

Скрининг депрессии с оценкой социально-экономического статуса пациентов в первичной медицинской сети в крупном промышленном центре Восточной Сибири

Песковец Р.Д., Штарик С.Ю., Евсюков А.А.

Красноярский государственный медицинский университет (КрасГМУ) им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого Россия, 660022, Красноярск, ул. Партизана Железняка, 1

РЕЗЮМЕ

Цель. Оценить взаимосвязь выраженности симптомов депрессии по Госпитальной шкале тревоги и депрессии HADS (The Hospital Anxiety and Depression Scale; подшкала HADS(d)) среди неорганизованного населения г. Красноярск в 2006 и 2012 гг. с социально-экономическими и демографическими факторами, а также сопоставить их распространенности за анализируемый период.

Материалы и методы. Обследованы две выборки, сформированные из неорганизованного населения, постоянно проживавшего на территории г. Красноярск в 2006 и 2012 гг. Оценка выраженности симптомов депрессии в обоих случаях проводилась согласно HADS(d).

Результаты. В обеих выборках отмечена связь частоты симптомов депрессии с возрастом. В 2012 г. выявлены социальные и экономические факторы депрессии: отсутствие высшего образования, вдовство, безработица и бедность семьи. Установлено значимое снижение частоты повышенной (39,1 против 16,4%) и клинической депрессии (14,6 против 4,5%) за период с 2006 по 2012 г.

Заключение. В 2012 г. частота уровня депрессии «выше нормы» по HADS(d) в трудоспособном возрасте во многом обусловлена влиянием социально-экономических факторов. Установлено снижение частоты повышенного и клинического уровня депрессии по HADS(d) среди взрослого населения г. Красноярск за период с 2006 по 2012 г.

Ключевые слова: распространенность депрессии, распространенность социально-экономических факторов, взаимосвязь депрессии и социально-экономических факторов, гендерные различия депрессии.

Конфликт интересов. Авторы декларируют отсутствие явных и потенциальных конфликтов интересов, связанных с публикацией настоящей статьи.

Источник финансирования. Авторы заявляют об отсутствии финансирования.

Соответствие принципам этики. Все пациенты подписали информированное согласие на участие в исследовании. Исследования «Профилактика и лечение артериальной гипертонии», «ЭССЕ-РФ 2012» в г. Красноярске были одобрены локальным этическим комитетом (ЛЭК) КрасГМУ (протокол № 23 от 02.04.2006), независимыми этическим комитетом ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр профилактической медицины» и ЛЭК КрасГМУ (протокол № 12 от 08.10.2012). Разрешение на обработку данных исследования авторами статьи получено ЛЭК ГМУ (протокол № 66 от 15.12.2015).

Для цитирования: Песковец Р.Д., Штарик С.Ю., Евсюков А.А. Скрининг депрессии с оценкой социально-экономического статуса пациентов в первичной медицинской сети в крупном промышленном центре Восточной Сибири. *Бюллетень сибирской медицины.* 2020; 19 (2): 78–84. <https://doi.org/ 10.20538/1682-0363-2020-2-78–84>.

Screening of depression with an assessment of the socioeconomic status of patients in the primary care network in the large industrial city of Eastern Siberia

Peskovets R.D., Shtarik S.Yu., Evsyukov A.A.

Krasnoyarsk State Medical University n.a. prof. V.F. Voyno-Yasenetsky
1, Partizana Zheleznyaka Str., 660022, Russian Federation

ABSTRACT

The aim was to compare the relationship between the severity of depression symptoms among the unorganized population of Krasnoyarsk in 2006 and 2012 with respect to socioeconomic and demographic factors; and to compare their prevalence for the analyzed period.

Materials and methods. Two sample groups were selected from the unorganized population that resided permanently in the territory of Krasnoyarsk in 2006 and 2012. Evaluation of the severity of depression in both cases was carried out according to the Hospital Anxiety and Depression Scale, Depression subscale (HADS-D).

Results. In both sample groups, the frequency of depression was associated with age. In 2012, social and economic factors of depression were revealed: lack of higher education, widowhood, unemployment and family poverty. A significant decrease in the frequency of increased (39.1% vs 16.4%) and clinical depression (14.6% vs 4.5%) was found for the period from 2006 to 2012.

Conclusions. In 2012, the frequency of the above-normal depression level according to HADS-D in working age population was largely determined by the influence of socioeconomic factors. A decrease in the frequency of increased and clinical levels of depression among the adult population of Krasnoyarsk over the period from 2006 to 2012 was established.

Key words: prevalence of depression, prevalence of socioeconomic factors, relationship between depression and socioeconomic factors, gender differences in depression

Conflict of interest. The authors declare no obvious and potential conflicts of interest related to the publication of this article.

Source of financing. The authors state that they received no funding for the study.

Conformity with the principles of ethics. The study "Prevention and Treatment of Hypertension" was approved by the Local Ethics Committee (LEC) of KrasSMU (Protocol No. 23, of April 4, 2006). The study "ESSE-RF 2012" was approved by the independent Ethics Committee of the National Medical Research Center of Preventive Medicine and LEC of KrasSMU (Protocol No. 12, of October 8, 2012). Permission to process the data of the study was received from LEC of KrasSMU (Protocol No. 66, of December 15, 2015).

For citation: Peskovets R.D., Shtarik S.Yu., Evsyukov A.A. Screening of depression with an assessment of the socioeconomic status of patients in the primary care network in the large industrial city of Eastern Siberia. *Bulletin of Siberian Medicine*. 2020; 19 (2): 78–84. <https://doi.org/10.20538/1682-0363-2020-2-78-84>.

ВВЕДЕНИЕ

В последние годы все большее внимание отечественных и зарубежных исследователей привлекает проблема роста расстройств настроения в трудоспособном возрасте. Так, по оценкам Всемирной организации здравоохранения, к 2020 г. депрессия займет второе место среди основных причин нетрудоспособности, уступая первую позицию сердечно-сосудистым заболеваниям (ССЗ). Между тем в России сохраняется значительный разброс данных в отношении распространенности депрессии в общей медицинской сети, что связано с низким скринин-

гом симптомов депрессии на амбулаторном этапе, а также отсутствием унифицированного метода ее диагностики [1].

В этой связи под руководством академика А.Б. Смулевича была разработана методика выявления тревожных и депрессивных расстройств с использованием психометрических шкал; при этом отдавалось предпочтение субъективным опросникам, так как их заполнение не требует участия психиатра и специальных навыков для интерпретации полученных данных врачами общей практики [2]. Доказано, что используемая в нашем исследовании Госпитальная шкала тревоги и депрессии HADS (The

Hospital Anxiety and Depression Scale) обладает высокой валидностью в отношении диагностики депрессии как среди пациентов общемедицинской сети, так и в общей популяции, что было подтверждено рядом исследований; кроме того, данный опросник не занимает много времени и не вызывает затруднений у пациента при его заполнении [1, 3, 4].

В настоящее время депрессивным расстройствам отводится ключевая роль в развитии ССЗ; считается, что депрессия является «переходным мостиком» между социальными (уровень дохода, обеспеченность семьи и др.) и биологическими факторами риска (ФР) [5]. Хорошо известно, что низкий социальный статус ассоциирован с неблагоприятным профилем поведения (курение и злоупотребление алкоголем), пусковым фактором которого являются стресс и депрессия [6]. В то же время не существует единого мнения относительно влияния социальных факторов на течение депрессии в трудоспособном возрасте. Некоторые исследователи считают, что меньший риск депрессии среди работающих лиц в зрелом и пожилом возрасте связан, прежде всего, с их соматическим состоянием, однако существует и иная точка зрения, согласно которой первостепенное значение защиты от депрессии отводится фактору трудовой занятости [6, 7].

В исследовании О.В. Цыганковой отсутствие семьи, низкий уровень дохода, возраст и безработица проявили сильные связи с высокой частотой субдепрессии у пациентов с ишемической болезнью сердца (ИБС) [8]. По данным А.В. Орлова, высокая частота депрессии среди взрослого населения г. Санкт-Петербурга, прежде всего, обусловлена низким уровнем дохода; наряду с этим другие исследования показали, что более высокий уровень депрессии связан с низким уровнем образования, а не благосостоянием семьи [5, 9]. В исследовании Е.В. Лебедевой (2018) нарушения социальной адаптации (управление доходами, семейные проблемы) проявили значимую связь с аффективными расстройствами среди пациентов с ИБС [10].

В г. Красноярске было проведено единственное крупное исследование, посвященное изучению распространенности депрессии; изучена связь депрессии с артериальной гипертензией. В то же время не проводились исследования, касающиеся связи депрессии с социально-экономическими факторами, что делает нашу работу актуальной в научном и прикладном направлении [11, 12].

Цель исследования – оценка связи симптомов депрессии с социально-экономическими и демографическими факторами, а также оценка встречаемости симптомов депрессии в двух независимых выборках,

сформированных из неорганизованного населения г. Красноярска в 2006 и 2012 гг. с использованием психометрического тестирования (шкалы HADS(d)).

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В работе приводится анализ двух независимых выборок: первая была сформирована в 2006 г. в рамках региональной целевой программы «Профилактика и лечение артериальной гипертонии», осуществляемой в Красноярском крае с 2001 г., вторая – в 2012 г. в ходе многоцентрового исследования «Эпидемиология сердечно-сосудистых заболеваний в регионах Российской Федерации-2012» («ЭССЕ РФ-2012»). Проект «ЭССЕ РФ-2012» является последним эпидемиологическим исследованием, в ходе которого изучалась частота ФР ССЗ, в том числе и симптомов депрессии, среди взрослого населения г. Красноярска. Между тем координаторами исследования в г. Красноярске Ю.И. Гриншейном и М.М. Петровой был сделан акцент на анализе только традиционных ФР, при этом попытки оценки данных ФР с депрессией до сих пор не предпринимались [12].

В анализе С.А. Шальной приводятся данные психометрического тестирования для 10 регионов – участников исследования, аналогичные сведения по г. Красноярску (частота повышенной / клинически выраженной депрессии по HADS(d), гендерные аспекты депрессии) отсутствуют [1]. Кроме того, похожих исследований после 2012 г. в случайных выборках г. Красноярска не проводилось. Полученные данные могут быть использованы с целью разработки мероприятий, направленных на своевременный скрининг и профилактику депрессии в общемедицинской сети.

В обоих случаях сформированы стратифицированные случайные выборки по методу Киша с учетом принципов кластерности и репрезентативности по полу и возрасту (25–64 лет) [12]. В 2006 г. методом случайной выборки в 10 поликлиниках г. Красноярска включили в исследование 322 человека: 105 мужчин (32,6%) и 217 женщин (67,4%), отклик на исследование составил 80,2%. Объем репрезентативной выборки определен на основе метода В.И. Паниотто (2003), согласно которому для совокупности более 100 тыс. человек размер выборки составляет 400 единиц [13]. В 2012 г. в четырех городских поликлиниках было обследовано 1 123 пациента, отклик на исследование составил 80%. Корректные данные по HADS(d) были получены от 1 120 респондентов: 408 мужчин (36,4%) и 712 женщин (63,6%).

В 2006 г. оценивались следующие социально-демографические факторы: возраст, отсутствие высшего образования, принадлежность к руководящему составу и наличие инвалидности; в 2012 г. – отсут-

ствие высшего образования, отсутствие семьи, вдовство, отсутствие работы, инвалидность, бедность семьи на субъективном восприятии. Сравнительная характеристика частоты некоторых изучаемых факторов в 2006 и 2012 гг. приведена в табл. 1.

Таблица 1

Сравнительная характеристика частоты изучаемых факторов в 2006 и 2012 гг., абс. (отн., %)			
Фактор	Количество пациентов, 2006 г.	Количество пациентов, 2012 г.	<i>p</i>
Пол: – женский; – мужской	217 (67,4) 105 (32,6)	714 (63,6) 409 (36,4)	0,208
Возраст: – ≥45 лет; – <45 лет	194 (60,2) 128 (39,8)	558 (49,8) 562 (50,2)	<0,001*
Высшее образование: – есть; – нет	93 (29,2) 226 (70,8)	602 (53,8) 518 (46,2)	<0,001*
Инвалидность: – есть; – нет	24 (7,5) 298 (92,5)	39 (3,5) 1 081 (96,5)	0,003*

Примечание. Здесь и в табл. 2 уровень образования определен у 319 пациентов: 105 мужчин и 214 женщин.

* значимые различия между группами (по критерию Манна – Уитни для уровня депрессии и согласно критерию χ^2 для прочих показателей) (здесь и в табл. 2, 3).

Выраженность симптомов депрессии оценивалась согласно подшкале депрессии HADS(d), надежность, чувствительность и специфичность которой в России были установлены в ходе исследования, проведенного на этапе подготовки к выполнению программы КОМПАС. Доказано, что при использовании данной методики с учетом оптимальных точек отграничения

риск пропустить депрессию невелик. При интерпретации результатов учитывался суммарный показатель по подшкале «депрессия (D)»: 0–7 баллов – отсутствие депрессии; 8–10 баллов – «субклинически выраженная депрессия»; 11 баллов и выше – «клинически выраженная депрессия»; 8+ – повышенный уровень депрессии – суммарный показатель субклинической и клинической депрессии [3, 5].

Статистическая обработка полученных данных проводилась с использованием прикладных программ SPSS v. 23 (StatSoft Inc., США) и электронных таблиц Microsoft Excel (2010). В исследовании применены непараметрические критерии: *U*-критерий Манна – Уитни и критерий Вилкоксона при попарных сравнениях и критерий Краскела – Уоллиса при множественных сравнениях. Количественные данные представлены в виде медианы нижнего и верхнего процентиля $Me (Q_{25}–Q_{75})$, качественные – в виде относительной частоты (%). Оценка сравнения качественных показателей проводилась с использованием критерия χ^2 Пирсона с учетом степеней свободы *df*. Критический уровень статистической значимости при проверке нулевой гипотезы принимался равным 0,05 и менее. В статье обсуждаются только статистически значимые связи.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Результаты оценки выраженности симптомов депрессии в двух выборках приведены в табл. 2 и 3; при сравнении лиц в 2006 и 2012 г. было установлено значимое снижение доли лиц с повышенным уровнем депрессии ($\chi^2 = 76,4$; *df* = 1; *p* < 0,001) и клинической депрессией ($\chi^2 = 40,9$; *df* = 1; *p* < 0,001); при этом медиана среднего уровня депрессии в 2006 г. была значимо выше, чем в 2012 г. (*p* < 0,001).

Таблица 2

Взаимосвязь симптомов депрессии с полом, уровнем образования, возрастом, принадлежностью к руководящей должности и инвалидностью в 2006 г., <i>n</i> = 322			
Показатель	Уровень депрессии, $Me (Q_{25}–Q_{75})$	Количество и частота пациентов с различными уровнями депрессии, <i>n</i> (%)	
		HADS ≥ 8	HADS ≥ 11
Общая выборка	6,0 (3,75–10,0)	126 из 322 (39,1)	47 из 322 (14,6)
Мужчины	7,0 (3,5–10,0)	43 из 105 (41,0)	16 из 105 (15,2)
Женщины	6,0 (3,5–10)	83 из 217 (38,2)	31 из 217 (14,3)
Высшее образование:			
– есть;	6,0 (3,0–9,0)	32 из 93 (34,4)	12 из 93 (12,9)
– нет	7,0 (4,0–10,0)	93 из 226 (41,2)	34 из 226 (15,0)
Возраст:			
– ≥ 45 лет;	7,0 (5,0–10,0)*	90 из 194 (46,4)*	37 из 194 (19,1)*
– < 45 лет	5,0 (2,0–8,0)*	36 из 128 (28,1)*	10 из 128 (7,8)*
Руководящая должность:			
– да;	6,0 (3,75–9,0)	25 из 66 (37,9)	9 из 66 (13,6)
– нет	7,0 (3,25–10,0)	101 из 256 (39,5)	38 из 256 (14,8)
Инвалидность:			
– есть;	8,0 (5,3–11,5)*	13 из 24 (54,2)	6 из 24 (25,0)
– нет	6,0 (3,0–9,0)*	113 из 298 (37,9)	41 из 298 (13,8)

Взаимосвязь депрессии с полом, уровнем образования, возрастом, семейным статусом и занятостью в 2012 г., <i>n</i> = 1 120			
Показатель	Уровень депрессии, <i>Me</i> (Q_{25} – Q_{75})	Количество и частота пациентов с различными уровнями депрессии, <i>n</i> (%)	
		HADS \geq 8	HADS \geq 11
Общая выборка	4,0 (2,0–6,0)	184 из 1 120 (16,4)	50 из 1 120 (4,5)
Мужчины	3,0 (1,25–6,0)*	56 из 408 (13,7)	16 из 408 (3,9)
Женщины	4,0 (2,0–6,75)*	128 из 712 (18,0)	34 из 712 (4,8)
Высшее образование:			
– есть;	3,0 (1,0–6,0)*	83 из 602 (13,8)*	24 из 602 (4,0)
– нет	4,0 (2,0–7,0)*	101 из 518 (19,5)*	26 из 518 (5,0)
Возраст:			
– \geq 45 лет;	4,0 (2,0–6,0)*	102 из 558 (18,3)	33 из 558 (5,9)*
– < 45 лет	3,0 (2,0–6,0)*	82 из 562 (14,6)	17 из 562 (3,0)*
Семейный статус:			
– семья есть;	4,0 (1,8–6,0)	148 из 918 (16,1)	42 из 918 (4,6)
– семьи нет	4,0 (2,0–7,0)	36 из 202 (17,8)	8 из 202 (4,0)
Вдовство:			
– есть;	5,0 (2,0–8,0)*	23 из 86 (26,7)*	5 из 86 (5,8)
– нет	4,0 (2,0–6,0)*	160 из 1 032 (15,5)*	45 из 1 032 (4,4)
Инвалидность:			
– есть;	5,0 (1,0–7,0)	9 из 39 (23,1)	1 из 39 (2,6)
– нет	4,0 (2,0–6,0)	175 из 1 081 (16,2)	49 из 1 081 (4,5)
Отсутствие работы:			
– да;	5,0 (1,5–7,0)	12 из 57 (21,1)	7 из 57 (12,3)*
– нет	4,0 (2,0–6,0)	172 из 1 063 (16,2)	43 из 1 063 (4,0)*
Бедность семьи:			
– да;	4,0 (2,0–6,0)*	33 из 101 (32,7)*	12 из 101 (11,9)*
– нет	5,0 (2,5–8,0)*	151 из 1 019 (14,8)*	38 из 1 019 (3,7)*

В 2006 г. мужчины и женщины были статистически сопоставимы как по уровню ($p = 0,722$), так и по частоте повышенной ($\chi^2 = 0,2$; $df = 1$; $p = 0,641$) и клинической ($\chi^2 = 0,1$; $df = 1$; $p = 0,820$) депрессии. В 2012 г. среди женщин были отмечены незначимые тенденции к большей частоте повышенной ($\chi^2 = 3,4$; $df = 1$; $p = 0,065$) и клинической депрессии ($\chi^2 = 0,44$; $df = 1$; $p = 0,506$), в то же время мужчины характеризовались более низким уровнем депрессии ($p = 0,002$). В 2006 г. депрессия не проявляла значимой связи с социально-экономическими факторами, в 2012 г. частота симптомов депрессии имела выраженную зависимость от ФР. Так, в 2006 г. отсутствие высшего образования не влияло на частоту повышенной депрессии ($\chi^2 = 1,3$; $df = 1$; $p = 0,262$), однако в 2012 г. данный фактор ассоциировался с большей частотой повышенной депрессии ($\chi^2 = 6,6$; $df = 1$; $p = 0,010$). В 2012 г. вдовство ассоциировалось с большей частотой повышенной депрессии ($\chi^2 = 6,6$; $df = 1$; $p = 0,010$), а безработица в 3 раза увеличивала вероятность развития клинической депрессии ($\chi^2 = 6,8$; $df = 1$; $p = 0,009$ с поправкой Йетса). В семьях с низким благосостоянием повышенный и клинический уровни депрессии регистрировались значимо чаще, чем в более обеспеченных семьях ($\chi^2 = 21,3$; $df = 1$;

$p < 0,001$ и $\chi^2 = 14,3$; $df = 1$; $p < 0,001$ соответственно). Для анализа связи депрессии с возрастом лица были разделены на две группы: от 25 до 44 лет и от 45 до 64 лет. В 2006 г. анализ показал преобладание лиц с повышенной ($\chi^2 = 10,8$; $df = 1$; $p = 0,001$) и клинической депрессией ($\chi^2 = 7,8$; $df = 1$; $p = 0,005$) в более старшей возрастной группе (≥ 45 лет); при этом в 2012 г. связь возраста с частотой симптомов депрессии оказалась более слабой как по силе, так и по уровню статистической значимости и достигала значимых различий между группами только в отношении клинической депрессии ($\chi^2 = 5,5$; $df = 1$; $p = 0,019$).

ОБСУЖДЕНИЕ

Полученные нами данные по частоте симптомов депрессии по HADS(d) среди взрослого населения г. Красноярск в 2006 г. согласуются с данными С.Ю. Штарик, согласно которым в 2004–2008 гг. расстройства депрессивного спектра (РДС) по тесту Бека были выявлены среди 34,7% респондентов в возрасте 19–64 лет, в то же время однозначно сопоставить результаты обоих исследований невозможно ввиду различий в методиках психометрического тестирования и возраста испытуемых. По оценке С.А. Шальной, среди 10 регионов – участников исследования

«ЭССС РФ-2012» по HADS(d) повышенный уровень депрессии регистрируется среди 25,6% взрослого населения нашей страны, при этом $\frac{1}{3}$ показателя (8,8%) приходится на клинический уровень. В 2012 г. население г. Красноярска оказалось сопоставимым по частоте повышенной и клинической депрессии с Кемеровской (16,7 и 5,0%) областью и г. Санкт-Петербургом (18,9 и 5,7%) [1, 11].

Наши результаты несколько разнятся с данными российских и зарубежных авторов, согласно которым симптомы депрессии среди женщин встречаются в 2–4 раза чаще (особенно в постклимактерическом периоде) в сравнении с мужчинами: в исследовании НАРИЕЕ в выборке из 2 151 респондента в возрасте 45–64 лет по шкале CES-D частота депрессии среди женщин достигала 44%, а среди мужчин – вдвое меньше (23%); в работе О.В. Цыганковой среди 245 пациентов с ИБС в возрасте 35–65 лет вероятность обнаружения субдепрессии по шкале Зунга у женщин была в 2 раза выше – 41,2% против 24,0 [7, 8, 14]. В то же время в г. Красноярске группы пациентов с РДС в 2004–2008 гг. по половому составу были сопоставимы [11]. Следует отметить, что в исследовании «ЭССС РФ-2012» среди 10 субъектов РФ мужчины и женщины по частоте симптомов депрессии различались незначительно: 20,6% среди женщин против 20,0% среди мужчин по показателю HADS(d) ≥ 8 , а в работе F.N. Jaska (2011) среди 2 957 норвежцев в возрасте 46–49 лет уровень депрессии «выше нормы» по HADS(d) регистрировался среди 9,6% мужчин и 7,6% женщин [1, 15].

Проведенное исследование подтверждает, что низкий уровень образования и бедность семьи являются факторами, ассоциированными с низким социальным статусом и высокой распространенностью депрессии [1, 11]. В 2012 г. связи частоты симптомов депрессии с бедностью семьи оказались сильнее, чем с низким уровнем образования по силе и уровню значимости. В 2004–2008 гг. в г. Красноярске пациенты с РДС по шкале Бека имели более низкий уровень образования [11]. В исследовании А.В. Орлова среди 1 600 жителей г. Санкт-Петербурга в возрасте 25–64 лет в ходе регрессионного анализа после поправки на пол и биологические ФР связь симптомов депрессии по HADS(d) с низким образованием не подтвердилась [5].

Считается, что одиночество и смерть близких являются ФР депрессии [6]. По нашим данным, в 2012 г. вдовы лица наиболее часто встречались в старшей возрастной группе 55–64 лет (61,6%), среди них частота повышенного уровня депрессии была максимальной – 26,7%. В 2006 г. частота симптомов депрессии не зависела от занимаемой должности, в то же время в 2012 г. отсутствие работы ассоци-

ровалось с большей частотой клинического уровня депрессии. При этом, как отмечено в работе О.В. Цыганковой, среди женщин субсиндромальные проявления депрессии проявляют более сильную связь с безработицей, чем с отсутствием семьи и возрастом [8]. Очевидно, что на современном этапе прослеживается тенденция в пользу ослабления ассоциации между возрастом и частотой депрессии. По мнению В.В. Гафарова, с наступлением 45 лет значение возраста перестает влиять на распространенность депрессии, и в возрасте 45–69 лет средний уровень депрессии остается на одном уровне [16]. Между тем в обеих выборках лица с клинически выраженной депрессией по HADS(d) чаще всего регистрировались в старшей возрастной группе. Аналогичный рост градиента частоты симптомов депрессии по мере увеличения возраста был отмечен в исследовании С.А. Шальной, однако в рамках исследования НАРИЕЕ среди жителей г. Новосибирска данная ассоциация оказалась незначимой [1, 7, 16].

На результаты проведенного исследования существенные ограничения вносит ряд факторов. Изучаемые выборки различались по возрасту испытуемых; значимыми были различия по частоте лиц с инвалидностью (что можно объяснить их естественной гибелью за 6-летний период) и с высшим образованием (29,2% против 46,3, обусловленный, по всей видимости, приростом населения в 2012 г.). В то же время инвалидность и низкий уровень образования в 2006 г. не влияли на вариабельность симптомов депрессии. Так или иначе, к выводам о снижении частоты симптомов депрессии в 2012 г. следует отнестись с некоторой долей критики.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В настоящее время возросло влияние социально-экономических факторов на вариабельность симптомов депрессии: если в 2006 г. такие связи не прослеживались, то в 2012 г. мы смогли выявить «социальные» категории лиц, наиболее склонных к депрессии. С 2006 по 2012 г. среди взрослого населения г. Красноярска отмечено снижение частоты повышенного и клинического уровней депрессии по HADS(d).

ЛИТЕРАТУРА

1. Шальной С.А., Евтифеева С.Е., Деев А.Д., Артамонова Г.В., Гатагонова Т.М., Дупляков Д.В., Ефанов А.Ю., Жернакова Ю.В., Конради А.О., Либси Р.А., Минаков Э.В., Недогода С.В., Ощепкова Е.В., Романчук С.В., Ротарь О.П., Трубачева И.А., Шляхто Е.В., Бойцов С.А. Распространенность тревоги и депрессии в различных регионах Российской Федерации и ее ассоциации с социально-демографическими факторами (по данным исследования

- ЭССЕ-РФ). *Терапевтический архив*. 2014. 86 (12): 53–60. DOI: 10.17116/terarkh2014861253-60.
- Смулевич А.Б. Депрессия в общемедицинской практике. М.: Берг, 2000: 160.
 - Vjelland I., Dahl A.A., Haug T.T., Neckelmann D. The validity of the Hospital Anxiety and Depression Scale. An updated literature review. *Journal of Psychosomatic Research*. 2002; 52: 69–77. DOI: 10.1016/s0022-3999(01)00296-3.
 - Андрющенко А.В., Дробижев М.Ю., Добровольский А.В. Сравнительная оценка шкал CES-D, BDI и HADS (d) в диагностике депрессий в общемедицинской практике. *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова*. 2003; 5: 11–18.
 - Орлов А.В., Ротарь О.П., Бояринова М.А., Алиева А.С., Могучая Е.В., Паскарь Н.А., Солнцев В.Н., Баранова Е.А., Коиради А.О. Тревожно-депрессивные расстройства – связующее звено между социально-экономическими, поведенческими и биологическими сердечно-сосудистыми факторами риска? *Сибирское медицинское обозрение*. 2017; 2 (104): 60–66. DOI: 10.20333/2500136-2017-2-60-66.
 - Иванец Н.Н., Кинкулькина М.А., Морозов Д.И., Авдеева Т.И. Психогенные депрессии: современный взгляд на возрастные особенности клинической картины и терапии. Сравнительная характеристика особенностей психотравмирующих событий, вызывающих психогенные депрессии в молодом и позднем возрасте (пилотное исследование). *Психиатрия и психофармакотерапия*. 2017; 19 (5): 4–14.
 - Bobak M., Pikhart H., Pajak A., Kubinova R., Malyutina S., Sebakova H., Topor-Madry R., Nikitin Yu., Marmot M. Depressive symptoms in urban population samples in Russia, Poland and the Czech Republic. *The British Journal of Psychiatry*. 2006; 188 (4): 359–365. DOI: 10.1192/bjp.188.4.359.
 - Цыганкова О.В., Платонов Д.Ю., Николаев К.Ю., Бондарева З.Г., Рагино Ю.И., Латынцева Л.Д., Екимова Ю.С., Костюк Т.А. Распространенность субдепрессии у пациентов с хронической ишемической болезнью сердца и ее связь с демографическими и социально-экономическими факторами. *Проблемы женского здоровья*. 2014; 9 (2): 18–26.
 - Winkleby M.A., Jatulis D.E., Frank E., Fortmann S.P. Socio-economic status and health: how education, income, and occupation contribute to risk factors for cardiovascular disease. *American Journal of Public Health*. 1992; 82 (6): 816–820. DOI: 10.2105/ajph.82.6.816.
 - Лебедева Е.В., Счастный Е.Д., Симуткин Г.Г., Репин А.Н., Нонка Т.Г. Клиническая характеристика аффективных расстройств и эффективность антидепрессивной терапии у больных хронической ишемической болезнью сердца. *Бюллетень сибирской медицины*. 2018; 17 (4): 85–93. DOI: 10.20538/1682-0363-2018-4-85-93.
 - Штарик С.Ю., Петрова М.М., Гарганеева Н.П. «Психическое здоровье» большого города. *Психическое здоровье*. 2010; 8 (2): 34–41.
 - Гринштейн Ю.И., Петрова М.М., Шабалин В.В., Руф Р.Р., Баланова Ю.А., Евстифеева С.Е., Евсюков А.А., Данилова Л.К., Топольская Н.В., Косинова А.А., Штрих А.Ю., Шульмин А.В. Распространенность артериальной гипертензии в Красноярском крае по данным эпидемиологического исследования ЭССЕ-РФ. *Артериальная гипертензия*. 2016; 22 (6): 551–559. DOI: 10.18705/1607-419X-2016-22-6-551-559.
 - Паниотто В.И., Харченко Н.Н. Социологические исследования как способ контроля за результатами выборов и референдумов. *Социология: методология, методы, математическое моделирование*. 2003; 17: 34–55.
 - Бохан Н.А., Лукьянова Е.В., Симуткин Г.Г. Депрессивные расстройства у женщин в климактерическом возрасте (обзор зарубежной литературы за 2012–2016 гг.). *Бюллетень сибирской медицины*. 2018; 17 (2): 100–113. DOI: 10.20538/1682-0363-2018-2-100-113.
 - Jacka F.N., Mykletun A., Berk M. et al. The association between habitual diet quality and the common mental disorders in community-dwelling adults: The Hordaland Health Study. *Journal Psychosomatic Medicine*. 2011; 73 (6): 483–490. DOI: 10.1097/PSY.0b013e318222831a.
 - Гафаров В.В., Гагулин И.В., Громова Е.А., Панов Д.О., Гафарова А.В. Депрессия, тревога и нарушения сна у населения 45-69 лет в России (Сибирь): эпидемиологическое исследование. *Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика*. 2017; 9 (4): 31–37. DOI: 10.14412/2074-2711-2017-4-31-37.

Сведения об авторах

Песковец Роман Дмитриевич, аспирант, кафедра поликлинической терапии, семейной медицины и ЗОЖ с курсом ПО, КрасГМУ им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого, г. Красноярск. ORCID 0000-0002-7192-5700.

Штарик Светлана Юрьевна, д-р мед. наук, профессор, кафедра поликлинической терапии, семейной медицины и ЗОЖ с курсом ПО, КрасГМУ им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого, г. Красноярск. ORCID 0000-0003-3245-1132.

Евсюков Александр Александрович, канд. мед. наук, доцент, кафедра поликлинической терапии, семейной медицины и ЗОЖ с курсом ПО, КрасГМУ им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого, г. Красноярск.

(✉) **Песковец Роман Дмитриевич**, e-mail: roman_peskovets@inbox.ru.

Поступила в редакцию 02.04.2019

Подписана в печать 25.12.2019