

Качество жизни, связанное со здоровьем, психологический статус и факторы риска сердечно-сосудистых заболеваний у работников умственного труда

А.В. Концевая^{1*}, А.М. Калинина¹, С.В. Белоносова¹, Ю.М. Поздняков¹,
Т.С. Романенко², М.Г. Омеляненко², Р.А. Еганян¹

¹ФГУ Государственный научно-исследовательский центр профилактической медицины Росмедтехнологии. Москва; ²ГОУ ВПО Ивановская медицинская академия Росздрава. Иваново, Россия

Health-related quality of life, psychological status, and cardiovascular risk factors in intellectual workers

A.V. Kontsevaya^{1*}, A.M. Kalinina¹, S.V. Belonosova¹, Yu.M. Pozdnyakov¹, T.S. Romanenko²,
M.G. Omelyanenko², R.A. Eganyan¹

¹State Research Centre for Preventive Medicine, Federal Agency on High Medical Technologies. Moscow;

²Ivanovo State Medical Academy. Ivanovo, Russia

Цель. Изучить качество жизни (КЖ), связанное со здоровьем, психологический статус и взаимосвязь этих параметров с факторами риска (ФР) сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) у работников сферы образования и науки для определения целесообразности и приоритетов профилактики ССЗ в организованном коллективе.

Материал и методы. Проведено профилактическое обследование работников в двух организованных коллективах бюджетной сферы, для оценки психоэмоционального (ПЭ) статуса и КЖ, связанного со здоровьем. Исследование выполняли в рамках программы дополнительной диспансеризации, которая была расширена за счет включения комплексного анкетирования по специально подобранному набору опросников: HADS (оценка тревоги и депрессии), Ридера (оценка стресса) и SF-36 — КЖ.

Результаты. Выявлена высокая распространенность тревожно-депрессивных расстройств на рабочем месте, что позволяет прогнозировать повышение риска развития ССЗ. Имеет место прямая ассоциация большинства традиционных ФР с выраженностью депрессивных расстройств. В обследованных организованных коллективах существенно различались КЖ, связанное со здоровьем, и некоторые параметры ПЭ статуса. Одной из причин такого различия могли быть условия и социальное окружение на рабочем месте.

Заключение. Первым этапом профилактических вмешательств с целью укрепления здоровья работников должны быть мероприятия, направленные на коррекцию ПЭ факторов и КЖ; это повысит приверженность коррекции традиционных ФР.

Ключевые слова: организованные коллективы, психоэмоциональный статус, качество жизни, связанное со здоровьем, факторы риска сердечно-сосудистых заболеваний.

Aim. To study health-related quality of life (QoL), psychological status, and their associations with cardiovascular (CVD) risk factors (RFs) in education and science professionals, to specify the priorities of CVD prevention in organized collectives of intellectual workers.

Material and methods. This preventive examination of two organized collectives of education and research workers assessed psycho-emotional status and health-related QoL. The examination was performed as a part of extended dispanserisation programme and included questionnaire survey, using such scales as HADS (anxiety and depression assessment), Reeder scale (stress assessment), and SF-36 (QoL).

Results. The high prevalence of anxiety and depressive disorders pointed to increased CVD risk. Most traditional RFs positively correlated with depressive disorder severity. The two collectives examined were significantly different in terms of health-related QoL and some parameters of psycho-emotional stress. This could be partly explained by different workplace settings and social circumstances.

© Коллектив авторов, 2009
e-mail: akontzevaya@gnicpm.ru
Тел.: (495) 621-03-13

[¹Концевая А.В. (*контактное лицо) — вед.н.сотр. отдела профилактики в первичном звене здравоохранения, ¹Калинина А.М. — руководитель отдела, ¹Белоносова С.В. — н.сотр. лаборатории, ¹Поздняков Ю.М. — рук. лаборатории профилактики сердечно-сосудистых заболеваний в Центральном регионе, г.Жуковский, ²Романенко Т.С. — аспирант кафедры, ²Омеляненко М.Г. — заведующий кафедрой факультетской терапии, ¹Еганян Р.А. — вед.н.сотр. отдела].

Conclusion. In intellectual workers, CVD prevention should start with psycho-emotional and QoL correction, which could also improve the compliance to traditional RF correction.

Key words: Organized collectives, psycho-emotional status, health-related quality of life, cardiovascular risk factors.

В настоящее время накоплены данные, свидетельствующие, что психосоциальные факторы — стресс (С), тревожно-депрессивный синдром (ТДС) и др., тесно связаны с риском развития сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) и традиционными факторами риска (ФР) [1-3].

Качество жизни (КЖ) является интегральным параметром оценки состояния здоровья, в т.ч. на рабочем месте. Оценка КЖ, связанного со здоровьем, важна при формировании и проведении профилактических вмешательств, т.к. характеристики КЖ взаимосвязаны не только с хроническими заболеваниями: ишемическая болезнь сердца (ИБС), артериальная гипертензия (АГ), сахарный диабет (СД), но и с ФР их развития — избыточная масса тела (МТ), низкая физическая активность (НФА) и курение. Оценка влияния на КЖ любых видов медицинской помощи, в т.ч. профилактического вмешательства очень значимо, и только те мероприятия, которые не ухудшают показатели КЖ, не вызовут отказа, будут востребованы со стороны населения и реализованы на практике.

Стресс становится все более значимым фактором, влияющим на здоровье работников в меняющихся условиях труда, особенно при снижении роли физических факторов [4]. Он становится основной профессиональной вредностью большинства профессий, а факторы производства уходят на второй план. Многие профессии в настоящее время требуют контроля все увеличивающихся информационных потоков, координации различных процессов и оперативности принятия решений, существенно повышающих стресс на рабочем месте (Срм). В западных странах признано, что затраты, сопряженные со Срм очень велики, т.к. Срм обуславливает снижение производительности, приводит к необходимости компенсации отсутствия работника на рабочем месте, повышает прямые медицинские затраты и др. В странах Европейского Союза затраты на компенсацию потерь, связанных со Срм, составляют 5-10% национального продукта в год [5]. Эти затраты связаны с ростом заболеваемости и смертности работников, в первую очередь от ССЗ. Доказано, что С оказывает отрицательное воздействие на здоровье работников как в краткосрочном (острый С), так и в долгосрочном периоде (хронический С). В шведской эпидемиологической программе показано, что эпизоды интенсивного острого Срм, такие как высокие нагрузки со сжатыми сроками выполнения, соревнования, конфликты и т.д., способствуют повышению риска развития инфаркта миокарда (ИМ) в 6 раз в последующие 24

ч после их воздействия [6].

Одним из крупнейших исследований, изучавших механизмы взаимосвязи Срм и риска развития ИБС, стало исследование Whitehall II, с участием 10 308 служащих в возрасте 35-55 лет [7]. Исследователи проследили последствия Срм и его кумулятивное влияние на ФР и частоту распространения ИБС. Показано, что постоянный Срм прямо ассоциирован с ИБС, причем эта взаимосвязь была наиболее выраженной и дозозависимой у лиц < 50 лет — относительный риск (ОР) 1,68 [7]. Высокий уровень Срм ассоциирован с традиционными ФР — низкой физической активностью (НФА), нерациональным питанием, метаболическим синдромом (МС). Показано, что треть вклада Срм в риск развития ИБС обусловлена его опосредованным влиянием на поведенческие ФР. Аккумуляция Срм ассоциирована также с МС [8] и ожирением (Ож) [9].

В исследовании случай-контроль INTER-HEART с участием 52 стран с включением 11119 пациентов с ИМ и 13648 лиц без ИМ, сопоставимых по полу и возрасту, показано, что постоянный Срм ассоциировался с увеличением риска ИМ в 2 раза [10].

Таким образом, С оказывает отрицательное воздействие на организм за счет прямой активации нейроэндокринных реакций, а также опосредованного воздействия на поведенческие ФР, такие как курение, НФА, злоупотребление алкоголем, что в совокупности повышает риск развития ССЗ.

Уровень С взаимосвязан с КЖ. Доказано, что некоторые психосоциальные характеристики служат предикторами показателей КЖ, связанного со здоровьем в долгосрочной перспективе (в течение 5 лет), а эмоциональный Срм оказывается предиктором ухудшения физического, психического и социального функционирования, причем независимо от наличия или отсутствия хронических заболеваний [11].

Весьма значителен ущерб обществу, обусловленный ТДС. Ожидают, что к 2020г депрессия (Д) станет второй по частоте после ССЗ причиной потери лет здоровой жизни [12]. На протяжении жизни тревожное или депрессивное расстройство переживают до 30% популяции [13]. Д, также как и С, ассоциирована с ухудшением КЖ [14,15], низкой приверженностью лечению ССЗ [16] и ростом затрат системы здравоохранения на медицинскую помощь [17,18].

Цель работы — изучить КЖ, связанное со здоровьем, психологический статус и взаимосвязь этих параметров с ФР ССЗ среди работников сферы

образования и науки для определения целесообразности и приоритетов профилактики ССЗ в организованном коллективе.

Материал и методы

Исследование проводили по единому протоколу в двух центрах: г. Иваново и г. Жуковский (Московская область). В г. Иваново в профилактическое обследование включены сотрудники двух государственных высших учебных заведений (ВУЗов). В г. Жуковском обследованы работники технического научно-исследовательского института (НИИ). Выбор данных учреждений обусловлен тем, что, несмотря на объединяющий признак характера труда (преимущественно умственный), сравниваемые коллективы различаются по условиям трудовой деятельности. ВУЗы — это крупные учреждения, работники которых имеют широкий и постоянно меняющийся круг социальных контактов (студенты, приходящие преподаватели), более короткий рабочий день и большую физическую активность (вследствие необходимости проводить занятия в разных учебных корпусах). Техническое НИИ, избранное для профилактического обследования работающих, характеризуется особенностями труда предприятия, имеющего специфику строгого режима работы, фиксированного времени нахождения на рабочем месте и, соответственно, круга общения, ограниченного преимущественно коллективом коллег. Эти особенности коллективов работающих определяют отличия по уровню социализации, ФА работников, а также условиям формирования поведенческих ФР.

В исследование включены работники обоего пола (м, ж) в возрасте < 65 лет. Выбор контингентов был обусловлен вниманием Национального приоритетного проекта “Здоровье” к состоянию здоровья работников бюджетной сферы, включенных в государственную программу дополнительной целевой диспансеризации, к числу которых отнесены работники государственных и муниципальных учреждений сферы образования, здравоохранения, социальной защиты, культуры, физической культуры, спорта и научно-исследовательских учреждений.

Исследование проводилось в рамках программы дополнительной диспансеризации (приказ МЗ и СР РФ от 22.03.06), которая была расширена за счет включения комплексного анкетирования по специально подобранному набору опросников: оригинальной анкеты, разработанной в ГНИЦ ПМ, позволяющей оценивать вероятность наличия ССЗ и ФР, опроснику HADS (The Hospital Anxiety and Depression Scale) [19] — оценка Т и Д, опроснику Ридера — оценка С [20].

Опросник HADS — краткий самозаполняемый опросник, который был разработан для оценки распространенности эмоциональных расстройств среди пациентов общей практики. Он широко используется в популяционных исследованиях и при отдельных заболеваниях. Существует два способа интерпретации результатов опроса:

- сравнение с популяционными нормативами;
- сравнение с пороговыми уровнями: < 8 — норма, 8-10 — субклиническая Т и Д; ≥ 11 — клинически значимая Т, Д.

Адаптация шкалы для использования в отечественной практике произведена М.Ю.Дробизевым в 1993г. Результаты повторного использования адаптированной шкалы подтверждают устойчивость и валидность ее внут-

ренней структуры, а также релевантность пограничных показателей [21]. Опросник HADS является скрининговым методом для уточнения диагноза и отслеживания динамики рекомендуется пользоваться более чувствительными клиническими шкалами (например, шкалой Гамильтона для оценки депрессии (HDRS), шкалой Гамильтона для оценки тревоги (HARS), шкалой Монтгомери-Асберг для оценки депрессии (MADRS), опросником депрессии Бека (BDI) [22].

КЖ, связанное со здоровьем оценивается с помощью универсального международного опросника SF-36, валидизированного для применения в России [23]. 8 шкал опросника формируют 2 показателя: психологический компонент здоровья — жизненная активность, социальное функционирование, ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием, психическое здоровье; физический компонент здоровья — физическое функционирование, ролевое функционирование, обусловленное физическим состоянием, интенсивность боли, общее состояние здоровья [24]. Результаты представляются в виде оценок в баллах по 8 шкалам, составленным таким образом, что более высокая оценка указывает на более высокий уровень КЖ.

Уровни ФР определяли по следующим критериям:

- АГ — повышение систолического АД (САД) ≥ 140 мм рт.ст. и/или диастолического АД (ДАД) ≥ 90 мм рт.ст.;
- Индекс массы тела (ИМТ) — 25-29,9 кг/м²;
- Ож — ИМТ ≥ 30 кг/м²;
- абдоминальное ожирение (АО) — окружность талии (ОТ) ≥ 102 см для мужчин или ≥ 88 см для женщин;
- НФА — сидячая работа (≥ 5 ч в течение рабочего дня) и неактивный досуг;
- курение — выкуривание ≥ 1 сигареты в день.

Результаты

В анализ включены все лица, прошедшие полный комплекс обследования в заранее определенный период времени: в ВУЗах г. Иваново — с 09.2006 по 02.2007г, в НИИ г. Жуковского — с 12.2006 по 06.2007г. Всего за этот период были приглашены и обследованы около половины сотрудников соответствующих организованных коллективов. В исследование включены 234 работника ВУЗа г. Иваново и 265 научных работников г. Жуковского. Средний возраст обследованных в обоих центрах достоверно не различался — 48,4 и 46,7 соответственно ($p > 0,05$). Средний возраст мужчин — работников ВУЗов оказался достоверно выше, чем мужчин — научных работников — 47,7 и 45,5 лет, соответственно ($p < 0,05$), средний возраст женщин обоих коллективов сходным — 47,7 и 48,1 года, соответственно ($p > 0,05$). В коллективе сотрудников ВУЗов доля лиц с высшим образованием составила 66,7%, а в коллективе сотрудников НИИ — 68,5%.

В таблице 1 представлена характеристика КЖ, связанного со здоровьем, среди обследованных.

В целом КЖ, связанное со здоровьем, научных работников оказалось ниже, чем аналогичные показатели КЖ сотрудников ВУЗов. Достоверные различия получены по всем 8 шкалам опросника SF-36,

Таблица 1

Характеристика КЖ сотрудников ВУЗов и научных работников

	Работники умственного труда					
	Образование			Наука		
	м	ж	всего	м	ж	всего
Физическое функционирование	93,5±12,1	88,5±13,3**	89,5±13,2	91,1±9,9	79,3±20,4*,**	85,6±16,7*
Влияние физического функционирования на ролевое функционирование	94,4±22,4	87,9±29,3**	89,3±28,1	79,5±29,4*	62,3±37,8*,**	71,4±34,6*
Боль	87,9±15,1	82,6±17,7**	83,7±17,3	83,0±17,2	71,9±19,3*,**	77,8±19,0*
Жизнеспособность	59,3±13,7	51,1±10,8**	52,8±11,9	65,3±14,8*	53,6±18,6**	59,8±17,7*
Общее здоровье	60,4±12,2	57,3±13,7**	55,0±13,5	61,2±15,3	55,2±16,3**	58,4±16,0*
Социальное функционирование	94,4±9,6	89,9±12,8	90,9±12,4	85,7±15,4*	71,5±22,7*,**	79,1±20,4*
Влияние эмоционального состояния на ролевое функционирование	93,9±24,2	83,6±36,1	85,8±34,2	85,0±24,5*	63,2±38,9*,**	74,7±33,9*
Психическое здоровье	65,8±8,0	62,1±10,7**	60,9±4,8	71,2±13,8*	62,7±17,9**	67,2±16,4*
Суммарная шкала физического здоровья	52,8±4,0	50,9±5,0**	50,3±6,5	51,0±4,6*	46,7±7,1*,**	49,0±6,3*
Суммарная шкала психического здоровья	62,2±7,1	59,3±4,9**	59,2±6,8	63,2±7,1	56,9±10,4*,**	60,2±9,4

Примечание: * различие показателей достоверно между соответствующими группами научных сотрудников и преподавателей ВУЗов (p<0,05); ** различие показателей достоверно между м. и ж. одного организованного коллектива (p<0,05).

причем по некоторым шкалам — социальное функционирование и влияние эмоционального состояния на ролевое функционирование, различие превышало 10 баллов. В отличие от психологического статуса, достоверные различия наблюдались как у мужчин, так и у женщин. У научных работников мужского пола КЖ оказалось достоверно ниже по 5 шкалам по сравнению с сотрудниками ВУЗов, несмотря на более молодой возраст первых. Достоверные различия отсутствовали по таким параметрам, как физическое здоровье, боль и общее здоровье, т. е. только по шкалам, отражающим физический компонент здоровья. У научных работников женского пола КЖ также было достоверно

ниже по 5 шкалам по сравнению с сотрудницами ВУЗов. Отсутствовали различия по шкалам: жизнеспособность, общее здоровье и психическое здоровье, т. е. шкалам, в большей степени отражающим психический компонент здоровья. В обоих организованных коллективах отмечено различие КЖ, связанного со здоровьем у мужчин и женщин. Среди сотрудников ВУЗов КЖ мужчин оказалось достоверно лучше, чем КЖ женщин по 6 из 8 шкал, а среди научных сотрудников по всем 8 шкалам опросника SF-36.

В таблице 2 представлен анализ связи между КЖ и ФР ССЗ. С КЖ в наименьшей степени связаны такие ФР, как курение и НФА. Курение не ассо-

Таблица 2

Связь КЖ и ФР ССЗ

	АГ		Курение		ИМТ		НФА		АО	
	+	-	+	-	+	-	+	-	+	-
Физическое функционирование	85,3±16,2	90,3±13,5*	90,4±11,6	86,6±16,1*	84,8±15,3	88,3±15,2*	86,2±16,0	88,5±14,6	84,1±17,3	90,2±12,8*
Влияние физического функционирования на ролевое функционирование	74,6±35,9	86,4±27,5*	76,1±35,9	80,9±32,0	75,4±35,1	81,1±32,2	76,1±34,6	82,6±31,4*	75,4±36,3	83,5±29,3*
Боль	77,9±18,7	84,0±17,4*	79,3±17,6	80,9±18,7	77,3±17,9	81,5±18,5*	79,3±19,0	81,5±17,9	76,6±18,6	83,7±17,7*
Жизнеспособность	58,2±15,6	55,0±15,3*	58,6±17,4	55,8±15,0	53,6±14,2	57,3±15,8*	56,7±17,1	56,2±14,3	52,9±14,3	59,4±15,8*
Общее здоровье	55,8±14,6	60,5±14,5*	57,5±14,8	57,9±14,9	54,8±14,0	58,8±14,6*	57,0±15,8	58,5±14,1	54,7±14,3	60,5±14,6*
Социальное функционирование	81,2±18,8	89,1±16,1*	82,4±18,7	85,3±17,8	81,7±18,2	85,5±18,0*	81,6±19,6	79,3±19,0	82,0±18,9	86,7±18,2*
Влияние эмоционального состояния на ролевое функционирование	75,9±36,6	85,0±30,9*	78,2±35,0	80,4±34,3	72,6±39,9	82,2±32,3*	75,0±35,2	83,6±33,4*	74,5±38,8	84,3±29,7*
Психическое здоровье	63,9±14,4	65,8±13,5	65,0±15,8	64,7±13,6	63,4±14,4	65,1±13,9	64,9±15,7	64,6±12,7	62,8±14,1	66,5±13,8*
PMS	49,3±6,1	51,2±5,1*	50,2±5,2	50,1±5,9	49,3±6,1	50,4±5,6	49,8±6,1	50,4±5,5	49,0±6,3	51,1±5,2*
MMS	59,2±8,6	61,0±7,3*	59,7±9,3	60,1±7,7	58,4±8,7	60,5±7,8*	59,4±8,8	60,5±7,5	58,7±8,4	61,1±7,6*
	207	278	113	377	122	363	209	281	220	263

Примечание: * различия достоверны при наличии и отсутствии ФР (p<0,05).

Таблица 3

Результаты обследования сотрудников организованных коллективов с помощью опросника HADS

	Работники умственного труда											
	Образование						Наука					
	м		ж		всего		м		ж		всего	
	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%
HADs – Т												
Норма	8	16,3	57	30,8	65	27,8	40	28,4	25	20,2*	65	24,5
Субклиническое состояние	25	51,0	84	45,4	109	46,6	51	36,2	52	41,9	103	38,9
Т	16	32,7	44	23,8	60	25,6	50	35,5	47	37,9*	97	36,6*
HADs – Д												
Норма	46	93,9	149	80,5**	195	83,3	128	90,8	92	74,2**	220	83,0
Субклиническое состояние	2	4,1	29	15,7**	31	13,2	10	7,1	20	16,1**	30	11,3
Д	1	2,0	7	3,8	8	3,4	3	2,1	12	9,7**	15	5,7
ИТОГО	49	100	185	100	234	100	141	100	124	100	265	100

Примечание: * различие показателей достоверно между соответствующими группами научных сотрудников и сотрудников ВУЗов ($p < 0,05$); ** различие показателей достоверно между м. и ж. одного организованного коллектива ($p < 0,05$).

цировалось с ухудшением КЖ, связанного со здоровьем, а, наоборот, по одной шкале физического функционирования КЖ оказалось достоверно лучше у курящих по сравнению с некурящими. При НФА отмечено достоверное снижение КЖ только по двум шкалам: влияние физического функционирования на ролевое функционирование и влияние эмоционального состояния на ролевое функционирование. АГ, ИМТ и АО ассоциировались с достоверным ухудшением КЖ, связанного со здоровьем по большинству шкал опросника SF-36. Наличие АГ ухудшало КЖ по 7 из 8 шкал, при избыточной МТ выявлено ухудшение по 6 из 8 шкал, а при АО КЖ было снижено по 8 шкалам опросника SF-36 (таблица 2).

В таблице 3 представлены результаты обследования сотрудников организованных коллективов с помощью опросника HADS на наличие Т и Д.

Частота клинически значимой Т оказалась достоверно ниже у сотрудников ВУЗов по сравнению с научными работниками – 25,6% и 36,6% соответственно ($p < 0,05$), что было связано в основном с различиями частоты клинически значимой Т

среди женщин – 23,8% и 36,6% соответственно ($p < 0,05$). Вместе с тем, у мужчин существенных различий в частоте клинически значимой Т не выявлено.

Распространенность Д, как клинически значимой, так и субклинической, в обследованных коллективах не различалась. В обоих организованных коллективах имели место гендерные различия распространенности Д. В коллективе сотрудников ВУЗов у женщин достоверно чаще наблюдалась субклиническая Д по сравнению с мужчинами – 15,7% и 4,1% соответственно ($p < 0,05$), в коллективе научных сотрудников у женщин достоверно чаще диагностировали субклиническую – 16,1% и 7,1% ($p < 0,05$) и клиническую Д – 2,1% и 9,7% соответственно ($p < 0,05$). В целом среди научных работников женского пола частота Д, включая субклинические проявления, оказалась высокой (25,8%).

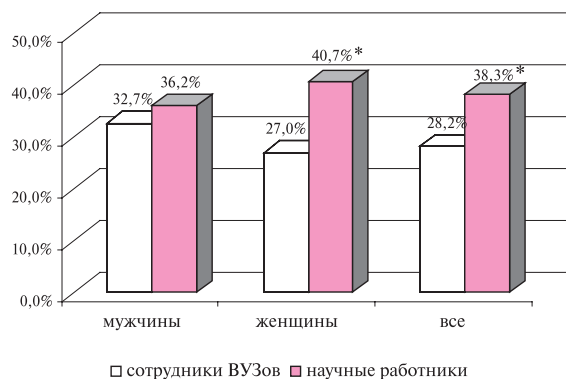
При анализе результатов обследования с помощью опросника HADS также используют понятие ТДС [19]; под ним понимают сочетание субклинической Т и клинической Д, клинической Т и субклинической Д, а также субклинической Т и субклинической Д.

На рисунке 1 представлена частота ТДС в организованных коллективах сотрудников ВУЗов и научных работников.

Среди научных работников распространенность ТДС оказалась достоверно выше по сравнению с сотрудниками ВУЗов – 38,3% и 28,2% соответственно ($p < 0,05$), что было обусловлено в первую очередь различием в частоте ТДС среди женщин обследованных организованных коллективов – 40,7% и 27,0% соответственно ($p < 0,05$).

В таблице 4 представлены результаты оценки уровня С с помощью опросника Ридера.

В целом, в исследуемых организованных коллективах уровень С достоверно не различался.



Примечание: * – $p < 0,05$.

Рис. 1 Частота ТДС в организованных коллективах сотрудников ВУЗов и научных работников.

Таблица 4

Результаты обследования организованных коллективов с помощью опросника Ридера

Уровень С по Ридеру	Работники умственного труда											
	Образование						Наука					
	М		Ж		всего		М		Ж		всего	
	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%
Низкий	23	46,9	70	37,8	93	39,7	58	41,1	30	24,2*	88	33,2
Средний	24	49,0	90	48,6	114	48,7	74	52,5	76	61,3*	150	56,6
Высокий	2	4,1	25	13,5	27	11,5	9	6,4	18	14,5	27	10,2
ИТОГО	49	100	185	100	234	100	141	100	124	100	265	100

Примечание: * различие показателей достоверно между соответствующими группами научных сотрудников и преподавателей ВУЗов ($p < 0,05$).

Однако среди преподавателей ВУЗов женского пола достоверно более низкой оказалась частота среднего уровня С по сравнению с научными работниками женского пола — 48,6% и 61,3% соответственно ($p < 0,05$).

В таблице 5 представлены уровни Т, Д и С у работников организованных коллективов в зависимости от наличия или отсутствия таких ФР ССЗ как АГ, курение, ИМТ, НФА и АО.

Отсутствовала связь изученных параметров психологического статуса с курением. С уровнем Т оказался связан только один ФР — НФА: $8,9 \pm 2,3$ балла при отсутствии НФА и $9,4 \pm 2,6$ балла при наличии НФА ($p < 0,05$). Уровень Д оказался в наибольшей степени связанным с ФР. Уровень Д по данным опросника HADS при наличии таких ФР как АГ, ИМТ, НФА и АО оказался достоверно выше по сравнению с обследованными без соответствующих ФР ($p < 0,05$).

Обсуждение

Исследования КЖ, связанного со здоровьем, в организованных коллективах проводились и ранее [25,26]. У железнодорожников КЖ использовали в качестве показателя эффективности комплекса профилактических мероприятий [25]. Применение единых инструментов оценки позволяет сравнивать результаты этих исследований. У сотрудников локомотивных бригад мужского пола КЖ по некоторым шкалам опросника SF-36 было сходным, а по некоторым даже ниже, чем в проведенном исследовании организованных коллективов научных сотрудников и преподавателей ВУЗов. Анализировали КЖ медицинских работников [26], связанное со здоровьем, КЖ медицинских работников также было сопоставимо с КЖ участников в настоящем исследовании.

При оценке КЖ, связанного со здоровьем, работников организованных коллективов обнаружено, что у научных работников параметры шкал опросника SF-36 были ниже, чем у сотрудников ВУЗов. Причем КЖ, связанное со здоровьем, оказалось достоверно хуже даже у более молодых научных работников мужчин по сравнению

с сотрудниками ВУЗов мужского пола более старшего возраста, преимущественно, по шкалам, отражающим психический компонент здоровья. КЖ, связанное со здоровьем научных работников женщин было ниже аналогичных параметров сотрудников ВУЗов женского пола, причем преимущественно по шкалам, отражающим физический компонент здоровья. Можно предположить, что ухудшение этих параметров у научных работников могло быть связано с большей распространенностью психологических расстройств. На КЖ, связанное со здоровьем, могли оказать влияние особенности профессиональной деятельности обследованных и другие факторы.

При анализе связи КЖ с ФР ССЗ четко показано, что наличие АГ, ИМТ и АО среди работников организованных коллективов ассоциировано с ухудшением КЖ, связанного со здоровьем. Можно предположить, что коррекция этих ФР будет способствовать улучшению КЖ, что необходимо учитывать при планировании профилактических мероприятий в условиях организованного коллектива.

Проведенное исследование с применением стандартной оценки психологического статуса и традиционных ФР позволило сравнить два организованные коллектива групп работников бюджетной сферы и выявить ряд нарушений психоло-

Таблица 5

Связь отдельных параметров психологического статуса с ФР ССЗ

	Все		
	HADS-T	HADS-D	Ридер С
АГ +	$9,0 \pm 2,3$	$4,9 \pm 3,2$	$2,8 \pm 0,6$
АГ -	$9,3 \pm 2,2$	$3,8 \pm 3,0^*$	$2,9 \pm 0,5$
Курение +	$9,4 \pm 2,5$	$4,4 \pm 3,0$	$2,8 \pm 0,6$
Курение -	$9,1 \pm 2,5$	$4,5 \pm 3,1$	$2,8 \pm 0,6$
ИМТ и ожирение +	$9,2 \pm 2,6$	$4,7 \pm 3,1^*$	$2,8 \pm 0,6$
ИМТ и ожирение -	$9,0 \pm 2,2$	$4,1 \pm 3,1$	$2,9 \pm 0,6$
НФА +	$9,4 \pm 2,6^*$	$4,9 \pm 3,4^*$	$2,8 \pm 0,6$
НФА -	$8,9 \pm 2,3$	$4,1 \pm 2,7$	$2,9 \pm 0,6$
АО +	$9,2 \pm 2,6$	$4,8 \pm 3,1^*$	$2,8 \pm 0,6$
АО -	$9,1 \pm 2,2$	$4,0 \pm 3,0$	$2,9 \pm 0,6$

Примечание: * различия достоверны при наличии и отсутствии ФР ($p < 0,05$).

гического статуса работников организованных коллективов НИИ и ВУЗов. При сравнении распространенности Т и Д в обследованных организованных коллективах с популяционными данными, полученными на случайной выборке взрослого населения с помощью того же опросника и практически в тот же временной интервал, обнаружено, что в организованном коллективе работников умственного труда частота тревожных расстройств оказалась в несколько раз выше [27]. Например, частота клинически значимой Т у сотрудников НИИ и ВУЗа составила 25,6% и 36,6%, соответственно, в то время как в популяции Вологодской области аналогичный показатель — 11,7% [27]. В отношении Д столь существенные различия с популяционными данными отсутствовали.

Обследованные коллективы различались по степени выраженности эмоциональных расстройств. Среди научных работников достоверно чаще наблюдалась как клинически значимая Т, так и ТДС, причем это было связано с преимущественно большей распространенностью этих нарушений у женщин — научных сотрудниц, по сравнению с женщинами — сотрудницами ВУЗов. В обоих обследованных коллективах имели место сходные гендерные различия выраженности Д. В обоих коллективах у женщин достоверно чаще наблюдалась субклиническая Д, а в коллективе научных сотрудников достоверно чаще зафиксирована клинически значимая Д, частота которой достигла ~ 10%.

Различие КЖ и психоэмоциональных факторов в организованных коллективах обследованных могло быть обусловлено рядом факторов, которые взаимосвязаны:

- различиями условий трудовой деятельности, отмеченными выше и определяющими и уровень социализации, круг общения и т. д.;
- различиями распространенности ФР.

Таким образом, характер труда может влиять на формирование ТДС, которые способны оказать существенное влияние на здоровье работников, тем самым вызывая значительные затраты со стороны работодателя.

Выводы

Включение в программу скрининга организованных коллективов работников умственного труда методов оценки психологического статуса и КЖ, связанного со здоровьем, позволяет получить дополнительную полезную информацию, которая будет способствовать разработке наиболее целесообразных и дифференцированных профилактических вмешательств.

Организованные коллективы работников умственного труда характеризуются высокой распространенностью психоэмоциональных расстройств тревожного спектра; среди научных работников их распространенность выше, чем среди сотрудников ВУЗов.

Психологический статус сотрудников организованных коллективов ассоциируется с традиционными ФР: АГ, ИМТ, АО, НФА.

Внедрение профилактических вмешательств для коррекции традиционных ФР целесообразно начинать с коррекции психоэмоциональных расстройств, которые могут являться препятствием для восприятия профилактических рекомендаций.

Литература

1. Matthews KA, Gump BB. Chronic work stress and marital dissolution increase risk of posttrial mortality in men from the Multiple Risk Factor Intervention Trial. Arch Intern Med 2002; 162: 309-15.
2. Stansfield S, Fuhrer R, Shipley M, et al. Psychological distress as a risk factor for coronary heart disease in the Whitehall II Study. Int Epidemiol 2002; 31: 248-55.
3. Timio M, Verdecchia P, Ronconi M, et al. Blood pressure changes over 20 years in nuns in a secluded order. J Hypertens 1985; 3(Suppl3): S387-8.
4. Siegrist J, Peter R, Cremer P, Seidel D. Chronic work Paoli P. Working conditions in Europe. The second stress is associated with atherogenic lipids and elevated European survey on working conditions. Dublin; Eur Foundation 1997; 324 p.
5. Peter R, Alfredsson L, Hammar N, et al. Theories of organizational stress. Oxford: Oxford University Press 1998; 128 p.
6. Moller J, Theorell T, de Faire U, et al. Work related stressful life events and the risk of myocardial infarction. Case-control and case-crossover analyses within the Stockholm heart epidemiology programme (SHEEP). J Epidemiol Comm Health 2005; 59: 23-30.
7. Chandola T, Britton A, Brunner E, et al. Work stress and coronary heart disease: what are the mechanisms? Eur Heart J 2008; 29: 640-8.
8. Chandola T, Brunner E, Marmot M. Chronic stress at work and the metabolic syndrome: prospective study. Br Med J 2006; 332: 521-4.
9. Brunner EJ, Chandola T, Marmot MG. Prospective effect of job strain on general and central obesity in the Whitehall II Study. Am J Epidemiol 2007; 165: 828-37.
10. Rosengren A, Hawken S, Ounpuu S, et al., INTERHEART investigators. Association of psychosocial risk factors with risk of acute myocardial infarction in 11119 cases and 13648 controls from 52 countries (the INTERHEART study): case-control study. Lancet 2004; 364: 953-62.
11. Stansfeld SA, Bosma H, Hemingway H, Marmot MG. Psychosocial Work Characteristics and Social Support as Predictors of SF-36 Health Functioning: The Whitehall II Study. Psychosomatic Med 1998; 60: 247-55.
12. Murray CJ, Lopez AD. Alternative projections of mortality and disability by cause 1990–2020: Global Burden of Disease Study. Lancet 1997; 349: 1498-504.
13. De Graaf R, Bijl RV, Spijker J, et al. Temporal sequencing of lifetime mood disorders in relation to comorbid anxiety and substance use disorders — findings from the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study. Soc Psych Psych Epidemiol 2003; 38: 1-11.
14. Goldney RD, Phillips PJ, Fisher LJ, Wilson DH. Diabetes, depression, and quality of life: a population study. Diabetes Care 2004; 27: 1066-70.

15. Cully JA, Graham DP, Stanley MA, et al. Quality of life in patients with chronic obstructive pulmonary disease and comorbid anxiety or depression. *Psychosomatics* 2006; 47: 312-9.
16. Gehi A, Haas D, Pipkin S, Whooley MA. Depression and medication adherence in outpatients with coronary heart disease: findings from the Heart and Soul Study. *Arch Intern Med* 2005; 165: 2508-13.
17. Ciechanowski PS, Katon WJ, Russo JE. Depression and diabetes: impact of depressive symptoms on adherence, function, and costs. *Arch Intern Med* 2000; 160: 3278-85.
18. Katon WJ, Lin EH, Russo JE, Unutzer J. Increased medical costs of a population-based sample of depressed elderly patients. *Arch Gen Psychiatry* 2003; 60: 897-903.
19. Zigmond AS, Snaith RP. The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatr Scand* 1983; 67: 361-70.
20. Reeder LG, Schrama PGM, Dirken JM. Stress and cardiovascular health: an international cooperative study: I. *Soc Sci Med* 1973; 7: 573-84.
21. Дробижев М.Ю., Баранов П.А., Колуцкая Е.В. Эффективность моклобемиды у больных с депрессивными состояниями циклотимического уровня. *Синапс* 1993; 4: 82-8.
22. Калягин В.А., Овчинникова Т.С. Логопсихология: учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений. Москва "Академия" 2006; 320 с.
23. Ware JE, Sherbourne CD. The MOS 36-item short form health survey (SF-36): conceptual framework and item selection. *Medical Care* 1992; 30: 473-83.
24. Концевая А.В., Калинина А.М., Омеляненко М.Г. и др. Характеристика качества жизни и самооценки здоровья как маркеров готовности пациентов к участию в профилактических мероприятиях. *Профил забол укреп здор* 2006; 6: 21-6.
25. Куделькина Н.А., Щетинин А.Н. Организационно-функциональная модель первичной профилактики неинфекционных заболеваний у железнодорожников. *Бюллетень СО РАМН* 2006; 4(122): 124-31.
26. Перепелица Д.И. Социально-гигиенические аспекты охраны здоровья медицинских работников. Автореф дисс канд мед наук. Кемерово 2007.
27. Попугаев А.И., Калинина А.М., Шальнова С.А. и др. Эпидемиологическая ситуация в отношении основных факторов риска и суммарного сердечно-сосудистого риска среди населения г. Вологды 35-64-летнего возраста. *Кардиоваск тер профил* 2008; 8: 12-9.

Поступила 16/12-2008

Всероссийский научно-образовательный форум “Профилактическая кардиология”

С 24 по 26 февраля 2010г. в Конгресс-центре гостиницы “Космос” пройдет Всероссийский научно-образовательный форум “Профилактическая кардиология” и XII Международная специализированная выставка современного оборудования и лекарственных средств “Кардиология-2010”.

Организаторами проекта являются Министерство здравоохранения и социального развития РФ, Всероссийское научное общество кардиологов, Государственный научно-исследовательский центр профилактической медицины Росмедтехнологий, Национальное научное общество Кардиоваскулярной профилактики и реабилитации, ЗАО “МЕДИ Экспо”.

Предстоящий форум (ранее — “Кардиология”) представляет широкие возможности для повышения профессионального уровня врачей практического здравоохранения в области предупреждения развития и прогрессирования сердечно-сосудистых заболеваний и является площадкой обсуждения самых актуальных диагностических и лечебных вопросов специальности.

В нашей стране, не смотря на позитивные результаты проводимой государством программы оказания медицинской помощи больным с сердечно-сосудистыми заболеваниями (ССЗ), смертность от них по-прежнему остается крайне высокой.

Именно поэтому на предстоящем форуме основной акцент будет сделан на профилактике ССЗ, а также в рамках деловой программы будут рассмотрены причины ССЗ и влияние психо-социальных факторов на их распространенность, представлены современные технологии оценки риска ССЗ и их осложнений; отдельное внимание будет уделено метаболическому синдрому и возможностям предупреждения его осложнений, ССЗ и сахарному диабету.

В рамках специализированной выставки “Кардиология-2010” участникам деловой программы и гостям форума будут представлены новейшие лечебные и профилактические кардио-препараты, лечебное питание и дженерики, широкий спектр современного медицинского оборудования российских и зарубежных производителей: электрокардиографы, кардиостимуляторы, приборы для передачи ЭКГ по телефону, дыхательная аппаратура, доплеровские системы, оборудование для лечения сердечных аритмий и для интервенционной кардиологии, телеметрические системы и многое другое.

Более подробную информацию Вы можете узнать на сайтах:

<http://www.cardiology-congress.ru/>

<http://www.mediexpo.ru/>

и по тел.: +7 (495) 721-88-66