

**КАРДІОВАСКУЛЯРНИЙ РИЗИК У МОЛОДОМУ ВІЦІ: ЧАСТОТА ТА КЛІНІЧНІ
ВАРІАНТИ СОМАТОГЕННОГО АСТЕНІЧНОГО СИМПТОМОКОМПЛЕКСУ****Харківська медична академія післядипломної освіти МОЗ України**

Дослідження виконано у межах науково-дослідних робіт кафедри психотерапії (зав. – проф. Михайлов Б. В.), кафедри сімейної медицини, народної та нетрадиційної медицини, санології (зав. – проф. Шкляр С. П.) «Розробка, апробація та впровадження доказових технологій оцінки ефективності комплексного лікування» (2009-2013 р.) та є фрагментом наукової кваліфікаційної роботи автора.

Вступ. За даними Комітету Експертів ВООЗ та Європейських асоціацій кардіологів майже у 20,0% дорослого населення має підвищений артеріальний тиск, третина смертей від серцево – судинних захворювань (ССЗ) асоційована з десятьма основними факторами ризику, з яких на високий рівень холестерину припадає 4,4 млн. випадків, тютюнопаління – 4,9 млн., артеріальну гіпертензію – 7,1 млн. Доведено, що при індексі маси тіла (ІМТ) у межах 25 – 28,9 кг/м² кардіоваскулярний ризик (КВР) збільшується вдвічі, при ІМТ > 29 кг/м² – утричі. [1, 4, 14, 16]. На жаль, медико-психологічний контекст у оцінці кардіоваскулярного ризику практично відсутній. Саме тому дослідження, спрямовані на удосконалення медико-психологічного моніторингу, ранньої діагностики, індивідуалізацію ризикометричних підходів є актуальними [6-9, 13, 16].

При визначенні рівня КВР використовують як результати лабораторних досліджень, так і дихотомічні індикатори ризику. Зокрема, згідно до існуючих уявлень, шкала оцінки ризику «SCORE» призначена для прогнозування смертельного (коронарного чи некоронарного) захворювання в найближчі 10 років. Тоді як в молодому віці технологія оцінки КВР носить проспективний характер. І, не дивлячись на меншу точність, ніж у старших вікових групах, технологія дозволяє на рівні первинної ланки надання медичної допомоги індивідуалізувати засоби цільової профілактики кардіоваскулярних подій [6-10]. Недоліком існуючих підходів є лабораторно-інструментальна формалізація в оцінках КВР, яка не враховує ні психологічний портрет особистості, ні наявність непсихотичних розладів психічної сфери. Це й вимагає удосконалення концепції діяльності на первинному рівні надання допомоги, задля підвищення ефективності профілактичних заходів та покращення прогнозу пацієнтів з високим КВР [11, 13, 14].

Мета дослідження полягала у вивченні частоти та характеру клінічних варіантів соматогенного астенічного симптомокомплексу серед пацієнтів, стратифікованих за рівнем КВР.

Об'єкт і методи дослідження. Первинною інформаційною базою для виконання дослідження стали результати комплексного клініко-анамнестичного обстеження 450 пацієнтів молодого віку, серед яких 400 осіб мали НППС та які попередньо були стратифіковані за рівнем кардіоваскулярного ризику (КВР), визначеним за методикою «SCORE» [1, 16]. Застосування цієї методики передбачало урахування віку, статі, наявності паління, рівня артеріального тиску та інших і передбачало можливість екстраполяції можливого ризику на старший вік [1, 4]. До групи мінімального (низького) КВР віднесено 99 пацієнтів ($n_{MP}=99$), середнього – 102 пацієнтів ($n_{CP}=102$), високого КВР – 97 пацієнтів ($n_{BP}=97$) та до групи з реалізованим КВР віднесено 102 особи ($n_X=104$) з діагностованими серцево-судинними захворюваннями, відповідно до загальноприйнятих клінічних протоколів [13]. Групи не відрізнялись розподілом за віком та статтю. Дослідження виконано за стандартизованою програмою збирання, накопичення та аналізу результатів. При виконанні дослідження застосовано відомі та широко вживані клініко-статистичні та клініко-інформаційні методи: анамнестичний кількісний аналіз [2, 3, 12], варіаційна статистика [12], імовірнісний розподіл клінічних ознак з оцінкою достовірності одержаних результатів [12].

Результати досліджень та їх обговорення. Клініко-психопатологічне дослідження дозволило визначити структуру САСК і загальні закономірності розподілу його клінічних варіантів залежно від рівня КВР.

Разом з тим, нами виявлені і певні відмінності, тобто кожна ризикометрична група мала свої кількісні та якісні особливості клінічної структури САСК. Результати дослідження частоти різних форм САСК по ризикометричних групах та в групі хворих з маніфестоманою КВР представлені в **табл.** Так, серед 99 пацієнтів з мінімальним КВР виявлено, що САСК мали місце у (21,2±4,1)% обстежених: однаково поширеними були всі клінічні варіанти САСК (їх частота коливалась у межах від (3,0±1,7)% – астенічний, до (7,1±2,6)% – астено-тривожний та астено-субдепресивний). При цьому, проміжне положення за

Частота клінічних варіантів соматогенного астеничного симптомокомплексу залежно від рівня кардіоваскулярного ризику

Клінічні варіанти соматогенного астеничного симптомокомплексу		Рівень кардіоваскулярного ризику			
		мінімальний (n _{MP} = 99)	середній (n _{CP} = 102)	високий (n _{BP} = 97)	хворі ССЗ (n _Х = 102)
Астеничний	абс., осіб	3	12	2	13
	P ± m, %	3,0 ± 1,7 ^б	11,8 ± 3,2 ^{а,с}	2,0 ± 1,4 ^б	12,7 ± 3,3 ^{а,с}
Астено-субдепресивний	абс., осіб	7	5	3	3
	P ± m, %	7,1 ± 2,6	4,9 ± 2,1	3,0 ± 1,7	2,9 ± 1,7
Астено-тривожний	абс., осіб	7	3	3	3
	P ± m, %	7,1 ± 2,6	2,9 ± 1,7	3,0 ± 1,7	2,9 ± 1,7
Диссомнічний	абс., осіб	4	2	1	2
	P ± m, %	4,0 ± 2,0	2,0 ± 1,4	1,0 ± 1,0	2,0 ± 1,4
Усього	абс., осіб	21	22	9	21
	P ± m, %	21,2 ± 4,1 ^с	21,6 ± 4,1 ^с	10,1 ± 3,2 ^{а,б}	20,6 ± 4,0 ^с

Примітка: ^а – достовірна відмінність у порівнянні з групою мінімального КВР при p ≤ 0,05; ^б – достовірна відмінність у порівнянні з групою середнього рівня КВР при p ≤ 0,05; ^с – достовірна відмінність у порівнянні з групою високого КВР при p ≤ 0,05.

показником частоти займав диссомнічний варіант САСК – (4,0 ± 2,0)% (**рис.**).

Серед 102 пацієнтів з середнім КВР виявлено, що частота САСК в цій групі не відрізняється від аналогічного показника групи з мінімальним КВР та становила (21,6 ± 4,1)%, однак в структурі САСК групи з середнім КВР достовірна (p ≤ 0,05) більше клінічних варіантів астеничного типу, частота якого становила (11,8 ± 3,2)%, тоді як інші клінічні варіанти в цій групі діагностовані з однаковою частотою (у межах від (2,0 ± 1,4)% – диссомнічний варіант до (4,9 ± 2,1)% – астено-субдепресивний, p > 0,05).

Серед 97 пацієнтів з високим КВР виявлено, що САСК мав місце достовірно (p ≤ 0,05) рідше, ніж при мінімальному КВР – у (10,1 ± 3,2)% обстежених, а за частотою діагностування клінічні варіанти САСК виявлялися однаково часто (від (1,0 ± 1,0)%

– диссомнічний, до (3,0 ± 1,7)% – астено-тривожний та астено-субдепресивний, p > 0,05).

Серед 102 пацієнтів з реалізованим КВР (хворі на ССЗ) виявлено, що САСК мали місце достовірно (p ≤ 0,05) частіше, ніж при високому рівні КВР – у (20,6 ± 4,0)% обстежених: найбільш поширеною була астенична форма САСК (p ≤ 0,05), а найбільш рідко діагностованим – диссомнічний варіант САСК – у (2,0 ± 1,4)% хворих.

Таким чином, астеничний тип САСК найбільш властивий хворим з реалізованим КВР та пацієнтам з середнім КВР (відповідно (12,7 ± 3,3)% та (11,8 ± 3,2)%, p > 0,05), тоді як інші клінічні варіанти САСК виявлені з однаковою частотою серед пацієнтів з різним рівнем КВР.

Отже, частота САСК в різних ризикометричних групах пацієнтів коливалась у межах від (10,1 ± 3,2)% до (21,6 ± 4,1)% та достовірно (p ≤ 0,05) була вищою

серед пацієнтів з реалізованим КВР, ніж в групі з високим КВР. При цьому, виявлені достовірні відмінності у частоті САСК залежно від рівня КВР, що може бути використано в системі індивідуалізації психорекоакційного впливу. Наведене свідчить на користь розробки диференційованих заходів в системі медико-психологічного моніторингу осіб з різним рівнем КВР та індивідуалізованого клініко-психологічного супроводу не тільки хворих на ССЗ, але і осіб, на саперед з високим рівнем КВР.

Висновки.

1. Визначені частота та характер клінічних варіантів САСК у пацієнтів з різним рівнем КВР та доведено наявність найбільш високої частоти астеничного типу (p < 0,05) в групі

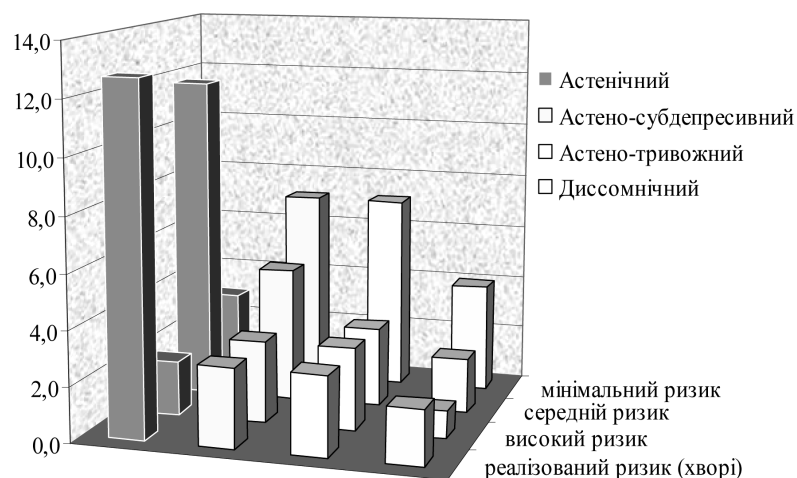


Рис. Частота (у%) та характер соматогенного астеничного симптомокомплексу залежно від рівня кардіоваскулярного ризику

пацієнтів з середнім рівнем КВР у порівнянні з іншими клінічними варіантами.

2 Доведено, що астеничний тип САСК є найбільш властивий хворим з реалізованим КВР та пацієнтам з середнім рівнем КВР (відповідно $(12,7 \pm 3,3) \%$ та $(11,8 \pm 3,2) \%$), тоді як інші клінічні варіанти САСК виявлені з однаковою частотою серед пацієнтів з різним рівнем КВР

3 Частота та характер САСК, насамперед у пацієнтів з високим КВР, визначають потребу у більш детальному вивченні з позицій ефективного використання засобів біхевіоральної корекції, як компоненту медико-психологічного супроводу пацієнтів з КВР.

Перспективи подальших досліджень пов'язані з вивченням закономірностей формування синдромологічної структури інших НППС серед пацієнтів різних ризикометричних груп КВР.

Література

1. Горбась І. М. Шкала SCORE у клінічній практиці: переваги й обмеження / І. М. Горбась // Здоров'я України. – 2008. – № 11(1). – С. 40-41.
2. Личко А. Е. Медико-психологическое обследование соматических больных / А. Е. Личко, Н. Я. Иванов // Журн. невропатологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. – 1980. – Т. 80, № 8. – С. 1195-1198.
3. Лищук В. А. Информатизация клинической медицине / В. А. Лищук // Клин. информатика и телемедицина. – 2004. – № 1. – С. 7-13.
4. Нетяженко В. З. Пацієнт високого кардіоваскулярного ризику: як покращити прогноз / В. З. Нетяженко, О. Г. Пузанова // Внутрішня медицина. – 2008. – № 5-6. – С. 123-129.
5. Органов Р. Г. Новый способ оценки индивидуального сердечно – сосудистого суммарного риска для населения России / Р. Г. Органов, С. А. Шальнова, А. М. Калинина // Кардиология. – 2008. – № 5. – С. 85-89.
6. Панченко М. С. Медико-психологічні, санологічні та генеалогічні передумови формування підвищеного серцево-судинного ризику у пацієнтів з хронічними захворюваннями шлунково-кишкового тракту / М. С. Панченко // Проблеми екологічної та медичної генетики і клінічної імунології: Збірник наукових праць. – 2013. – Вип. 4 (118). – С. 280-287.
7. Панченко М. С. Прогностичне значення медико-психологічних факторів в оцінці серцево-судинного ризику / М. С. Панченко // Вісник проблем біології та медицини. – 2013. – Вип. 4, Т. 1. – С. 193-197.
8. Панченко М. С. Психологічні особливості хворих з соматичною патологією та кардіоваскулярний ризик / М. С. Панченко // Вісник проблем біології та медицини. – 2013. – Вип. 4, Т. 2. – С. 149-153.
9. Панченко М. С. Санологія та клінічна медицина: методологія та досвід популяційного аналізу психосоматичних розладів у молодому віці / М. С. Панченко, С. П. Шкляр, Д. П. Перцев, Л. В. Черкашина // Проблеми екологічної та медичної генетики і клінічної імунології: Збірник наукових праць. – 2011. – Вип. 6 (108). – С. 457-467.
10. Приходько В. Ю. Пациент высокого риска – кто он ? / В. Ю. Приходько // Здоров'я України. – 2010. – № 3. – С. 18-19.
11. Сіренко Ю. М. Ефективність профілактичних заходів для попередження розвитку серцево – судинних захворювань / Ю. М. Сіренко // Сімейна медицина. – 2006. – № 1. – С. 52-60.
12. Соціальна медицина та організація охорони здоров'я. Підручник / Заг. ред. В. М. Москаленко, Ю. В. Вороненко. – Тернопіль, 2002. – С. 50-75.
13. Соціометрична оцінка якості медичної допомоги в амбулаторіях загальної практики-сімейної медицини. Методичні рекомендації МОЗ України. Затверджено ЦМК МОЗ України / С. П. Шкляр, І. М. Кравченко, Л. В. Черкашина, О. І. Сердюк, М. С. Панченко. – Київ, 2013. – 20 с.
14. Шальнова С. А. Оценка суммарного риска сердечно – сосудистых заболеваний. Комментарии к европейским рекомендациям по профилактике сердечно – сосудистых заболеваний / С. А. Шальнова, О. В. Вихирева // Рациональная фармакотерапия. – 2005. – № 3. – С. 54-56.
15. Шкляр С. П. Санологія та клінічна медицина: методичні аспекти вивчення факторів ризику психосоматичних розладів / С. П. Шкляр, М. С. Панченко, Д. П. Перцев, Л. В. Черкашина // Проблеми екологічної та медичної генетики і клінічної імунології: Зб. наукових праць. – 2011. – Вип. 6 (108). – С. 495-505.
16. Bhatt D. L. International prevalence, recognition, and treatment of cardiovascular risk factors in outpatients with atherosclerosis / D. L. Bhatt, P. G. Steg, E. M. Ohman // JAMA. – 2006. – № 295. – P. 180-189.

УДК 616.33-002.44:616.61-002.3

КАРДІОВАСКУЛЯРНИЙ РИЗИК У МОЛОДОМУ ВІЦІ: ЧАСТОТА ТА КЛІНІЧНІ ВАРІАНТИ СОМАТОГЕННОГО АСТЕНИЧНОГО СИМПТОМОКОМПЛЕКСУ

Панченко М. С.

Резюме. У дослідженні визначені частота та характер клінічних варіантів САСК у пацієнтів з різним рівнем КВР та доведено наявність найбільш високої частоти астеничного типу ($p < 0,05$) в групі пацієнтів з середнім рівнем КВР у порівнянні з іншими клінічними варіантами. Доведено, що астеничний тип САСК найбільш властивий хворим з реалізованим КВР та пацієнтам з середнім рівнем КВР (відповідно $(12,7 \pm 3,3) \%$ та $(11,8 \pm 3,2) \%$), тоді як інші клінічні варіанти САСК виявлені з однаковою частотою серед пацієнтів з різним рівнем КВР. Частота та характер САСК, насамперед у пацієнтів з високим КВР, визначають потребу у більш детальному вивченні з позицій ефективного використання засобів біхевіоральної корекції, як компоненту медико-психологічного супроводу пацієнтів з КВР.

Ключові слова: кардіоваскулярний ризик, непсихотичні порушення, медико-психологічний супровід.

УДК 616. 33-002. 44:616. 61-002. 3

КАРДИОВАСКУЛЯРНЫЙ РИСК В МОЛОДОМ ВОЗРАСТЕ: ЧАСТОТА И КЛИНИЧЕСКИЕ ВАРИАНТЫ СОМАТОГЕННОГО АСТЕНИЧЕСКОГО СИМПТОМОКОМПЛЕКСА

Панченко Н. С.

Резюме. В исследовании определены частота и характер клинических вариантов САСК у пациентов с различным уровнем КВР и доказано наличие наиболее высокой частоты астенического типа ($p < 0,05$) в группе пациентов со средним уровнем КВР по сравнению с другими клиническими вариантами. Доказано, что астенический тип САСК наиболее свойственен больным с реализованным КВР и пациентам со средним уровнем КВР (соответственно $(12,7 \pm 3,3)\%$ и $(11,8 \pm 3,2)\%$), тогда как другие клинические варианты САСК обнаружены с одинаковой частотой среди пациентов с различным уровнем КВР. Частота и характер САСК, прежде всего у пациентов с высоким КВР, определяют потребность в более детальном изучении с позиций эффективного использования средств бихевиоральной коррекции, как компонента медико-психологического сопровождения пациентов с КВР.

Ключевые слова: кардиоваскулярный риск, непсихотические нарушения, медико-психологическое сопровождение.

UDC 616. 33-002. 44:616. 61-002. 3

Clinical Variants of the Somatogenic Asthenic Syndrome and the Cardiovascular Risk

Panchenko M. S.

Abstract. The aim of the research was to study the frequency and kind of different clinical variants of SAS among patients, stratified by the level of CVR.

Materials and methods. The primary information base for the implementation of research was the result of complex clinical and anamnestic survey of 450 young patients, 400 of them had NPPS and who were previously stratified by the level of cardiovascular risk (CVR), defined by the «SCORE» method. The usage of this method involved taking into account: age, gender, presence of smoking, blood pressure levels and other, and provided the possibility of extrapolation of possible risk to the older age. 99 patients were assigned to the group of minimum (low) CVR ($n_{LOW} = 99$), 102 patients – medium ($n_{MED} = 102$), 97 patients – high CVR ($n_{HIGH} = 97$) and 102 persons with diagnosed cardiovascular disease were assigned to a group with realized CVR ($n_x = 104$).

Results and their discussion. Clinical psychopathology research let us to determine the structure of SAS and general patterns of distribution of its clinical variants depending on the level of CVR. Among 102 patients with a medium CVR was found, that SAS frequency in this group did not differ from that seen in the group of minimum CVR and amounted $(21,6 \pm 4,1)\%$, but in the structure of the SAS, there were significantly ($p \leq 0,05$) more clinical variants of asthenic type in groups with a medium CVR, the frequency of which was $(11,8 \pm 3,2)\%$, whereas in other clinical options of this group with the same frequency was diagnosed (in the range of $(2,0 \pm 1,4)\%$ – a dissomnic variant, till $(4,9 \pm 2,1)\%$ – an asthenic subdepressive variant ($p > 0,05$). Among the 97 patients with high CVR it was found, that SAS occurred significantly ($p \leq 0,05$) lesser, than in the group of minimum CVR – in $(10,1 \pm 3,2)\%$ of the patients; clinical variants of SAS, arranged by the frequency of diagnostics, were detected equally often (from $(1,0 \pm 1,0)\%$ – dissomnic, till $(3,0 \pm 1,7)\%$ – asthenic neurosis and asthenic subdepressive variants ($p > 0,05$). Among 102 patients with realized CVR (patients, suffered from CVD) it was found, that SAS occurred significantly ($p \leq 0,05$) more often, than at high CVR – in $(20,6 \pm 4,0)\%$ of surveyed: the most common was asthenic form of SAS ($p \leq 0,05$), and most rarely diagnosed – dissomnic variant of SAS – in $(2,0 \pm 1,4)\%$ of patients.

Thus, an astenic type of SAS was most inherent to the patients with realized CVR and to patients with a medium level of CVR (respectively $(12,7 \pm 3,3)\%$ and $(11,8 \pm 3,2)\%$, $p > 0,05$), while other clinical variants of SAS were found with equal frequency in patients with different levels of CVR.

Conclusions. The frequency and kind of clinical variants of SAS in patients with different levels of CVR were defined, and the highest frequency of asthenic type ($p < 0,05$) in a group of patients with high CVR, compared with other clinical variants, was proved. It was proved, that asthenic type of SAS is the most inherent to patients with realized CVR and to patients with medium level of CVR (accordingly $(12,7 \pm 3,3)\%$ and $(11,8 \pm 3,2)\%$), whereas other clinical variants of SAS was found with equal frequency in patients with different levels of CVR. The frequency and kind of SAS, especially in patients with high CVR, determine the need for more detailed study from the standpoint of effective use of behavioral adjustment as a component of medical and psychological support for patients with CVR.

Keywords: cardiovascular risk, nonpsychotic disorders, medical and psychological support.

Рецензент – проф. Катеренчук І. П.

Стаття надійшла 14. 06. 2014 р.