

Г.З. Мороз<sup>1</sup>, І.В. Седченко<sup>2</sup>, І.М. Ткачук<sup>1</sup>, С.В. Мосур<sup>1</sup><sup>1</sup>Українська військово-медична академія Міністерства оборони України, Київ<sup>2</sup>Комунальне некомерційне підприємство «Консультаційно-діагностичний центр Дніпровського району м. Києва»

## Поширеність тривожних та депресивних розладів у військових лікарів

Проведено анонімне опитування 102 військових лікарів: 1-ша група — 42 особи віком 35–76 років, які працюють у Національному військово-медичному клінічному центрі «Головний військовий клінічний госпіталь» і Луцькому військовому госпіталі, 2-га група — 60 осіб віком 23–28 років, які навчаються в Українській військово-медичній академії. Для виявлення тривожних і депресивних розладів використовували Клінічну шкалу тривоги та депресії. Депресивні та/чи тривожні розлади виявлено загалом у 24,5±4,3% обстежених, що значно перевищує популяційні показники (8–10%). У жінок тривожні розлади визначені достовірно частіше порівняно з чоловіками — 27,1±5,3 та 6,3±4,3% відповідно ( $p<0,05$ ). У 1-й групі депресивні та/чи тривожні розлади виявлено у 19,0±6,1%, у 2-й — у 28,3±5,8% обстежених ( $p>0,05$ ). Висока поширеність тривожних та/чи депресивних розладів у військових лікарів потребує подальшого аналізу та проведення лікувально-профілактичних заходів, зокрема щодо набуття вмінь психологічної самопомоги та профілактики негативного впливу стресу.

**Ключові слова:** військові лікарі, тривожні розлади, депресивні розлади.

### Вступ

Результати численних наукових досліджень засвідчили значне зростання тривожних та депресивних розладів у сучасному суспільстві, відзначаючи велику роль соціальних, стресових факторів у їх виникненні (NICE, 2010; Мороз Г.З., 2011). В Україні на сьогодні ситуація погіршена у зв'язку з бойовими діями на Сході країни. Негативний вплив хронічного стресу реалізується зростанням несприятливих психічних розладів, зокрема тривожних і депресивних розладів, як серед військовослужбовців, так і населення в цілому (Волошин П.В. та співавт., 2014). Проте наукові дані щодо поширеності тривожних і депресивних розладів у військових лікарів практично відсутні.

Мета дослідження — визначити частоту виявлення тривожних та депресивних розладів у військових лікарів.

### Об'єкт і методи дослідження

Методом випадкової вибірки проведено анонімне опитування 102 військових лікарів. До 1-ї групи увійшли 42 особи (12 чоловіків, 30 жінок) віком 35–76 років, які працюють у Клініці амбулаторної допомоги Національного військово-медичного клінічного центру «Головний військовий клінічний госпіталь» і Луцького військового госпіталю, до 2-ї — 60 осіб (20 чоловіків, 40 жінок) віком 23–28 років, які навчаються в Українській військово-медичній академії (УВМА). Для виявлення тривожних і депресивних розладів використовували Клінічну шкалу тривоги та депресії (Hospital Anxiety and Depression Scale — HADS). Остання включає 14 питань, 7 з яких визначають рівень тривоги та 7 — рівень депресії. Вибрані відповіді переводять у бальну шкалу, де 0–7 балів — норма, 8–10 — субклінічні прояви тривоги/депресії,  $\geq 11$  — клінічно виражена тривога/депресія.

Для формування бази даних і статистичної обробки результатів використовували програму «Microsoft Excel 2007». Математична обробка включала розрахунок первинних статистичних показників та виявлення відмінностей між групами за статистичними ознаками. Для змінних найменувань та рангових змінних первинна обробка включала розрахунок відсотків (P). Для кількісних змін визначали критерій Стьюдента (t).

### Результати та їх обговорення

За результатами проведеного опитування депресивні та/чи тривожні розлади виявлено загалом у 24,5±4,3% обстежених, що значно перевищує популяційні показники (8–10%) (Юзвішина О.В., 2007). Розподіл військових лікарів за наявністю депресивних та/чи тривожних розладів наведено в табл. 1.

**Таблиця 1.** Тривожні та депресивні розлади у військових лікарів, згідно з результатами анкетного опитування за шкалою HADS

Характеристика тривоги та депресії за шкалою HADS	Виявлено у військових лікарів (n=102)	
	Абсолютне число	P±m
Субклінічна тривога	17	16,7±3,7
Клінічно виражена тривога	4	3,9±2,9
Субклінічна та клінічно виражена тривога	21	20,6±4,0
Субклінічна депресія	8	7,8±2,7
Клінічно виражена депресія	3	2,9±1,7
Субклінічна та клінічно виражена депресія	11	10,8±3,1
Поєднання тривожних та депресивних розладів	7	6,9±2,5

Потребує уваги факт виявлення високої частоти тривожних розладів у 20,6±4,0% військових лікарів. Наукові дослідження також засвідчують, що лікарі відносяться до групи ризику розвитку психічних розладів (Tillett R., 2003). Високий рівень захворюваності на психічні розлади визначають на всіх етапах лікарської діяльності, що зумовлено комплексом факторів. Професійна діяльність військових лікарів пов'язана з додатковими психоемоційними перенавантаженнями, що спричиняє розвиток хронічного стресу. Стресові ситуації часто стають підґрунтям формування психосоматичних та психопатологічних розладів, при цьому важливу роль відіграють індивідуальні психофізіологічні особливості (Сыропятов О.Г. (ред.), 2008). За результатами нашого дослідження депресивні та/чи тривожні розлади виявлено у 12,5±5,8 та 31,4±5,5% військових лікарів чоловічої та жіночої статі відповідно ( $p<0,05$ ). У жінок достовірно частіше виявляли субклінічну тривогу (табл. 2). Отримані нами результати зіставні з результатами інших дослідників, які зазначають, що лікарі-жінки становлять групу підвищеного ризику щодо розвитку психопатологічних розладів (Tillett R., 2003).

Проведено порівняльний аналіз щодо поширеності тривожних та депресивних розладів у групах. Депресивні та/чи тривожні розлади, згідно з результатами анкетного опитування, виявлено у 19,0±6,1% осіб 1-ї та у 28,3±5,8% — 2-ї груп ( $p>0,05$ ). Розподіл військових лікарів 1-ї та 2-ї груп щодо частоти виявлення тривожних та депресивних розладів представлено в табл. 3. Результати дослідження засвідчили достовірно вищу частоту виявлення субклінічної тривоги у 2-й групі ( $p<0,05$ ) (див. табл. 3).

Також досліджено особливості поширеності тривожних і депресивних розладів у військових лікарів чоловічої та жіночої статі у групах. Статистично значимої різниці щодо поширеності тривожних і депресивних розладів у військових лікарів чоловічої та жіночої статі в 1-й групі не визначено. При опитуванні

**Таблиця 2.** Тривожні та депресивні розлади у військових лікарів чоловічої та жіночої статі, за результатами анкетного опитування за шкалою HADS

Характеристика тривоги та депресії за шкалою HADS	Стать			
	Чоловіча (n=32)		Жіноча (n=70)	
	Абсолютне число	%	Абсолютне число	%
Субклінічна тривога	1	3,1±3,1	16	22,9±5,0*
Клінічно виражена тривога	1	3,1±3,1	3	4,3±2,4
Субклінічна та клінічно виражена тривога	2	6,3±4,3	19	27,1±5,3*
Субклінічна депресія	3	9,3±5,1	5	7,1±3,1
Клінічно виражена депресія	1	3,1±3,1	2	2,9±2,0
Субклінічна та клінічно виражена депресія	4	12,5±5,8	7	10,0±3,6
Поєднання тривожних та депресивних розладів	2	6,3±4,3	5	7,1±3,1

У табл. 2 і 3: \*p<0,05.

**Таблиця 3.** Тривожні та депресивні розлади у військових лікарів різних груп, згідно з результатами анкетного опитування за шкалою HADS

Характеристика тривоги та депресії за шкалою HADS	Група			
	1-ша (n=42)		2-га (n=60)	
	Абсолютне число	%	Абсолютне число	%
Субклінічна тривога	3	7,1±4	14	23,3±5,5*
Клінічно виражена тривога	2	4,8±3,3	2	3,3±2,3
Субклінічна та клінічно виражена тривога	5	11,9±5	16	26,7±5,7
Субклінічна депресія	5	11,9±5	3	5±2,8
Клінічно виражена депресія	1	2,4±2,4	2	3,3±2,3
Субклінічна та клінічно виражена депресія	6	14,3±5,4	5	8,3±3,6
Поєднання тривожних та депресивних розладів	3	7,1±4	4	6,7±3,2

у 2-й групі у жінок достовірно частіше виявлено тривожні розлади порівняно з чоловіками — 37,5±7,7 та 5,0±4,9% відповідно (p<0,05). При проведенні порівняльного аналізу поширеності тривожних та депресивних розладів у чоловіків 1-ї та 2-ї груп статистично достовірної різниці не визначено, хоча потребує уваги значна поширеність (16,6±10,7%) клінічно вираженої депресії у чоловіків 1-ї групи та поєднання тривожних і депресивних розладів. Проведено порівняльний аналіз поширеності тривожних та депресивних розладів у жінок 1-ї та 2-ї груп. У 2-й групі достовірно частіше виявлено тривожні розлади порівняно з 1-ю. Поширеність депресивних розладів вища у жінок 1-ї групи порівняно з 2-ю, проте різниця статистично недостовірною.

Таким чином, результати проведених досліджень засвідчили значну поширеність тривожних та депресивних розладів у військових лікарів. У жінок 2-ї групи поширеність тривоги достовірно вища порівняно з чоловіками та лікарями-жінками 1-ї групи. Потребує уваги значна поширеність (16,6±10,7%) клінічно вираженої депресії у чоловіків 1-ї групи та поєднання тривожних і депресивних розладів у всіх групах обстежених. Ці особи потребують уточнення тяжкості депресивних розладів з використанням опитувальника Patient Health Questionnaire (PHQ)-9 та проведення лікування відповідно до Уніфікованого клінічного протоколу медичної допомоги «Депресія (легкий, помірний, тяжкий депресивний епізоди без соматичного синдрому або з соматичним синдромом, рекурентний депресивний розлад, дистимія», затвердженого наказом Міністерства охорони здоров'я України від 25.12.2014 р. № 1003 (МОЗ України, 2014). Важливо зауважити, що проведення такого опитування відноситься до компетенції лікаря загальної практики — сімейної медицини.

Отримані результати дозволяють віднести військових лікарів до групи ризику розвитку тривожних і депресивних розладів. Спосіб життя військових лікарів неспокійний, напружений, вимагає самовіддачі, супроводжується значним психічним навантаженням і є джерелом стресу. Тому дуже важливим є запровадження комплексу заходів щодо запобігання виникненню, діагностики та корекції тривожних і депресивних розладів у військових лікарів. З цією метою необхідно підвищувати поінформованість лікарів щодо набуття вмінь психологічної самопомоги та профілактики негативного впливу стресу. До ефективних методів психологічної саморегуляції належать техніки аутотренінгу, програми особистісного розвитку, психотерапевтичні методи (арт-терапія, музикотерапія тощо) та ін.

(Сыропятов О.Г. (ред.), 2008). Важливо привертати увагу лікарів до виконання засад здорового способу життя, зокрема дотримання режиму праці, відпочинку та сну.

## Висновки

1. Депресивні та/чи тривожні розлади виявлено загалом у 24,5±4,3% обстежених, що значно перевищує популяційні показники (8–10%) та дозволяє віднести військових лікарів до групи ризику розвитку тривожних і депресивних розладів.

2. Депресивні та/чи тривожні розлади виявлено у 12,5±5,8% чоловіків та у 31,4±5,5% жінок (p<0,05). У жінок тривожні розлади визначені достовірно частіше порівняно з чоловіками — 27,1±5,3 та 6,3±4,3% відповідно (p<0,05).

3. Депресивні та/чи тривожні розлади, згідно з результатами анкетного опитування, визначено у 19,0±6,1% обстежених 1-ї та у 28,3±5,8% — 2-ї груп (p>0,05).

4. Тривожні розлади частіше відзначали у жінок 2-ї групи (37,5±7,7%) порівняно з 1-ю групою (13,3±6,2%) (p<0,05).

5. Виявлено значну поширеність (16,6±10,7%) клінічно вираженої депресії у чоловіків 1-ї групи та поєднання тривожних і депресивних розладів в обох групах, що потребує подальшого аналізу та проведення лікувально-профілактичних заходів.

6. Одержані результати обґрунтовують необхідність запровадження комплексу заходів щодо запобігання виникненню, діагностики та корекції тривожних і депресивних розладів у військових лікарів.

## Список використаної літератури

Волошин П.В., Маруга Н.О., Шестопалова Л.Ф. та ін. (2014) Діагностика, терапія та профілактика медико-психологічних наслідків бойових дій в сучасних умовах. Метод. рекомендації. Харків, 67 с.

Мороз Г.З. (2011) Депресивні та тривожні розлади в терапевтичній практиці: поширеність, діагностика та лікування. Терапія: Укр. мед. вісн., 3: 19–25.

МОЗ України (2014) Наказ МОЗ України від 25.12.2014 р. № 1003 «Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги при депресії» ([http://www.moz.gov.ua/ua/portal/dp\\_20141225\\_1003.html](http://www.moz.gov.ua/ua/portal/dp_20141225_1003.html)).

Сыропятов О.Г. (ред.) (2008) Психосоматическая медицина: базисный курс для врачей и клинических психологов. Науковий світ, Київ, 276 с.

Юзвизина О.В. (2007) Клінічні рекомендації для лікарів загальної практики щодо лікування супутніх депресій, тривожних станів і серцево-судинних захворювань. Хмельницький, 28 с.

NICE (2010) The treatment and management of depression in adults (updated edition). National Clinical Practice Guideline 90. British Psychological Society & The Royal College of Psychiatrists, London, 705 p.

Tillett R. (2003) The patient within – psychopathology in the helping professions. Adv. Psych. Treat., 9(4): 272–279.

## Распространенность тревожных и депрессивных расстройств у военных врачей

Г.З. Мороз, И.В. Седченко, И.М. Ткачук, С.В. Мосур

**Резюме.** Проведен анонимный опрос 102 военных врачей: 1-я группа — 42 врача в возрасте 35–76 лет, работающие в Национальном военно-медицинском клиническом центре «Государственный военный клинический госпиталь» и Луцком военном госпитале, 2-я группа — 60 лиц в возрасте 23–28 лет, учащихся в Украинской военно-медицинской академии. Для выявления тревожных и депрессивных расстройств использовали клиническую шкалу тревоги и депрессии. Депрессивные и/или тревожные расстройства выявлены в целом у 24,5±4,3% обследованных, что значительно превышает популяционные показатели (8–10%). У женщин тревожные расстройства определены достоверно чаще по сравнению с мужчинами — 27,1±5,3 и 6,3±4,3% соответственно (p<0,05). В 1-й группе депрессивные и/или тревожные расстройства выявлены у 19,0±6,1%, во 2-й — у 28,3±5,8% обследованных (p>0,05). Высокая распространенность тревожных и/или депрессивных расстройств у военных врачей требует дальнейшего анализа и проведения лечебно-профилактических мероприятий, в частности по приобретению навыков психологической самопомощи и профилактики негативного влияния стресса.

**Ключевые слова:** военные врачи, тревожные расстройства, депрессивные расстройства.

## Prevalence of anxiety and depressive disorders in military doctors

G.Z. Moroz, I.V. Sedchenko, I.M. Tkachuk, S.V. Mosur

**Summary.** An anonymous survey of 102 military doctors has been done: the 1<sup>st</sup> group — 42 physicians aged 35 to 76 years working at the National Military Medical Clinical Center and Lutsk military hospital, the 2<sup>nd</sup> group — 60 physicians aged 29 to 28 years studying in the Ukrainian Military Medical Academy. The Hospital Anxiety and Depression Scale has been used to identify anxiety and depressive disorders. Depressive and/or anxiety disorders revealed a total of 24.5±4.3% of the examined persons, which is far exceeding the population rates (8–10%). The anxiety disorders identified significantly more often in women than in men — 27.1±5.3 and 6.3±4.3%, respectively ( $p<0.05$ ). Depressive and/or anxiety disorders identified in 19.0±6.1 and 28.3±5.8% examined

persons of the 1<sup>st</sup> and 2<sup>nd</sup> group, respectively ( $p>0.05$ ). The high prevalence of anxiety and/or depressive disorders in military doctors require further analysis and conduct preventive measures, including the acquisition of skills psychological self-care and prevention of the negative effects of stress.

**Key words:** military doctors, anxiety, depressive disorders.

### Адреса для листування:

Мороз Галина Зотівна  
04050, Київ, вул. Мельникова, 24  
Українська військово-медична академія  
Міністерства оборони України  
E-mail: moroz\_galina@i.ua

Одержано 17.04.2017

## РЕФЕРАТИВНА ІНФОРМАЦІЯ

### Статини підвищують ризик розвитку сахарного діабета

Нарушення обміну ліпідів і ліпопротеїнів являється доволно-таки розповсюдженим патологічним станом в загальному населенні. Тільки в Японії по станом на 2011 г. оцінюване число пацієнтів з гіперліпідемією становило близько 1,9 млн осіб. Гіперліпідемія (гіперліпопротеїнемія) — аномально підвищений рівень ліпідів і/або ліпопротеїнів в крові людини — являється важливим установленим фактором ризику розвитку серцево-судинних захворювань (ССЗ) в основному в зв'язі з значительним негативним впливом холестерину на формування атеросклеротических змін в судинній стінці.

В межах первинної і вторинної профілактики ССЗ при визначених показаннях широко використовується така група лікарських засобів, як статини, які мають хороший профіль безпеки в цілому, хоча в ряді випадків розвиваються рідкісні побічні ефекти, такі як дисфункція печінки, рабдомиоліз і інші. Більше того, згідно з останніми дослідженнями, застосування статинів асоційовано з підвищеним ризиком виникнення сахарного діабета (СД), який, як і гіперліпідемія, також являється установленим фактором ризику ССЗ. Слідовательно, можливий підвищений ризик розвитку СД на фоні прийому антигіперліпідемічних препаратів (АГП), використовуваних для лікування гіперліпідемії, може послаблювати ефект зниження ризику розвитку ССЗ.

В метааналізах передьдущих рандомізованих клінічних досліджень повідомляється, що застосування статинів асоційовано з умерено підвищеним ризиком розвитку СД (с відносительним ризиком 1,09), при цьому застосування фібраторів показало протирічливі результати. Одна з потенціальних причин неоднозначності в оцінці ризику розвитку СД в передьдущих спостережуваних дослідженнях може бути зв'язана з відсутністю інформації про такі важливі фактори, як рівень холестерину в крові, рівень артеріального тиску, індекс маси тіла, глікозилюваний гемоглобін (HbA1c) і глюкоза в крові натощак.

В зв'язі з вищеизложенним колективом учених з Японії і США провели ретроспективне спостережувальне когортне дослідження з метою встановлення взаємозв'язку між застосуванням АГП і ризиком розвитку СД після корекції з вихідними установленими клінічними факторами ризику (індексом маси тіла, HbA1c, рівнем глюкози в крові натощак і іншими). Результати цієї роботи опубліковані 30 червня 2017 г. в журналі «BMJ Open».

Згідно з даними найбільш японських страхових компаній, учені включили в дослідження 94 630 осіб з або без передьдущих ССЗ, у яких при щорічному скринінгу визначено рівень загального холестерину  $\geq 220$  мг/дл, холестерину ліпопротеїнів низької щільності  $\geq 140$  мг/дл, холестерину ліпопротеїнів високої щільності  $< 40$  мг/дл або тригліцеридів  $\geq 150$  мг/дл за період з 1 січня 2005 по 31 березня 2011 г. Виключені особи з раніше установленим СД, прийомом АГП або результатами аналізів, вказуючими на можливе наявність СД (HbA1c  $\geq 6,5\%$

или глюкоза в крові натощак  $\geq 126$  мг/дл), а також пацієнти, які приймали АГП в період до початку дослідження або практикують одночасний прийом різних АГП.

Стоить уточнити, що з метою більш ефективної оцінки ризику розвитку СД статини були розділені на дві підгрупи: низькоактивні (симвастатин, флувастатин, правастатин) і високоактивні (аторвастатин, розувастатин, питавастатин). Для більш ефективної корекції отриманих результатів використані такі перемінні: вік, стать, застосування інших лікарських засобів (системні глюкокортикостероїди, тiazидні диуретики, блокатори бета-адренорецепторів, антипсихотическі засоби, антигіпертензивні препарати, нікотинова кислота), рівень HbA1c, сировоточних тригліцеридів, холестерину ліпопротеїнів низької і високої щільності, наявність в анамнезі інфаркту міокарда, хроніческої серцевої недостатності, цереброваскулярних захворювань, ниркової, печінкової или легочної патології, онкологіческіх захворювань, артеріальної гіпертензії і синдрому полікістозних яєчників, індекс маси тіла, рівень артеріального тиску, рівень глюкози в крові натощак, наявність метаболіческіх синдромів, швидкість клубочкової фільтрації і інші.

Ітак, в результаті виявлено 94 630 осіб з установленою в ході лабораторних досліджень при щорічному скринінгу дисліпідемією. З них 68 620 (73%) осіб відповідали критеріям прийнятності і були включені в когортне дослідження. В результаті рівень захворюваності СД становив 22,6 на 1000 осіб-років у досліджуваних, які не приймали АГП, при застосуванні низько- і високоактивних статинів — 105,5 і 133,1 на 1000 осіб-років відповідно, при прийомі фібраторів — 99,2 на 1000 осіб-років.

При комплексному аналізі ризик розвитку СД при застосуванні високоактивних статинів становив 3,42 (2,54–4,60), низькоактивних статинів — 2,04 (1,25–3,30), фібраторів — 2,35 (1,08–5,15), при скорекційованому аналізі — 2,61; 1,91 і 1,64 відповідно. Авторі відзначають, що, следовательно, застосування всіх окремо взятих представителів групи статинів, за деякими виключеннями симвастатину в ряді окремих випадків, достовірно зв'язано з підвищеним ризиком розвитку СД. По заявленню авторів, в даному дослідженні не було достовірно доведено, що застосування фібраторів (фенофібрат і безафібрат) асоційовано з підвищеним ризиком розвитку СД, однак все-таки не можна виключити можливий потенціальний ризик из-за невеликого числа осіб, які приймали ці лікарські засоби.

В висновку відзначено, що в подальших аналогічних дослідженнях необхідно встановити більш чітку взаємозв'язку між застосуванням фібраторів і розвитком СД, а також прийомом різних препаратів в межах комплексної антигіперліпідеміческіх терапії в аспекті захворюваності СД, особливо в когорті осіб похилого віку.

**Ooba N., Setoguchi S., Sato T., Kubota K. (2017) Lipid-lowering drugs and risk of new-onset diabetes: a cohort study using Japanese healthcare data linked to clinical data for health screening. BMJ Open, 7(6): e015935.**

Олег Мартышин