

ЭНДОГЕНОМОРФНАЯ ДЕПРЕССИЯ С ПАТОЛОГИЧЕСКИМИ ТЕЛЕСНЫМИ СЕНСАЦИЯМИ

Людмила Александровна Иванова, Анна Викторовна Ковалева

(Иркутская государственная медицинская академия последипломного образования,
ректор – д.м.н., проф. В.В. Шпрах, кафедра психиатрии и наркологии, зав. – д.м.н., проф. А.С. Бобров)

Резюме. Изучена группа больных (n=65) с эндогенной депрессией (депрессия, спровоцированная личностно значимым психотравмирующим фактором). Патологические телесные сенсации (ПТС) выявлены у 55 (84,6%) из них. В наследственной отягощенности существенно больше представлена алкоголизация, зависимость от иных психоактивных веществ, а также патохарактерологические расстройства и суицидальное поведение. В группе больных с наличием ПТС значимо чаще диагностирован тяжелый депрессивный эпизод, как правило, тревожный и тоскливо-тревожный тип депрессии. Патологические телесные сенсации преимущественно имели церебральную и торакальную локализацию, были представлены сенестоалгиями, намного реже сенестопатиями (термическим вариантом). У больных с наличием сенестоалгий статистически значимо чаще диагностирован тревожный и тоскливо-тревожный тип депрессии. При этом монолокальные ПТС были характерны для тревожной депрессии, полилокальные ПТС – для тоскливо-тревожной депрессии.

Ключевые слова: эндогенная депрессия, патологические телесные сенсации

ENDOGENEITY DEPRESSION WITH PATHOLOGICAL BODILY SENSATIONS

L.A. Ivanova, A.V. Kovaleva

(Irkutsk State Medical Academy of Continuing Education, Russia)

Summary. Studied a group of patients with endogeneity depression (depression caused by traumatic factor) (n=65). Pathological bodily sensations (PBS) were diagnosed in 55 (84,6%). Analysis of heritable predisposition revealed significantly greater representation of alcohol abuse, dependence on other psychoactive substances, as well as personality disorders and suicidal behavior. In the group of patients with PBS severe depressive episodes, as a rule, anxious and depressed-anxious type of depression were diagnosed significantly more often. Pathological bodily sensations mostly had a cerebral and thoracic localization, were represented by senestopathies, much less senestopathy (thermal variant). In patients with the presence of senestopathies anxious and depressed-anxious type of depression was diagnosed statistically more often. The monolocal PTS were typical for anxious depression, polylocal PBS – for depressed-anxious type of depression.

Key words: endogeneity depression, pathological bodily sensations

При эндогенных депрессиях [8] роль преципирующих факторов принадлежит стрессогенным воздействиям (психическая травма, нозо-, соматогении, патология внутренних органов), клинические проявления совпадают с картиной циркулярной меланхолии. Однако при эндогенной депрессии в отличие от циркулярной (меланхолической) депрессии набор витальных признаков ограничивается лишь одним или двумя из них (чаще тоской). Эндогенная депрессия – это чаще всего тоскливая депрессия с передачей эмоционально-вегетативно-сенсорного компонента в виде метафор и аналогий [4].

В зарубежной психиатрии термин нарушения телесной чувствительности описывается как патология телесного восприятия (body image). Наиболее часто идиопатические соматические симптомы наблюдаются при скрытой (циклотимической) депрессии [12]. По данным отечественных исследований патологические телесные сенсации (ПТС) на начальных этапах характеризуются диффузностью, выступают в неразделимом соотношении с аффективной патологией. В дальнейшем происходит их дифференциация в отдельные образы (движение, форма и т.д.), которые получают речевое выражение [6].

Функциональные соматические расстройства в общесоматической практике наблюдаются от 20 до 84% [5,11,12]. В МКБ-10 указание на наличие необычных феноменов телесного восприятия встречается в диагностических рубриках «Соматоформная вегетативная дисфункция» (F45.3), «Шизотипическое расстройство» (F21).

Выделены варианты депрессии с наличием ПТС: депрессия с генерализованным алгическим синдромом, депрессия с монолокальными сенестоалгиями, сенестопатиями либо сенестоалгически-сенестопатическим синдромом, депрессия с би- и полилокальными сенестоалгиями и сенестоалгически-сенестопатическим синдромом [1].

В одном из современных направлений в исследовании психических расстройств, реализующихся в соматической сфере, делается акцент на соматоперцептивной конституции в виде соматосенсорной фиксации на ощущениях телесной сферы, именуемых невропатией, соматотонией, акцентуацией с явлениями проприоцептивного диатеза, сегментарной деперсонализации [5,7,9]. Соматоперцептивная конституция является составляющей различных типов расстройств личности типа аффективного, шизоидного, ананкастного, истерического [10]. Сочетанные психопатологически-соматические расстройства реализуются в континууме тревожно-фобических расстройств с вегетативными симптомами при наличии минимальной (субклинической) морфологической патологии («органный невроз»).

Цель работы: изучение типологии, локализации, степени генерализации патологических телесных сенсаций в зависимости от типа, тяжести депрессивного расстройства (депрессивного эпизода, ДЭ, по МКБ-10), спровоцированного стрессовым фактором.

Материалы и методы

Изучена группа больных (n=55) с непсихотической депрессией, началу которой предшествовал личностно значимый стрессовый фактор (эндогенная депрессия). Критериями включения в исследование явилось наличие патологических телесных сенсаций (ПТС). Больные находились на стационарном или амбулаторном лечении в отделениях пограничных состояний, дневном стационаре Иркутской областной клинической психиатрической больницы №1, Областном психоневрологическом диспансере. Средний возраст больных на момент обследования составил 48,6±10,6 лет, из них женщин – 49 (89,1%), мужчин – 6 (10,9%). Из исследования исключались больные, подпадающие под рубрику F20.8 (Тезаурус, 2003) с ипохондрической шизофренией (навязчивый или невротический, сверх-

ценный варианты), сенестопатической шизофренией, а также шизотипическим расстройством (F21 по МКБ-10) с необычными феноменами восприятия, включая соматосенсорные (телесные) сенсорации.

Исследование выполнено с соблюдением всех стандартных предписаний в отношении информированности пациента, согласованной с Комиссией по этике (протокол №6 от 24.11.2011 г.). Все больные выражали добровольное информированное согласие на представление своих данных для научного исследования.

Методы исследования – клинико-анамнестический, клинико-психопатологический. Для выявления статистически значимых различий между исследуемыми группами использовались: критерий Стьюдента (количественные, бинарные нормально распределенные данные); критерий Манна-Уитни (количественные ненормально распределенные и порядковые данные); критерий Х² (бинарные ненормально распределенные, порядковые и номинальные данные); критерий Фишера (в случае, если $n < 4$).

Результаты и обсуждение

Тип депрессии определялся с учетом наличия / отсутствия тоскливого оттенка гипотимии и ассоциированного с депрессией генерализованного тревожного расстройства (ГТР) по DSM-IV [1]. Выделены следующие варианты депрессии: тревожный тип депрессии ($n=26$; 47,3%/55) – сниженное настроение без тоскливого оттенка и наличие перманентной тревоги в виде ГТР либо наличие ГТР при отсутствии жалоб на сниженное настроение; тосливо-тревожный тип депрессии ($n=21$; 38,2%/55) – сниженное настроение с тоскливым оттенком и наличие ГТР; тоскливый ($n=5$; 9,1%/55) – сниженное настроение с тоскливым оттенком при отсутствии ГТР или наличием субдиагностических его проявлений; «обезглавленный» ($n=3$; 5,5%/55) диагностирован при отсутствии жалоб на сниженное настроение, наличии двух остальных типичных симптомов депрессии, дополнительных симптомов депрессии из перечня «а-ж» (F32 МКБ-10), ассоциированных с субдиагностическими проявлениями ГТР. В группе больных с эндогенормфной депрессией и наличием ПТС выявлена статистически значимо большая частота тревожной депрессии по сравнению с тоскливой ($p=0,01$) и «обезглавленной» ($p=0,005$), тосливо-тревожной в сравнении с тоскливой ($p=0,0004$) и «обезглавленной» ($p=0,005$) и тоскливой в сравнении с «обезглавленной депрессией» ($p=0,0001$).

В соответствии с МКБ-10 по степени тяжести актуальной депрессии диагностированы: ДЭ умеренной степени тяжести ($n=15$; 27,3%/55), тяжелый ($n=26$; 47,3%/55), промежуточный между тяжелым и умеренным ($n=13$; 23,6%/55), легкий ($n=1$; 1,8%/55). Выявлена статистически значимо большая частота тяжелого ДЭ по сравнению с умеренным ($p=0,005$), легким ($p=0,0001$) и промежуточным между тяжелым и умеренным ДЭ ($p=0,001$); статически значимо большая частота умеренного ДЭ по сравнению с легким ДЭ ($p=0,0000$).

Наследственная отягощенность психическими расстройствами и расстройствами поведения среди всей группы больных отмечена у 56,4% ($n=31$) больных. Среди больных с эндогенормфной депрессией и ПТС среди наследственной отягощенности значимо чаще отмечена алкоголизация и зависимость от иных психоактивных веществ (ПАВ) ($n=31$; 100%/31) по сравнению с патохарактерологическими нарушениями ($n=17$; 54,8%/31; $p=0,002$), аффективными расстройствами ($n=7$; 22,3%/31; $p=0,02$), шизофренией ($n=2$; 6,5%/31; $p=0,0001$); патохарактерологических расстройств ($n=17$; 54,8%/31) по сравнению с аффективными нарушениями ($n=7$; 22,3%/31; $p=0,02$); суицидального поведения ($n=14$; 45,2%/31) по сравнению с шизофренией ($n=2$; 6,5%/31; $p=0,001$).

В соответствии со степенью генерализации [3] больные разделены на группы с монолокальными патологи-

ческими телесными сенсорациями ($n=21$; 38,1%/55), биллокальными ($n=15$; 27,2%/55) и полилокальными ПТС ($n=19$; 34,5%/55). Отмечена значимо большая частота монолокальных ПТС по сравнению с биллокальными ($p=0,01$) и полилокальными ПТС ($p=0,05$); статически значимо большая частота полилокальных ПТС в сравнении с биллокальными ПТС ($p=0,002$).

Наиболее часто патологические ощущения вне зависимости от степени их генерализации имели церебральную – 94,5% ($n=52$), торакальную (в том числе в область сердца) локализацию – 89,1% ($n=49$), область верхних и нижних конечностей – 54,5% ($n=30$), спины, шеи – 45,5% ($n=25$), брюшной полости – 25,5% ($n=14$), лицевого скелета – 10,9% ($n=6$), кожи – 7,3% ($n=4$), ротоносоглотки и суставов – соответственно по 3,6% ($n=2$). Выявлена значимо большая частота церебральной локализации ПТС по сравнению с торакальной ($p=0,0001$), области ротоносоглотки ($p=0,0001$), суставов ($p=0,0001$) и кожи ($p=0,0001$).

Наиболее часто патологические телесные сенсорации были представлены сенестопатиями (92,7%, $n=51$) и сенестопатиями (45,5%, $n=25$), в единственных случаях – алгиями и парестезиями (соответственно по 5,5%, $n=3$). На материале настоящих наблюдений к алгиям отнесены ощущения, как правило, с локализацией в области головы либо брюшной полости. Сенестопатии были представлены патологическими сенсорациями, имеющими сходство с болевыми ощущениями соматической и неврологической природы, но при наличии особенно тягостного, физически непереносимого их оттенка. Сенестопатии церебральной локализации (височная, теменная области) имели постоянный или приступообразный характер; отличались давящими, ноющими, стягивающим оттенком болевых ощущений; усиливались в ответ на психоэмоциональную нагрузку или при смене метеоусловий. В части наблюдений больные были склонны к их образной характеристике («как будто каска надета»; «как будто спицами колет» или «как будто голова свинцом налита»). Сенестопатии в области лопаток, поясничного отдела позвоночника носили ноющий, тянущий оттенок, усиливались после длительной ходьбы. В грудном и шейном отделе позвоночника были ноющими, давящими, могли иррадиировать в область головы. В мышцах шеи, верхних и нижних конечностей отличались тянущими, стягивающими, ноющими ощущениями. В ряде случаев боль в спине воспринималась «как каменная плита на пояснице». Сенестопатии в брюшной полости были ноющими или схваткообразными, в ряде случаев достигали степени физических непереносимого оттенка (со слов одной из больных готова была «кричать от боли»), могли сопровождаться ощущением озноба.

Сенестопатии в клинике эндогенормфной депрессии у большей половины больных (56%, $n=14$) были представлены термическим их вариантом [13]. Это были ощущения «жжения», «горения» в голове; «как огнем горит» – в спине, шее, в коже рук, ног. К редким сенестопатиям движения отнесены ощущения «как что-то в голове сверлит», «спазмы в голове», «вытягивания, подергивания ног и рук». Психосенсорные сенестопатии [2] характеризовались ощущением «как будто голова пустая – нет в ней наполненности». В единичном наблюдении отмечен фантастический вариант сенестопатий – «шевеление в мозгах как кисель» или «как будто кости на лице расплываются».

Выявлена статически значимо большая представленность сенестопатий ($n=51$; 92,7%/55) по сравнению с сенестопатиями ($n=25$; 45,5%/55; $p=0,0001$), алгиями ($n=3$; 5,5%/55; $p=0,0001$), парестезиями ($n=3$; 5,5%/55; $p=0,0001$); статически значимо большая представленность сенестопатий ($n=25$; 45,5%/55) по сравнению с алгиями ($n=3$; 5,5%/55; $p=0,0001$) и парестезиями ($n=3$; 5,5%; $p=0,0001$). Наличие сенестопатий значимо чаще выявлялось у больных с тревожной ($n=26$; 66,7%/39) и тосливо-тревожной ($n=19$; 55,9%/34) депрессией в сравнении с тоскливым ($n=2$; 28,5%/7; соответствен-

но $p=0,0001$ и $p=0,0001$) и «обезглавленным» ($n=1$; 25%/4; соответственно $p=0,0001$ и $p=0,0001$) ее вариантами. Напротив, у больных с сенестопатиями статически значимо чаще выявлялась тревожная депрессия ($n=12$; 35,3%/34) в сравнении с «обезглавленной» ($n=1$; 25%/4; $p=0,004$), в случае представленности парестезий – тревожная депрессия ($n=2$; 5,2%/39) в сравнении с тосливо-тревожной ($n=1$; 2,8%/34; $p=0,0001$).

Церебральная локализация ПТС значимо чаще выявлялась в клинике тревожной депрессии ($n=19$; 37,3%/51) в сравнении с тревожно-тоскливой ($n=19$; 32,2%/59; $p=0,01$), тоскливой ($n=1$; 12,5%/8; $p=0,01$) и «обезглавленной» ($n=1$; 16,7%/6; $p=0,003$) депрессией, а также тревожно-тоскливой ($n=19$; 32,2%/59) в сравнении с тоскливой ($n=1$; 12,5%/8; $p=0,01$) и «обезглавленной» депрессией ($n=1$; 16,7%/6; $p=0,003$). ПТС в торакальной области статически чаще выявлялись в клинике тоскливой депрессии ($n=4$; 50,0%/8) в сравнении с тревожной ($n=17$; 33,3%/51; $p=0,01$) и тосливо-тревожной депрессией ($n=20$; 33,9%/59; $p=0,01$). ПТС в области брюшной полости и мышцах встречались статически чаще в клинике тревожной депрессии ($n=5$; 9,8%/51) в сравнении с тосливо-тревожной ($n=1$; 1,6%/59; $p=0,0000$). Монолокальные ПТС значимо чаще выявлялись в случае тревожной депрессии ($n=11$; 42,3%/26) по сравнению с тоскливой ($n=1$; 20,0%/5; $p<0,01$) и «обезглавленной» ($n=1$; 33,3%/3; $p=0,0009$) депрессией, полилокальные ПТС – при тосливо-тревожной депрессии ($n=12$; 57,1%/21) в сравнении с «обезглавленной» ($n=1$; 33,3%/3; $p=0,03$).

При наличии сенестопатий значимо чаще диагностирован тяжелый ДЭ ($n=27$; 58,7%/46) в сравнении с умеренным ($n=10$; 45,5%/22; $p=0,001$) и промежуточным ($n=6$; 42,8%/14; $p=0,001$), у больных с сенестопатиями – чаще выявлялся тяжелый ДЭ ($n=16$; 34,8%/46) в сравнении с умеренным ($n=6$; 27,3%/22; $p=0,001$). Церебральная локализация ПТС значимо чаще встречалась при промежуточном ДЭ ($n=12$; 50,0%/24) в сравнении с умеренным ($n=11$; 30,6%/36; $p=0,001$), тяжелым ДЭ ($n=19$; 30,6%; $p=0,001$). ПТС в области мышц статически значимо чаще выявлялись в клинике тяжелого ($n=8$; 12,9%/62) и умеренного ДЭ ($n=7$; 19,4%/36) по сравнению с промежуточным ДЭ ($n=2$; 8,3%/24) (соответственно $p=0,02$, $p=0,01$). Монолокальные ПТС статически значимо чаще выявлялись при тяжелом ДЭ ($n=10$; 38,5%/26) по сравнению с умеренным ДЭ ($n=4$; 26,7%/15; $p=0,01$), биллокальные – при легком ДЭ ($n=1$; 100,0%/1) по сравнению с умеренным ($n=3$; 20,0%/15; $p=0,01$), тяжелым ($n=7$; 26,9%/26; $p=0,01$), промежуточным ДЭ ($n=3$; 23,1%/13; $p=0,01$); тяжелом ДЭ ($n=7$; 26,9%/26) по сравнению с умеренным ДЭ ($n=3$; 20,0%/15; $p=0,003$).

Статически значимо большая частота наследственной отягощенности отмечена у больных с сенестопатиями ($n=31$; 100%/31) и сенестопатиями ($n=15$; 48,4%/31) по сравнению с алгиями ($n=2$; 6,5%/31) (соответственно

$p=0,0001$, $p=0,002$) и парестезиями ($n=2$; 6,5%/31) (соответственно $p=0,0001$, $p=0,002$). Статически значимо большая частота наследственной отягощенности оказалась у больных с эндогенноморфной депрессией и полилокальными ПТС ($n=12$; 38,7%/31) по сравнению с больными с биллокальными ($n=9$; 29,0%/31; $p=0,0001$) и монолокальными ПТС ($n=10$; 32,3%/31; $p=0,0001$); монолокальных ($n=10$; 32,3%/31) по сравнению с биллокальными ПТС ($n=9$; 29,0%/31; $p=0,0001$). У больных с сенестопатиями наследственная отягощенность по алкоголизму и употреблению иных ПАВ ($n=20$; 64,5%/31) встречалась значимо чаще по сравнению с аффективными расстройствами ($n=4$; 12,9%/31; $p=0,05$); наследственная отягощенность патохарактерологическими расстройствами ($n=12$; 38,7%/31) статически значимо чаще аффективных расстройств ($n=4$; 12,9%/31; $p=0,003$). Среди больных с сенестопатиями наследственная отягощенность по алкоголизму и употреблению ПАВ ($n=9$; 60,0%/15) была статически значимо чаще аффективных расстройств ($n=2$; 13,3%/15; $p=0,009$), шизофрении ($n=1$; 6,7%/15; $p=0,001$). Больных с термическими сенестопатиями статически значимо чаще отличала наследственная отягощенность по алкоголизму и употреблению ПАВ ($n=6$; 66,7%/9), чем по аффективным расстройствам ($n=1$; 50,0%/2; $p=0,04$).

Таким образом, у пациентов с эндогенноморфной депрессией и наличием ПТС значимо чаще диагностирован тяжелый ДЭ, как правило, тревожный и тосливо-тревожный тип депрессии. Патологические телесные сенсации наиболее часто имели церебральную и торакальную локализацию, были представлены сенестопатиями, намного реже сенестопатиями (термическим вариантом). При наличии в клинической картине сенестопатий статически значимо чаще выявлен тревожный и тосливо-тревожный депрессии. Монолокальные ПТС были характерны для тревожной депрессии, полилокальные ПТС – тосливо-тревожной депрессии. Анализ наследственной отягощенности у больных эндогенноморфной депрессией с ПТС выявил значимо большую представленность алкоголизации и зависимости от иных ПАВ, патохарактерологических расстройств, суицидального поведения.

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Прозрачность исследования. Исследование не имело спонсорской поддержки. Исследователи несут полную ответственность за предоставление окончательной версии рукописи в печать.

Декларация о финансовых и иных взаимодействиях. Все авторы принимали участие в разработке концепции и дизайна исследования и в написании рукописи. Окончательная версия рукописи была одобрена всеми авторами. Авторы не получали гонорар за исследование.

Работа поступила в редакцию: 16.06.2015г.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бобров А.С. Эндогенная депрессия. 2-е изд., доп. и перераб. – Иркутск: Папирус, 2010. – 370 с.
2. Жмуров В.А. Психопатология. – М.: Медицинская книга, Нижний Новгород: Издательство НГМА, 2002. – 668 с.
3. Иванова Л.А. Депрессивное расстройство с патологическими телесными сенсациями (типология, течение, коморбидность, факторы риска): Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Томск, 2006. – 21 с.
4. Краснов В.Н. Расстройства аффективного спектра. – М.: Практическая медицина, 2011. – 432 с.
5. Лекции по психосоматике / Под ред. А.Б. Смулевича. – М.: Медицинское информационное агентство, 2014. – 352 с.
6. Микиртумов Б.Е. Лексика психопатологии. – СПб.: Речь, 2004. – 200 с.
7. Психические расстройства в клинической практике / Под ред. А.Б. Смулевича. М.: МЕДпресс-информ, 2011. – 720 с.
8. Смулевич А.Б., Дубницкая Э.Б. К построению димен-

сиональной ритмологической модели депрессий // Общие вопросы неврологии и психиатрии. – 2010. – С.4-10.

9. Abramovitz J.S., Braddock A.E. Psychological treatment of health anxiety and hypochondriasis. A biopsychosocial approach. – Hogrefe & Huber Publisher, 2008. – P.14-65.

10. Aronson K., Barret L.F., Quigley K. Feeling your body or feeling your badly: Evidence for the limited validity of the somatosensory amplification scale as an index of somatic sensitivity // J. Psychosom. Res. – 2001. – Vol. 51. – P.387-394.

11. Barsky J. Patients who amplify bodily sensations // Annals of internal medicine. – 1979. – Vol. 91 – P.63-70.

12. Escobar J.I., Gureje O. Influence of cultural and social factors on the epidemiology of idiopathic somatic complaints and syndromes // Somatic presentations of mental disorders / Eds. Y.E. Dimsdale et al. – Arlington: American Psychiatric Association, 2009. – P.41-52.

13. Jahrreiss W. Das hypochondrische denken // Arch. Psychiat. Nerv. – 1930. – V. 92. – №45. – P.823.

REFERENCES

1. Bobrov A.S. Endogenous depression. 2nd edition, added and revised. – Irkutsk: Papirus, 2010. – 370 p. (in Russian)
2. Zhmurov V.A. Psychopathology. – Moscow: Medicinskaya kniga, N. Novgorod: Izdatelstvo NGMA, 2002. – 668 p. (in Russian)
3. Ivanova L.A. Depressive disorder with body sensations (typology, current, comorbidity, risk factors): Thesis PhD in Medicine. – Tomsk, 2006. – 21 p. (in Russian)
4. Krasnov V.N. Affective spectrum disorders. – Moscow: Prakticheskaya meditsina, 2011. – 432 p. (in Russian)
5. Lectures on psychosomatics / Ed. A.B. Smulevich. – Moscow: Izdatelstvo Medicinskoe Informacionnoe Aгенstvo, 2014. – 352 p. (in Russian)
6. Michirtumov B.E. Vocabulary of psychopathology. – St. Petersburg: Rech, 2004. – 200 p. (in Russian)
7. Mental disorders in clinical practice / Ed. A.B. Smulevich. – Moscow: Medpress-inform, 2011. – 720 p. (in Russian)
8. Smulevich A.B., Dubnickaya E.B. Building dimensional rivosecchi models of depression // Obshie voprosi nevrologii i psikiatrii. – 2010. – P.4-10. (in Russian)
9. Abramovitz J.S., Braddock A.E. Psychological treatment of health anxiety and hypochondriasis. A biopsychosocial approach. – Hogrefe & Huber Publisher, 2008. – P.14-65.
10. Aronson K., Barret L.F., Quigley K. Feeling your body or feeling your badly: Evidence for the limited validity of the somatosensory amplification scale as an index of somatic sensitivity // J. Psychosom. Res. – 2001. – Vol. 51. – P.387-394.
11. Barsky J. Patients who amplify bodily sensations // Annals of internal medicine. – 1979. – Vol. 91 – P.63-70.
12. Escobar J.I., Gureje O. Influence of cultural and social factors on the epidemiology of idiopathic somatic complaints and syndromes // Somatic presentations of mental disorders / Eds. Y.E. Dimsdale et al. – Arlington: American Psychiatric Association, 2009. – P.41-52.
13. Jahrreiss W. Das hypochondrische denken // Arch. Psychiat. Nerv. – 1930. – V. 92. – №45. – P.823.

Информация об авторах:

Иванова Людмила Александровна – ассистент, к.м.н., 664079, Иркутск, м/р Юбилейный, 100, e-mail: bobrov_irkutsk@rambler.ru; Ковалева Анна Викторовна – ассистент кафедры.

Informations About the Authors:

Ivanova Lyudmila – assistant, MD, PhD, 664079, Russia, Irkutsk, Jubileiny, 100, e-mail: bobrov_irkutsk@rambler.ru; Kovaleva Anna – assistant.

© МОРОВА Н.А., ПЕРЕКОПСКАЯ В.С., ЦЕХАНОВИЧ В.Н. – 2016

УДК: 616.61-002.2; 616.633.96

ФАКТОРЫ КАРДИОВАСКУЛЯРНОГО РИСКА У БОЛЬНЫХ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА С ИНФАРКТОМ МИОКАРДА

Наталья Александровна Морова¹, Вероника Сергеевна Перекопская¹, Валерий Николаевич Цеханович²
(¹Омский государственный медицинский университет, ректор – д.м.н., проф. А.И. Новиков;
²Областная клиническая больница, Омск, гл. врач – к.м.н. К.Л. Полежаев)

Резюме. Целью данного исследования было изучение факторов кардиоваскулярного риска (КВР) у лиц молодого возраста. Среди больных с инфарктом миокарда (ИМ), госпитализированных в Омский региональный сосудистый центр в период с 2012 по 2015 год, лица моложе 45 лет составили 5,4% (87 больных). Установлено, что молодые больные имеют те же факторы КВР, что и больные старшего возраста: артериальную гипертензию имели 18 (20,7%) больных, ожирение – 16 (18,4%), дислипидемию – 58 (66,7%), сахарный диабет – 7 (8,0%), курили – 55 (63,2%). Значимых различий факторов риска ИМ внутри группы: у больных младше 35 лет и старше 35 лет – выявлено не было.

Ключевые слова: острый инфаркт миокарда, молодой возраст, факторы кардиоваскулярного риска.

THE FACTORS OF CARDIOVASCULAR RISK IN THE PATIENTS OF YOUNG AGE WITH MYOCARDIAL INFARCTION

N.A. Morova¹, V.S. Perekopskaya¹, V.N. Tsekhanovich²
(¹The Omsk State Medical University; ²Omsk Regional Clinical Hospital, Russia)

Summary. The aim of this investigation was the learning of the factors of cardiovascular risk in the young people. Among the patients with myocardial infarction, admitted to the Omsk Regional Vascular Center in the period from 2012 to 2015, patients 45 years amounted to 5,4% (87 patients). It has been established, that patients have the same factors of cardiovascular risk as the older patients: arterial hypertension had 18 (20,7%) patients, obesity had 16 (18,4%), dyslipidemia – 58 (66,7%), diabetes mellitus – 7 (8,0%), smoked – 55 (63,2%). The reliable differences of risk factors of myocardial infarction in groups: patients younger than 35 years and older than 35 years haven't been found out.

Key words: myocardial infarction, the young age, the factors of cardiovascular risk.

В последнее десятилетие наблюдается тенденция к «омоложению» сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ). По результатам 10-летнего наблюдения, проведенного в Москве, частота впервые выявленных случаев ишемической болезни сердца (ИБС) у молодых мужчин выросла в 2,5 раза [3]. В структуре общей смертности населения ССЗ составляют 50%, а в структуре общей заболеваемости – 14,5% [6]. Кроме того, они являются ведущей причиной утраты трудоспособности [4].

В России в структуре смертности от ССЗ первое место занимает инфаркт миокарда (ИМ) [7]. Настораживает

высокая летальность от ИМ среди лиц молодого возраста. Так, по данным ВОЗ, за последние 20 лет смертность от ССЗ среди молодого населения планеты возросла на 15% [7]. Анализ заболеваемости и смертности от ИБС свидетельствует о её преимущественном росте за счет пациентов молодого возраста [3].

Потери валового внутреннего продукта (ВВП) вследствие смерти от ИМ в трудоспособном возрасте преобладают в структуре экономического ущерба России и составляют более 49 миллиардов рублей в год [4].

Изучение факторов кардиоваскулярного риска (КВР)