Психологические методы диагностики алкогольной зависимости и оценки эффективности ее первичной психопрофилактики / Б.В. Михайлов, А.И. Минко, Г.А. Мусиенко [и др.] // Таврический журнал психиатрии. – 2000. – Т.4, № 3. – С.98-102
55. Психосоциальные факторы в оценке общественного здоровья по результатам популяционного многоцентрового исследования / А. Н. Бритов, Н.А. Елисеева, А. Д. Деев [и др.] // Профилактическая медицина. – 2011. – N 6. – С.13-16
56. Разработка системы мониторинга поведенческих факторов риска в развитии хронических неинфекционных заболеваний в России (Исследование в Москве 2000 – 2001 гг.) [Электронный ресурс] / ГНИЦ ПМ МЗ РФ, Россия;

- Центры по контролю и профилактике заболеваний (CDC), США. – Москва, 2002. – 119с.
57. Распространенность артериальной гипертензии в организованных популяциях взрослых и детей по материалам многолетних исследований / Д.А. Яшин, О.Ф. Калев, Н.Г. Калева [и др.] // Медицинская наука и образование Урала – 2011, № 3. – С.21- 26
58. Распространенность артериальной гипертензии и ассоциированных с ней факторов риска у лиц разного пола и возраста / В.Р. Вебер, В.А. Медик, М.П. Рубанова [и др.] // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2007. – №5. – С.3-5
59. Распространенность артериальной гипертензии в республике Саха (Якутия) / И.В.Корнильева, К.И.Иванов, Е.Ю.Алексеева [и др.] // Артериальная гипертензия. – 2003. – N. 5. – С.182-184
60. Распространенность избыточной массы тела и ожирения среди работников промышленного предприятия по данным многолетних исследований / Д.А. Яшин, О.Ф. Калев, Л.М. Яшина Н.Г. Калева [и др.] // Казанский медицинский журнал.- 2012.- Т.93, № 3.- С.529-532
61. Распространенность артериальной гипертензии в России. Информированность, лечение, контроль / С.А.Шальнова, А.Д.Деев, О.В.Вихирева [и др.] // Профилактика заболеваний и укрепление здоровья. – 2001. – №2. – С.3-7
62. Ревда. Свердловская область. Официальный сайт [Электронный ресурс]. – Режим доступа <http://revda.ikso.org/index.php?dn=article&to=cat&id=3>. – 20.07.2004
63. Ревдинская районная территориальная избирательная комиссия. Ревдинская районная территориальная избирательная комиссия. Официальный сайт.– Режим доступа <http://revda.ikso.org/index.php?dn=article&to=cat&id=53>. – 20.07.2013
64. Результаты второго этапа мониторинга эпидемиологической ситуации по артериальной гипертензии в Российской Федерации (2005– 2007 гг.),

- проведенного в рамках федеральной целевой программы «Профилактика и лечение артериальной гипертонии в Российской Федерации» информационно–статистический сборник [Электронный ресурс]. – Москва, 2008.– Режим доступа:.. http://www.e-hypertonia.ru/downloads/Broshura_222_str_130209.indd.pdf. – 15/10/2014
65. Результаты первого этапа мониторинга эпидемиологической ситуации по артериальной гипертонии в Российской Федерации (2003– 2004 гг.), проведенного в рамках Федеральной целевой программы «Профилактика и лечение артериальной гипертонии в Российской Федерации»: информационно–аналитический сборник / ФГУ «ГНИЦ ПМ Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию РФ». – Москва, 2005. – 144с.
66. Российская программа интегрированной профилактики неинфекционных заболеваний (CINDI). Официальный сайт. – Режим доступа URL: <http://cindi.gnicpm.ru/program.htm>. – 01.11.2013г.
67. Смирнова, Е.А. Распространенность ожирения среди мужчин и женщин в репрезентативной выборке Рязанской области / Е.А. Смирнова // Профилактическая медицина. – 2011. – №6. – С.13-16.
68. Смулевич, А.Б. Пограничная психическая патология в общемедицинской практике / А.Б.Смулевич. – Москва, «Русский врач». – 2000. – 160с.
69. Стратегия профилактики и контроля неинфекционных заболеваний и травматизма в Российской Федерации. 2008г. / Министерство здравоохранения и социального развития РФ, Государственный научно–исследовательский центр профилактической медицины // Профилактика заболеваний и укрепление здоровья. – 2008. – № 4. – С.9-19
70. Укрепление здоровья и профилактика неинфекционных заболеваний в России и Канаде. Опыт и рекомендации [Электронный ресурс]/ под ред. И.С. Глазунова, S.Stachenko. – Режим доступа: http://cindi.gnicpm.ru/monograph_r.pdf. – 18.08.2013

71. Федеральная целевая программа «Профилактика и лечение артериальной гипертонии в Российской Федерации [Электронный ресурс] // Режим доступа: <http://www.bestpravo.ru/rossijskoje/er-dokumenty/y0k.htm>. – 12.07.2013
72. Честнов, О.П. Неинфекционные заболевания как приоритет глобального здравоохранения / О. П. Честнов. А. А. Куликов // Профилактическая медицина. – 2013. – N 4. – С.3-7
73. Численность населения Российской Федерации по муниципальным образованиям на 1 января 2013 года. – Москва: Федеральная служба государственной статистики Росстат, 2013. – 528с.
74. Шальнова, С.А. Ишемическая болезнь сердца в России: распространенность и лечение (по данным клинико-эпидемиологических исследований) / С.А. Шальнова, А.Д. Деев // Терапевтический архив. – 2011.– №1.– С.7-12
75. Шальнова, С.А. Распространенность курения в России. Результаты обследования национальной представительной выборки населения / С.А.Шальнова, А.Д.Деев, Р.Г.Оганов // Профилактика заболеваний и укрепление здоровья. – 1998. – № 3.– С.9-12
76. Эпидемиологические методы изучения сердечно–сосудистых заболеваний / Дж.Роуз, Г.Блэкберн, Р.Ф.Гиллум [и др.]. – 2–е изд.– Женева: Всемирная организация здравоохранения, 1984. – 132с.
77. Эпидемиология артериальной гипертонии в России. Результаты федерального мониторинга 2003–2010гг. / Р.Г. Оганов., Т.Н.Тимофеева, И.Е. Колтунов [и др.]. // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. – 2011. – Т. 10(1). – С. 8-12
78. 2008 – 2013 Action Plan for the Global Strategy for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases [Electronic resource] / WHO 2009. – 42 p. – Режим доступа: http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241597418_eng.pdf?ua=1 – 10.11.2014.
79. 2013 – 2020 A Global action plan for the prevention and control of NCDs. [Electronic resource].– Режим доступа:

- http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/94384/1/9789241506236_eng.pdf?ua=1. - 12.10.2014
80. A comparison of the frequencies of risk factors for depression in older black and white participants in a study of indicated prevention. / R. Sriwattanakomen, J. McPherron, J. Chatman J [et al.] // *Int Psychogeriatr*. – 2010. – Dec 22(8). – P.1240-1247
 81. A global perspective on psychosocial risk factors for cardiovascular disease/ A.Neylon, A.C. Canniffe, S.Anand [et al.] // *Prog Cardiovasc Dis*. – 2013. – Vol.55(6). – P.574-581
 82. A morbidity survey of South African primary care / B. Mash, L. Fairall, O. Adejayan [et al.] // *PLoS One*. – 2012. – Vol.7(3). – P.e32358.
 83. A snapshot of global health [Electronic resource] / The World Health Organization.– Режим доступа: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/70889/1/WHO_IER_HSI_12.1_eng.pdf – 13.03.2013
 84. Aaronson N.K. Quality of life assessment in clinical trials: methodological issues / N.K. Aaronson // *Control Clin. Trials*. – 1989. – №10.– P.195-208
 85. ACC/ AHA/ ACP–ACIM Guidelines for the management of patients with chronic stable angina. A report of the American College of Cardiology// American Heart Association Task Force on Practice Guidelines. *JACC*. – 2003.– Vol.41. – P.159-168
 86. Action plans for chronic obstructive pulmonary disease / A.C. Turnock, E.H.Walters, J.A. Walters [et al.] // *Cochrane Database Syst Rev*. – 2005. – Vol.19(4). – CD005074
 87. Adler, R.H. Engel's biopsychosocial model is still relevant today/ R.H. Adler // *J. Psychosom Res*. – 2009. – Vol.67(6). – P.607-611
 88. Age- and gender-specific prevalence of depression in latest life – systematic review and meta-analysis / M. Luppá, C. Sikorski, T. Luck [et al.] // *J Affect Disord*. – 2012. – Vol.136(3). – P.212-221

89. Alcohol consumption and self-reported (SF12) physical and mental health among working-aged men in a typical Russian city: a cross-sectional study / A.S. Dissing, A. Gil, K. Keenan [et al.] // *Addiction*. – 2013. – Vol.108(11). – P.1905-1914
90. Alcohol and mortality in Russia: prospective observational study of 151 000 adults / D.Zaridze, S. Lewington, A. Boroda [et al.] // *Lancet*. – 2014. – Vol. 30. – P. S0140-6736
91. Andrews, N.E. Activity pacing, avoidance, endurance, and associations with patient functioning in chronic pain: a systematic review and meta-analysis / N.E. Andrews, J. Strong, P.J. Meredith // *Arch Phys Med Rehabil*. – 2012. – Vol. 93(11). – P. 2109-2121
92. Angina and intermittent claudicating in 7403 participants of the 2003 Scottish health survey: impact on general and mental health, quality of life and five – year mortality / S.C. Inglis , J.D. Lewsey , G.D. Lowe [et al.]// *Int J Cardiol*. – 2013. – Vol. 167(5). – P.2149-2155
93. Are depressive symptoms more common among British South Asian patients compared with British White patients with cancer? A cross-sectional survey. / K. Lord, K. Ibrahim, S. Kumar [et al.] // *BMJ Open*. – 2013. – Vol.3(6). – P. e002650
94. Assessment of quality of life in advanced breast cancer. An overview of randomized phase III trials / K. Adamowicz, J. Jassem, A. Katz [et al.] // *Cancer Treat Rev*. – 2012. – Vol.38(5). – P.554-558
95. Association between painful physical symptoms and clinical outcomes in East Asian patients with major depressive disorder: a 3-month prospective observational study / Q.Q. Ang, Y.K.Wing, Y. He [et al.] // *Int J Clin Pract*. – 2009. – Vol.63(7). – P.1041-1049
96. Association of depression and anxiety alone and in combination with chronic musculoskeletal pain in primary care patients. / M.J. Bair, J. Wu, T.M. Damush [et al.] // *Psychosom Med*. – 2008. – Oct 70(8). – P. 890-897
97. Association of diabetes with anxiety: a systematic review and meta-analysis / K.J. Smith, M. Béland, M. Clyde [et al.] // *Psychosom Res*. – 2013. – Vol.74(2). P.89-99.

98. Atsou, K. Variability of the chronic obstructive pulmonary disease key epidemiological data in Europe: systematic review / K. Atsou, C. Chouaid, G. Hejblum // *BMC Med.* – 2011. – Vol.18(9). – P.7-14
99. Behavioral risk factors monitoring in the CINDI-Russia Regiones [electronic resource]. – Режим доступа: http://cindi.gnicpm.ru/monitoring-regiones_2000-2002_eng.htm. – 16.08.2014
100. Bidirectional association between depression and metabolic syndrome: a systematic review and meta-analysis of epidemiological studies / A. Pan, N. Keum, J.I. Okereke [et al.] // *Diabetes Care.* – 2012. – Vol. 35(5). – P.1171-1180.
101. Binge Drinking and Blood Pressure: Cross– Sectional Results of the HAPIEE Study / A. Pajak, K. Szafraniec, R. Kubinova [et al.] // *PLoS One.* 2013. – Vol.78(6). – P.65856
102. Boden, J.M. Alcohol and depression / J.M. Boden, D.M. Fergusson // *Addiction.* – 2011. – May. – Vol.106(5). – P.906-914
103. Body mass index and risk of stroke and myocardial infarction in a relatively lean population: meta-analysis of 16 Japanese cohorts using individual data. Japan Arteriosclerosis Longitudinal Study (JALS) group / H. Yatsuya, H. Toyoshima, K. Yamagishi [et al.] // *Circ Cardiovasc Qual Outcomes.* – 2010. – Vol.3(5). – P.498-505
104. Brazilian Longitudinal Study of Adult Health (ELSA– Brasil): objectives and design / E.M. Aquino, S.M. Barreto, I.M. Bensenor [et al.] // *Am J Epidemiol.* – 2012. – Vol.175(4). – P.315-324
105. CAGE Questionnaire [electronic resource]. – Режим доступа: <http://www.patient.co.uk/doctor/cage-questionnaire>. – 18/08/2012
106. Cancer survival in Europe 1999– 2007 by country and age: results of EURO CARE– 5– a population– based study / R. De Angelis, M. Sant, M.P. Coleman [et al.]; the EURO CARE– 5 Working Group // *Lancet Oncol.* – 2013. – S.1470– 2045(13). – P. 70546-70551
107. Cardiovascular risk factor levels in urban and rural Thailand – the international collaborative study of cardiovascular disease in Asia (INTERASIA) / INTERASIA

- collaborative group // *Eur J Cardiovasc Prev Rehabil.* – 2003. – VOL.10(4). – P.249-257
108. Case identification of depression in patients with chronic physical health problems: a diagnostic accuracy meta-analysis of 113 studies / N. Meader, A.J. Mitchell, C. Chew-Graham [et al.] // *Pilling S Br J Gen Pract.* – 2011. – Vol.61(593). – P. E 808–820
109. Cholesterol, coronary heart disease, and stroke in the Asia Pacific region. Asia Pacific Cohort Studies Collaboration / X. Zhang, A. Patel, H. Horibe [et al.] // *Int J Epidemiol.* – 2003. – Vol.32(4). – P.563-572
110. Chronic conditions and the decline in late life disability / V. Freedman, R. Schoeni, L. Martin // *Demography.* – 2007. – Vol.44. – P. 459–477
111. Chronic disease and health promotion: STEPS country reports [electronic resource] / World Health Organization. – Режим доступа : <http://www.who.int/nmh/countries/en/> - 30.08.2011
112. Chronic diseases and risk for depression in old age: a meta-analysis of published literature / C.Q. Huang, B.R. Dong, Z. Car. [et al.] // *Ageing Res Rev.* – 2010. – Vol. 9[2]. – P.131-141
113. Cizza, G. Major depressive disorder is a risk factor for low bone mass, central obesity, and other medical conditions / G. Cizza // *Dialogues Clin Neurosci.* – 2011. – Vol. 13(1). – P.73-87
114. Cluster strategy “Noncommunicable Diseases and Mental Health 2008– 2013” [electronic resource]. – Режим доступа: http://whqlibdoc.who.int/hq/2010/WHO_NMh_2009.2_eng.pdf?ua=1. – 18.08.2010
115. Communication skills training for healthcare professionals working with people who have cancer / P.M. Moore, S. Rivera Mercado, M. Grez Artigues [et al.] // *Cochrane Database Syst Rev.* – 2013. – Vol. 28(3). – P.CD003751
116. Comparative performance of biomarkers of alcohol consumption in a population sample of working– aged men in Russia: the Izhevsk Family Study/ H. McDonald,

- S. Borinskya, N.N. Kiryanov, [et al.] // *Addiction*. – 2013. – Vol.108(9). – P.1579-1589
117. Comprehensive mental health action plan 2013–2020: Sixty– sixth world health assembly [electronic resource] / The World Health Organization. – Режим доступа: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/89966/1/9789241506021_eng.pdf. – 18.08.2013
118. Conrad, D.A. Integrated health systems: promise and performance / D.A. Conrad, S.M. Shortell // *Front Health Serv Manage*. – 1996. – Vol. 13(1).– P. 3-40
119. Correlates of generalized anxiety disorder: independent of co-morbidity with depression: Findings from the first Israeli National Health Interview Survey [2003-2004] / K. Muhsen, J. Lipsitz, N. Garty-Sandalon [et al.] // *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. – 2008. – Vol.43. – P. 898–904
120. Counselling for mental health and psychosocial problems in primary care / P. Bower, S. Knowles, P.A. Coventry [et al.] // *Cochrane Database Syst Rev*. – 2011. – Vol. 7(9). – P.CD001025
121. Coventry, P.A. Comprehensive pulmonary rehabilitation for anxiety and depression in adults with chronic obstructive pulmonary disease: Systematic review and meta-analysis / P.A. Coventry, D. Hind // *J Psychosom Res*. – 2007. – Vol.63(5). – P.551-565
122. Current estimates from the National Health Interview Survey, United States, 1995/ National Center for Health Statistics ; Washington, DC: Department of Health and Human Services, Public Health Service, Vital and Health Statistics. – 1995. – Publication № 96. – 1527p.
123. Da Silva, L. Health promotion and primary prevention strategies to fight chronic disease: a systematic review / L. Da Silva, R.M. Cotta, O. Rosa // *Rev Panam Salud Publica* – 2013. – Vol.34(5). – P.343-350
124. De Maeseneer, J. Care for Noncommunicable Diseases (NCDs): time for a paradigm-shift / J.De Maeseneer, P. Boeckxstaens // *World Hosp Health Serv*. – 2011. – Vol.47(4). – P.30-33

125. Depression and anxiety in long-term cancer survivors compared with spouses and healthy controls: a systematic review and meta-analysis / A.J. Mitchell, D.W. Ferguson, J. Gil [et al.] // *Lancet Oncol.* – 2013. – Jul. – Vol.14(8). – P.721-732.
126. Depression and anxiety: their predictive function for weight loss in obese individuals. / T. Legenbauer, M. De Zwaan, A. Benecke [et al.] // *Obes Facts.* – 2009. – Vol 2(4). – P. 227-234
127. Depression and diabetes treatment no adherence: a meta-analysis / J.S. Gonzalez, M. Peyrot, L.A. McCarl [et al.] // *Diabetes Care.* – 2008. – Vol.31(12). – P.2398-2403
128. Depression and medication adherence in the treatment of chronic diseases in the United States: a meta-analysis / J.Grenard, B.A. Munjas, J.L. Adams [et al.] // *J Gen Intern Med.* – 2011. – Vol. 26(10). – P.1175-1182
129. Depression and osteoporosis: a research synthesis with meta-analysis. / G. Cizza, S. Primma, M. Coyle, L. Gourgiotis [et al.] // *Horm Metab Res.* – 2010. – Vol. 42(7). – P. 467-482
130. Depression and risk of stroke morbidity and mortality: a meta-analysis and systematic review / A. Pan, Q. Sun, O.I. Okereke [et al.] // *JAMA.* – 2011. – Vol.306(11). – P.1241-1249
131. Depression increases the risk of hypertension incidence: a meta-analysis of prospective cohort studies / L. Meng, D. Chen, Y. Yang [et al.] // *J Hypertens.* – 2012. – May. – Vol. 30(5). – P.842-51
132. Depression screening and treatment among non pregnant women of reproductive age in the United States, 1990– 2010 / S.L. Farr, P.M. Dietz, J.R. Williams [et al.] // *Prev Chronic Dis.* – 2011. – Vol.8(6). – P.A 122
133. Depression. An underestimated risk for the development and progression of coronary heart disease / K.H. Ladwig, R.T. Emeny, S.Häfner [et al.] // *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz.* – 2011. – Vol.54(1). – P.59-65
134. Depression: Management of depression in primary and secondary care National Clinical Practice Guideline Number 23 National Collaborating Centre for Mental

- Health Commissioned by the National Institute for Clinical Excellence, UK [Electronic resource] / National Collaborating Centre for Mental Health Commissioned by the National Institute for Clinical Excellence. – Режим доступа: nice.org.uk>nicemedia/pdf/cg023fullguideline.pdf.– 18.08.2013
135. Design and baseline characteristics of the 10 Small Steps Study: a randomized controlled trial of an intervention to promote healthy behavior using a lifestyle SCORE and personalized feedback / P. Sanjoti, V. C. Vandelanotte, D. King [et al.] // BMC Public Health. – 2012. – Vol.12. – P.179-183
136. Detecting anxiety and depression in general medical settings / D. Goldberg, K Bridges, P. Duncan-Jones [et al.] // BMJ.– 1988. – Vol. 297(6653). – P.897–899
137. Detecting depression in medically ill patients: Comparative accuracy of four screening questionnaires and physicians' diagnoses in Spanish population / M. Orive, J.A. Padierna, J.M. Quintana [et al.] // J Psychosom Res. – 2010. – Vol. 69(4). – P.399-406
138. Diabetes in Sub Saharan Africa 1999-2011: epidemiology and public health implications. A systematic review / V. Hall, R.W. Thomsen, O. Henriksen [et al.] // BMC Public Health. – 2011. – Vol.11. – P.564-569
139. Diet and physical activity for the prevention of noncommunicable diseases in low– and middle– income countries: a systematic policy review / C. Lachat, S. Otchere, D. Roberfroid [et al] // PLoS Med. – 2013 – Vol.10(6) – e1001465
140. Does GP training in depression care affect patient outcome? A systematic review and meta– analysis / Sikorski, C., Lupp M., König H.H. [et al.] // BMC Health Serv Res. – 2012. – Jan 10. – P.10-16
141. Dose response between physical activity and risk of coronary heart disease: a meta-analysis / J. Sattelmair, J. Pertman, E.L. Ding [et al.] // Circulation. – 2011. – Vol.124(7). – P.789-795
142. Early– onset depression, anxiety and risk of subsequent coronary heart disease. 37-year follow-up of 49321 young Swedish men. / I. Janszky, S. Ahnv, I. Lundberg [et a].// J Am Coll Cardiol. – 2010. – Vol.56. – P.31-37

143. Education and risk for late life depression: a meta-analysis of published literature / H. Chang-Quan, W. Zheng-Rong, L.Yong-Hong [et al.] // *Int J Psychiatry Med.* – 2010. – Vol.40(1). – P.109-124
144. Effect of exercise on depression severity in older people: systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials / C.Bridle, K. Spanjers, S. Patel [Et Al.] // *Br J Psychiatry.* – 2012. – Vol.201(3). – P.180-185
145. Effect of exercise referral schemes in primary care on physical activity and improving health outcomes: systematic review and meta-analysis/ T.G. Pavey, A.H.Taylor, K.R. Fox [et al.] // *BMJ.* – 2011. – Vol.4. – P. 343-349
146. Effect of exercise training on depressive symptoms among patients with a chronic illness: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials / M.P. Herring, T.W. Puetz, P.J. O'Connor [et al.] // *Arch Intern Med.* 2012. – Vol.23. – Vol.172(2). – P.101–111
147. Engel, G.L. The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. G. Engel // *Science.* – 1977. – Vol. 196(4286). – P. 129-136
148. Engel, G.L. From biomedical to biopsychosocial. Being scientific in the human domain / G. Engel // *Psychosomatics* – 1997. – Vol. 38(6). – P. 521– 528
149. Ethnic variation in the prevalence of depression and anxiety in primary care: a systematic review and meta-analysis / I. Tarricone, E. Stivanello, F. Poggi [et al.] // *Psychiatry Res.* – 2012. – 28. – Vol.195(3). – P.91-106
150. European Depression in Diabetes (EDID) Research Consortium. Type 2 diabetes mellitus as a risk factor for the onset of depression: a systematic review and meta-analysis / A. Nouwen, K.Winkley, J. Twisk [et al.] // *Diabetologia.* – 2010. – Vol.53(12). – P.2480-2486
151. European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice (version 2012) / J.Perk, G. De Backe, H. Gohlkev [et al.] // *Eur Heart J.* – 2012. – Vol.33. – P.1635-1701
152. Exercise effects on depressive symptoms in cancer survivors: a systematic review and meta-analysis / L.L. Craft, E.H. Vaniterson, I.B. Helenowski [et al.] // *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev.* – 2012. – Vol.21(1). – P. 3-19

153. Exercise for depression (Review) / G.E. Mead, W. Morley, P. Campbell [et al.] // Cochrane Database Syst Rev. – 2009. – Jul 8 (3). – CD004366
154. Exercise for depression / J. Rimer, K. Dwan, D.A. Lawlor, [et al.] // Cochrane Database Syst Rev. – 2012. – Vol.11(7). – CD004366
155. Exercise interventions on health-related quality of life for people with cancer during active treatment / S.I. Mishra, R.W. Scherer, C. Snyder [et al.] // Cochrane Database Syst Rev. – 2012. – Vol.15(8). – CD008465
156. Exercise prescription for hospitalized people with chronic obstructive pulmonary disease and comorbidities: a synthesis of systematic review / W.D. Reid, C. Yamabayashi, D. Goodridge [et al.] // Int J Chron Obstruct Pulmon Dis. – 2012. – Vol 7. – P. 297 – 320
157. Factors associated with depression in Norwegian nursing homes / Barca M.L., G. Selbaek, J. Laks [et al.] // Int J Geriatr Psychiatry. – 2009. – Vol. 24(4). – P. 417-425
158. Factors that influence disease-specific quality of life or health status in patients with COPD: a review and meta-analysis of Pearson correlations / I. Tsiligianni, J. Kocks, N. Tzanakis N [et al.] // Prim Care Respir J. – 2011. – Vol.20(3). – P. 257-268
159. Fava, G.A. The biopsychosocial model thirty years later // G.A. Fava, N.Sonino // Psychother Psychosom. – 2008. – Vol.77(1). – P.1-2
160. Fernandez, R. Prevalence of obesity among migrant Asian Indians: a systematic review and meta-analysis/ R. Fernandez, C. Miranda, B. Everett [et al.] // Int J Evid Based Healthc. – 2011. – Vol.9(4). – P.420-428
161. Forey, B.A. Systematic review with meta-analysis of the epidemiological evidence relating smoking to COPD, chronic bronchitis and emphysema / B.A. Forey, A.J. Thornton, P.N. Lee // BMC Pulm Med. – 2011. – Vol.11. – P.36-44
162. FRAX ®WHO Fracture Risk Assessment Tool [electronic resource] / WHO Fracture Risk Assessment Tool. – Режим доступа: <http://www.shef.ac.uk/FRAX/tool.aspx>. – 22.10.2013

163. Freedman, V. Recent trends in disability and functioning among older adults in the United States / V. Freedman, L. Martin, R. Schoeni // JAMA. – 2007. – Vol. 288. P.3137–3146
164. Frequency of painful physical symptoms with major depressive disorder in Asia: relationship with disease severity and quality of life / P. Lee, M. Zhang, J.P. Hong [et al.] // J Clin Psychiatry. – 2009. – Vol.70(1). – P.83-91
165. Garcia-Perez M. A. On the confidence interval for the binomial parameter / M. A. Garcia– Perez // Quality and quantity. – 2005. – № 39. – P. 467–481
166. Genetic, physiological, and lifestyle predictors of mortality in the general population / S. Walter, J. Mackenbach, Z.Vokó [et al.] // Am J Public Health. – 2012. – Vol.102(4). – P.3-10
167. Gilmore A. Prevalence of smoking in 8 countries of the former Soviet Union. Results from the Living Conditions, Lifestyles and Health Study / A. Gilmore // American Journal of Public Health. – 2004. – №94. – P.2177– 2184
168. Global burden of disease and injury country estimates: death and DALY estimates for 2004 by cause for WHO Member States [electronic resource] / World Health Organization. – Режим доступа http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/estimates_country/en/index.html. – 22/10/2014
169. Global Burden of Hypertension: Analysis of Worldwide Data / P. M. Kearney, M. Whelton, K. Reynolds [et al.] // Lancet. – 2005.– №365. – P.217 – 223
170. Global health and primary care: increasing burden of chronic diseases and need for integrated training / J. Truglio, M. Graziano, R. Vedanthan R [et al.] // Mt Sinai J Med. – 2012. – Vol.79(4). P.464-474.
171. Global health risks: mortality and burden of disease attributable to selected major risks [electronic resource]. – Geneva: World Health Organization, 2009.– Режим доступа: http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/GlobalHealthRisks_report_full.pdf. – 18.10.2013

172. Goldberg, D.P. The primary health care version of ICD– 11: the detection of common mental disorders in general medical settings / D.P. Goldberg, J.J. Prisciandaro, P. Williams // *Gen Hosp Psychiatry*. 2012. – Vol.34(6). – P.665-670
173. Goldberg, D.P. The user's guide to the General Health Questionnaire / D.P. Goldberg, P. Williams. – Windsor: NEFR – Nelson, 1988. – P. 27-39
174. Hajat, C. A profile and approach to chronic disease in Abu Dhabi / C. Hajat, O. Harrison, Z. Shather // *Global Health*. – 2012. – Vol. 8(1). – P.18-24
175. Health economic aspects of physical-mental comorbidity / T. Lehnert, A. Konnopka, S. Riedel-Heller [et al.] // *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz*. – 2011. – Vol.54(1). – P.120-127
176. Health status and lifestyle factors as predictors of depression in middle-aged and elderly Japanese adults: a seven-year follow-up of the Komo-Ise cohort study. / H. Tanaka, Y. Sasazawa, S. Suzuki [et al.] // *BMC Psychiatry*. – 2011. – Vol.7(11). – P. 20-27
177. Health status and risk for depression among the elderly: a meta– analysis of published literature / H.Chang-Quan, Z. Xue-Mei , D.Bi-Rong // *Age Ageing*. – 2010. – Vol.39(1). – P.23-30
178. Health-related quality of life and hypertension: a systematic review and meta– analysis of observational studies / D.J. Trevisol, L.B. Moreira, A. Kerkhoff [et al.] // *J Hypertens*. – 2011. – Vol.29(2). – P.179-188
179. Health-related quality of life and its determinants in the urban Russian population with major depressive disorder: a cross– sectional study / Y. Winter, N. Epifanova-Bertschi, R. Sankowski [et al.] // *Int J Psychiatry Med*. – 2012. – Vol.43(1). – P.35-49
180. Health-related quality of life in subjects with and without Type 2 diabetes: pooled analysis of five population-based surveys in Germany / M.Schunk, P. Reitmeir, S. Schipf [et al.] // *Diabet Med*. – 2012. – Vol.29(5). – P.646-53
181. Healthy food procurement policy: an important intervention to aid the reduction in chronic noncommunicable diseases / N. Campbell, T. Duhaney, M. [et al.] // *Can J Cardiol*. – 2014. – Vol.30(11). – P.1456– 1459

182. Huge variation in Russian mortality rates 1984– 1994: artifact, alcohol, or what? / D.A. Leon, L. Chener, V.M. Shkolnikov [et al.] // *Lancet*. – 1997. – Vol.350(9075). – P.383-388
183. Huxley, R.R. Cigarette smoking as a risk factor for coronary heart disease in women compared with men: a systematic review and meta-analysis of prospective cohort studies / R.R. Huxley, M. Woodward // *Lancet*. – 2011. – Vol.378(9799). – P.1297-1305
184. Impact of depression treatment on mental and physical health—related quality of life of cardiac patients: a meta-analysis / A. O'Neil, K. Sanderson, B. Oldenburg [et al.] // *J Cardiopulm Rehabil Prev*. – 2011. – Vol.31(3). – P.146-156
185. Impact of health counseling on cardiovascular disease risk in Middle-aged men: influence of socioeconomic status /R. Siren, J.G. Eriksson, M. Peltonenn [et al.] // *PLoS One*. – 2014. – Vol.14/9(2). – e88959
186. Integrating mental health into primary care in Sverdlovsk /R. Jenkins, Z.Bobyleva, D.Goldberg [et al.] // *Mental Health in Family Medicine*. 2009. – Vol.6(1). – P.29-36(8)
187. Integrating mental health into primary care: a global perspective [Electronic resource] / World Health Organization and World Organization of Family Doctors (Wonca); WHO Press; World Health Organization. – Geneva, 2008 – 210p.
188. International Primary Care Respiratory Group (IPCRG) Guidelines: management of chronic obstructive pulmonary disease (COPD) / D. Bellamy, J. Bouchard, S. Henrichsen [et al.] // *Prim Care Respir J*. – 2006. – Vol.15(1).– P. 48-57
189. International variation in the prevalence of COPD (the BOLD Study): a population based prevalence study / A.S. Buist, M.A. McBurnie, W.M. Vollmer [et al.] // *Lancet*. – 2007. – Vol. 370. – P.741-750
190. Interpreting COPD prevalence estimates: what is the true burden of disease? / R.J. Halbert, S. Isonaka, D.George [et al.] // *Chest*. – 2003. – Vol. 123(5). P. 1684-1692.
191. Intervention strategies to reduce the burden of non-communicable diseases in Mexico: cost effectiveness analysis / J.A. Salomon, N.Carvalho, C. Gutiérrez-Delgado [et al.] // *BMJ*. – 2012. – Vol.2. – P.344-355

192. Job strain and cardiovascular disease risk factors: meta-analysis of individual-participant data from 47,000 men and women / S.T. Nyberg, E. I. Fransson, K. [et al.] // PLoS One. – 2013. – Vol.8(6). – P.e67323
193. Job strain as a risk factor for coronary heart disease: a collaborative meta-analysis of individual participant data / M. Kivimäki, S.T. Nyberg, G.D. Batty [et al.] // Lancet. – 2012. – Vol.380(9852). – P.1491-1497
194. Jougl, E. Trends in mortality characteristics in Aids in France 1983– 1990 / E. Jougl, F. Hatton, A. Le Toullec [et al.] // Rev Epidemiol Sante Publique. – 1992. – Vol.40(3). – P. 164-174
195. KDIGO 2012. Clinical Practice Guideline for the Evaluation and Management of Chronic Kidney Disease[electronic resource] // Kidney Int (Suppl.).– 2013. – Vol.3.– P.1– 150.– Режим доступа: – http://kdigo.org/clinical_practice_guidelines/pdf/CKD/KDIGO_CKD_GL_Suppl_Table_Jan_2013.pdf. – 22.08.2014
196. Kontos, N. Perspective: biomedicine – menace or straw man? Reexamining the biopsychosocial argument / N. Kontos // Acad Med. – 2011. – Vol. 86(4). – P.509-515
197. Kushner R.F. Lifestyle medicine: the future of chronic disease management/ R.F. Kushner, K.W. Sorensen // Curr Opin Endocrinol Diabetes Obes – 2013 – Oct. – Vol.20(5) – P.389-95
198. Laatikainen, T. Cardiovascular Risk in the Republic of Karelia, Russia: Comparison of Major Risk Factors with North Karelia, Finland / T. Laatikainen. – Helsinki: National Public Health Institute, 2000. – 72p.
199. Late-life depressive symptoms: an international study /G.J. Jogerst, S. Zheng, E.V. Frolova [et al.] // Fam Pract. – 2012. – Vol.29(4).– P.407– 415
200. Lépine, J.P. The increasing burden of depression / J.P. Lépine , M. Briley // Neuropsych Dis Treat. – 2011. – Vol.7 (Suppl 1). – P.3-7
201. Lewington, S. The importance of cholesterol, blood pressure and smoking for coronary heart disease / S.Lewington // European Heart Journal. – 2003. – Vol. 24. – P.1703–1704

202. Li, J. Physical activity and risk of cardiovascular disease – a meta-analysis of prospective cohort studies / J.Li, J. Siegrist // *Int J Environ Res Public Health*. – 2012. – Vol.9(2). – P.391-407
203. Longitudinal investigation of depression outcomes in primary care in six countries: the LIDO study. Functional status, health service use and treatment of people with depressive symptoms / H.Herrman, D.L.Patrick, P.Diehr [et al] // *Psychological Medicine*. – 2002. – Vol. 32 – P. 889-902
204. Macchi, C.R. Shifting processes model: A conceptual model for sustainable weight management / C.R. Macchi, C. Russell, M. White // *Fam Syst Health*. – 2013. – Vol.31(4). – P. 326-337
205. Magdalena, Z. R. Availability of data for monitoring noncommunicable disease risk factors in India / Z.R. Magdalena, D.Rakhi, L. Dandona // *Bull World Health Organ*. – 2012. – Vol. 90(1). – P.20-29
206. Magnavita, N. Anxiety and depression at work. the A/D Goldberg Questionnaire / N. Magnavita // *G Ital Med Lav Ergon*. – 2007. – Vol.29, Suppl 3. – P.670-671.
207. Magnus, P. The Real Contribution of the Major Risk Factors to the Coronary Epidemics: Time to End the “Only-50%” Myth / P. Magnus, R. Beaglehole // *Archives of Internal Medicine*. – 2001. – Vol.161. – P.2657–2660
208. Managing depression in primary care: A meta-synthesis of qualitative and quantitative research from the UK to identify barriers and facilitators / E.A. Barley, J.Murray, P. Walters [et al.] // *BMC Fam Pract*. – 2011. – Vol.9. – P.12-47
209. Mari, J.J. A comparison of the validity of two psychiatric screening questionnaires (GHQ-12 and SRQ-20) in Brazil, using Relative Operating Characteristic (ROC) analysis // J.J. Mari, P.Vlliams // *Psychol Med*. – 1985. – Vol.15(3). – P.651-659
210. Mathers, C. Determinants of the burden of disease in the European Union / C. Mathers, T. Vos, C. Stevenson. – Stockholm: Sweden National Institute of Public Health Sweden, 1997 – 11p.
211. Mathur P. Research Priorities for Prevention and Control of Noncommunicable Diseases in India / P.Mathur, B. Shah // *J Community Med*. – 2011. – Vol.36 (Suppl1). – P.72-77

212. McKee, M.M. Low education as a risk factor for undiagnosed angina / M.M. McKee, P.C. Winters, K.J. Fiscella // *Am Board Fam Med.* – 2012. – Vol. 25(4). – P.416–421
213. Menselson, T. Depression among Latinos in the United States: a meta-analytic review / T. Menselson, D.H. Rehkopf, L.D. Kubzansky // *J Consult Clin Psychol.* – 2008. – Vol.76(3). – P. 355-366
214. Mental Health Atlas 2005 [electronic resource] / World Health Organization; Mental Health Determinants and Populations Team World Health Organization. – 540p. – Режим доступа: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43230/1/924156296X_eng.pdf?ua=1. – 25.09.2013
215. Mental Health Atlas 2011[electronic resource] / WHO; Department of Mental Health and Substance Abuse; World Health Organization. – Режим доступа: http://www.who.int/mental_health/evidence/atlas/profiles/rus_mh_profile.pdf?ua – 12.09.2013
216. Mental health reform in the Russian Federation: an integrated approach to achieve social inclusion and recovery / R. Jenkins., S. Lancashire, D. McDaid [et al.] // *Bulletin WHO.* – 2007. – Vol. 85. – P. 858-866
217. Meta-analysis and meta-regression of hypothalamic-pituitary-adrenal axis activity in functional somatic disorders / L.M. Tak, A.J. Cleare, J.Ormel [et al.] // *Biol Psychol.* – 2011. – Vol.87(2). – P.183-194
218. Meta-analysis of perceived stress and its association with incident coronary heart disease / S. Richardson, J.A. Shaffer, L. Falzon [et al.] // *Am J Cardiol.* – 2012. – Dec.15. – Vol. 110(12). – P.1711-1716
219. Meta-analysis of selective serotonin reuptake inhibitors in patients with depression and coronary heart disease/ C. Pizzi, A.W. Rutjes, G.M. Costa [et al.] // *Am J Cardiol.* – 2011. – Vol.107(7). – P.972-979
220. Metabolic syndrome prevalence in Chilean children and adolescent with family history of chronic noncommunicable diseases / R. Burrows, E. Atalah, L. Leiva [et al.] // *Arch Latinoam Nutr.* – 2012. – Vol.62(2). – P.155– 160

221. Mitchell, A.J. Are one or two simple questions sufficient to detect depression in cancer and palliative care? A bayesian meta-analysis / A.J. Mitchell // *Br J Cancer*. – 2008. – 17. – Vol.98(12). – P.1934-1943
222. Mitchell, A.J. Can general practitioners identify people with distress and mild depression? A meta-analysis of clinical accuracy / A.J. Mitchell, S. Rao, A. Vaze // *J.Affect Disord*. – 2011. – Vol.130(1– 2). – P.26-36
223. Mitchell, A.J. International comparison of clinicians' ability to identify depression in primary care: meta-analysis and meta-regression of predictors / A.J. Mitchell, S. Rao, A. Vaze // *Br J Gen Pract*. – 2011. – Vol.61(583). – P.E72– 80
224. Mitchell, A.J. Screening for cancer-related distress: when is implementation successful and when is it unsuccessful? / A. J. Mitchell // *A.J Acta Oncol*. – 2013. – Feb. – Vol.52(2). – P.216224
225. Mortality And Burden Of Disease Estimates For WHO Member States, Corrigendum World Health Statistics [Electronic resource].– Режим доступа: who.int/healthinfo/global_burden_disease/ - 18.09.2014
226. Mortality from Smoking in Developed Countries 1950– 2000 // R. Peto, A.D. Lopez, J. Boreham [et al.].– Oxford: Oxford University Press, 1994. – 69 p.
227. Mortality from tobacco in developed countries: indirect estimates from national vital statistics / R. Peto, A.D. Lopez, J. Boreham [et al.] // *Lancet*. – 1992. – Vol 339. – P.1268-1278
228. Mortality trend on chronic obstructive pulmonary disease in Liaoning province, 1984 – 2010 / L.Z. Yu , Y.P. Feng, H.J. Mu [et al.] // *Zhonghua Liu Xing Bing Xue Za Zhi*. – 2012. – Vol.3(4). – P.399-403
229. Murrey, C. The global burden of disease; a comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries and risk factors in 1990 and projected to 2020 / C. Murrey, A.D. Lopez. – Cambridge, MA: Harvard University Press, 1996. – 342p.
230. Musaiger, A.O. Prevalence and risk factors associated with nutrition-related noncommunicable diseases in the Eastern Mediterranean Region / A.O. Musaiger, H.M. Al-Hazzaa // *Int J Gen Med*. – 2012. – Vol. 5. – P.199-217

231. Nakaya, N. Effect of psychosocial factors on cancer risk and survival / N. Nakaya // J Epidemiol. – 2014. – Vol.24(1). – P.1-6
232. National and subnational mortality effects of metabolic risk factors and smoking in Iran: a comparative risk assessment / F. Farzadfar, G. Danaei, H. Namdaritabar [et al.] // Popul Health Metr. – 2011. – Vol.9(1). – P. 55 - 66
233. National Comorbidity Survey Replication The epidemiology of major depressive disorder: results from the National Comorbidity Survey Replication [NCS– R] / R.C. Kessler , P. Berglund , O. Demler [et al.] // JAMA. – 2003. – Vol. 289(23). – P. 3095-3105
234. Negative association of concomitant physical symptoms with the course of major depressive disorder: a systematic review / K.M. Huijbregts, C.M. Van der Feltz–Cornelis, H.W. Van Marwijk [et al.] // J Psychosom Res. – 2010. – Vol. 68[6]. – P.511-519
235. Nemtsov A. Alcohol consumption in Russia: is monitoring health conditions in the Russian Federation (RLMS) trustworthy?/ A. Nemtsov // Addiction. – 2004. – Vol. 99(3). – P. 386– 387
236. Noncommunicable Diseases Country Profiles 2011 / WHO. – 2011. – 209 p. – ISBN 978 92 4 150228 3 [Electronic resource]. – Режим доступа: http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789241502283_eng.pdf?ua=1. – 25.09.2013
237. Non-communicable diseases in the Arab world / H.F., A. Sibai, Y. Khader [et al.] // Lancet.– 2014. – Vol.383(9914). – P. 356-367
238. Overweight, obesity, and depression: a systematic review and meta-analysis of longitudinal studies. / F.S. Luppino, L.M. de Wit , P.F. Bouvy [et al.] // Arch Gen Psychiatry. – 2010. – Vol. 67(3). – P.22022-22029
239. Park, J.H. A systematic review of psychological distress as a risk factor for recurrent cardiac events in patients with coronary artery disease / J.H. Park, S.H. Bae // J Korean Acad Nurs. – 2011. – Vol.41(5). – P.704-714

240. Performance of the Goldberg Anxiety and Depression Scale in older women / N.A. Koloski, N. Smith, N. Pachana [et al.] // *Age Ageing*. – 2008. – Vol.37(4). – P.464-467
241. Perlman FJ. Drinking in transition: trends in alcohol consumption in Russia 1994–2004 / F.J. Perlman // *BMC Public Health*. – 2010. – Vol. 11(10). – P. 691-697.
242. Physical activity for cancer survivors: meta-analysis of randomized controlled trials / D.Y. Fong, J.W. Ho, B.P. Hui [et al.] // *BMJ*. – 2012. – Vol.30. – P. 344-354
243. Poststroke apathy / J.W. Van Dalen, E.P.Moll, P.J. van Charante Nederkoorn [et al.] // *Stroke*. – 2013. – Vol.44(3). – P.851-860
244. Predicting CHD risk in France: a pooled analysis of the D.E.S.I.R., Three City, PRIME, and SU.VI.MAX studies / J.P. Empana, M. Tafflet, S. Escolano [et al.] // *Eur J Cardiovasc Prev Rehabil*. – 2011. – Vol.18(2). – P.175-185
245. Presentation of the Multidisciplinary Guideline Medically Unexplained Physical Symptoms (MUPS) and Somatoform Disorder in the Netherlands: disease management according to risk profiles / C.M.Van der Feltz–Cornelis, R.Hoedeman, E.J. [et al.] // *J Psychosom Res*. – 2012. – Vol.72(2). – P. 168-169
246. Prevalence and association of somatic symptoms in patients with Major Depressive Disorder. / A.L. Vaccarino, T.L. Sills, K.R Evans[et al.] // *J Affect Disord*. – 2008. – Vol. 110 (3). – P.270-276
247. Prevalence and distribution of major depressive disorder in African Americans, Caribbean blacks, and non-Hispanic whites: results from the National Survey of American Life / D.R. Williams, H.M. González [et al.] // *Arch Gen Psychiatry*. – 2007. – Vol.64(3). – P. 305-315
248. Prevalence and risk factors for depression in non-demented primary care attenders aged 75 years and older. German AgeCoDe Study group [German Study on Ageing, Cognition and Dementia in Primary Care Patients] / S. Weyerer, S. Eifflaender–Gorfer, L. Köhler [et al.] // *J Affect Disord*. – 2008. – Vol.111(2-3). – P.153-163
249. Prevalence of affective and anxiety disorders in cancer: systematic literature review and meta-analysis / S.Vehling, U. Koch, N. Ladehoff [et al.] // *Psychother Psychosom Med Psychol*. – 2012. – Vol.62(7). – P.249-258

250. Prevalence of anxiety and depressive symptoms in adolescents with asthma: a meta-analysis and meta-regression / Y. Lu, K. K. Mak, H.P.van Bever [et al.] // *Pediatr Allergy Immunol.* – 2012. – Vol. 23(8). – P.707-715
251. Prevalence of depression in individuals with impaired glucose metabolism or undiagnosed diabetes: a systematic review and meta-analysis of the European depression in diabetes (EDID) research consortium. European depression in diabetes research consortium. / A. Nouwen, G. Nefs, I. Caramlau [et al.] // *Diabetes Care.* – 2011. – Vol.34(3). – P.752-762
252. Prevalence of depression, anxiety, and adjustment disorder in oncological, haematological, and palliative-care settings: a meta-analysis of 94 interview-based studies / A.J. Mitchell, M. Chan, H. Bhatti [et al.] // *Lancet Oncol.* – 2011. – Vol.12(2). – P.160-174
253. Prevalence of depressive symptoms in patients with chronic obstructive pulmonary disease: a systematic review, meta-analysis and meta-regression / M.W. Zhang, R.C. Ho, M.W. Cheung [et al.] // *Gen Hosp Psychiatry.* – 2011. – Vol.33(3). – P. 217-223
254. Prevalence of psychiatric symptoms and mental disorders detected in primary care in an elderly Spanish population. The PSICOTARD Study: preliminary findings / J. Olivera, S. Benabarre, T. Lorente [et al.] // *Int J Geriatr Psychiatry.* – 2008. – Vol.23(9). – P.915-921
255. Prevalence of Selected Chronic, Noncommunicable Disease Risk Factors in Jordan: Results of the 2007 Jordan Behavioral Risk Factor Surveillance Survey / A.N. A. Belbeisi [et al.] // *Prev Chronic Dis.* – 2012. – Vol.9. – P. E25
256. Prevention and control of NCDs: Guidelines for primary health care in low-resource settings [electronic resource].– Режим доступа <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK148622/> – 12.09.2014
257. Prognostic association of anxiety post myocardial infarction with mortality and new cardiac events: a meta-analysis / A.M. Roest, E.J. Martens, J. Denollet [et al.] // *Psychosom Med.* – 2010. – Vol.72(6).– P.563-569

258. Prognostic association of depression following myocardial infarction with mortality and cardiovascular events: a meta-analysis of 25 years of research / A. Meijer, H.J. Conradi, E.H. Bos [et al.] // *Gen Hosp Psychiatry*. – 2011. – Vol. 33(3). – P.203-216
259. Prognostic value of the Rose questionnaire: a validation with future coronary events in the SMART study / S. Achterberg, S.S. Soedamah-Muthu, M.J. Cramer [et al.] // *Eur J Prev Cardiol*. – 2012. – Vol. 19(1). – P.5-14
260. Psychological effect of exercise in women with breast cancer receiving adjuvant therapy: what is the optimal dose needed? / M. Carayol, P. Bernard, J. Boiché J [et al.] // *Ann Oncol*. – 2013. – Vol.24(2). – P.291-300
261. PURE Investigators– Writing Group The Prospective Urban Rural Epidemiology (PURE) study: examining the impact of societal influences on chronic noncommunicable diseases in low-, middle-, and high-income countries / K. Teo, C.K. Chow, M. Vaz [et al.] // *Am Heart J*. – 2009. – Vol.158(1). – P.1-7
262. Puska, P. From Framingham to North Karelia: from descriptive epidemiology to public health action / *Prog Cardiovasc Dis*. – 2010/ – Jul– Aug. – Vol.53(1). – P.15-20
263. Raban, M.Z. Availability of data for monitoring noncommunicable disease risk factors in India / M.Z. Raban, R. Dandona, L. Dandona // *Bull World Health Organ*. – 2012. – Jan 1. – Vol.90(1). – P.20-29
264. Razvodovsky YE. Estimation of alcohol attributable fraction of mortality in Russia / Y.E. Razvodovsky // *Addiction*. – 2012. – Vol.24(3). – P. 247-252
265. Reasons for preferring a primary care physician for care if depressed / Y.T. Wun, T.P. Lam, D.Goldberg [et al.] // *Fam Med*. – 2011. – Vol.43(5). – P.344-350
266. Recent trends in the incidence of recorded depression in primary care. / G. Rait, K. Walters, M. Griffin [et al.] // *Br J Psychiatry*. – 2009. – Vol. 195(6). – P.520-524
267. Recognition of depression by non-psychiatric physicians – a systematic literature review and meta-analysis / M. Cepoiu, J. McCusker, M.G. Cole [et al.] // *J Gen Intern Med*. – 2008. – Vol.23(1). – P.25-36

268. Risk factors for chronic non-communicable diseases and the CARMEN Initiative: a population-based study in the South of Brazil / M.F. Capilheira, I.S.Santos, Jr Azevedo [et al.] // *Cad Saude Publica*. – 2008. – Vol.24(12). – P.2767-2774
269. Risk factor profile for chronic non-communicable diseases: results of a community-based study in Kerala, India / K.P. Thankappan, B. Shah, P. Mathur [et al.] // *Indian J Med Res*. – 2010. – Vol.131. – P.53-63
270. Risks to mental health: an overview of vulnerabilities and risk factors: Background paper by WHO secretariat for the development of a comprehensive mental health action plan 27 august 2012. [Electronic resource]. – Режим доступа: http://www.who.int/mental_health/mhgap/risks_to_mental_health_EN_27_08_12.pdf?ua=1. – 12.09.2013
271. Roberts, B. Noncommunicable diseases and post-conflict countries / B. Roberts, P. Patel // *Bull World Health Organ*. – 2012. – Vol.90(1). – P.2-6
272. Rodgers, A. The global burden of cardiovascular disease conferred by raised blood pressure. Benefits of reversal of blood pressure-related cardiovascular risk in Eastern Asia / A. Rodgers, C. Lawes, S. MacMahon // *Journal of Hypertension*. – 2000. – Vol. 18 (Suppl). – S3–S5
273. Rose Angina Questionnaire: validation with cardiologists' diagnoses to detect coronary heart disease in Bangladesh / M.A. Rahman, N. Spurrier, M.A. Mahmood [et al.] // *Indian Heart J*. – 2013. – Vol. 65(1). – P.30-39
274. Rotella, F. Depression as a risk factor for diabetes: a meta– analysis of longitudinal studies / F. Rotella, E. Mannucci // *Clin Psychiatry*. – 2013. – Vol. 74(1). – P.31-37
275. Satin, J.R. Depression as a predictor of disease progression and mortality in cancer patients: a meta– analysis / J.R. Satin, W. Linden, M.J. Phillips // *Cancer*. – 2009. – Vol.115(22).– P.5349-5361
276. Scared to death? Generalized anxiety disorder and cardiovascular events in patients with stable coronary heart disease: the Heart and Soul Study / E.J. Martens, P.de Jonge, B. Na [et al.] // *Arch Gen Psychiatry*. – 2010. – Vol.67. – P. 750-758

277. Screening for poststroke major depression: a meta-analysis of diagnostic validity studies / Meader N., Moe-Byrne T., Llewellyn A [et al.] // *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. – 2014 – Vol. 85. – P.198-206
278. Self-reported Alcohol Consumption and Association to Carbohydrate-Deficient Transferring and Gamma-Glutamyltransferase in a Random Sample of the General population in the Republic of Karelia, Russia and in North Karelia, Finland / T. Laatikainen, H. Alho, E. Vartianinen [et al.] // *Alcohol and Alcoholism*. – 2002. – Vol.37(3). – P.282-288
279. Shkolnikov, V.M. Educational differentials in male mortality in Russia and northern Europe. A comparison of an epidemiological cohort from Moscow and St. Peterburg with the male populations of Helsinki and Oslo / V.M. Shkolnikov // *Demographic Research*. – 2004. – 10 P. 1-26
280. Siefken, K. An investigation of barriers and facilitators for healthy lifestyles of women in an urban pacific island context. / K. Siefken, G.Schofield, N Schulenkorf // *J Phys Act Health*. – 2014. – Vol.11(1). – P.30-37
281. Simon, G.E. Recognition, management, and outcomes of depression in primary care. / G.E. Simon, M.A. VonKorff // *Arch Fam Med*. – 1995. – № 4(2). – P.99-105.
282. Smith, K.R. How much global ill health is attributable to environmental factors? / K.R. Smith, C.F. Corvalan, T. Kjellstrom // *Epidemiology*. – 1999. – Vol.10. – P.573-584
283. Smoking and tobacco use: GATS introduction [electronic resource]. – Режим доступа:
http://global.tobaccofreekids.org/files/pdfs/en/GATS_NGO_guide_en.pdf. – 20.12.2013
284. Smoking, diabetes and cardiovascular diseases in men in the Asia Pacific region. Asia Pacific Cohort Study Collaboration/ A.P. Kengne, K. Nakamura, F. Barzi [et al.] // *J Diabetes*. – 2009. – Vol.1(3). – P.173-181
285. Socioeconomic position and incidence of acute myocardial infarction: a meta-analysis / E. Manrique-Garcia, A. Sidorchuk, J. Hallqvist [et al.] // *Epidemiol Community Health*. – 2011. – Vol.65(4). – P.301-309

286. Socioeconomic status and smoking: analyzing inequalities with multiple indicators / M. Laaksonen, O. Rahkonen, S. Karvonen [et al.] // *Eur J Public Health*. – 2005. – Vol.15(3). – P. 262-269
287. Socioeconomic trajectories from birth to adolescence and risk factors for noncommunicable disease: prospective analyses / P.C. Hallal, V.L.Clark, M.C. Assunção [et al.] // *J Adolesc Health*. – 2012. – Vol.51(6Suppl). – P. S32-37
288. Somatoform disorders — a revision of the epidemiology in primary health care / C. Fabião, M.C. Silva, M. Fleming [et al.] // *Acta Med Port*. – 2010. – Vol. 23(5). – P.865-872
289. STEPS manual [electronic resource]. – Geneva: World Health Organization; 2008.—
Режим доступа: <http://www.who.int/chp/steps/manual/en/index3.html>. – 20.09.2013
290. Synthesis of scientific disciplines in pursuit of health: the Interactive Biopsychosocial Model / S.T. Lindau, E.O. Laumann, W. Levinson [et al.] // *Perspect Biol Med*.— 2003. – Vol.46(3 Suppl). – P.S74-86
291. Systems medicine and integrated care to combat chronic noncommunicable diseases / J.Bousquet, J.M. Anto, P.J. Sterk [et al.] // *Genome Med*. – 2011. – N 3(7). – P.43-49
292. Tesfaye, F. Population based prevalence of high blood pressure among adults in Addis Ababa: uncovering a silent epidemic / F. Tesfaye, P. Byass, S. Wal // *BMC Cardiovasc Disord*. – 2009. – Vol.9. – P.39-42
293. The association between chronic illness, multimorbidity and depressive symptoms in an Australian primary care cohort / J.M. Gunn, D.R. Ayton, K. Densley [et al.] // *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. – 2012. – Vol.47(2). – P.175-184
294. The association between income, education, lifestyle and psychosocial stressor and obesity in elderly / W. Stelmach, W. Bielecki, M. Bryła [et al.] // *Wiad Lek*. – 2005. – Vol. 58(9– 10). – P. 481-490
295. The CANMAT task force recommendations for the management of patients with mood disorders and comorbid medical conditions: diagnostic, assessment, and

- treatment principles. Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) Task Force. / R. Ramasubbu, S. Beaulieu, V.H. Taylor [et al.] // *Ann Clin Psychiatry*. – 2012. – Vol.24(1). – P.82– 90
296. The current status of urban-rural differences in psychiatric disorders / J. Peen, R.A. Schoevers, A.T. Beekman [et al.] // *Jacta Psychiatr Scand*. – 2010. – Vol.121(2). – P. 84– 93
297. The diagnostic challenges presented by patients with medically unexplained symptoms in general practice / J.M. Aiarzaguena, G. Grandes, A. Salazar [et al.] // *Scand J Prim Health Care*. – 2008. – Vol.26(2). – P.99-104.
298. The Dutch multidisciplinary guideline entitled 'Medically unexplained physical symptoms and somatoform disorder'/ C.M. Van der Feltz-Cornelis, J.A. Swinkels, A.H. Blankenstein [et al.]// *Ned Tijdschr Geneeskd*. – 2011. – Vol.155(18).– P.A1244
299. The European Respiratory Society study on chronic obstructive pulmonary disease (EUROSCOP): recruitment methods and strategies / C.G. Loftdahl, D.S. Postma, L.A. Laitinen [et al.]// *Respir Med*. – 1998. – №92. – P.467 -472
300. The Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease. Global Strategy for Diagnosis, Management, and Prevention of COPD. [electronic resource]. – Режим доступа: http://www.goldcopd.org/uploads/users/files/GOLD_Report_2015.pdf – 17.01.2015
301. The impact of emotional well-being on long-term recovery and survival in physical illness: a meta-analysis / S.M. Lamers, L. Bolier L G.L. Westerhof [et al.] // *J Behav Med*. – 2012. – Vol.35(5). – P.538-547
302. The impact of premorbid and postmorbid depression onset on mortality and cardiac morbidity among patients with coronary heart disease: meta-analysis / Y.W. Leung, D.B. Flora, S. Gravely [et al.] // *Psychosom Med*. – 2012. – Vol. 74(8). – P.786-801.
303. The influence of depression on risk development of acute cardiovascular diseases in the female population aged 25-64 in Russia / V.V. Gafarov, D.O. Panov, E.A.Gromova [et al.] // *Int J Circumpolar Health*. – 2013. – Vol.72. – P. 72-29

304. The prevalence of comorbid depression in adults with diabetes: a meta-analysis / R.J. Anderson, K.E. Freedland, R.E. Clouse [et al.] // *Diabetes Care*. – 2001. – Vol.24(6). – P.1069-1078
305. The prevalence of depressive symptoms among the older in China: a meta-analysis / L. Zhang , Y. Xu, H. Nie [et al.] // *Int J Geriatr Psychiatry*. – 2012. – Vol. 27(9). – P.900-906.
306. The prevalence of mental disorders in older people in Western countries – a meta-analysis / J. Volkert, H. Schulz, M. Härter [et al.] // *Ageing Res Rev*. – 2013. – Vol. 12(1). – P. 339-353
307. The role of psychosomatic medicine in global health care / A.M. Bauer, P. Bonilla, M.W. Grover [et al.] // *Curr Psychiatry Rep*. – 2011. – Vol.13(1). – P.10-17.
308. The validity of general health questionnaires, GHQ-12 and GHQ-28, in mental health studies of working people. / Z. Makowska, D. Merez, A. Mościcka, [et al.]. // *Int J Occup Med Environ Health*. – 2002. – Vol. 15(4). – P.353-362
309. The validity of two versions of the GHQ in the WHO study of mental illness in general health care / D.P. Goldberg, R.G Ater, N. Sartorius [et al.]// *Psychol Med*. – 1997. – Vol.27(1). – P. 191-197
310. The WHO Global status report on Noncommunicable Diseases 2010 (GSR 2010) [electronic resource]. – Режим доступа: http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789240686458_eng.pdf?ua=1. – 17.09.2011
311. The World Health Organization. The World health report 2002. Reducing risk, promoting healthy life [electronic resource].– Режим доступа http://www.who.int/whr/2002/en/whr02_en.pdf?ua=1. – 22.09.2013
312. Training teachers to teach mental health skills to staff in primary care settings in a vast, under-populated area / Goldberg D, L. Gask., E. Proselkova [et al.] // *Ment Health Fam Med*. – Dec 2012. – Vol.9(4). – P. 219-222
313. Treatment of functional chest pain with antidepressants: a meta- analysis / W. Wang, Y.H. Sun, Y.Y. Wang [et al.] // *Pain Physician*. 2012. – Vol.15(2). – P. 131-142

314. Tylee, A. The importance of somatic symptoms in depression in primary care / A.Tylee, P. Gandhi // *Prim Care Companion J Clin Psychiatry*. – 2005. – Vol.7(4). – P. 167-176
315. Udol, K. Comparison of the Thai version of the Rose questionnaire for angina pectoris with the exercise treadmill test / K.Udol, N. Mahanonda // *J Med Assoc Thai*.– 2000. – Vol. 83(5). – P.514-522
316. Unexplained somatic symptoms during major depression: prevalence and clinical impact in a national sample of Italian psychiatric outpatients./ G. Perugi, P.L Canonico, P. Carbonato [et al.] // *Psychopathology*. – 2011. – Vol.44(2). – P.116-124.
317. Unlocking the diagnosis of depression in primary care: Which key symptoms are GPs using to determine diagnosis and severity? / G.S. Malhi, C.M. Coulston, K.Fritz [et al.] // *J. Aust N Z J Psychiatry*. – 2013. – Vol. 22. –P.542-547
318. Unwin, N. Rethinking the terms non- communicable disease and chronic disease / N. Unwin, J. Epping Jordan, R. Bonita // *J Epidemiol Community Healt*. – 2004. – Sep. – Vol.58(9). – P.801-809
319. Use of the SF36 general health status survey to document health- related quality of life in patients with coronary artery disease: effect of disease and response to coronary artery bypass graft surgery / G.M. Kiebzak, L.M. Pierson, M. Campbell [et al.] // *Heart Lung*. – 2002. – Vol.31(3). – P.207-213.
320. Validation of the short- version of Rose Angina Questionnaire in Brazil. / M.S. Bastos , P.A. Lotufo, A.L. Whitaker [et al.]// *Arq Bras Cardiol*. – 2012. – Vol. 99(5). – P.1056-1059
321. Validity of CAGE questionnaire in screening for alcohol dependence in a walk- in (triage) clinic / B. Liskow, J. Campbell, E.J. Nickel [et al.] // *J. Stud. Alcohol*.– 1995.– Vol. 56, № 3. – P.277 – 281
322. Validity of two versions of the GHQ in the WHO study of mental illness in general health care / D.P. Goldberg, R. Gater, N. Sartorius N [et al.] // *Psychol Med*. –1997. – Vol.27(1). – P.191-197

323. Van der Feltz-Cornelis, C.M. Presentation of the Multidisciplinary Guideline Medically Unexplained Physical Symptoms (MUPS) and Somatoform Disorder in the Netherlands: disease management according to risk profiles / C. Van der Feltz-Cornelis, R. Hoedeman, E.J. // *J Psychosom Res.* – 2012. – Vol.72(2). – P.168-169.
324. Venkatapuram, S. Ethical tensions in dealing with noncommunicable diseases globally / S. Venkatapuram, M. McKee, D. Stuckler // *Bull World Health Organ.* – 2012. – Vol.90(3). – P. 241–242
325. Ventegodt, S. Meta– analysis of positive effects, side effects and adverse events of holistic mind– body medicine (clinical holistic medicine): experience from Denmark, Sweden, United Kingdom and Germany / S. Ventegodt, J. Merrick J // *Int J Adolesc Med Health.* – 2009. – Vol.21(4). – P.441-456
326. Vodermaier, A. Accuracy of the Hospital Anxiety and Depression Scale as a screening tool in cancer patients: a systematic review and meta-analysis/ A. Vodermaier, R.D. Millman // *Support Care Cancer.* – 2011. – Dec. – Vol.19(12). – P.1899-1890
327. Walters, P. Teaching junior doctors to manage patients who somatise: is it possible in an afternoon? / P.Walters, A.Tylee, J.Fisher // *Br. J. Gen. Practice.* 2006. – Vol. 41(10). – P.995-1001
328. Ware, J.E. The MOS 36 – Item short form health survey (SF-36): conceptual framework and item selection / J.E. Ware, C.D. Sherbourne // *Medical Care.* – 1992 – № 30. – P.473-483
329. Which symptoms are indicative of depression in epilepsy settings? An analysis of the diagnostic significance of somatic and non-somatic symptoms / A.J. Mitchell, N. Ioannou, J.M. Rampling [et al.] // *J Affect Disord.* – 2013. – Vol.150(3). – P.861-867.
330. WHO global infobase: NCD indicators Geneva: World Health Organization; 2010. [electronic resource]. – Режим доступа: <https://apps.who.int/infobase/Indicators.aspx> – 20.09.2010

331. WHO Guide to Mental and Neurological Health in Primary Care: A guide to mental and neurological ill health in adults, adolescents and children, 2nd Edition World Health Organization / ed. Rachel Jenkins. – 2004. – 305p.
332. Work-related stress and Type 2 diabetes: systematic review and meta-analysis / M.P. Cosgrove, L.A. Sargeant, R. Caleyachetty [et al.] // Occup Med (Lond). – 2012. – Vol.62(3).– P.167-173
333. World Health Organization. The world health report 2001. Mental health: new understanding, new hope. Geneva: World Health Organization; 2001[electronic resource].– Режим доступа: <http://www.who.int/whr/2001/en> – 21.09.2013
334. WPA Educational Programme on Depressive Disorders. Volume IV. Training. Methods of training and education about depression 2008 / M Mario, N Sartorius, A. Tasman [et al.]; The World Psychiatric Organization. – Режим доступа: http://www.wpanet.org/uploads/Education/Educational_Programs/depressive-disorders-volume4.pdf. – 20.09.2013