

УДК 616.8

В.А. Лобова, С.И. Логинов, А.А. Ковешников

Оценка депрессивного синдрома в прогностической оценке соматических заболеваний на Севере

Аннотация. Представлены результаты исследования по формированию депрессивных тенденций в популяции коренного малочисленного населения Севера. Показана роль депрессии в развитии хронических неинфекционных заболеваний (ХНИЗ).

Ключевые слова: депрессия, хронические неинфекционные заболевания, Север.

V.A. Lobova, S.I. Loginov, A.A. Koveshnikov

Assessment of the depressive syndrome in the predictive assessment of somatic diseases in the North

Summary. Results of research on formation of depressive tendencies in the population of the indigenous small-numbered peoples of the North are presented in this paper. The role of depression in the development of chronic noninfectious diseases is shown.

Keywords: depression, chronic noninfectious diseases, North.

Депрессию традиционно называют одной из самых распространенных форм стрессового состояния, в механизмах развития которого достаточно важная, а порой и определяющая роль принадлежит психическому фактору. Выявление у северян стресса, депрессии и других эмоциональных проблем имеет психогигиеническое значение, поскольку позволяет анализировать факторы, способствующие нарушению здоровья [1–3].

Для исследования депрессивных тенденций в популяции коренного малочисленного населения Севера (аборигены Севера, АС: ненцы, ханты) с использованием шкалы депрессии Цунга обследованы 227 человек (средний возраст – $31,8 \pm 0,86$ года), в том числе 52 (23%) мужчин и 175 (77%) женщин. Данные анализировались по возрастным десятилетиям, основные значения депрессии представлены на рисунке 1.

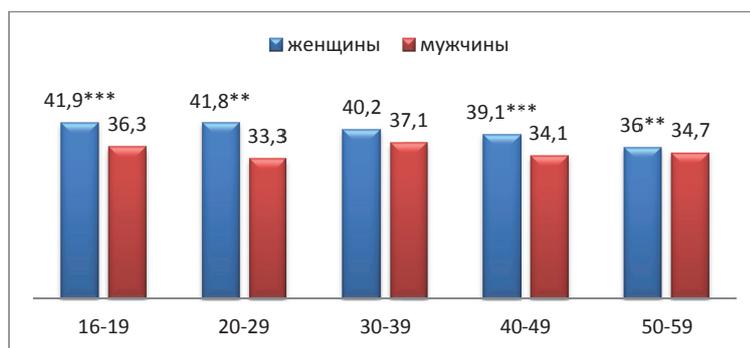


Рис. 1. Динамика депрессии по возрастам с учетом пола (коренное население) (ус. ед.).

Примечание. Гендерные различия достоверны при ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$

Максимальная депрессия у мужчин, аборигенов Севера (АС), отмечена в 30-летнем возрасте, а у женщин в более ранний период (20 лет). По показателям депрессии в выбор-

ке коренного населения обнаруживается четкий половой диморфизм. В молодом возрасте (20 лет) различия достигают высокой степени значимости, однако в среднем возрасте

(30 лет) они нивелируются из-за усиления депрессии у мужчин. Наиболее тесная корреляционная связь между возрастом и депрессией у мужчин получена именно в этот период ($r = 0,6$; $p = 0,020$).

У 20-летних женщин АС депрессия выше, чем в старшем возрасте, на статистически значимом уровне (50 лет) ($p = 0,020$). К среднему возрасту и в последующие возрастные десятилетия депрессия у женщин снижается. Между возрастом и депрессией у женщин АС получена обратная корреляционная связь ($r = -0,2$; $p = 0,014$).

К группе высокого риска по признаку депрессии относятся молодые женщины АС. У мужчин АС депрессия, несмотря на ее интенсификацию к 30-летнему периоду, мало подвержена возрастной динамике и обусловлена в первую очередь социальными причина-

ми, что необходимо учитывать при построении профилактических программ.

Изучена частота депрессии у лиц с ХНИЗ (121 чел.) в популяции коренного малочисленного населения Севера, в том числе у 50 (41,3%) лиц с патологией сердечно-сосудистой системы (ССС) и 71 (58,7%) лица с патологией органов дыхания (ОД). У лиц с ХНИЗ из числа АС депрессия значительно глубже, чем у здоровых лиц АС. По сравнению с нормой различия у лиц АС с ХНИЗ достигают 15,0% интенсивности, а у женщин АС – 18,0%. Наиболее глубокая депрессия выявлена в группе с патологией ОД, где максимальный индекс депрессии получен у женщин АС с патологией ОД.

Углубление депрессии при различных формах патологии у лиц с ХНИЗ оказалось более характерным для женщин, что проявляется в увеличении гендерных различий (рис. 2).



Рис. 2. Показатели депрессии у коренных жителей с ХНИЗ (в ус. ед.).

Примечание: различия между полами достоверны ** при $p < 0,01$; *** при $p < 0,001$

По сравнению с контролем гендерные различия у женщин АС с патологией ССС увеличиваются в 2 раза, а у женщин АС с патологией ОД – в 1,5 раза. Если у здоровых лиц из числа АС различия в показателях мужчин и женщин составили 10,1% интенсивности, то при наличии патологии ССС значения увеличились до 18,2%, а патологии ОД – до 13,3%.

В популяции коренного населения Севера развернутая депрессия у лиц с ХНИЗ встречается чаще, чем у лиц без соматической патологии (≥ 50 ус. ед. по шкале Цунга). У лиц с патологией ССС развернутая депрессия обнаруживается в 1,5 раза чаще, а у лиц с патологией ОД в 2,4 раза чаще, чем у лиц без патологии ($p < 0,01$) (рис. 3).



Рис. 3. Развернутая депрессия у лиц с патологией ССС и патологией ОД (%).

Примечание: различия в группах с патологией ССС и ОД по сравнению с лицами без патологии достоверны при ** $p < 0,01$

Характерной особенностью является то, что у мужчин АС депрессия выявляется только при наличии хронических заболеваний. У женщин АС с ХНИЗ частота депрессии оказалась в 2 раза выше, чем у здоровых женщин. В группе женщин АС с патологией

ОД данный показатель в 2,3 раза превышает значения, полученные в здоровой выборке ($p < 0,01$). У женщин АС с патологией ССС депрессия обнаруживается в 1,5 раза чаще, по сравнению с группой женщин АС без патологии (рис. 4).



Рис. 4. Развернутая депрессия у женщин АС с патологией ССС и ОД (%).

Примечание: различия в группах женщин с патологией ССС и ОД по сравнению с женщинами без патологии достоверны при ** $p < 0,01$

Проведенный анализ показал, что при ухудшении здоровья и формировании соматической патологии, с одной стороны, нарастают гендерные различия, с другой, увеличивается распространенность депрессивных нарушений, особенно у женщин АС. Как показали исследования, в применении психотропных препаратов и стимулирующих средств, наряду с традиционной терапией, нуждается $\frac{1}{5}$ часть женщин АС с патологией ССС и ОД.

Для оценки особенностей формирования депрессивных тенденций в популяции пришлого населения Севера обследованы 797 человек (мигранты Севера, МС), в том числе 317 (39,8%) мужчин и 480 (60,2%) женщин, средний возраст $44,1 \pm 0,43$ года, длительность проживания на Севере – $20,7 \pm 0,40$ года.

Проанализированы тенденции формирования депрессии в разных возрастных группах МС и ее распространенность. При анализе учитывались сезонные факторы (полярная ночь, полярный день) и длительность проживания в северном регионе.

Аналогично с коренным малочисленным населением у жителей северного региона из числа МС по показателям депрессии обнаруживается четкий половой диморфизм, гендерные различия являются высокодостоверными ($p = 0,0001$). В отличие от представителей АС, депрессия у мигрантов с возрастом только углубляется. Минимальные показатели как у мужчин МС, так и у женщин МС получены в молодом возрасте (до 30 лет), максимальные – у лиц старше 50 лет (рис. 5).

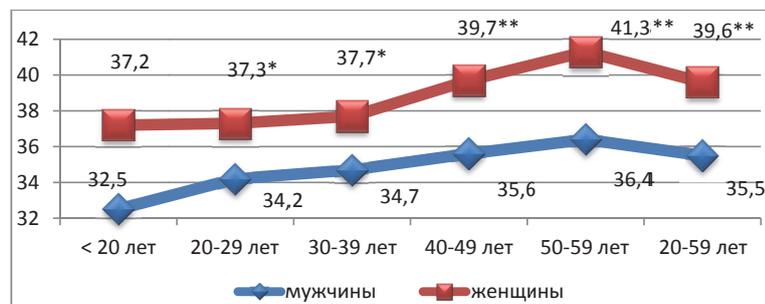


Рис. 5. Динамика депрессии по возрастам у мигрантов Севера (ус. ед.).

Примечание: гендерные различия достоверны при * $p < 0,05$; ** $p < 0,001$

У мужчин депрессия несколько интенсифицируется в молодые годы, однако критическим периодом следует считать 50-летний возраст. При анализе корреляционных связей в данной возрастной группе получена высокая значимая корреляция между возрастом и депрессией ($r = 0,3$; $p = 0,007$). У женщин МС депрессия значительно увеличивается уже к 40-летнему возрасту, достигая своего максимума в старшем периоде. Различия по данному признаку у 50-летних женщин и молодых женщин (20–29 лет), а также женщин МС среднего возраста (30–39 лет) являются высокодостоверными (соответственно при $p = 0,0001$; $p = 0,002$). Между северным стажем и депрессией прямая корреляционная связь получена в 40-летнем возрасте ($r = 0,2$; $p = 0,027$).

Влияние экстремальных факторов на развитие депрессии изучалось при сопоставлении данных, характеризующих разную длительность проживания на Севере. Сравнивался индекс депрессии, полученный у лиц, проработавших на Севере менее 10 лет, и у лиц с более чем 10-летним северным стажем. У представителей МС с большим северным стажем, как и ожидалось, индекс депрессии оказался выше, чем у лиц, мигрировавших в Заполярье недавно. Показатели депрессии при длительном проживании на Севере отличались от таковых в сравниваемой группе на уровне высокой статистической значимости ($p = 0,0001$) (рис. 6).

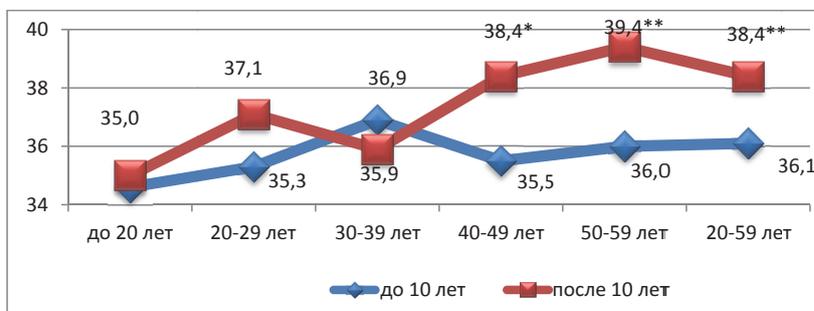


Рис. 6. Показатели депрессии с учетом северного стажа мигрантов (ус. ед.).
Примечание: различия в группах достоверны при * $p < 0,05$; $p < 0,001$

При сравнении данных по возрастным десятилетиям значимые различия получены в старшем периоде (40–59 лет). Максимальными они оказались у 50-летних представителей МС, составив 8,6% интенсивности, что определялось на уровне высокой статистической значимости ($p = 0,0001$). В возрастной группе 40–49 лет различия составили 7,6% ($p < 0,05$).

У лиц, переехавших на Север недавно, минимальный индекс депрессии отмечен в молодых возрастных группах (16–19 лет). В последующие возрастные десятилетия депрессия увеличивается, критические значения отмечены в 30-летнем возрасте. Это говорит о том, что наиболее активно эмоциональная система реагирует на жесткие циркумполярные факторы в среднем возрасте, при этом доминирующим способом является негативная модальность эмоций. Именно в этот период своевременные профилактические мероприятия могут предотвратить последующее углубление депрессии и

способствовать стабилизации эмоционального фона подавляющего большинства мигрантов.

В группе лиц с более чем 10-летним северным стажем минимальный индекс депрессии получен также у молодых северян (16–19 лет). В то же время у этой категории лиц углубление депрессии происходит намного интенсивнее и достигает максимума в старшем возрасте. В среднем периоде кривая депрессии представляет собой плато, что свидетельствует о выраженной лабильности эмоциональных реакций и смене полярности эмоций. Этот факт также подтверждает предположение о том, что своевременная профилактика именно в этом возрасте может оказаться наиболее эффективной, так как в этот период адаптивные возможности эмоциональной сферы являются оптимальными.

При углубленном анализе выявлены различные механизмы эмоционального реагирования, обусловленные средовым влиянием (рис. 7).

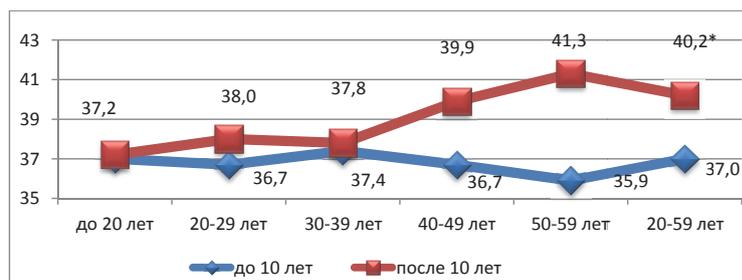


Рис. 7. Депрессия у мигрантов с разным северным стажем (ус. ед.).

Примечание: различия в группах достоверны при * $p = 0,001$

В группе мигрантов с малым северным стажем кривая депрессии до 50-летнего возрастного периода представляет собой плато, что свидетельствует о сохранении определенного баланса положительной и отрицательной эмоциональных систем. У 50-летних мигрантов реципрокные отношения во взаимодействии эмоциональных систем претерпевают изменения, приводя к «высвобождению» (фасилитации) системы положительного эмоционального реагирования. Об этом свидетельствует уменьшение индекса депрессии у лиц старшего возраста.

В то же время длительный северный стаж негативно влияет на динамику эмоционального состояния мигрантов. Происходит поэтапное подавление и угнетение положительной и патологическое усиление отрицательной автономной эмоциональной системы. Темпы ухудшения эмоционального состояния по возрастным десятилетиям у мигрантов с большим северным стажем, начиная с 30-летнего возраста, приобретают особенно интенсивный характер.

При анализе влияния сезонного фактора на депрессию выявлена прямая корреляционная связь между зимним периодом (полярная ночь) и депрессией в молодом и среднем возрасте ($r = 0,3$; $p = 0,020$), а также у лиц старше 60 лет. В популяции женщин МС эта взаимосвязь определена на уровне высокой статистической

значимости ($r = 0,2$; $p = 0,007$). Прямая корреляционная связь между депрессией и сезонным фактором выявлена и у молодых мужчин МС ($r = 0,4$; $p = 0,030$).

В целом по выборке пришлого населения выявлена достоверная взаимосвязь между депрессией и длительностью работы на Севере, а также фактором сезонности. Северный стаж, как показано, предопределяет интенсивность негативных эмоциональных состояний и глубину депрессии в пришлой популяции северного региона.

При изучении частоты встречаемости развернутой депрессии в популяции пришлого населения северного региона получены данные, свидетельствующие о том, что частота депрессии у мигрантов встречается в 8% случаев. Максимальный показатель получен в старшем возрасте (> 50 лет), минимальный – у молодых мигрантов (20–29 лет). В старшем возрасте депрессии в 4,3 раза больше, чем среди молодых МС (20–29 лет) ($p < 0,01$), в 3,1 раза больше, по сравнению с ювенильным периодом, и в 2 раза больше, чем в среднем периоде (30–49 лет).

В мужской популяции доля лиц с депрессией составляет от 2,5 до 3,0% случаев, и у молодых мужчин МС практически не встречается. У женщин МС частота депрессии в 4,7 раза выше, чем у мужчин ($p < 0,001$), а с возрастом ее частота только увеличивается (рис. 8).

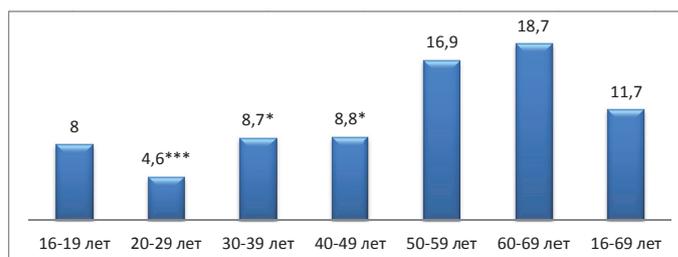


Рис. 8. Частота депрессии у мигранток разных возрастных групп (%).

Примечание: различия в молодых группах по сравнению с 50-летним возрастом достоверны при * $p < 0,05$; *** $p < 0,001$

Депрессия выявлена у 1/5 части женщин МС старшего возраста. У 50-летних женщин она встречается в 4,1 раза чаще, по сравнению с 20-летними ($p < 0,001$), и в 2 раза чаще, по сравнению с 30-летними и 40-летними женщинами МС ($p < 0,05$). Гендерные различия получены в старшем периоде, где у 50-летних женщин МС депрессия встречается в 6 раз чаще ($p < 0,001$). У 40-летних женщин МС депрессия встречается чаще в 2,7 раза ($p < 0,05$). В целом соотношение мужчин и женщин МС с депрессивным синдромом среди мигрантов Севера составляет 1:5.

По данным ГНИЦ профилактической медицины МЗ РФ, представленным Н.В. Погосовой (2004), риск расстройств депрессивного спектра и выраженной депрессии увеличивается на каждые 10 лет жизни примерно в 1,2 и 1,4 раза. По нашим данным, в Заполярье этот риск увеличивается в 2–3 раза. Кроме этого, выявлено увеличение распространенности депрессий у женщин. Если расстройства депрессивного

спектра и выраженное депрессивное состояние отмечается в Центральной России у женщин в 2,2 раза чаще, чем у мужчин, то на Севере этот разрыв увеличивается в 5–6 раз. Все эти факты свидетельствует о негативном влиянии условий полярной среды, как на распространенность, так и на возрастную динамику депрессии.

Для оценки общей характеристики эмоциональных нарушений при формировании сердечно-сосудистой патологии обследованы 182 больных с ССЗ, в том числе 84 (46,2%) мужчины и 98 (53,8%) женщины. Эмоциональные нарушения, при которых по шкалам СМОЛ отмечалось абсолютное повышение профиля относительно средней (50-Т баллов), обнаруживались у лиц с патологией ССС чаще не только по сравнению со здоровыми северянами, но и с лицами, имеющими патологию ОД и патологию ЖКТ. По сравнению со здоровыми северянами особенно отчетливо различия проявлялись по шкалам «невротической триады» (рис. 9).



Рис. 9. Частота эмоциональных нарушений у лиц с патологией ССС в северном регионе (%).

Примечание: различия в группах достоверны при ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$

У лиц с патологией ССС в 1,6 раза чаще, чем у лиц без патологии, встречаются нарушения по шкалам 1-й («ипохондрия») и 2-й («депрессия»), при этом различия высокодостоверны (при $p < 0,001-0,01$). В 1,3 раза чаще выявляются нарушения по 3 шкале («истерия»), что отмечается на уровне значимых тенденций ($p < 0,1$).

При гендерном анализе выявлены разные тенденции психических изменений у лиц с патологией ССС. У женщин с патологией ССС увеличивается численность реактивных состояний. Астено-невротические реакции выявляются в 2,7 раза чаще по сравнению со здоровыми женщинами (1-я шкала «ипохондри») ($p < 0,001$). Депрессия обнаруживается в 2 раза

чаще, чем у здоровых женщин ($p < 0,01$). Статистически значимые различия получены по показателям истерии. У женщин с патологией ССС истерия встречается в 1,5 раза чаще, чем у здоровых женщин ($p < 0,05$). При сопоставлении у женщин с патологией ССС астенические состояния встречаются чаще, чем у женщин с патологией ОД и ЖКТ ($p < 0,01-0,05$). У мужчин растет численность аномальных проявлений характера, нарушаются социальные связи. Высокая агрессивность с высокой достоверностью обнаруживается при всех формах соматической патологии ($p < 0,001-0,05$), однако у мужчин с патологией ССС психопатические реакции отмечаются в 5 раз чаще по сравнению со здоровыми мужчинами ($p < 0,001$).

Женщин с патологией ССС на Севере отличает высокий индекс эмоционального напря-

жения, характеризующийся многопрофильными изменениями психической сферы (рис. 10).

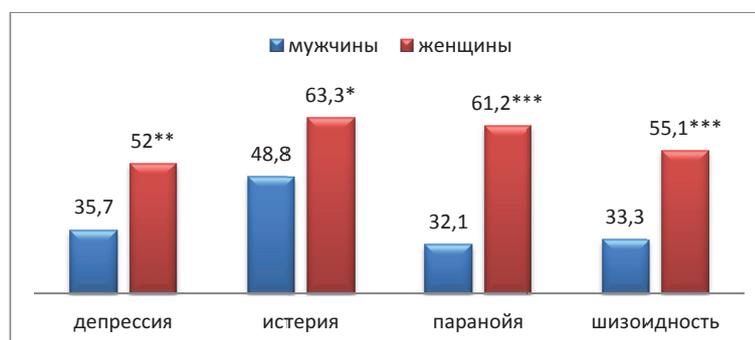


Рис. 10. Эмоциональные нарушения у мужчин и женщин с патологией ССС (%).

Примечание: различия в группах достоверны при * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$

При сравнительном анализе у женщин с патологией ССС нарушения выявляются чаще, чем у мужчин, по всем основным шкалам СМОЛ. Статистически значимые различия получены при сравнении шкал 2-й («депрессия»), 3-й («истерия»), 6-й («паранойяльность») и 8-й («шизоидность») ($p < 0,05-0,001$). У женщин с патологией ССС в 1,5 раза чаще, чем у мужчин, проявляются симбиотические тенденции и ярко выраженные гиперестезические реакции ($p < 0,01$) (высокая 2-я шкала). Склонность к формированию сверхценных образований также выше, чем у мужчин аналогичной группы. Высокая 6-я шкала («паранойяльность») у женщин с патологией ССС обнаруживается в 2 раза чаще, по сравнению с мужчинами ($p < 0,001$). Женщины с патологией ССС более склонны к соблюдению «психической дистанции» ($p < 0,001$) (высокая 8-я шкала). У них чаще, чем у мужчин, формируются конверсионные симптомы ($p < 0,05$) (достоверные различия по 3-й шкале). В целом выраженный полиморфизм психических проявлений, сопряженный с нарушениями сердечно-сосудистой деятельности, у женщин с патологией ССС определяет более частое показание для включения в терапию психотропных препаратов и методов немедикаментозной коррекции.

Таким образом, при формировании сердечно-сосудистой патологии у северян численность эмоциональных нарушений увеличивается в несколько раз (1-я и 4-я шкалы).

В отдельных случаях их частота достигает 70,0% случаев. Доля депрессии увеличивается в 1,5–2 раза, что фиксируется на уровне высокой статистической значимости. Эти данные необходимо учитывать при разработке профилактических программ.

Выводы

1. Максимальная депрессия у мужчин АС отмечена в 30-летнем возрасте, а у женщин АС в более ранний период (20 лет). По показателям депрессии в выборке АС обнаруживается четкий половой диморфизм. Гендерные различия являются высокодостоверными. В отличие от представителей АС, депрессия у лиц из числа МС с возрастом только углубляется. Минимальные показатели как у мужчин МС, так и у женщин МС получены в молодом возрасте (до 30 лет), максимальные – у лиц старше 50 лет.

2. У пришлого населения между депрессией и длительностью работы в северном регионе получена значимая корреляционная связь. Различия в показателях депрессии у лиц, работающих в северном регионе до 10 лет и свыше 10 лет, – высокозначимые.

3. У коренных жителей с ХНИЗ депрессия более выражена (на 15–18%) по сравнению со здоровыми, особенно при патологии органов дыхания. В то же время у пришлых жителей доля депрессии увеличивается в 1,5–2 раза при формировании сердечно-сосудистой патологии.

Литература

1. Лобова В.А., Корчин В.И. Психологические особенности лиц с артериальной гипертензией в северном регионе // Материалы Всероссийской научно-практической конференции «Югра – за здоровый образ жизни», 14–15 декабря 2012. Ханты-Мансийск: ИИЦ ХМГМА, 2012. С. 190–193.
2. Лобова В.А., Попова Т.Л., Попов А.И. и др. Депрессия, тревога и стресс у лиц с ишемической болезнью сердца в Ямало-Ненецком автономном округе // Сибирский медицинский журнал. – 2009. – № 4. – Выпуск 2. – С. 107.
3. Лобова В.А., Буганов А.А. Психологические характеристики лиц с артериальной гипертензией на Крайнем Севере // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. – 2008. – № 2. – С. 32–35.

References

1. Lobova V.A., Korchin V.I. Psikhologicheskiye osobennosti lits s arterialnoy gipertenziyey v severnom regione // materialy Vserossiyskoy nauchno-prakticheskoy konferentsii «Yugra – za zdorovyy obraz zhizni», 14–15 dekabrya 2012. Khanty-Mansiysk: IITs KhMGMA, 2012. S. 190–193.
2. Lobova V.A., Popova T.L., Popov A.I. i dr. Depressiya, trevoga i stress u lits s ishemicheskoy boleznью serdtsa v Yamalo-Nenetskom avtonomnom okruge // Sibirskiy meditsinskiy zhurnal. – 2009. – № 4. – Vypusk 2. – S. 107.
3. Lobova V.A., Buganov A.A. Psikhologicheskiye kharakteristiki lits s arterialnoy gipertenziyey na Kraynem Severe // Kardiovaskulyarnaya terapiya i profilaktika. – 2008. – № 2. – S. 32–35.