



Бритов Анатолий Николаевич

- 1959-1960 — ординатор
- 1960-1963 — аспирант
- 1963-1967 — ассистент
- с 1970 — доцент

В настоящее время — профессор, руководитель отдела профилактики внутренних заболеваний ГНИЦ Профилактической медицины Росздрава

ВЛИЯНИЕ СОЦИАЛЬНО-ЭКОНОМИЧЕСКОГО СТАТУСА И СТРЕССА НА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТУЮ СИСТЕМУ В ПРОСПЕКТИВНОМ ПОПУЛЯЦИОННОМ ИССЛЕДОВАНИИ

Бритов А.Н., Елисеева Н.А., Деев А.Д., Орлов А.А.

ГНИЦ профилактической медицины Росздрава, отдел эпидемиологии ССЗ (зав. — проф. А.Н. Бритов)

Значительные различия показателей заболеваемости и смертности в зависимости от социально-экономического статуса наблюдаются во всех странах, в том числе, экономически развитых (США, Западная Европа, Австралия). В еще большей степени проявляется влияние социально-экономического статуса на здоровье населения развивающихся стран и стран с переходной экономикой. В России в 90-х годах XX века большое влияние на физическое и душевное здоровье оказывали макросоциальные конфликты. На основе анализа состояния психического и физиологического здоровья в России высказывается предположение о наличии особой группы социально-стрессовых расстройств, определяемых складывающейся психогенной социально-экономической и политической ситуацией, актуальной для большого числа россиян [1].

Постсоциалистический период в России привел к ломке общественного сознания, смене жизненных ориентиров десятков миллионов людей, нарастающего отдаления частной жизни от влияния и заботы государства. Развивающиеся вследствие этого массовые проявления состояний психоэмоционального перенапряжения и дезадаптации, по-существу являются следствием коллективной психической травмы,

которая может рассматриваться в качестве естественной «экспериментальной модели» социальных стрессовых расстройств [2].

Еще З.Фрейд при оценке психологии масс в критические периоды специально выделял подчеркнутую аффективность, внушаемость, легковерие, «заразительность» переживаний и убеждений [3]. Резкие всплески смертности от сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) в России в периоды социально-экономических преобразований (начало 90-х годов прошлого века, а также после «дефолта» 1998 г.) показали, что психо-социальные факторы являются одной из главных причин такой динамики [4, 5]

Динамику смертности населения России в трудоспособном возрасте иначе как трагической не назовешь [6]. У мужчин в 1994 году, по сравнению с 1990 годом, смертность от всех БСК выросла на 78,7%, от ИБС — на 71,8%, от ЦВБ — на 62,2%, от инфаркта миокарда — на 4,9%. У женщин ситуация похожая, только от инфаркта миокарда смертность возросла значительно больше, чем у мужчин — на 17,2% [7, 8]. Очевидно, «что в России большое значение имеют социально-экономические факторы риска такой высокой смертности от БСК и других заболеваний, а также крайне нездоровый образ жиз-

ни населения и бедность большинства населения России». К «бедным» странам отнесены страны с низким уровнем дохода (<2900 американских долларов в год). К ним относятся развивающиеся страны Африки, Азии и Латинской Америки, Россия, другие страны СНГ, Болгария и Румыния [9, 10]. От уровня социально-экономического развития страны зависит и общая продолжительность жизни. С ростом дохода увеличивается общая продолжительность жизни и продолжительность жизни в здоровом состоянии.

Сходные «модели» можно выявить при анализе психического здоровья населения ряда стран. Об этом пишет немецкий психолог К.Ясперс [11], анализируя изменения психического состояния людей в Германии после её поражения в первой мировой войне и сопоставляя их с «психическими явлениями» в «неспокойные времена» — во время Великой французской революции, а также после революции 1917 года в России. Он приходит к заключению, что наблюдаемые во все эти периоды глубокие эмоциональные потрясения касаются популяции в целом. Они «воздействуют на людей совершенно иначе, чем потрясения сугубо личного свойства».

В настоящее время многочисленными экспериментальными исследованиями и клиническими наблюдениями установлено, что в стадии дистресса (тяжелого психического расстройства) сначала транзиторно, а потом и устойчиво поражаются механизмы саморегуляции различных функциональных систем, что ведет к нарушению биоритмов: сна и бодрствования, суточных изменений уровня гормонов, ритмов дыхания, сердцебиения и проницаемости различных тканевых барьеров [12].

В качестве психоэмоциональных стрессовых факторов могут быть приняты во внимание следующие: чувство обделенности вследствие низкого социально-экономического статуса, угроза изменения положения, занимаемого в социальной иерархии, диспропорция между требованиями и возможностями принятия решений в процессе работы, высокие расходы при низкой заработной плате, а также сильная конкуренция и пресс соревнования [13, 14].

При обследовании больших популяций в США и европейских странах многократно воспроизводилась связь комплекса неблагоприятных социально-экономических показателей с распространенностью ИБС и АГ, со средним уровнем АД, со смертностью от ИБС и АГ. Многие данные, касающиеся уровня образования, доходов, расовой принадлежности, жилищных условий, показывают, что в социально менее благоприятных группах показатели заболеваемости и смертности в 2-3 раза выше по сравнению с таковыми в группах с более высоким социально-экономическим статусом [14]. Например, такие неблагоприятные со-

циально-экономические показатели, как низкий уровень образования, безработица, низкий уровень доходов, неудовлетворительные жилищные условия, сильно коррелировали с повышенной смертностью от АГ и повышенной распространенностью АГ [15]. Относительный риск возникновения АГ или заболеваний сердца, связанный с этими социальными факторами, варьировал от 1,5 до 3. Распространенность социальных факторов риска в разных странах, нациях, регионах значительно различается. Тот факт, что социально-экономический градиент показателей смертности увеличивается с увеличением неравенства доходов, предполагает определенную причинность даже при неизвестных ее механизмах [16].

Такие показатели, как род занятий, безработица, доход, жилище, также колеблются в зависимости от экономического цикла и социально-экономических условий в стране. Опубликованы сведения о том, что уровень смертности от ССЗ связан с экономическим циклом. С. Jenkins, анализируя в обзорной статье [17] данные о социальных факторах, писал: «Создается впечатление, что в начале процесса урбанизации повышенный риск ИБС затрагивал более высокие социально-экономические слои, в то время как в конце этого процесса более высокий риск проявился у более низких слоев населения». Результаты популяционных исследований 50-х годов показали больший риск ССЗ у мужчин с наиболее высоким социально-экономическим статусом, а в начале 70-х годов это соотношение изменилось на противоположное [18].

Смертность от ИБС оказалась наиболее высокой в низшей социально-экономической группе (по уровню образования и дохода), превышая в 4 раза этот показатель в более высоком социально-экономическом слое [19, 20]. Авторы указывают на существенную связь данного феномена с психосоциальным стрессом и образом жизни. Вероятно, социальные факторы могут повышать АД и влиять на течение стандартных факторов риска. На смертность и заболеваемость ССЗ влияет низкий уровень образования [20, 21]. В одной американской программе у лиц с низким уровнем образования риск ИБС был в 2 раза выше, чем у лиц с высоким уровнем образования. В Северо-Карельской профилактической программе уровень образования оказался вторым по значимости фактором риска внезапной смерти в ряду таких факторов, как гиперхолестеринемия, низкая физическая активность, курение и повышенное систолическое АД [22].

Получены данные о том, что и семейный статус связан с заболеваемостью и со смертностью от ИБС [23]. Так, наблюдение за мужчинами 40-64 лет в течение 4 лет выявило наиболее низкий уровень смертности, частоты новых случаев ИБС у женатых мужчин. Частота новых случаев ИБС была наиболее вы-

сокой среди вдовцов, показатель смертности — среди разведенных. Показатель выживаемости оказался на более низким у одиноких и разведенных мужчин. У женщин тенденция смертности от ИБС была сходной: у вдов отмечалась наиболее высокая смертность. Уровень смертности в целом был наиболее низким у лиц, состоящих в браке. В организованной популяции крупного промышленного предприятия города Москвы, обследованной в 80-х годах, различий по заболеваемости и смертности от ИБС и АГ, связанных с социальными факторами, получено не было [24]. Видимо, это было связано с тем, что основные социальные факторы в изученной популяции не различались столь резко. И только после «перестройки» и реформ начала 90-х годов, когда общество разделилось на меньшую прослойку с высоким уровнем доходов и большую часть населения с уровнем жизни ниже среднего, проявилась четкая связь АГ с социальными факторами [2].

Одним из проявлений эмоционального стресса на популяционном уровне является рост числа лиц приверженных к вредным привычкам: курению, злоупотреблению алкоголем, наркоманией [2].

Психоэмоциональный стресс в настоящее время выступает в качестве ведущей причины формирования многих психосоматических заболеваний. По данным ВОЗ, распространенность аффективных расстройств в 90-е годы в развитых странах Европы и США составляла 5-10 % против 0,4-0,8 % к началу 60-х годов. Достоверно установлено, что заболеваемость депрессиями на сегодняшний день приближается к 3%. Это значит, что ежегодно около 100 млн. жителей нашей планеты обнаруживают признаки депрессии и, соответственно, нуждаются в адекватной психологической медицинской помощи [25]. В качестве одного из наиболее клинически значимых факторов, обуславливающих рост частоты депрессии, наряду с процессом урбанизации, стрессогенными событиями, повышением средней продолжительности жизни, миграцией и другими социальными тенденциями, рассматривается и более полное выявление аффективных расстройств, прежде всего — у пациентов общемедицинской сети. Такой прогресс оказался возможным благодаря совершенствованию диагностики с использованием стандартизованных критериев, обеспечивающих унификацию клинической оценки изучаемой патологии.

С целью проведения сравнительного анализа параметров, характеризующих состояние сердечно-сосудистой системы, психологического статуса и их взаимосвязи с социально-экономическими факторами и стрессом на семейном и популяционных уровнях, нами было проведено проспективное 5-летнее исследование в 4-х городах Московской области, расположенных в 70-100 км от МКАД.

Материал и методы

В рамках программы было проведено мониторинг психосоциальных и физиологических факторов риска населения 12 (1998) и 7 (2004) терапевтических участков в Московской области. В 1998 году было проскринировано 1828 семей, что составило 3628 человек старше 15 лет (1598 мужчин и 2030 женщин); в 2003-2004 годах было проведено исследование 1239 семей (2041 человек: 776 мужчин и 1265 женщин). Кроме анкетирования (9 анкет), измерялось артериальное давление, пульс, рост, вес, окружность талии и бедер.

Мониторинг осуществляли участковые врачи и медицинские сестры, специально прошедшие обучение в ГНИЦ профилактической медицины, что обеспечивало унификацию исследования. В цели мониторинга входило изучение психического статуса с помощью опросников «СМОЛ», «PERSIVES STRESS», Шкал тревоги и депрессии, модуля о политических событиях в стране, о склонности к агрессии и преступлениям, модуля качества жизни, социальных факторов: подушевого дохода, образования, условий жизни, семейного статуса, демографии семей, курения, употребления алкоголя, а также состояния кардиоваскулярной и нервной систем.

Статистический анализ осуществлялся в системе SAS (версия 6.12). Вычислялись средние и стандартные ошибки переменных. Стандартизация по возрасту выполнялась прямым методом с использованием европейского возрастного стандарта. Использовались стандартные критерии Стьюдента (t -критерий) и χ^2 .

Результаты и обсуждение

При анализе динамики социально-экономических факторов, произошедших за 5-летний период, выяснилось, что в изучаемой популяции уменьшилось число мужчин с начальным образованием с 16,9% до 13,4%, количество женщин со средним образованием — с 70,6% до 63,4% ($p < 0,001$), доля лиц с высшим образованием, наоборот, увеличилась: у мужчин — с 12,8% до 15,9% ($p < 0,01$), у женщин — с 10,8% до 17,9% ($p < 0,001$). Количество как неженатых мужчин, так и незамужних женщин, увеличилось с 34,6 до 36,6% и с 46,7 до 48,8 %, соответственно. При этом сохранилась диспропорция по полу более чем на 10% в сторону преобладания женщин, что мы рассматриваем как неблагоприятный социальный фактор.

Курение очень высоко распространено у мужчин — 75,4% (59,7% курят сейчас, а еще 15,8% курили в прошлом), у женщин процент курящих несколько увеличился: с 10,7% до 12,8%, хотя за тот же период бросили курить 5% женщин.

Резко уменьшилось количество лиц, не употребляющих алкоголь совсем: на 9% среди мужчин (26,6%

$\pm 1,76$ и $17,93\% \pm 1,91$) и на 15% среди женщин ($45,37\% \pm 1,66$ и $30\% \pm 1,56$). В то же время количество лиц, злоупотребляющих алкоголем, увеличилось среди мужчин более, чем в 2 раза (с 2,6% до 6,0% при $p < 0,001$), а среди женщин — в 4 раза (с 0,5% до 2% при $p < 0,001$). Через 5 лет увеличилось употребление алкогольных напитков (пива, портвейна, сухого вина и водки) как в граммах (например, водки — с $62,0 \pm 2,86$ до $68,3 \pm 2,95$), так и в процентном соотношении (с 72,9% до 76,6% у мужчин и с 20,3% до 22,7% у женщин). Так, количество мужчин употребляющих пиво увеличилось с $8,6\% \pm 1,19$ до $16,3\% \pm 1,44$, а женщин — с $1,0\% \pm 0,97$ до $3,4\% \pm 1,12$. Число женщин, употребляющих вино, увеличилось с $44,6\% \pm 2,80$ до $47,3\% \pm 2,36$, портвейн — с $13,4\% \pm 2,67$ до $16,0\% \pm 1,74$. Мужчины, употребляющие водку, составляют $57,7\% \pm 1,53$ и $55,8\% \pm 1,85$, а женщины — $9,8\% \pm 2,58$ и $9,5\% \pm 2,04$, соответственно. Мужчины, употреблявшие пиво за последнюю неделю, составили $43,2\% \pm 3,30$ и $41,9\% \pm 2,90$, а женщины — $21\% \pm 3,32$ и $19,5\% \pm 2,67$. Количество мужчин, употреблявших вино за последнюю неделю, увеличилось с $0,7\% \pm 0,51$ до $2,2\% \pm 1,26$, а женщин — с $24,3\% \pm 6,08$ до $33,9\% \pm 3,82$; портвейна — среди мужчин — с $1,9\% \pm 0,84$ до $2,4\% \pm 1,28$, среди женщин — $15,6\% \pm 5,07$ и $15,1\% \pm 2,44$. Число мужчин, употреблявших водку за последнюю неделю перед скринингом составило $54,3\% \pm 3,35$ и $53,5\% \pm 2,85$, а женщин — $39,2\% \pm 4,74$ и $31,6\% \pm 3,23$, соответственно. Количество лиц с ожирением (индекс Кетле > 31) за 5 лет увеличилось у мужчин с 5,5% до 15,7% ($p < 0,01$), среди женщин — с 10,9% до 21,9% ($p < 0,001$). Количество лиц с относительно низкой массой тела (индекс Кетле ≤ 21) увеличилось среди мужчин за 5 лет с $23,9\% \pm 1,84$ до $32,1\% \pm 2,13$, а среди женщин — с $31,3\% \pm 1,60$ до $36,7\% \pm 1,60$ (очень неблагоприятный социальный фактор). Абдоминальное ожирение (ОТ/ОБ $> 0,9$) у мужчин составило 17,8% — 17,7%, а у женщин (ОТ/ОБ $> 0,8$) оно уменьшилось с 34% до 20,2%.

Наиболее распространенное хроническое заболевание, имеющее значимые прямые корреляции с социально-экономическим статусом — артериальная гипертензия (АГ). Нами выявлено, что АГ (по критериям АД $\geq 140/90$ мм рт.ст. + лица, получающие антигипертензивную терапию при любых уровнях АД) у мужчин выросла за 5 лет с 32,8% до 39,4% ($p < 0,01$), а у женщин — с 37,1% до 41,6% ($p < 0,05$). Охват антигипертензивным лечением мужчин составил 25,9-23,4%, женщин — 51,6-52,5%, в то же время эффективно лечились только 4,2-2,4% мужчин и 13,8-13,6% женщин, т.е. ситуация с лечением остается крайне неудовлетворительной. Мы полагаем, что это — один из главных факторов, обуславливающих короткую среднюю продолжительность предстоящей жизни в России, особенно среди мужчин (< 59 лет). Указанные

данные стандартизованы по возрасту и поэтому указывают на увеличение распространенности данного хронического неинфекционного заболевания, по-видимому, в наибольшей мере характеризующего «уровень здоровья».

Подтвердилось предположение, что распространенность АГ зависит от семейного дохода: так, у наименее обеспеченных она составляет 32,2% у мужчин и 44,6% у женщин, а у наиболее обеспеченных — 22,4% у мужчин и 16,3% у женщин. Распространенность контролируемой АГ — наименьшая в группе с низким доходом (у мужчин — 0%, у женщин — 11,7%) и наибольшая в группе наиболее обеспеченных (у мужчин — 9%, у женщин — 38,7%). Частота перенесенного инфаркта миокарда как в 1998 г., так и в 2004 г., у мужчин была одинаковой ($4,21\% \pm 0,74$ и $4,71\% \pm 0,98$), у женщин же она была в 3 раза ниже ($1,55\% \pm 0,34$ и $1,78\% \pm 0,40$). Частота стенокардии напряжения («грудной жабы») за 5 лет у мужчин увеличилась ($15,38\% \pm 1,26$ и $16,32\% \pm 1,22$), а у женщин снизилась ($15,83\% \pm 0,95$ и $13,43\% \pm 0,95$). Частота мозговых инсультов у мужчин за 5 лет незначительно повысилась — на 0,5% ($2,38\% \pm 0,51$ и $3,03\% \pm 0,70$), а у женщин немного снизилась ($2,59\% \pm 0,42$ и $2,13\% \pm 0,41$). Сахарный диабет выявлен в $1,12\% \pm 0,60$ (1998 г.) и в $2,12\% \pm 0,47$ (2003 г.) — у мужчин, у женщин — в 2 раза чаще ($3,22\% \pm 0,54$ и $4,45\% \pm 0,54$).

За 5-летие исследования предпринимались определенные усилия по образованию врачей первичного звена Московской области по профилактике ХНИЗ. Несмотря на это, ориентация врачей в области современных взглядов на профилактику и лечение таких массовых заболеваний происходит весьма замедленными темпами. Оказалось, что участковые терапевты Подмоскovie в качестве антигипертензивных препаратов неоправданно часто назначают препараты раувольфии (в 1998 г. — 40%, в 2003 г. — 33%) и другие препараты центрального действия (клонидин — в 1998 г. в 10% и в 2003 г. — в 11%). Устаревшие комбинированные препараты (андипал, аделфан, трирезид, кристепин, бринердин, эзидрекс, сиднофарм) в 1998 и 2003 годах назначались примерно в 14%. Эти группы лекарств из-за побочных эффектов, главным образом — из-за седативного эффекта, не входят в число современных антигипертензивных средств, рекомендуемых международными и отечественными профессиональными ассоциациями кардиологов. В то же время диуретики назначались лишь в 6% случаев в 1998 г. и в 5% — в 2003 г.; ингибиторы АПФ 5 лет назад назначались в 9%, а в 2003 г. — в 16% случаев ($p < 0,05$); бета-адреноблокаторы назначались в 9% случаев в 1998 г. и в 10% — в 2003 г.; антагонисты кальция — в 9% в 1998 и в 6% — в 2003 г.

Из ингибиторов АПФ в 1998 г. назначался только эналаприл (в 1% случаев) и в 8% случаев — коротко

действующий капотен, а в 2003 г. врачи Подмосковья назначали эналаприл уже в 7%, а капотен — в 9% случаев. Из бета-блокаторов в 8% назначался коротко действующий и неселективный анаприлин и в 1998, и в 2003 гг, а более современный атенолол — только в 1% в 1998 г. и в 2% — в 2003 г. Другие современные бета-блокаторы практически не применялись.

Из диуретиков в 3% назначался лазикс, в 2% — гипотиазид, в 0,5-0,7% — триампур, в 0,1% — верошпирон. Ситуация также не вполне объяснимая, учитывая, что речь шла именно об антигипертензивной терапии. Правда, в какой-то степени это компенсировалось частым (~ 25%) назначением комбинированных препаратов адельфана или кристипина, содержащих дигидрохлортиазид.

Из антагонистов кальция в 1998 г. в 72% случаев назначался коротко-действующий коринфар (в 2003 г. — в 6%), в 1,2% — кордафен, в 0,4% — верапамил, и лишь в 0,1% — амлодипин (норваск).

Из других лекарственных препаратов, которые некоторые врачи считают антигипертензивными, назначались: папаверин — в 1,3% (1998 г.) и 5,1% (2003 г.), дибазол — в 4,5%, андипал — в 2%, нитраты — в 1%, магния и эзидрекс — в 0,1% случаев.

Таким образом, несмотря на некоторый позитивный сдвиг в адекватной антигипертензивной терапии, реальная практика все еще существенно отличается от международных и отечественных рекомендаций по терапии АГ. Все это свидетельствует о недостаточности тех усилий, которые предпринимались в течение последних лет по обучению как врачей, так и пациентов, современным подходам к профилактике и лечению АГ, в том числе, и в рамках «Федеральной программы по профилактике и лечению АГ». По-видимому, без реального изменения социально-экономического статуса населения этих усилий будет недостаточно и в ближайшем будущем. Проведенное недавно существенное повышение уровня зарплаты в этом году врачам первого контакта не соответствуют уровню их компетентности.

В 2003-2004 гг. нами впервые были применены вопросники, позволяющие диагностировать подверженность обследованных групп населения эмоциональному стрессу. Анализ вопросников «СМОЛ», «PERSIVES STRESS» показал, что лица с возможным стрессом составляют 24,5% среди мужчин и 23,7% — среди женщин, лица с определенным стрессом были выявлены в 7,6% (мужчины и женщины). Субъективно ощущаемый стресс был выявлен у 17,5% лиц. Люди с плохим самочувствием составляют 7— 15% (у мужчин) и 12-15% (у женщин).

Показано, что выраженность стресса зависит от социального и эмоционального статуса человека. При анализе связи социально-экономических факто-

ров со стрессом при стандартизации по возрасту и полу выявлена связь стресса и образования. Так, у лиц с высшим образованием стресс развивается в $19,3\% \pm 0,39$, со средним образованием — в $16,3\% \pm 0,19$, а у лиц с начальным образованием — в $14,1\% \pm 0,39$ ($p < 0,0001$). Реже выявлялся стресс у незамужних (неженатых) — $15,8\% \pm 0,22$, нежели у женатых и разведенных — $16,8\% \pm 0,49$ ($p < 0,0006$) и больше всего — у вдовцов (вдов) — $18,9\% \pm 0,50$ ($p < 0,0001$). В квинтилях распределения доходов видно, что чем больше доход, тем меньше выраженность стресса. Так, у лиц с доходом ниже среднего уровня стресс выражен в $17,9\% \pm 0,46$, а у лиц с высоким доходом — $13,6\% \pm 1,35$ при $p < 0,002$. Удивительные данные получены по стрессу в зависимости от жилищных условий. Наиболее выражен стресс у лиц, проживающих в общежитии ($21,8\% \pm 0,75$) и в собственных домах ($22,4\% \pm 3,2$), чем у лиц, проживающих в квартирах ($16,6\% \pm 0,25$) при $p < 0,05$.

У лиц, никогда не куривших, стресс выявлен в меньшей степени ($16,1\% \pm 0,26$), чем у тех, кто курит ($16,8\% \pm 0,33$) и больше, чем у тех, кто бросили курить ($17,1\% \pm 0,68$) при $p < 0,1$. При анализе связи стресса и алкоголя видно, что стресс выражен в большей степени ($17,8\% \pm 0,31$) у не употребляющих алкоголь, у мало употребляющих — в меньшей степени ($14,9\% \pm 0,54$) при $p < 0,007$, чем у много употребляющих алкоголь ($16,6\% \pm 0,35$) при $p < 0,03$. При анализе связи стресса от дозы употребления водки в квинтилях дозы видно, что чем больше употребляют водки, тем выраженнее стресс ($40,5\% \pm 3,6$ и $27,9\% \pm 3,3$ в пятом и первом квинтилях, соответственно), $p < 0,05$. В квинтилях употребления водки за последнюю неделю видна такая же закономерность ($34,5\% \pm 4,3$ и $13,3\% \pm 4,4$, соответственно) при $p < 0,0007$.

Связь подверженности стрессу в зависимости от уровней АД была не столь выражена, но статистически достоверна. У лиц с нормальным АД стресс выявлен в $16,1\% \pm 0,19$, а у лиц с повышенным АД ($> 160/95$ мм рт.ст.) — в $17,6\% \pm 0,35$ ($p < 0,0001$). У лиц с артериальной гипертонией стресс выявлен в большей степени, чем у лиц без гипертонии — $17,2\% \pm 0,28$ и $16\% \pm 0,22$ при $p < 0,001$. У лиц, лечившихся от гипертонии, стресс выявлен в $18,0\% \pm 0,50$, а у не лечившихся — в $16,5\% \pm 0,37$ ($p < 0,006$). В квинтилях распределения уровней ДАД видно, что чем выше ДАД, тем выраженность стресса больше ($15,4\% \pm 0,37$ и $18,2\% \pm 0,38$ в первом и пятом квинтилях ДАД, соответственно) при $p < 0,0001$.

У лиц с дефицитом массы тела (индекс Кетле < 21) стресс выражен несколько больше, чем у лиц с нормальной массой тела ($16,9\% \pm 0,30$ и $16,2\% \pm 0,20$ при $p < 0,03$). У лиц с ожирением, наоборот, стресс выражен в меньшей степени ($15,8\% \pm 0,43$), чем у лиц с нормальной массой тела — на уровне тенденции

($16,2\% \pm 0,20$ при $p < 0,1$). В квинтилях распределения индекса массы тела (индекса Кетле) видно, что чем больше масса тела, тем стресс выражен в меньшей степени ($15,9\% \pm 0,38$ и $16,8\% \pm 0,36$ в первом и пятом квинтилях, соответственно) при $p < 0,09$.

У лиц, перенесших инфаркт миокарда, стресс выражен в большей степени ($17,1 \pm 1,0$), чем у лиц без него ($16,3\% \pm 0,17$) при $p < 0,01$. У лиц со стенокардией напряжения (грудной жабой) стресс выражен в большей степени ($18\% \pm 0,47$), чем у лиц без нее ($16,5 \pm 0,17$) при $p < 0,0004$. Такая же ситуация и у лиц, перенесших инсульт ($19,4\% \pm 1,19$ и $16,3 \pm 0,17$) при $p < 0,004$; у больных сахарным диабетом ($18\% \pm 1,11$ и $16,5\% \pm 0,17$) при $p < 0,0008$ и артериальной гипертонией ($17,3\% \pm 0,32$ и $15,7\% \pm 0,21$) при $p < 0,0001$. У лиц, имеющих плохую самооценку своего здоровья, стресс выражен в значительно большей степени ($20,4\% \pm 0,43$), чем у лиц с нормальной самооценкой ($15,8\% \pm 0,17$) при $p < 0,0001$. При изучении связи распределения уровней самооценки здоровья от стресса видно, что чем хуже здоровье, тем стресс выражен в большей степени ($14,1\% \pm 0,53$ при хорошей самооценке по сравнению с плохой – $20,7\% \pm 0,45$) при $p < 0,0001$.

Использованные нами вопросники «Качество жизни» и «СМОЛ» помогли выявить ряд психологических отклонений личности. В ряде кардиологических исследований [4, 5] показано, что депрессии являются самостоятельным фактором риска ишемической болезни сердца и ассоциируются с тяжелым течением, высокой частотой коронарных катастроф и повышенной смертностью от коронарной болезни. В принципе ничего нового в этих причинно-следственных связях нет. Еще в 1946 г., анализируя ситуацию в стране во время и сразу после Великой Отечественной войны, известные советские психиатры Гуревич М.О. и Серейский М.Я. писали: ...не исключена воз-

можность развития психогенных реакций и у нормальных людей, особенно находящихся в состоянии длительного напряжения, бессонницы и переутомления; чрезмерное накопление и сила вредных факторов могут расшатать и здоровую психику, особенно если эти факторы ударяют по чувствительному месту, имеющему особое значение в жизни данной личности» [26].

Итак, нами представлены достоверные данные оносительной связи АГ с социально-экономическими условиями жизни у жителей Московской области. В то же время 59,5% изучаемой популяции отметили снижение качества жизни и 47,5% имеют патологические изменения личности, причем у 14,9% отмечаются такие психические отклонения, которые требуют наблюдения психиатра, а также проведения профилактики нежелательных последствий психо-эмоционального стресса во всей популяции.

Заключение

Таким образом, хронический эмоциональный стресс и связанные с ним нарушения здоровья населения пока остаются серьезнейшей социальной проблемой. Данные были получены в городах Московской области, достаточно типичных для большинства населения России.

То есть, хронический эмоциональный стресс и социально-экономический статус взаимосвязаны и в значительной степени определяют интегральный риск сердечно-сосудистых заболеваний. Наши данные лишний раз убеждают, что при выполнении профилактических программ решение социальных проблем должно быть приоритетным.

Очевидно что решение последних возможно только при активной государственной и административной поддержке на федеральном и региональном уровнях.

Литература

- Александровский Ю.А. Социально-стрессовые расстройства // Русский медицинский журнал, 1996, том 3, № 11, с.689-694.
- Гундаров И.А. «Пробуждение: пути преодоления демографической катастрофы в России». Москва, Центр творчества «Беловодье», 2001.
- З.Фрейд. «Психология масс и анализ человеческого «Я». «Современные проблемы», М., 1926 г.
- Оганов Р.Г., Масленникова Г.Я. // «Кардиоваскулярная терапия и профилактика», 2004, №3, ч.1, с. 10-14.
- Чазов Е.И. - Психосоциальные факторы как риск возникновения сердечно-сосудистых заболеваний // Сердце, 2004, №3, с.2-4.
- Харченко В.И., Михайлова Р.Ю., Онищенко П.И. - Показатели продолжительности жизни населения России в сравнении с другими странами. Проблемы прогнозирования. 2003, №6, с. 119-128.
- Демографический сборник - 2000
- Харченко В.И., Корякин М.В., Вишин М.М. и др. Социально-экономические и социально-психологические факторы риска болезней системы кровообращения // Здравоохранение РФ, 2005, №5.
- The Global Competitiveness Report/ 1999. Geneva pp -11, 228
- Доклад о развитии человека за 1999. Нью-Йорк, Оксфорд, Университи пресс, 1999. стр. 263.
- Ясперс Карл, Общая психопатология, М., «Практика», 1997.
- Судаков К.В. Теория системогенеза. М.: Горизонт, 1997.
- Siegrist J, Peter R, Junge A, Cremer P, Seidel D. Low status control, high effort at work and ischemic heart disease: prospective evidence from blue-collar men// Soc Sci Med. 1990;31(10):1127-34.
- Kaplan GA, Keil JE. Socioeconomic factors and cardiovascular disease: a review of the literature//Circulation. 1993 Oct;88(4 Pt 1):1973-98. Review.
- Harburg E, Erfurt JC, Hauenstein LS et al.. Socio-ecological stress, suppressed hostility, skin color, and Black-White male blood pressure: Detroit//Psychosom Med. 1973 Jul-Aug;35(4):276-96.
- Pappas G, Queen S, Hadden W. et al. The increasing disparity in mortality between socioeconomic groups in the United States, 1960 and 1986// N. Engl. J. Med. 1993 Jul 8;329(2):103-9. Erratum in: N Engl J Med 1993 Oct 7;329(15):1139.
- Jenkins CD, Somervell PD, Hames CG. Does blood pressure usually rise with age? . . . Or with stress?// J. Human Stress. 1983 Sep;9(3):4-12.

18. Cassel J, Heyen S, Bartel AG et al.. Incidence of coronary heart disease by ethnic group, social class, and sex//Arch. Intern. Med. 1971 Dec;128(6):901-6.
19. Holme I, Helgeland A, Hjermann I et al. Socio-economic status as a coronary risk factor: the Oslo study//Acta Med Scand Suppl. 1982;660:147-51.
20. Valkonen T. Psychosocial stress and sociodemographic differentials in mortality from ischaemic heart disease in Finland//Acta Med Scand Suppl. 1982;660:152-64.
21. Rosenman RH, Brand RJ, Jenkins D, Friedman M, Straus R, Wurm M. Coronary heart disease in Western Collaborative Group Study. Final follow-up experience of 8 1/2 years // JAMA. 1975 Aug 25;233(8):872-7.
22. Salonen JT. Primary prevention of sudden coronary death: a community-based program in North Karelia, Finland// Ann N Y Acad Sci. 1982;382:423-37.
23. Koskenvuo M, Kaprio J, Romo M et al.. Incidence and prognosis of ischaemic heart disease with respect to marital status and social class. A national record linkage study // J Epidemiol Community Health. 1981 Sep;35(3):192-6.
24. Бритов А.Н. Вопросы профилактики и лечения артериальной гипертонии на популяционном уровне//Клин. мед. 1984;9:43-9.
25. Депрессии в общей медицине: руководство для врачей. Смулевич А.Б. М: Медицинское информационное агентство, 2001, с. 7-8.
26. Гуревич М.О., Серейский М.Я. Психогенные реакции (реактивные психозы). Учебник психиатрии. 5 изд., Москва, Медгиз, 1946, с. 370-376. (цит. По монографии «Пограничная психиатрия» под ред. проф. Ю.А.Александровского, РЛС, 2006, с.193-203).