

ОРИГИНАЛЬНЫЕ СТАТЬИ

DOI: <http://dx.doi.org/10.31089/1026-9428-2020-60-2-74-80>

УДК 616.6+616.89

© Коллектив авторов, 2020

Жовнерчук Е.В.^{1,2}, Бухтияров И.В.¹, Хатин Д.Е.¹, Московенко А.В.¹, Сериков В.В.¹, Закревская А.А.¹**Тревожно-депрессивная симптоматика у больных в клинике профессиональных заболеваний**¹ФГБНУ «Научно-исследовательский институт медицины труда им. Н.Ф. Измерова», пр-т Буденного, 31, Москва, Россия, 105275;²Академия постдипломного образования ФГБУ «Федеральный научно-клинический центр специализированных видов медицинской помощи и медицинских технологий» ФМБА России, Волоколамское шоссе, 91, Москва, Россия, 125371

Актуальность. Депрессия и тревога, наблюдающаяся в общей медицинской практике, может приводить к дезадаптирующим состояниям, снижающим работоспособность, и способствует проявлению различных психосоматических нарушений. Поэтому своевременная диагностика данных расстройств во многих случаях становится важным условием успешности оказания медицинской помощи и возвращения пациента к труду. Клинические проявления профессиональных и производственно обусловленных заболеваний зачастую сопровождаются тревожной и депрессивной симптоматикой, которая может протекать как коморбидное психическое расстройство либо быть аффективным включением.

Цель исследования — изучить характер распределения и выраженность значений вторичной тревоги и депрессии при оказании специальной стационарной медицинской помощи по профилю профпатологии путем проведения скринингового обследования и разработать практические рекомендации по диагностике.

Материалы и методы. С помощью госпитальной шкалы тревоги и депрессии HADS и шкалы депрессии Бека у входящего потока пациентов ($n=260$) проводилось тестирование на выявление показаний вторичной тревоги и депрессии. Для изучения зависимостей выраженности значений тревоги от выраженности значений депрессии и выраженности тревоги и депрессии от возраста пациентов использовался корреляционный анализ. С помощью критерия Манна — Уитни проведено сравнение между выборкой респондентов со значениями тревоги и депрессии и контрольной группой с нормальными показателями для всех групп болезней по МКБ–10. Также в общей выборке и в отдельности для группы мужчин и женщин проведено сравнение трех групп заболеваний — профессиональных, производственно обусловленных и других.

Результаты. В группе риска из 94 пациентов с выраженной симптоматикой тревоги ($10,9 \pm 2,84$) и депрессии ($10,2 \pm 1,9$) 67% составили женщины. У данной группы более высокие показатели тревоги и депрессии по опроснику HADS по сравнению с группой мужчин (33%, $p < 0,001$). Зависимость выраженности признаков тревоги от выраженности признаков депрессии для совместной выборки мужчин и женщин составила 0,337 ($p \leq 0,05$). В отдельности для группы женщин 0,251 ($p \leq 0,05$) и для группы мужчин 0,252 ($p \leq 0,05$). Это позволяет считать, что с повышением выраженности тревоги может расти и выраженность депрессии. Зависимость между возрастом пациента и выраженностью его симптомов тревоги 0,144 ($p \leq 0,05$) и депрессии 0,199 ($p \leq 0,05$) подтверждает тенденцию к данной зависимости. Характер распределения показателей тревоги и депрессии среди пациентов с профессиональной и производственно обусловленной патологией показал преобладание значения тревоги при профессиональных ($10,5 \pm 2,4$) и производственно обусловленных ($11,8 \pm 3,2$) заболеваниях в группе женщин. Преобладание депрессии при профессиональных ($10,5 \pm 2,4$) и производственно обусловленных ($10,4 \pm 2$) заболеваниях также была выявлена в группе женщин. Критерий различия между выборкой респондентов со значениями тревоги и депрессии и контрольной группой с нормальными показателями для всех групп болезней по МКБ–10 ($p < 0,001$). Различия показателей депрессии между группами профессиональных и производственно обусловленных заболеваний ($p = 0,08$) свидетельствуют о том, что у пациентов с профессиональными заболеваниями значения по шкале депрессии более выражены. У женщин с профессиональными и производственно обусловленными заболеваниями значения депрессии гораздо выше, чем у женщин с прочими заболеваниями ($p = 0,02$). Таким образом, у женщины с профессиональными и производственно обусловленными заболеваниями показатели шкал тревоги и депрессии выше, чем у мужчин.

Выводы. Скрининговое обследование на наличие признаков тревоги и депрессии при оказании специальной стационарной медицинской помощи по профилю профпатологии, выявило повышенные показатели по тревоге и депрессии в группе женщин. С повышением выраженности показателей тревоги растет и выраженность показателей депрессии. Зависимость показателей тревоги и депрессии от возраста пациентов подтверждают тенденцию к данной зависимости. Характер распределения показателей тревоги и депрессии среди пациентов с профессиональной и производственно обусловленной патологией показал преобладание значения тревоги при профессиональных и производственно обусловленных заболеваниях в группе женщин. Преобладание показателей депрессии при профессиональных и производственно обусловленных заболеваниях также была выявлена в группе женщин. В женской группе у пациенток с профессиональными и производственно обусловленными заболеваниями показатели депрессии гораздо выше, чем у пациенток с прочими заболеваниями. Таким образом, женщины с профессиональными и производственно обусловленными заболеваниями более склонны испытывать тревожные и депрессивные переживания, чем мужчины. Разработка практических рекомендаций по диагностике признаков тревоги и депрессии сводится к психопросветительской работе по предупреждению негативной стигматизации вопросов, касающихся психического здоровья, проведения своевременных обследований с элементами биоинформационного моделирования и с использованием системы поддержки принятия врачебных решений.

Ключевые слова: показатели тревоги; показатели депрессии; профессиональное заболевание; производственно обусловленное заболевание

Для цитирования: Жовнерчук Е.В., Бухтияров И.В., Хатин Д.Е., Московенко А.В., Сериков В.В., Закревская А.А. Тревожно-депрессивная симптоматика у больных в клинике профессиональных заболеваний. *Мед. труда и пром. экол.* 2020; 60 (2). <http://dx.doi.org/10.31089/1026-9428-2020-60-2-74-80>

Для корреспонденции: Жовнерчук Евгений Владимирович, вед. науч. сотр. ФГБНУ «Научно-исследовательский институт медицины труда им. академика Н.Ф. Измерова», проф. каф. психиатрии, наркологии и психотерапии Академии постдипломного образования ФГБУ «ФНКЦ ФМБА России», д-р мед. наук, доц. E-mail: zheviy@yandex.ru

Финансирование. Исследование не имело спонсорской поддержки.

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Evgeny V. Zhovnerchuk^{1,2}, Igor V. Bukhtiyarov¹, Dmitry E. Khatin¹, Alexey V. Moskoenko¹, Vasily V. Serikov¹, Anna A. Zakrevskaya¹

Anxiety-depressive symptoms in patients in the clinic of occupational diseases

¹Izmerov Research Institute of Occupational Health, 31, Budennogo Ave., Moscow, Russia, 105275;

²Academy of postgraduate education “Federal Scientific and Clinical Center for Specialized Types of Medical Care and Medical Technologies”, 91, Volokolamskoye Highway, Moscow, Russia, 125371

Introduction. Depression and anxiety, observed in general medical practice, can lead to maladaptive states that reduce performance, and contributes to the manifestation of various psychosomatic disorders. Therefore, timely diagnosis of these disorders in many cases becomes an important condition for the success of medical care and the patient's return to work. Clinical manifestations of occupational and work-related diseases are often accompanied by anxiety and depressive symptoms, which can occur as a comorbid mental disorder or be affective inclusion.

The aim of the study is to explore the distribution and severity of secondary anxiety and depression in the provision of special inpatient medical care in the field of occupational pathology by conducting a screening examination and develop practical recommendations for diagnosis.

Materials and methods. The hospital's HADS anxiety and depression scale and Beck's depression scale were used to test for indications of secondary anxiety and depression in the incoming patient stream (n=260). Correlation analysis was used to study the dependence of the severity of anxiety values on the severity of depression values and the severity of anxiety and depression on the age of patients. Using the Mann-Whitney criterion, a comparison was made between a sample of respondents with anxiety and depression values and a control group with normal indicators for all disease groups according to ICD-10. Also, in the General sample and separately for a group of men and women, three groups of diseases were compared — professional, production-related, and others.

Results. In the risk group of 94 patients with severe symptoms of anxiety (10.9 ± 2.84) and depression (10.2 ± 1.9), 67% were women. This group has higher rates of anxiety and depression in the HADS survey compared to the group of men (33%, $p < 0.001$). The dependence of the severity of anxiety signs on the severity of depression signs for the joint sample of men and women was 0.337 ($p \leq 0.05$). Separately, for a group of women, 0.251 ($p \leq 0.05$) and for a group of men, 0.252 ($p \leq 0.05$). This suggests that as anxiety increases, the severity of depression may also increase. The relationship between the patient's age and the severity of his symptoms of anxiety 0.144 ($p \leq 0.05$) and depression 0.1199 ($p \leq 0.05$) confirms the trend towards this relationship. The distribution of anxiety and depression indicators among patients with occupational and work-related pathology showed a predominance of anxiety values in professional (10.5 ± 2.4) and work-related (11.8 ± 3.2) diseases in the group of women. The prevalence of depression in professional (10.5 ± 2.4) and production-related (10.4 ± 2) diseases was also detected in the group of women. Criterion for the difference between a sample of respondents with anxiety and depression values and a control group with normal indicators for all disease groups according to ICD-10 ($p < 0.001$). Differences in depression indicators between groups of occupational and work-related diseases ($p = 0.08$) indicate that patients with occupational diseases have more pronounced values on the depression scale. Women with occupational and work-related diseases have much higher depression values than women with other diseases ($p = 0.02$). Thus, women with occupational and work-related diseases have higher indicators of anxiety and depression scales than men.

Conclusions. Screening examination for signs of anxiety and depression in the provision of special inpatient medical care in the profile of occupational pathology, revealed increased indicators of anxiety and depression in the group of women. As the severity of anxiety indicators increases, so does the severity of depression indicators. The dependence of anxiety and depression indicators on the age of patients confirms the tendency to this dependence. The distribution of anxiety and depression indicators among patients with occupational and work-related pathology showed the predominance of the value of anxiety in professional and work-related diseases in the group of women. The predominance of indicators of depression in occupational and work-related diseases was also found in the group of women. In the female group, patients with occupational and work-related diseases have much higher rates of depression than patients with other diseases. Thus, women with occupational and work-related illnesses are more likely to experience anxiety and depression than men. The development of practical recommendations for the diagnosis of signs of anxiety and depression is reduced to psycho-educational work to prevent negative stigmatization of issues related to mental health, conducting timely examinations with elements of bioinformatics modeling and using a system to support medical decision-making.

Keywords: anxiety indicators; depression indicators; occupational disease; production-related disease

For citation: Zhovnerchuk E.V., Bukhtiyarov I.V., Khatin D.E., Moskoenko A.V., Serikov V.V., Zakrevskaya A.A. Anxiety-depressive symptoms in patients in the clinic of occupational diseases. *Med. truda i prom. ekol.* 2020; 60 (2). <http://dx.doi.org/10.31089/1026-9428-2020-60-2-74-80>

For correspondence: *Evgeny V. Zhovnerchik*, Leading researcher of Izmerov Research Institute of Occupational Health, professor of psychiatry, narcology and psychotherapy department of the Academy of postgraduate education “Federal Scientific and Clinical Center for specialized types of medical care and medical technologies”, Dr. of Sci. (Med.), Associate professor. E-mail: zhevnyy@yandex.ru

ORCID: Bukhtiyarov I.V. 0000-0002-8317-2718; Serikov V.V. 0000-0001-7523-4686

Funding. The study had no funding.

Conflict of interests. The authors declare no conflict of interests.

Актуальность. Клинические проявления профессиональных и производственно обусловленных заболеваний зачастую сопровождаются тревожно-депрессивной симптоматикой, которая может протекать как коморбидное психическое расстройство либо быть аффективным включением у пациентов, проходящих обследование и лечение в клинике профессиональных заболеваний [1–3].

По частоте тревога и депрессия в популяции по данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) к 2020 г. заняли второе место среди всех соматических заболеваний, приводящих к потере трудоспособности и инвалидности [4].

Депрессия и тревога, наблюдающиеся в общей медицинской практике, могут приводить к дезадаптирующим состояниям, снижающим работоспособность [5], а своевременная диагностика этих расстройств во многих случаях становится решающим условием успешности оказания медицинской помощи и возвращения пациента к труду.

В клинике профессиональных заболеваний прогнозируется тенденция к увеличению тревожно-депрессивных расстройств. В связи с этим возрастает роль диагностических подходов среди врачей-профпатологов. Учитывая сложность диагностики аффективных расстройств, перед врачам-интернистами встает актуальный вопрос разработки системы поддержки принятия врачебных решений (СППВР) и автоматизации этого процесса в клинике профессиональных заболеваний [6].

На данный момент существует немало количество эффективных и надежных методов по выявлению показателей невротической тревоги и депрессии. Среди них следует отметить шкалу депрессии Бека и госпитальную шкалу тревоги и депрессии HADS. Исследования особенностей шкалы депрессии Бека показали ее ретестовую надежность. Госпитальная шкала тревоги и депрессии HADS хорошо работает при оценке тяжести симптомов и выраженности тревожных расстройств и депрессии как у соматических, психиатрических пациентов и пациентов первичного звена медицинской помощи, так и у населения в целом [7,8].

Хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ) нередко оказывается коморбидной с тревожно-депрессивными состояниями. Распространенность депрессии среди больных ХОБЛ составляет от 8 до 49%, что значительно выше, чем в общей популяции ($\leq 5\%$). У больных ХОБЛ чаще наблюдается также тревожный синдром (по разным источникам — от 20 до 50%) в сравнении с населением в целом ($\leq 15\%$). Наличие депрессивного расстройства у 49,74% было диагностировано с помощью шкалы депрессии В. Зунга [9,10].

Самыми распространенными производственно обусловленными заболеваниями являются сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ), занимающие ведущее место в структуре смертности и утраты трудоспособности [11,12]. Согласно данным экспертов Европейского общества кардиологов, к факторам, влияющим на состояние здоровья пациентов с ССЗ, относят депрессию и тревогу [13]. В настоящее время по данным ВОЗ ишемическая болезнь сердца (ИБС) принад-

лежит к наиболее опасным для жизни и здоровья населения. Сочетание ИБС и депрессии значительно ухудшает клинический и социальный прогноз каждой из них. Было установлено, что риск депрессии значительно возрастает у пациентов с ИБС по сравнению с пациентами без ИБС. Доля пациентов, страдающих тревожно-депрессивными расстройствами, среди больных ИБС варьируется от 12 до 47%. Тревожно-депрессивные расстройства являются фактором риска развития ССЗ, но также доказана и обратная взаимосвязь. Например, тревожные расстройства играют важную роль в возникновении нарушений ритма сердца [14].

Выраженность тревожно-депрессивной симптоматики в наибольшей мере зависит от тяжести симптомов хронической сердечной недостаточности (ХСН) и возраста пациентов [15]. Исследование о влиянии депрессивной симптоматики на риск смерти от всех причин у пациентов с ХСН показало, что у 36,5% диагностирована легкая депрессивная симптоматика, у 21,2% — выраженные симптомы депрессии. За период наблюдения от всех причин умерли 21,2% пациентов. Относительный риск смерти от всех причин был значительно выше в группе пациентов с выраженными симптомами депрессии по сравнению с группой пациентов без признаков депрессивной симптоматики. У 62,2% пациентов причиной ХСН была ИБС. Также у 63,3% пациентов, имевших симптомы депрессии, частота выявления гиперхолестеринемии была выше [16]. Результаты другого исследования показали, что каждые 10 лет на 20% возрастает вероятность присутствия депрессивного симптома, а у пациентов старше 70 лет расстройство наблюдались в 61,7% случаев [17]. Современные рекомендации по ведению больных с ХСН предлагают своевременно выявлять тревожно-депрессивные симптомы и организовывать их терапию [18,19].

С помощью шкалы депрессии Бека выявилось наличие выраженной депрессии у пациентов с вибрационной болезнью второй степени от действия общей вибрации. У пациентов с вибрационной болезнью второй степени от действия локальной вибрации и пациентов с вибрационной болезнью первой степени от действия локальной вибрации присутствовала умеренная и легкая депрессия соответственно [20]. В другом исследовании проведенный анализ по госпитальной шкале тревоги и депрессии HADS показал, что клинически и субклинически выраженные показатели тревоги и депрессии присутствуют у половины пациентов с обеими степенями вибрационной болезни с преобладанием субклинически выраженных тревожных проявлений у больных с вибрационной болезнью второй степени [21].

Проведен анализ показателей тревоги и депрессии по шкале HADS среди пациентов с нейросенсорной тугоухостью. Симптомы депрессии имелись у 51% пациентов, а наличие признаков клинически выраженной тревоги у 21,6% пациентов и практически у такого же числа больных (21,6%) признаки субклинической тревоги [22]. Социальная дезадаптация является основной причиной возникновения психосоматической патологии [23].

При бронхиальной астме (БА) в 22–28% случаев развивается депрессия различной степени выраженности,

«негативная реакция» 12,6% «легкая депрессия» 21,0% «умеренная депрессия» 7,7%



Рис. 1. Структура выраженности изучаемых показателей у пациентов ($n=98$), полученных при использовании шкалы депрессии Бека

Fig. 1. The structure of the severity of the studied indicators in patients ($n=98$) obtained using the Beck depression scale

«субклиническая депрессия» 14,1% «клиническая депрессия» 5,1%

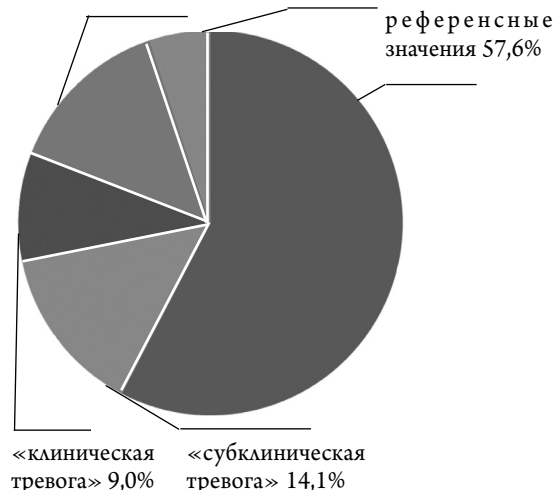


Рис. 2. Структура выраженности изучаемых показателей у пациентов ($n=222$), полученных при использовании госпитальной шкалы тревоги и депрессии HADS

Fig. 2. The structure of the severity of the studied indicators in patients ($n=222$) obtained using the hospital scale of anxiety and depression HADS

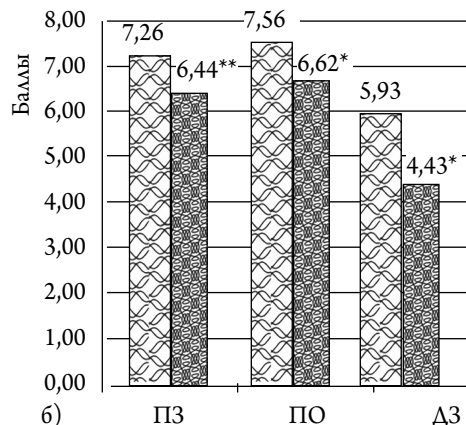
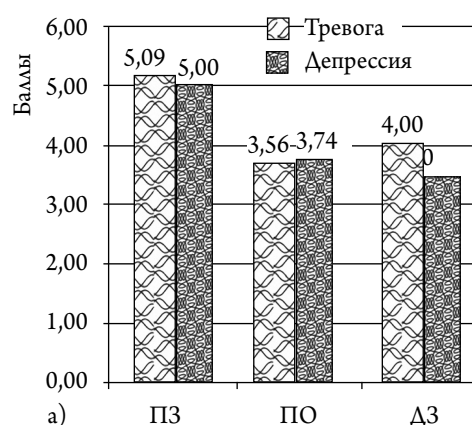


Рис. 3. Средние показатели по шкале HADS тревоги и депрессии в группах мужчин и женщин с профессиональными (ПЗ), производственно обусловленными (ПО) и другими (ДЗ) заболеваниями. В группе мужчин — (а); в группе женщин — (б)

преимущественно с типичной тревожно-фобической или ипохондрической симптоматикой, наличие бронхиальной астмы является фактором риска тревожных расстройств. В исследовании, проведенном 2014 г., с помощью шкалы депрессии Гамильтона выяснилось, что пациенты с БА имеют выраженные тревожно-депрессивные расстройства [24].

Вышеизложенные факты указывают на актуальность изучения тревожной и депрессивной симптоматики у пациентов клиники профессиональных заболеваний.

Цель исследования — изучить характер распределения и выраженность значений вторичной тревоги и депрессии при оказании специальной стационарной медицинской помощи по профилю профпатологии путем проведения скринингового обследования и разработать практические рекомендации по диагностике.

Материалы и методы. Исследование проведено среди пациентов ($n=260$), проходящих госпитализацию в клинику профессиональных заболеваний. Группа пациентов, прошедших анкетирование ($n=241$, средний возраст $55,7 \pm 11,3$ года) включала мужчин ($n=120$, средний возраст $55,3 \pm 12,9$ года) и женщин ($n=121$, средний возраст $60,4 \pm 10,5$ года).

Показатели вторичной тревоги и депрессии выявляли с использованием шкалы HADS (The Hospital Anxiety and Depression Scale, госпитальная шкала тревоги и депрессии). Оценка данных, полученных при использовании госпитальной шкалы тревоги и депрессии, проводилась в баллах: от 0 до 7 баллов — нормальное состояние, отсутствие достоверно выраженных симптомов тревоги и депрессии; от 8 до 10 баллов — субклинически выраженная тревога/депрессия; 11 баллов и выше — клинически выраженная тревога/депрессия. Пациенты с «субклинически или клинически выраженной тревогой/депрессией», заносились в группу риска. В опытную группу вошли пациенты, отнесенные в группу риска с выраженными показателями тревоги и депрессии по шкалам. Контрольную группу составили пациенты с нормальными показателями по данным шкалам.

Для подтверждения наличия показателей депрессии у пациентов использовалась шкала Бека. Выраженные значения депрессии определялись в случае, если оценка по шкале Бека составляла 19 баллов и выше, оценка от 10 до 18 баллов соответствовала значению легкой депрессии. При оценке в 9 баллов и менее считалось, что у пациента отсутствуют признаки депрессии.

Результаты скринингового обследования пациентов ($n=222$) на наличие симптомов тревоги и депрессии, регистрируемые госпитальной шкалой HADS**Results of screening of patients ($n=222$) for the presence of symptoms of anxiety and depression registered by the hospital HADS scale**

Группа диагнозов МКБ–10	Число пациентов	Показатель шкалы тревоги	Референсное значение	Показатель шкалы депрессии	Референсное значение
Болезни системы кровообращения (I00-I99)	98	11,74±3,25	3,7±2,12	10,43±2,19	4,12±2
Болезни органов дыхания (J00-J99)	71	10,1±2,63	3,65±1,95	9,85±1,95	4±1,98
Болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани (M00-M99)	30	9,63±2,93	3,35±1,63	10±1,92	3,65±1,87
Болезни кожи и подкожной клетчатки (L00-L99)	14	11±2,16	4,6±1,63	9	3,8±1,47
Болезни органов пищеварения (K00-K93)	7	10,6±3,05	3±1,8	10	3,5±0,57
Другие заболевания (G62.8, G62.9, G90, E11.0, H90.0, H90.3, H90.6, T52.2, T56.0, Z04.8)	21	11	3,63±1,89	11	2,84±2,36

Примечания: (I00-I99) — производственно обусловленные заболевания: I11.0, I11.9, I25.9, I67.8; (J00-J99) — профессиональные заболевания: J41.0, J44.8, J45.0, J62.8, J64, J65; производственно обусловленные заболевания: J18.0, J40, J41.8, J42, J45.8, J45.9, J65, J68.4, J84.8; другие заболевания: J18.0; (M00-M99) — профессиональные заболевания: M53.1, M54.1, M62.8, M75.1, M75.8; производственно обусловленные заболевания: M17.0, M54.4, M54.8; другие заболевания: M15, M17.3, M17.4, M53.0; (L00-L99) — профессиональные заболевания: L27.0; производственно обусловленные заболевания: L24.5; другие заболевания: L40, L41.0, L50.1; (K00-K93) — производственно обусловленные заболевания: K29.9; другие заболевания: K29.5, K62.7, K81.1; профессиональные заболевания: G62.8, H90.6, T52.2, T56.0; производственно обусловленные заболевания: G62.9, G90, H90.0, H90.3; другие заболевания: E11.0, Z04.8.

Notes: (I00-I99) — occupational diseases: I11.0, I11.9, I25.9, I67.8; (J00-J99) — occupational diseases: J41.0, J44.8, J45.0, J62.8, J64, J65; occupational diseases: J18.0, J40, J41.8, J42, J45.8, J45.9, J65, J68.4, J84.8; other diseases: J18.0; (M00-M99) — Occupational diseases: M53.1, M54.1, M62.8, M75.1, M75.8; Production-Related Diseases: M17.0, M54.4, M54.8; Other diseases: M15, M17.3, M17.4, M53.0; (L00-L99) — occupational diseases: L27.0; Production-Related Diseases: L24.5; other diseases: L40, L41.0, L50.1; (K00-K93) — production-related diseases: K29.9; other diseases: K29.5, K62.7, K81.1; occupational diseases: G62.8, H90.6, T52.2, T56.0; production-related diseases: G62.9, G90, H90.0, H90.3; other diseases: E11.0, Z04.8.

Тестирование по шкале депрессии Бека было предложено пройти 98 пациентам, а по госпитальной шкале тревоги и депрессии HADS предложено 241 пациенту. Результаты тестирования приведены на рисунках 1 и 2.

В процессе скрининга у пациентов ($n=18$) отмеченная негативная реакция, связанная с вопросами из шкалы депрессии Бека. Это может говорить о предвзятом отношении к психологическому тестированию из-за негативной стигматизации или возможном наличии у данных пациентов тревожных или депрессивных симптомов.

Статистический анализ проводился с использованием программ «Statistica 7.0 for Windows» и «Microsoft Excel 2007». Данные представлены в виде средних арифметических значений с указанием стандартных квадратических отклонений ($M \pm s$). При отличии распределения выборок от нормального использовались непараметрические критерии Манна-Уитни и критерий корреляции Спирмена. Различия считались достоверными при вероятности равной и более 0,95 ($p \leq 0,05$).

Проведенное исследование было одобрено этическим комитетом. Пациентов включали в исследование только после подписания ими информированного согласия.

Результаты и обсуждение. Из составленной группы риска ($n=94$) с выраженными значениями по шкалам тревоги ($10,9 \pm 2,84$) и депрессии ($10,2 \pm 1,9$), 67% составили женщины. У данной группы более высокие значения по шкалам тревоги ($11,4 \pm 2,9$) и депрессии ($10,5 \pm 2,2$) по опроснику HADS по сравнению с группой мужчин (33%, $p < 0,001$), где показатели по шкалам тревога ($9,5 \pm 2,3$) и депрессии ($9,6 \pm 1,6$) соответственно.

Результаты скринингового обследования пациентов клиники профессиональных заболеваний на наличие симптомов тревоги и депрессии, регистрируемые госпитальной шкалой HADS, представлены в таблице.

При изучении статистических связей между показателями шкал тревоги и показателями шкал депрессии использовался корреляционный анализ. При этом изучалась зависимость выраженности показателей шкалы тревоги от выраженности показателей шкалы депрессии. Данные приведены на рисунке 3.

Зависимость выраженности признаков тревоги от выраженности признаков депрессии для совместной выборки мужчин и женщин составила 0,337 ($p \leq 0,05$); в отдельности для группы женщин — 0,251 ($p \leq 0,05$), для группы мужчин — 0,252 ($p \leq 0,05$). Это позволяет считать, что с повышением выраженности тревоги растет и выраженность показателей шкалы депрессии. Во втором случае в качестве фактора взята зависимость между возрастом пациента и выраженностью значений шкалы HADS тревоги и депрессии. Выявленные показатели зависимости значений тревоги 0,144 ($p \leq 0,05$) и депрессии 0,199 ($p \leq 0,05$) по шкале HADS смогли подтвердить тенденцию к данной зависимости.

Характер распределения признаков тревоги и депрессии среди пациентов с профессиональной и производственно обусловленной патологией показал преобладание значения тревоги при профессиональных ($10,5 \pm 2,4$) и производственно обусловленных ($11,8 \pm 3,2$) заболеваниях в группе женщин. Преобладание значений шкалы депрессии при профессиональных ($10,5 \pm 2,4$) и производственно об-

условленных ($10,4 \pm 2$) заболеваниях также была выявлена в группе женщин.

С помощью U-критерия Манна Уитни высчитаны различия между выборкой респондентов со значениями тревоги и депрессии и контрольной группой с нормальными показателями для всех групп болезней по МКБ–10 ($p < 0,001$).

Было проведено сравнение трех групп заболеваний — профессиональных, производственно обусловленных и других — сначала по общей выборке, а затем отдельно в группах мужчин и женщин. В общей выборке выявились различия по показателям шкал депрессии между группами профессиональных и производственно обусловленных заболеваний ($p = 0,08$): у пациентов с профессиональными заболеваниями показатели шкал депрессии более выражены. Далее было произведено сравнение в отдельности группы мужчин и женщин, и выяснилось, что в группе женщин с профессиональными и производственно обусловленными заболеваниями показатели по шкалам депрессии гораздо выше, чем у женщин с прочими заболеваниями ($p = 0,02$). При этом в группе мужчин таких различий не обнаружено (рис. 3). Таким образом, женщины с профессиональными и производственно обусловленными заболеваниями более склонны испытывать тревожные и депрессивные состояния, чем мужчины.

Исходя из полученных результатов возникает вопрос о необходимости углубленного изучения данных состояний в клинике профессиональных заболеваний. Рекомендуется расширять психодиагностические возможности обследования пациентов клиники со своевременным информированием об имеющихся психодиагностических методиках и о юридически-правовых последствиях при выявлении психопатологической симптоматики.

Выводы:

1. Скрининговое обследование на наличие признаков тревоги и депрессии при оказании специальной стационарной медицинской помощи по профилю патологии выявило повышенные показатели по тревоге ($11,4 \pm 2,9$) и депрессии ($10,5 \pm 2,2$) в группе женщин.

2. Характер распределения показателей шкал тревоги и депрессии среди пациентов с профессиональной и производственно обусловленной патологией показал преобладание значения тревоги при профессиональных ($10,5 \pm 2,4$) и производственно обусловленных ($11,8 \pm 3,2$) заболеваниях в группах женщин. Преобладание показателей шкал депрессии при профессиональных ($10,5 \pm 2,4$) и производственно обусловленных ($10,4 \pm 2$) заболеваниях было выявлено у женщин. В группе женщин у пациенток с профессиональными и производственно обусловленными заболеваниями показатели по шкалам депрессии были выше, чем у пациенток с прочими заболеваниями. Таким образом, женщины с профессиональными и производственно обусловленными заболеваниями более склонны испытывать тревожные и депрессивные переживания, чем мужчины.

3. По совершенствованию диагностики тревожной и депрессивной симптоматики предлагается проводить постоянную работу по повышению санитарной грамотности вопросов, касающихся психического здоровья, тем самым возможно снижать негативную стигматизацию этих вопросов в обществе и среди пациентов. При этом необходимо проводить эту работу поэтапно, начиная с приемного отделения, далее лечащим врачом.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Федотов А.В. Тревожно-депрессивные расстройства в общеклинической практике. Рациональная фармакотерапия в кардиологии. 2008; 3: 83–8.

2. Краснов В.Н., Довженко Т.В., Бобров А.Е. Тревожно-депрессивные расстройства у пациентов первичной медицинской сети. Медицинский вестник. 2010; 11(516): 9–10.

3. Смулевич А.Б. Депрессии в общемедицинской практике. А.Б. Смулевич. М.: Издательство «Берег»; 2000.

4. Всемирный день здоровья — 7 апреля 2017 г. Всемирная организация здравоохранения. 2017. <https://www.who.int/campaigns/world-health-day/2017/ru>.

5. Бухтияров И.В., Глухов Д.В. Формирование посттравматических стрессовых расстройств у военнослужащих в боевой обстановке. Мед. труда и пром. экол. 2018; 2: 10–4.

6. Краснов В.Н. Проблемы современной диагностики депрессии. Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2012; 11(2): 3–10.

7. Елшанский С.П., Ануфриев А.Ф., Ефимова О.С. и др. Особенности ретестовой надежности шкалы депрессии А. Бека. Психология, социология и педагогика. 2016; 4. <http://psychology.snauka.ru/2016/04/6649>.

8. Bjelland I., Dahl A.A., Haug T.T., Neckelmann D. The validity of the Hospital Anxiety and Depression Scale. An updated literature review. J Psychosom Res. 2002; 52 (2): 69–77.

9. Удалова Т.Ю., Багешева Н.В., Мордык А.В. и др. Пограничные психические расстройства у пациентов с сочетанной патологией бронхолегочной системы. Медицинский альманах. 2017; 5: 150–4.

10. Миронова Н.В., Нарышкина С.В. Тревожно-депрессивные расстройства у больных хронической обструктивной болезнью легких. Бюллетень физиологии и патологии дыхания. 2015; 55: 132–9.

11. Петрухин И.С., Лунина Е.Ю. Диагностическая ценность спектрального анализа вариабельности ритма сердца для выявления кардиальной автономной нейропатии при сахарном диабете II типа. Российский кардиологический журнал. 2012; 3(95): 42–6.

12. Лагутина Г.Н., Скрыпник О.В., Лагутина А.П. Производственно обусловленная цереброваскулярная патология. Мед. труда и пром. экол. 2017; 9: 106.

13. Piepoli M.F., Hoes A.W., Agewall S., et al. 2016 European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice: The Sixth Joint Task Force of the European Society of Cardiology and Other Societies on Cardiovascular Disease Prevention in Clinical Practice (constituted by representatives of 10 societies and by invited experts) Developed with the special contribution of the European Association for Cardiovascular Prevention & Rehabilitation (EACPR). Eur Heart J. 2016; 37(29): 2315–81.

14. Konrad M., Jacob L., Rapp M.A., Kostev K. Depression risk in patients with coronary heart disease in Germany. World J Cardiol. 2016; 8(9): 547–52.

15. Мареев В.Ю., Дробижев М.Ю., Беграмбекова Ю.А. Тревожно-депрессивная симптоматика у пациентов с хронической сердечной недостаточностью: выбор тактики лечения. Кардиология. 2018; 5: 57–64.

16. Пушкарев Г.С., Кузнецов В.А., Фишер Я.А. и др. Влияние депрессивной симптоматики на риск смерти от всех причин у пациентов с хронической сердечной недостаточностью, перенесших сердечную ресинхронизирующую терапию. Кардиология. 2019; 59 (1): 5–11.

17. Органов Р.Г., Погосова Г.В., Шальнова С.А. и др. Депрессивные расстройства в общемедицинской практике по данным исследования КОМПАС: взгляд кардиолога. Кардиология. 2005; 8: 37–43.

18. Беграмбекова Ю.А., Мареев В.Ю., Дробижев М.Ю. Влияние психоэмоциональных нарушений на эффективность программы обучения и активного амбулаторного кон-

троля у пациентов с сердечной недостаточностью. *Российский кардиологический журнал*. 2016; 136 (8): 48–52.

19. Ponikowski P., Voors A.A., Anker S.D., et al. 2016 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure: The Task Force for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure of the European Society of Cardiology (ESC) Developed with the special contribution of the Heart Failure Association (HFA) of the ESC. *Eur Heart J*. 2016; 37(29): 2129–200.

20. *Профессиональные болезни: Учебное пособие*. Косарев В.В., Бабанов С.А. М.: Вузовский учебник, ИНФРА-М Издательский дом; 2016: 252.

21. Непершина О.П., Лагутина Г.Н., Кузьмина Л.П. и др. Современный подход к оценке сенсорных нарушений при полинейропатии вибрационного генеза. *Мед. труда и пром. экол*. 2016; 6: 37–42.

22. Яскевич Р.А. Особенности влияния нейросенсорной тугоухости на качество жизни у пожилых мигрантов крайнего севера. ООО «Медико-технологическое предприятие «Ньюдиамед». 2016; 22 (9–10): 73–4.

23. Яскевич Р.А., Игнатова И.А., Шилов С.Н. и др. Влияние тревожно-депрессивных расстройств на качество жизни слабых мигрантов Крайнего Севера в период реадaptации к новым климатическим условиям. *Современные проблемы науки и образования*. 2014; 4: 279.

24. Залозных П.Б. Клиническое течение тревожно-депрессивных расстройств у пациентов с «классическими» психосоматическими заболеваниями. *Молодой ученый*. 2015; 3: 285–8.

REFERENCES

1. Fedotov A.V. Anxiety-depressive disorders in general clinical practice. *Ratsional'naya farmakoterapiya v kardiologii*. 2008; 3: 83–8 (in Russian).

2. Krasnov V.N., Dovzhenko T.V., Bobrov A.E. Anxiety-depressive disorders in the patients of the primary medical network. *Meditinskij vestnik*. 2010; 11(516): 9–10 (in Russian).

3. Smolevich A.B. *Depression in the general medical practice*. Moscow: Publishing house «Bereg»; 2000. (in Russian).

4. World Health Day — April 7, 2017. World Health Organization. 2017. <https://www.who.int/campaigns/world-health-day/2017/ru> (in Russian).

5. Bukhtiyarov I.V., Glukhov D.V. Formation of post-traumatic stress disorders in servicemen in combat situation. *Med. truda i prom ekol*. 2018; 2; 10–4 (in Russian).

6. Krasnov V.N. Problems of modern diagnostics of depression. *Journal of neurology and psychiatry named after S.S. Korsakov*. 2012; 11(2): 3–10 (in Russian).

7. Elshansky S.P., Anufriev A.F., Efimova O.S. et al. Features of the retest reliability of the scale of depression A. Beck. *Psychology, Sociology and Pedagogy*. 2016; 4 <http://psychology.snauka.ru/2016/04/6649> (in Russian).

8. Bjelland I., Dahl A.A., Haug T.T., Neckelmann D. The validity of the Hospital Anxiety and Depression Scale. An updated literature review. *J Psychosom Res*. 2002; 52 (2): 69–77.

9. Udalova T.Y., Bagisheva N.V., Mordyk A.V., et al. Borderline mental disorders in patients with combined pathology of bronchopulmonary system. *Medical almanac*. 2017; 5: 150–4 (in Russian).

10. Mironova N.V., Naryshkina S.V. Anxiety-depressive disorders in patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Byulleten' fiziologii i patologii dykhaniya*. 2015; 55: 132–9 (in Russian).

11. Petrukhin I.S., Lunina E.Yu. Diagnostic value of spectral analysis of heart rhythm variability for detection of cardiac auton-

omous neuropathy in diabetes mellitus type II. *Rossiiskij kardiologicheskij zhurnal*. 2012; 3(95): 42–6 (in Russian).

12. Lagutina G.N., Skrypnik O.V., Lagutina A.P. Production-related cerebrovascular pathology. *Med. truda i prom ekol*. 2017; 9: 106 (in Russian).

13. Piepoli M.F., Hoes A.W., Agewall S., et al. 2016 European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice: The Sixth Joint Task Force of the European Society of Cardiology and Other Societies on Cardiovascular Disease Prevention in Clinical Practice (constituted by representatives of 10 societies and by invited experts) Developed with the special contribution of the European Association for Cardiovascular Prevention & Rehabilitation (EACPR). *Eur Heart J*. 2016; 37(29): 2315–81.

14. Konrad M., Jacob L., Rapp M.A., Kostev K. Depression risk in patients with coronary heart disease in Germany. *World J Cardiol*. 2016; 8(9): 547–52.

15. Mareev V.Yu., Drobizhev M.Yu., Begrambekova Yu.L. Anxiety-depressive symptoms in patients with chronic heart failure: a choice of treatment tactics. *Kardiologiya*. 2018; 5: 57–64 (in Russian).

16. Pushkarev G.S., Kuznetsov V.A., Fisher Y.A. et al. Effect of depressive symptoms on the risk of death from all causes in patients with chronic heart failure undergoing cardiac resynchronization therapy. *Kardiologiya*. 2019; 59 (1): 5–11 (in Russian).

17. Organov R.G., Pogossova G.V., Shalnova S.A. et al. Depressive disorders in general medical practice according to KOMPAS studies: view of a cardiologist. *Kardiologiya*. 2005; 8: 37–43 (in Russian).

18. Begrambekova Y.L., Mareev V.Yu., Drobizhev M.Yu. Influence of psychoemotional disorders on the effectiveness of the training program and active outpatient control in patients with heart failure. *Rossiiskij kardiologicheskij zhurnal*. 2016: 48–52 (in Russian).

19. Ponikowski P., Voors A.A., Anker S.D., et al. 2016 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure: The Task Force for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure of the European Society of Cardiology (ESC). Developed with the special contribution of the Heart Failure Association (HFA) of the ESC. *Eur. Heart J*. 2016; 37(29): 2129–200.

20. *Professional diseases: Textbook*. Kosarev V.V., Babanov S.A. M.: University textbook, INFRA-M Publishing House; 2016: 252 (in Russian).

21. Nopershina O.P., Lagutina G.N., Kuzmina L.P., et al. A modern approach to the assessment of sensory disturbances in polyneuropathy of vibrational genesis. *Med. truda i prom ekol*. 2016; 6: 37–42 (in Russian).

22. Yaskovich R.A. Features of the influence of sensorineural hearing loss on the quality of life of elderly migrants in the far north. ООО «Медико-технологическое предприятие «Ньюдиамед». 2016; 22 (9–10): 73–4 (in Russian).

23. Yaskovich R.A., Ignatova I.A., Shilov S.N. et al. Influence of anxiety and depressive disorders on the quality of life of hearing-impaired migrants of the Far North during the period of readaptation to new climatic conditions. *Sovremennye problemy nauki i obrazovaniya*. 2014; 4: 279 (in Russian).

24. Zalozhnykh P.B. Clinical course of anxiety-depressive disorders in patients with «classical» psychosomatic diseases. *Molodoj uchenyj*. 2015; 3: 285–8 (in Russian).

Дата поступления / Received: 20.11.2019

Дата принятия к печати / Accepted: 21.01.2019

Дата публикации / Published: 14.02.2020