

РАСПРОСТРАНЁННОСТЬ ТРЕВОЖНОГО СИНДРОМА У ЛИЦ С ХРОНИЧЕСКИМИ НЕИНФЕКЦИОННЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ В РЕАЛЬНОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Н.Ю. Шимохина, Ж.Р. Баранович, А.С. Юневич, А.А. Савченко, О.В. Зимницкая, М.М. Петрова

ФГБОУ ВО Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф.Войно-Ясенецкого
Минздрава России, Красноярск, Россия

Цель: изучение распространения синдрома тревоги у пациентов с хроническими неинфекционными заболеваниями (ХНИЗ) в амбулаторной практике. **Материалы и методы:** включены лица обоего пола старше 18 лет, посещавшие амбулаторно-поликлинические учреждения крупного промышленного центра Восточной Сибири летом 2022 г. Диагнозы ХНИЗ были установлены согласно современным клиническим рекомендациям. Обследованные были разделены на две группы. В первую группу включены лица без ХНИЗ, во вторую группу вошли пациенты с сопутствующими ХНИЗ. Оценка психоэмоционального состояния выполнялась с помощью теста Спилбергера-Ханина с отдельным определением уровней личностной и ситуативной тревоги. Статистический анализ данных проводился с помощью пакета прикладных программ Statistica 12.0 (StatSoft Inc., США). **Результаты:** уровень ситуативной тревоги у пациентов с ХНИЗ был статистически значимо выше в сравнении с лицами без сопутствующей соматической патологии. У пациентов с ХНИЗ в сравнении с лицами без таковых выявлено значимое повышение медианы баллов по уровню низкой и умеренно выраженной личностной тревоги и по уровню умеренной и высокой ситуативной тревоги. В группе пациентов с ХНИЗ достоверно чаще отмечался высокий уровень личностной и ситуативной тревоги в сравнении с лицами без ХНИЗ. **Заключение:** распространённость тревожного синдрома, в особенности ситуативной тревоги у пациентов с ХНИЗ в амбулаторно-поликлинической сети достаточно высока и достигает 93%, что требует решения вопроса о практической психиатрической помощи данным пациентам.

Ключевые слова: хронические неинфекционные заболевания, тревога.

Для цитирования: Шимохина Н.Ю., Баранович Ж.Р., Юневич А.С., Савченко А.А., Зимницкая О.В., Петрова М.М. Распространённость тревожного синдрома у лиц с хроническими неинфекционными заболеваниями в реальной клинической практике. *Южно-Российский журнал терапевтической практики*. 2023;4(2):101-108. DOI: 10.21886/2712-8156-2023-4-2-101-108

Контактное лицо: Шимохина Наталья Юрьевна, doctorkardiolog99@rambler.ru

THE PREVALENCE OF ANXIETY SYNDROME IN PEOPLE WITH CHRONIC NON-COMMUNICABLE DISEASES IN REAL CLINICAL PRACTICE

N.Yu. Shimokhina, Zh.R. Baranovich, A.S. Yunevich, A.A. Savchenko, O.V. Zimnitskaya, M.M. Petrova

Prof. V. F. Voino-Yasenetsky Krasnoyarsk State Medical University, Krasnoyarsk, Russia

Objective: to study of the features of the spread of anxiety syndrome in patients with chronic non-communicable diseases (CNCD) in outpatient practice. **Materials and methods:** the study included persons of both sexes over 18 years of age who visited outpatient facilities in a large industrial center of Eastern Siberia in the summer of 2022. Diagnosis of chronic NCDs was established according to modern clinical guidelines. The examined were divided into two groups. The first group included persons without NCDs, the second group included patients with concomitant NCDs. The psycho-emotional state was assessed using the Spielberger-Khanin test with separate determination of the levels of personal and situational anxiety. Statistical data analysis was carried out using the Statistica 12.0 software package (StatSoft Inc., USA). **Results:** the level of situational anxiety in patients with chronic NCDs was statistically significantly higher compared to individuals without concomitant somatic pathology. In patients with chronic NCD, compared with individuals without them, a significant increase in the median scores for the level of low and moderately expressed personal anxiety and for the level of moderate and high situational anxiety was revealed. In the group of patients with CNCD, a high level of personal and situational anxiety was significantly more often observed in comparison with persons without CNCD. **Conclusion:** the prevalence of anxiety syndrome, especially situational anxiety in patients with chronic NCD in the outpatient network is quite high and reaches 93%, which requires a solution to the issue of practical psychiatric care for these patients.

Keywords: chronic noncommunicable diseases, anxiety.

For citation: Shimokhina N.Yu., Baranovich Zh.R., Yunevich A.S., Savchenko A.A., Zimnitskaya O.V., Petrova M.M. The prevalence of anxiety syndrome in people with chronic non-communicable diseases in real clinical practice. *South Russian Journal of Therapeutic Practice*. 2023;4(2):101-108. DOI: 10.21886/2712-8156-2023-4-2-101-108

Corresponding author: Natalya Y. Shimokhina, doctorkardiolog99@rambler.ru

Введение

Психическое здоровье является важнейшим компонентом благополучного общества. По данным ВОЗ, в настоящее время распространённость расстройств психического спектра достигает 22,1% [1]. Факторы, влияющие на психическое здоровье, очень многообразны и сложны, в свою очередь хронические неинфекционные заболевания (ХНИЗ) являются одной из важных причин воздействия на ментальное состояние [2]. Обновлённое исследование глобального бремени болезней 2017 г. показало, что доля смертей, вызванных ХНИЗ, — наибольшая, составляя 73,4% от общего числа смертей [3]. Прогнозируется, что число смертей от ХНИЗ будет продолжать расти, так что к 2030 г. общее число смертей, связанных с ХНИЗ, увеличится во всем мире до 52 млн, при этом 42 млн (81%) будет приходиться на страны с низким и средним уровнем доходов, в том числе на Россию [4].

Наличие ХНИЗ оказывает серьёзное влияние на психоэмоциональное состояние пациентов, являясь своего рода отрицательной психической стимуляцией [2]. Исследования показали, что воспалительные реакции, связанные с острыми или хроническими заболеваниями, могут влиять на доступность аминокислот-предшественников нейротрансмиттеров, и эти изменения связаны с психическим здоровьем [5].

Риск тревожно-депрессивных расстройств повышен у пациентов с онкологическими заболеваниями [6,7], заболеваниями сердечно-сосудистой системы [8,9,10], высоким артериальным давлением [11,12], дислипидемией [7,9], заболеваниями бронхолегочной системы [13], заболеваниями органов пищеварения [14] и у пациентов с сахарным диабетом [15]. Кроме того, пациенты с мультиморбидностью в два раза чаще страдают как депрессией, так и тревогой в сравнении с лицами без нескольких сопутствующих заболеваний [16,17]. Наличие тревожно-депрессивных расстройств может осложнить течение ХНИЗ, способствуя системному воспалительному ответу, поддерживая неправильный образ жизни и плохую приверженность к лечению. Кроме того, сочетание психоэмоциональных нарушений и ХНИЗ взаимно увеличивают тяжесть симптомов, снижают продолжительность и качество жизни пациентов и повышают медицинские расходы на терапию [18].

В ряде работ продемонстрирована распространённость тревожно-депрессивных расстройств в период стационарного лечения пациентов, при этом полученные данные существенно разнятся. Например, при хронической обструктивной болезни лёгких (ХОБЛ) умеренно-тяжёлая тревога выявляется у 18,5% пациентов, а депрессивные симптомы — у 30,7% [19], в то время как при остром коронарном синдроме (ОКС) распространённость аффективных расстройств достигает 50% [20]. Вместе с тем немногие исследования характеризуют особенности распространения тревожных расстройств у пациентов с ХНИЗ в амбулаторной терапевтической практике.

Цель исследования — изучить особенности распространения синдрома тревоги у пациентов с ХНИЗ в амбулаторной практике.

Материалы и методы

В условиях амбулаторного приёма в исследование были включены 1004 человека (565 женщин и 440 мужчин, средний возраст — $55,7 \pm 14,1$ лет), первую группу составили лица без ХНИЗ (190 человек, 134 женщины и 56 мужчин, средний возраст — $39,1 \pm 10,6$ лет), во вторую группу вошли пациенты с ХНИЗ (всего 814 человек, 430 женщин и 384 мужчины, средний возраст — $59,6 \pm 11,8$ лет).

Исследование проводилось в период с июля по август 2022 г. на базе поликлиник Красноярска. Критериями включения в исследование являлись согласие на участие в исследовании с подписанием информированного согласия и возраст старше 18 лет. В исследование не включали пациентов моложе 18 лет и лиц, отказавшихся отвечать на вопросы анкеты, не подписавшие информированное согласие. Критериями включения в группу лиц без ХНИЗ было определение I группы здоровья в ходе проведения диспансеризации.

Диагноз ХНИЗ и/или факторов риска их развития в группе сравнения был установлен с учётом жалоб и анамнеза пациентов, имеющих данные амбулаторной карты в соответствии с актуальными клиническими рекомендациями.

Исследование тревожных расстройств проводилось субъективно с помощью теста тре-

возможности Спилбергера-Ханина [21]. Опросник предназначен для самооценки тревоги и включает две субшкалы, одна из которых состоит из 20 высказываний, относящихся к определению уровня тревожности как к состоянию на данный момент, то есть реактивная или ситуативная тревожность, и вторые 20 высказываний, определяющих тревожность как личностную особенность, то есть как свойство личности. Несомненным плюсом теста является возможность дифференцированного подхода к оценке синдрома тревоги и как личностному свойству, и как состоянию на текущее время. Опросник был адаптирован на русский язык Ю.Л. Ханиным.

Ситуативная (реактивная) тревожность — это состояние человека в настоящий момент времени. Состояние реактивного или ситуативного синдрома тревоги в соответствии с текстом методики характеризуется субъективно переживаемыми эмоциями человека: нервозностью, беспокойством, напряжением, озабоченностью. Ситуативно синдром тревоги возникает как следствие эмоциональной реакции на стрессовую или экстремальную ситуацию и может быть динамичным по времени и разным по уровню интенсивности.

Вторая субшкала характеризует тревожность как черту личности или привычное самоощущение. При восприятии индивидом широкого спектра объективно безопасных обстоятельств как содержащих угрозу можно судить о наличии у него свойства или мотива приобретённой поведенческой черты, побуждающей его реагировать на эти обстоятельства состоянием тревоги, выраженность которой не соответствует размеру действительной опасности. Вместе с тем, у человека деятельного, активного, особенно

творческой личности, наличие определенного уровня тревожности — это даже обязательная и естественная особенность. У каждого человека существует свой оптимальный уровень тревожности, это называется полезной тревожностью.

Заполнению опросника предшествовал вводный инструктаж, а затраченное на исследование время занимало не более 30 минут. По каждой субшкале могут быть получены следующие ответы на высказывание от «вовсе нет» до «совершенно верно», что будет кодироваться от 1 до 4 баллов соответственно, при этом итоговый балл может варьироваться от 20 до 80. Результаты оценивались следующим образом: до 30 баллов — низкий уровень тревоги, 31–44 балла — умеренная выраженность, 45 и более — высокий уровень тревоги. При анализе полученных ответов в ходе тестирования надо выполнять подсчёт баллов по каждой из подшкал, а наличие синдрома тревоги диагностируется при общем количестве баллов от 31 и более.

Исследование было проведено в соответствии с принципами Хельсинской Декларации Всемирной Медицинской Ассоциации (World Medical Association Declaration of Helsinki 1964, 2011 — поправки), «Правилами клинической практики в Российской Федерации», утверждёнными Приказом Минздрава России от 19.06.2003 г. № 266 и соглашением по Надлежащей клинической практике (ICH GCP).

Описание выборки производили с помощью подсчёта медианы (Me) и интерквартильного размаха в виде 25 и 75 перцентилей ($Q_{0,25}$ – $Q_{0,75}$). Качественные переменные были представлены в абсолютных значениях и процентах (n (%)). Достоверность различий количественных показателей оценивали с помощью непараметриче-

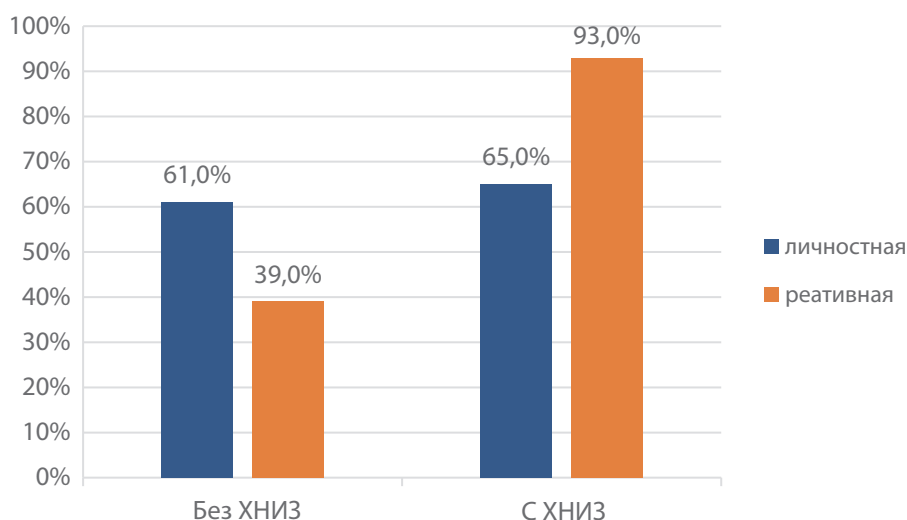


Рисунок 1. Распространённость синдрома тревоги у обследованных.

Таблица 1

Клинико-лабораторная характеристика обследованных

Показатель	Лица без ХНИЗ (n=190) Me (Q _{0,25} -Q _{0,75})	Пациенты с ХНИЗ (n=814) Me (Q _{0,25} -Q _{0,75})	p
Возраст, лет	41,0 (30,0-45,0)	60,0 (52,0-68,0)	0,001*
Женщины, чел. (%)	134 (70,5%)	430 (52,8%)	0,0001**
Мужчины, чел. (%)	56 (29,5%)	384 (47,2%)	0,0001**
Тревога личностная, балл	37,0 (27,0-44,0)	43,0 (34,0-48,0)	0,0001*
Тревога ситуационная, балл	39,0 (34,0-46,0)	40,0 (35,0-45,0)	0,039*
ИМТ, кг/м ²	23,7 (21,2-25,8)	28,7 (26,0-32,9)	0,0001*
Окружность талии, см	75,0 (68,0-81,0)	92,0 (85,0-98,0)	0,0001*
САД, мм рт. ст.	122,0 (119,0-125,0)	132,0 (126,0-138,0)	0,0001*
ДАД, мм рт. ст.	80,0 (78,0-82,0)	83,0 (80,0-87,0)	0,0001*
ЧСС, уд/мин.	75,0 (70,0-78,0)	74,0 (68,0-80,0)	0,916*
Общий холестерин, ммоль/л	3,9 (3,5-4,2)	4,0 (3,4-4,8)	0,152*
ЛПНП, ммоль/л	1,9 (1,6-2,3)	2,4 (2,1-3,1)	0,0001*
ЛПВП, ммоль/л	1,5 (1,0-2,1)	1,0 (0,9-1,2)	0,0015*
Триглицериды, ммоль/л	1,2 (0,6-1,5)	1,5 (1,0-2,1)	0,001*
Глюкоза, ммоль/л	4,1 (3,8-4,7)	4,9 (4,1-6,8)	0,0001*
Креатинин, мкмоль/л	78,0 (50,0-90,0)	87,0 (75,0-98,0)	0,0001*
Гемоглобин, г/л	135,0 (115,0-141,0)	140,0 (130,0-145,0)	0,0001*

Примечание: данные представлены в виде медианы (Me) и межквартильного размаха (Q_{0,25}-Q_{0,75}), p* — уровень статистической значимости по критерию Манна-Уитни, p** — уровень статистической значимости по критерию Пирсона χ^2 с поправкой Йетса на непрерывность; ИМТ — индекс массы тела, САД — систолическое артериальное давление, ДАД — диастолическое артериальное давление, ЧСС — частота сердечных сокращений, ЛПНП — липопротеиды низкой плотности, ЛПВП — липопротеиды высокой плотности.

ского критерия U-критерия Манна-Уитни. Сравнение качественных переменных проводилось с использованием критерия Пирсона χ^2 с поправкой Йетса на непрерывность. Статистический анализ осуществляли в пакете прикладных программ Statistica 12.0 (StatSoft Inc., США).

Результаты

Среди 814 пациентов с ХНИЗ лица с заболеваниями сердечно-сосудистой системы составили 54,9% (447 человек), с сахарным диабетом — 16,7% (136 человек), с заболеваниями бронхолёгочной системы — 15,8% (129 человек), 12,5% — лица с злокачественными новообразованиями (102 человека).

При изучении распространённости синдрома тревоги среди обследованных лиц, нами обнаружено, что личностная тревога наблюдалась у 116 человек без ХНИЗ (61%) и у 529 пациентов с ХНИЗ (65%). Ситуативная тревога была обнаружена у 74 человек без ХНИЗ (39%) и у 753 обследованных с ХНИЗ (93%) (рис. 1).

дованных с ХНИЗ (93%) (рис. 1).

Клинико-лабораторная характеристика обследованных представлена в таблице 1. Медиана возраста пациентов с ХНИЗ была статистически значимо выше, чем в группе лиц без сопутствующих ХНИЗ. В обеих группах испытуемых преобладали пациенты женского пола.

Включённые в исследование лица не имели значимых статистических различий только по частоте сердечных сокращений и уровню общего холестерина. В то же время статистически значимые различия были выявлены по уровню индекса массы тела (ИМТ) и окружности талии, которые были выше в группе пациентов с ХНИЗ. Значения систолического артериального давления (САД) и диастолического артериального давления (ДАД) также были значимо выше в группе обследованных с ХНИЗ. При изучении показателей липидного спектра липопротеиды низкой плотности (ЛПНП) и триглицериды были достоверно выше в группе пациентов с ХНИЗ, тогда как уровни липопротеидов высокой плотности (ЛПВП) в этой когорте обследованных были значимо ниже, чем у лиц без ХНИЗ.

Таблица 2

Выраженность личностной тревоги у обследованных

Уровень тревоги	Лица без ХНИЗ (n=190)	Пациенты с ХНИЗ (n=814)	p
Низкая, баллы	25,0 (21,0-27,0)	26,0 (26,0-29,0)	0,0002
Умеренная, баллы	39,0 (35,0-42,0)	41,0 (35,0-44,0)	0,0025
Высокая, баллы	49,5 (48,0-53,0)	50,0 (48,0-53,0)	0,7369

Примечание: данные представлены в виде медианы (Me) и межквартильного размаха ($Q_{0,25}$ - $Q_{0,75}$), p — уровень статической значимости по критерию Манна-Уитни.

Таблица 3

Выраженность ситуативной тревоги у обследованных

Уровень тревоги	Лица без ХНИЗ (n=190)	Пациенты с ХНИЗ (n=814)	p
Низкая, баллы	28,0 (24,0-29,0)	29,0 (29,0-29,0)	0,3320
Умеренная, баллы	36,0 (34,0-41,0)	39,0 (35,0-42,0)	0,0033
Высокая, баллы	50,0 (48,0-53,0)	53,0 (50,0-73,5)	0,0003

Примечание: данные представлены в виде медианы (Me) и межквартильного размаха ($Q_{0,25}$ - $Q_{0,75}$), p — уровень статической значимости по критерию Манна-Уитни.

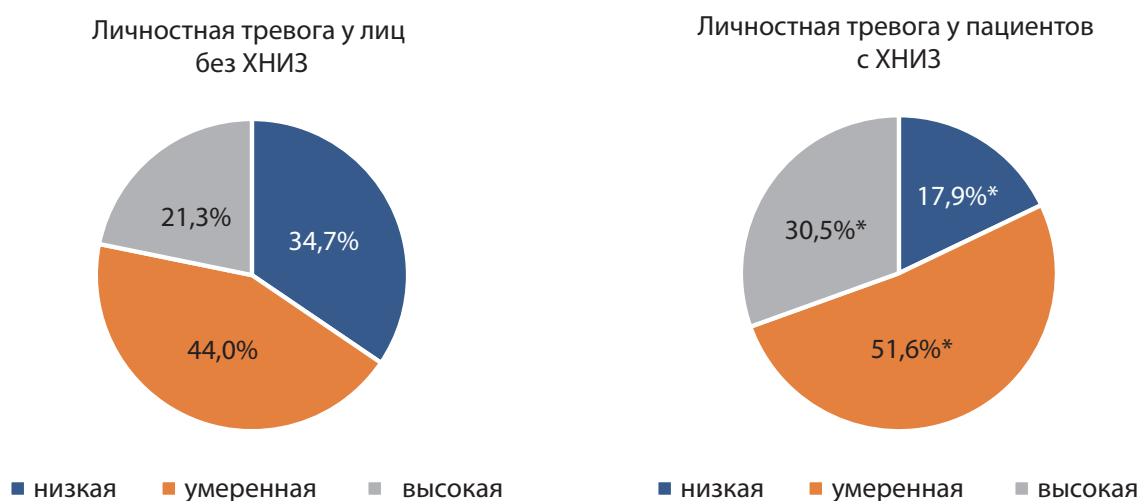


Рисунок 2. Частота уровней личностной тревоги у обследованных.

Примечание: $\chi^2=21,36$; * — $p<0,001$ в сравнении с лицами без ХНИЗ; p — уровень статической значимости по критерию Пирсона χ^2 с поправкой Йетса на непрерывность.

Уровень глюкозы был достоверно выше в группе пациентов с ХНИЗ, как значения креатинина и гемоглобина.

При оценке личностной тревоги по шкале Спилбергера-Ханина средний балл в группе пациентов с ХНИЗ составил 43,0 (34,0–48,0) и был статистически значимо выше, чем значения в группе лиц без ХНИЗ, в которой он составил 37,0 (27,0–44,0) баллов. Что касается ситуативной тревоги, то в группе обследованных с ХНИЗ

средний балл составил 40,0 (35,0–45,0) и был достоверно выше, чем в группе лиц без ХНИЗ, в которой он имел значения 39,0 (34,0–46,0).

При анализе уровней выраженности личностной тревоги обнаружено, что среди пациентов с ХНИЗ медиана показателей как низкого уровня тревоги, так и умеренно выраженной тревоги были выше, чем в группе лиц без ХНИЗ. Статистически значимых различий не получено только по высокому уровню тревоги, не

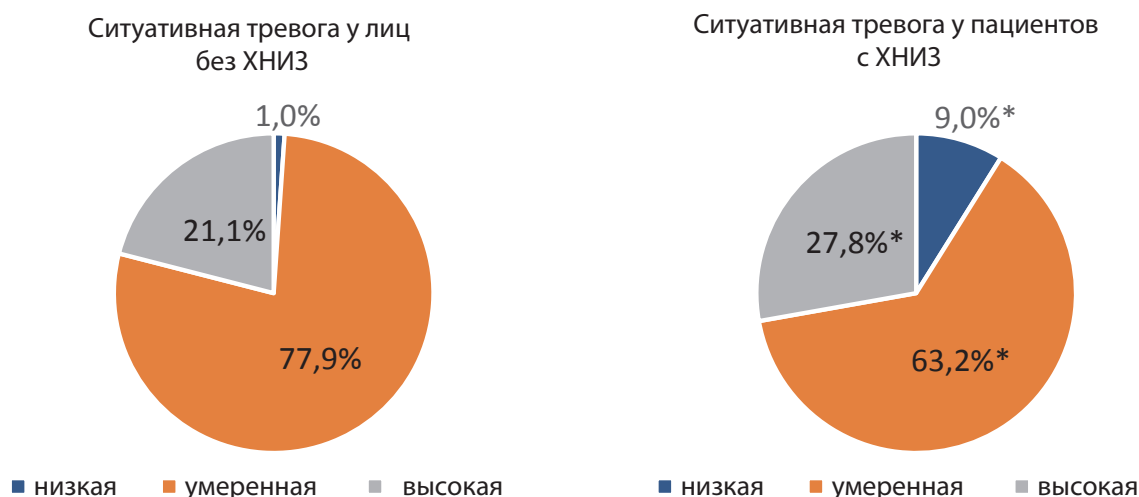


Рисунок 3. Частота уровней ситуативной тревоги у обследованных.

Примечание: $\chi^2=20,53$; * — $p<0,001$ в сравнении с лицами без ХНИЗ; р — уровень статической значимости по критерию Пирсона χ^2 с поправкой Йетса на непрерывность.

различавшимся в обеих группах испытуемых (табл. 2).

При изучении выраженности уровней ситуативной тревоги было обнаружено, что у обследованных с ХНИЗ значимо не отличалось от группы лиц без ХНИЗ только количество баллов низкого уровня тревоги, при этом медиана баллов по уровню умеренной и высокой тревоги была значимо выше в когорте пациентов с ХНИЗ (табл. 3).

Анализ уровней личностной тревоги у обследованных групп пациентов продемонстрировал статистически значимо больший процент встречаемости высокого уровня у пациентов с ХНИЗ (30,5% против 21,3%, $p<0,001$). В группе обследованных с ХНИЗ статистически значимо чаще встречалась умеренно выраженная личностная тревога — 51,6% против 44,0% ($p<0,001$). Низкий уровень личностной тревоги был значимо ниже у пациентов с ХНИЗ в сравнении с группой лиц без ХНИЗ, составляя 17,9% против 34,7% ($p<0,001$) (рис. 2).

При исследовании частоты выраженности ситуативной тревоги среди обследованных пациентов установлено, что достоверно с большей частотой высокий уровень наблюдался в группе лиц с ХНИЗ, составляя 27,8% против 21,1% в группе без ХНИЗ ($p<0,0001$). Умеренно выраженная реактивная тревога значимо чаще встречалась у обследованных без ХНИЗ (77,9% против 63,2% в группе пациентов с ХНИЗ ($p<0,001$)). Низкий уровень ситуативной тревоги достоверно чаще отмечался в группе лиц с сопутствующими ХНИЗ в сравнении с обследованными без таковых (9,0% в сравнении с 1,0%, $p<0,001$) (рис. 3).

Обсуждение

По оценкам исследователей, депрессивные и тревожные расстройства стабильно занимают первую двадцатку ведущих причин глобального бремени болезней у мужчин и женщин [3]. Распространённость расстройств аффективного спектра выше среди лиц с ХНИЗ, составляя по некоторым оценкам от 9% до 29% для тревоги и от 23% до 44% — для депрессии [22,23,24]. В нашей работе личностная тревога обнаружена у 65% пациентов с ХНИЗ, в то время как частота реактивной тревоги достигает 93%. По-видимому, на неоднозначность оценок распространённости тревожно-депрессивных расстройств влияет широкая неоднородность диагностики ХНИЗ у включённых в исследования пациентов. К занижению истинной распространённости тревожных расстройств может приводить исключение из исследований пациентов с уже диагностированным тревожно-депрессивным синдромом или получающих терапию по этому поводу, что может некорректно отражать общее распространение аффективных расстройств в общей популяции пациентов с ХНИЗ.

Насколько нам известно, не существует общепринятой и проверенной методики качественной оценки распространённости тревоги и зачастую такая оценка является субъективной и недооценивает вариации тревожного синдрома. Кроме того, неоднородность полученных результатов (касаемо распространённости психоэмоциональных расстройств) может быть связана с различными инструментами скрининга или диагностической методики. В частности,

наиболее часто используется Госпитальная Шкала Тревоги и Депрессии (HADS), опросник для самодиагностики депрессии пациента (PHQ-9), шкала депрессии Бека (BDI), при этом обычно исследования проводятся в крупных стационарах. Вместе с тем, группа пациентов с ХНИЗ, посещающих амбулаторно-поликлиническую сеть, вероятно, отличается от тех, кто находится в стационаре с неограниченным доступом к медицинской помощи.

Использованный в нашей работе опросник Спилбергера-Ханина является единственной методикой, позволяющей дифференцированно измерить тревожность и как реактивное состояние, и как личностную черту. При этом личностная тревожность — это устойчиво проявляющаяся склонность к тревожному реагированию на различные психогенные факторы. Ситуативная тревожность характеризуется обостренным восприятием различных ситуаций и субъективно проявляется напряжением, раздражительностью, беспокойством, вспыльчивостью [21].

Наличие у пациентов ХНИЗ само по себе оказывает большое влияние на качество жизни людей, а сопутствующие тревога с депрессией на фоне длительного соматического заболевания может привести к ещё большему ухудшению самочувствия, функциональным нарушениям, снижению приверженности к лечению и преждевременной смертности [22].

Выполнение крупных и методологически верных исследований по изучению распространения синдрома тревоги среди пациентов

с ХНИЗ может внести ценный вклад в решение проблемы бремени соматических и аффективных расстройств среди населения и оценить связь между психосоциальными факторами и физическими заболеваниями. Если соматические и сопутствующие психоэмоциональные заболевания настолько распространены, как предполагают наши результаты, практикующие врачи должны сделать доступной высококачественную и адаптированную психиатрическую помощь для пациентов с ХНИЗ.

Выводы:

1) Среди всех обследованных частота личностной тревоги существенно не отличалась и была выявлена у 61% лиц без ХНИЗ и 65% пациентов с сопутствующими ХНИЗ, тогда как реактивная тревога наблюдалась значимо чаще среди лиц последней группы — 93% в сравнении с 39% в группе лиц без ХНИЗ.

2) У пациентов с ХНИЗ выраженность как личностной тревоги, так и ситуативной (медиана баллов) была статистически значимо выше, чем в группе лиц без ХНИЗ. В группе обследованных с ХНИЗ достоверно чаще наблюдался высокий уровень личностной и ситуативной тревоги в сравнении с лицами без ХНИЗ, что свидетельствует о необходимости специализированной помощи пациентам данной группы.

Финансирование. Исследование не имело спонсорской поддержки.

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Список литературы

1. Charlson F, van Ommeren M, Flaxman A, Cornett J, Whiteford H, Saxena S. New WHO prevalence estimates of mental disorders in conflict settings: a systematic review and meta-analysis. *Lancet*. 2019;394(10194):240-248. doi: 10.1016/S0140-6736(19)30934-1.
2. Liu X, Cao H, Zhu H, Zhang H, Niu K, Tang N, et al. Association of chronic diseases with depression, anxiety and stress in Chinese general population: The CHCN-BTH cohort study. *J Affect Disord*. 2021;282:1278-1287. doi: 10.1016/j.jad.2021.01.040.
3. GBD 2017 Causes of Death Collaborators. Global, regional, and national age-sex-specific mortality for 282 causes of death in 195 countries and territories, 1980-2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. *Lancet*. 2018;392(10159):1736-1788. doi: 10.1016/S0140-6736(18)32203-7.
4. Arokiasamy P, Uttamacharya, Kowal P, Capistrant BD, Gildner TE, Thiele E, et al. Chronic Noncommunicable Diseases in 6 Low- and Middle-Income Countries: Findings From Wave 1 of the World Health Organization's Study on Global Ageing and Adult Health (SAGE). *Am J Epidemiol*. 2017;185(6):414-428. doi: 10.1093/aje/kww125.
5. Hüfner K, Fuchs D, Blauth M, Sperner-Unterweger B. How acute and chronic physical disease may influence mental health - An Analysis of neurotransmitter precursor amino acid levels. *Psychoneuroendocrinology*. 2019;106:95-101. doi: 10.1016/j.psyneuen.2019.03.028.
6. Zhu J, Fang F, Sjölander A, Fall K, Adami HO, Valdimarsdóttir U. First-onset mental disorders after cancer diagnosis and cancer-specific mortality: a nationwide cohort study. *Ann Oncol*. 2017;28(8):1964-1969. doi: 10.1093/annonc/mdx265.
7. Huang Y, Wang Y, Wang H, Liu Z, Yu X, Yan J, et al. Prevalence of mental disorders in China: a cross-sectional epidemiological study. *Lancet Psychiatry*. 2019;6(3):211-224. doi: 10.1016/S2215-0366(18)30511-X.
8. Silverman AL, Herzog AA, Silverman DI. Hearts and Minds: Stress, Anxiety, and Depression: Unsung Risk Factors for Cardiovascular Disease. *Cardiol Rev*. 2019;27(4):202-207. doi: 10.1097/CRD.0000000000000228.
9. Serpytis P, Navickas P, Lukaviciute L, Navickas A, Aranauskas R, Serpytis R, et al. Gender-Based Differences in Anxiety and Depression Following Acute Myocardial Infarction. *Arq Bras Cardiol*. 2018;111(5):676-683. doi: 10.5935/abc.20180161.
10. Zhang Y, Chen Y, Ma L. Depression and cardiovascular disease in elderly: Current understanding. *J Clin Neurosci*. 2018;47:1-5. doi: 10.1016/j.jocn.2017.09.022.
11. Hamam MS, Kunjummen E, Hussain MS, Nasereldin M, Bennett S, Miller J. Anxiety, Depression, and Pain: Considerations in the Treatment of Patients with Uncontrolled Hypertension.

- Curr Hypertens Rep.* 2020;22(12):106. doi: 10.1007/s11906-020-01117-2.
12. Johnson HM. Anxiety and Hypertension: Is There a Link? A Literature Review of the Comorbidity Relationship Between Anxiety and Hypertension. *Curr Hypertens Rep.* 2019;21(9):66. doi: 10.1007/s11906-019-0972-5.
 13. Volpato E, Toniolo S, Pagnini F, Banfi P. The Relationship Between Anxiety, Depression and Treatment Adherence in Chronic Obstructive Pulmonary Disease: A Systematic Review. *Int J Chron Obstruct Pulmon Dis.* 2021;16:2001-2021. doi: 10.2147/COPD.S313841.
 14. Bisgaard TH, Allin KH, Keefer L, Ananthakrishnan AN, Jess T. Depression and anxiety in inflammatory bowel disease: epidemiology, mechanisms and treatment. *Nat Rev Gastroenterol Hepatol.* 2022;19(11):717-726. doi: 10.1038/s41575-022-00634-6.
 15. Benmaamar S, Lazar N, El Harch I, Maiouak M, Qarmiche N, Otmani N, et al. Depression and anxiety in patients with diabetes in a Moroccan region. *Encephale.* 2022;48(6):601-606. doi: 10.1016/j.encep.2021.06.014.
 16. Read JR, Sharpe L, Modini M, Dear BF. Multimorbidity and depression: A systematic review and meta-analysis. *J Affect Disord.* 2017;221:36-46. doi: 10.1016/j.jad.2017.06.009.
 17. Smith L, Shin JI, Jacob L, Schuch F, Pizzol D, López Sánchez GF, et al. Physical multimorbidity predicts the onset and persistence of anxiety: A prospective analysis of the Irish Longitudinal Study on Ageing. *J Affect Disord.* 2022;309:71-76. doi: 10.1016/j.jad.2022.04.022.
 18. Armbrecht E, Shah R, Poorman GW, Luo L, Stephens JM, Li B, et al. Economic and Humanistic Burden Associated with Depression and Anxiety Among Adults with Non-Communicable Chronic Diseases (NCCDs) in the United States. *J Multidiscip Healthc.* 2021;14:887-896. doi: 10.2147/JMDH.S280200.
 19. Pierobon A, Ranzini L, Torlaschi V, Sini Bottelli E, Giardini A, Bruschi C, Maestri R, et al. Screening for neuropsychological impairment in COPD patients undergoing rehabilitation. *PLoS One.* 2018;13(8):e0199736. doi: 10.1371/journal.pone.0199736.
 20. Shimokhina NY, Savchenko AA, Petrova MM. Peculiarities of Platelet Metabolism in Patients with Acute Coronary Syndrome with Anxiety-Depressive Disorders and Informativity of Enzymes in the Forecast of Development of Cardiovascular Complications. *Pharmaceuticals (Basel).* 2020;13(8):169. doi: 10.3390/ph13080169.
 21. Драпкина О.М., Шепель Р.Н., Кабурова А.Н. Оценка субъективной ситуационной и личностной тревожности у лиц с избыточной массой тела. *Неотложная кардиология и кардиоваскулярные риски*, 2017, Т. 1, № 1, С. 83-88. eLIBRARY ID: 32522367.
 22. Uphoff EP, Newbould L, Walker I, Ashraf N, Chaturvedi S, Kandasamy A, et al.; NIH Global Health Research Group – IMPACT. A systematic review and meta-analysis of the prevalence of common mental disorders in people with non-communicable diseases in Bangladesh, India, and Pakistan. *J Glob Health.* 2019;9(2):020417. doi: 10.7189/jogh.09.020417.
 23. Гацких ИВ, Окладникова ЕВ, Шалда ТП, Петрова ММ, Наркевич АН. Связь тревожно-депрессивных расстройств с когнитивными нарушениями у пациентов с сахарным диабетом. *Сибирское медицинское обозрение.* 2018;(2): 94-99. doi: 10.20333/2500136-2018-2-94-99.
 24. Песковец РД, Штарик СЮ, Евсюков АА. Распространенность тревожных расстройств в общемедицинской сети и их связь с сердечно-сосудистыми заболеваниями. *Сибирское медицинское обозрение.* 2019;(6):73-79. doi: 10.20333/2500136-2019-6-73-79.

Информация об авторах

Шимохина Наталья Юрьевна, д.м.н., доцент кафедры поликлинической терапии и семейной медицины с курсом ПО, ФГБОУ ВО КрасГМУ им. проф. В.Ф.Войно-Ясенецкого Минздрава России, Красноярск, Россия. ORCID 0000-0002-0091-5265, e-mail: doctorkardiolog99@rambler.ru.

Баранович Жанна Ринатовна, студентка 6 курса лечебного факультета ФГБОУ ВО КрасГМУ им. проф. В.Ф.Войно-Ясенецкого Минздрава России, Красноярск, Россия. ORCID 0009-0003-9581-0451, e-mail: sibkras88@mail.ru.

Юневич Анастасия Сергеевна, студентка 5 курса лечебного факультета ФГБОУ ВО КрасГМУ им. проф. В.Ф.Войно-Ясенецкого Минздрава России, Красноярск, Россия. ORCID 0000-0001-7821-6176, e-mail: nastya_unevich@mail.ru.

Савченко Андрей Анатольевич, д.м.н., профессор, заведующий кафедрой физиологии имени профессора А.Т.Пшоники, ФГБОУ ВО КрасГМУ им. проф. В.Ф.Войно-Ясенецкого Минздрава России, Красноярск, Россия. ORCID 0000-0001-5829-672X, e-mail: aasavchenko@yandex.ru.

Зимницкая Ольга Викторовна, к.м.н., доцент кафедры поликлинической терапии и семейной медицины с курсом ПО, ФГБОУ ВО КрасГМУ им. проф. В.Ф.Войно-Ясенецкого Минздрава России, Красноярск, Россия. ORCID 0000-0002-7027-0458, e-mail: zvezda_5786@mail.ru.

Петрова Марина Михайловна, д.м.н., профессор, заведующий кафедрой поликлинической терапии и семейной медицины с курсом ПО, ФГБОУ ВО КрасГМУ им. проф. В.Ф.Войно-Ясенецкого Минздрава России, Красноярск, Россия. ORCID 0000-0002-8493-0058, e-mail: stk99@yandex.ru.

Information about the authors

Natalya Y. Shimokhina, Dr. Sci (Med.), Prof. V. F. Voino-Yasenetsky Krasnoyarsk State Medical University, Krasnoyarsk, Russia. ORCID 0000-0002-0091-5265, e-mail: doctorkardiolog99@rambler.ru.

Zhanna R. Baranovich, Prof. V. F. Voino-Yasenetsky Krasnoyarsk State Medical University, Krasnoyarsk, Russia. ORCID 0009-0003-9581-0451, e-mail: sibkras88@mail.ru.

Anastasia S. Yunevich, Prof. V. F. Voino-Yasenetsky Krasnoyarsk State Medical University, Krasnoyarsk, Russia. ORCID 0000-0001-7821-6176, e-mail: nastya_unevich@mail.ru.

Andrei A. Savchenko, Dr. Sci (Med.), Prof. V. F. Voino-Yasenetsky Krasnoyarsk State Medical University, Krasnoyarsk, Russia. ORCID 0000-0001-5829-672X, e-mail: aasavchenko@yandex.ru.

Olga V. Zimnitskaya, Cand. Sci. (Med.), Prof. V. F. Voino-Yasenetsky Krasnoyarsk State Medical University, Krasnoyarsk, Russia. ORCID 0000-0002-7027-0458, e-mail: zvezda_5786@mail.ru.

Marina M. Petrova, Dr. Sci (Med.), Prof. V. F. Voino-Yasenetsky Krasnoyarsk State Medical University, Krasnoyarsk, Russia. ORCID 0000-0002-8493-0058, e-mail: stk99@yandex.ru.

Получено / Received: 19.05.2023

Принято к печати / Accepted: 22.05.2023