

М.В. Надеждина – доктор медицинских наук, профессор

Information about the authors

V.A. Lazareva* – Student

N. K. Muzafarova – Student

A.Y. Lazarev – Candidate of Sciences (Medicine), associate professor

M.V. Nadezhkina – Doctor of Sciences (Medicine), Professor

*Автор, ответственный за переписку (Corresponding author):

LValery2003@yandex.ru

УДК 616.8– 009.7– 039.13

НОВЫЕ ДЕМОГРАФИЧЕСКИЕ, КЛИНИЧЕСКИЕ И КОМОРБИДНЫЕ ФАКТОРЫ, АССОЦИИРОВАННЫЕ С ЛЕКАРСТВЕННО– ИНДУЦИРОВАННОЙ ГОЛОВНОЙ БОЛЬЮ

Князева Яна Алексеевна^{1,2}, Гилев Денис Викторович³, Лебедева Елена Разумовна^{1,2}

¹Кафедра госпитальной терапии

ФГБОУ ВО «Уральский государственный медицинский университет» Минздрава России

²Международный центр лечения головных болей «Европа– Азия»

³Уральский федеральный университет

Екатеринбург, Россия

Аннотация

Введение. Распространенность лекарственно– индуцированной головной боли (ЛИГБ) в мире составляет около 1– 2%, однако в России доля таких пациентов составляет 7,6%. В совокупности головные боли, включая ЛИГБ, занимают второе место среди основных причин временной нетрудоспособности во всемирном обзоре здравоохранения о бремени болезней (2021). Выявление новых факторов, ассоциированных с развитием ЛИГБ позволит профилировать её развитие. **Цель исследования** – провести сравнительный анализ демографических факторов, клинических особенностей и сопутствующей патологии у пациентов с ЛИГБ и в контрольной группе без ЛИГБ, равной по возрасту и полу. **Материал и методы.** Исследование выполнено в центре лечения головной боли «Европа– Азия», проспективное, по типу «случай– контроль». Проведен анализ демографических, клинических факторов и коморбидных заболеваний между двумя группами. **Результаты.** В исследование был включен 171 пациент с ЛИГБ (средний возраст 43,3 года, 82% женщины) и 173 пациента без ЛИГБ (средний возраст 41,4 года, 75% женщины). Были выявлены следующие факторы, ассоциированные с ЛИГБ, ранее не описанные в литературе: развод (11,7%, $p=0,002$); прием обезболивающих ночью (57,3%, $p<0,001$); ночные головные боли (69,0%, $p<0,001$); прием ≥ 2 и более доз обезболивающих в сутки (57,9%; $p=0,001$); субъективный когнитивный дефицит (76%, $p<0,001$); хроническая инсомния (60,2%, $p=0,02$), синдром беспокойных ног (37,4%; $p=0,002$), тазовые боли (4,7%; $p=0,004$). **Выводы.** Выявлены новые факторы, ассоциированные с ЛИГБ, которые могут быть использованы для разработки стратегий профилактики развития ЛИГБ у больных с первичными головными болями.

Ключевые слова: лекарственно– индуцированная головная боль, ЛИГБ, факторы риска, коморбидная патология, инсомния, субъективный когнитивный дефицит.

NEW DEMOGRAPHIC, CLINICAL AND COMORBID FACTORS ASSOCIATED WITH DRUG– INDUCED HEADACHE

Kniazeva Iana Alekseevna^{1,2}, Gilev Denis Viktorovich³, Lebedeva Elena Razumovna^{1,2}

¹Department of Hospital Therapy

Ural State Medical University

² International Headache Center “Europe– Asia”

³ Ural Federal University,

Yekaterinburg, Russia

Abstract

Introduction. The prevalence of medication overuse headache (MOH) in the world is approximately 1– 2%, but in Russia the proportion of such patients is 7.6%. Taken together, headaches, including MOH, are the second leading cause of disability in the Global Burden of Disease Study (2021). The identification of new factors associated with the development of MOH will make it possible to prevent its development, relapse and optimize treatment. **The aim of the study** was to conduct a comparative analysis of demographic factors, clinical features and comorbidities in patients with MOH and in patients with primary headache disorders without MOH (control group), equal in age and gender. **Material and methods.** The study was performed at The International Headache Center «Europe– Asia», a prospective case– control study. The analysis of demographic factors, clinical features and comorbid diseases between the two groups was carried out. **Results.**

The study included 171 patients with MOH (average age 43.3 years, 82% women) and 173 patients without MOH (average age 41.4 years, 75% women). The following factors associated with MOH, not previously described in the literature, were identified: divorce (11.7%, $p=0.002$); taking painkillers at night (57.3%, $p < 0.001$); night headaches (69.0%, $p < 0.001$); taking ≥ 2 or more doses of painkillers per day (57.9%; $p=0.001$); subjective cognitive deficit (76%, $p < 0.001$); chronic insomnia (60.2%, $p=0.02$), restless legs syndrome (37.4%; $p=0.002$), pelvic pain (4.7%; $p=0.004$). **Conclusions.** New factors associated with MOH have been identified that can be used to develop strategies for preventing the development of MOH in patients with primary headaches.

Keywords: medication overuse headache, MOH, risk factors, comorbid pathology, insomnia, subjective cognitive deficit.

ВВЕДЕНИЕ

По данным последних исследований, в мире головными болями страдает 52% людей [1]. Распространенность лекарственно– индуцированной головной боли (ЛИГБ) в мире составляет около 1– 2% [1], однако в России доля таких пациентов составляет 7,6% [2]. Хотя ЛИГБ имеют не такую большую распространенность, как мигрень или головная боль напряжения (ГБН), они приводят к выраженному нарушению трудоспособности данной группы пациентов, становятся причиной их социальной дезадаптации, снижают качество жизни и повышают экономическое бремя здравоохранения за счет частоты обращений и затрат на диагностические ресурсы [3]. Самым частым видом головной боли, приводящим к развитию ЛИГБ является мигрень: в структуре ЛИГБ 80% пациентов – пациенты с мигренью [4]. В совокупности головные боли, включая ЛИГБ, занимают второе место среди основных причин временной нетрудоспособности во всемирном обзоре здравоохранения о бремени болезней [5]. Всё это делает вопрос изучения лекарственно– индуцированных головных болей и факторов, ассоциированных с их развитием актуальной задачей. Выявление новых факторов, ассоциированных с развитием ЛИГБ, позволит профилактировать её развитие, рецидивы и оптимизировать лечение.

Цель исследования – провести сравнительный анализ демографических факторов, клинических особенностей и сопутствующей патологии у пациентов с ЛИГБ и в контрольной группе без ЛИГБ, равной по возрасту и полу.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

С мая 2021 по декабрь 2023 года было проведено проспективное исследование по типу «случай– контроль» на базе специализированного центра лечения головной боли «Европа– Азия» (г. Екатеринбург). Исследование одобрено этическим комитетом Уральского государственного медицинского университета (протокол №5 от 21.05.2021). Все участники исследования были уведомлены о цели исследования и подписали информированное согласие на участие.

Критерии включения: наличие мигрени и/или ГБН; возраст больных от 18 лет и старше; отсутствие в анамнезе тяжелых неврологических заболеваний (эпилепсия, демиелинизирующие заболевания, воспалительные заболевания головного мозга, тяжелые черепно– мозговые травмы (ЧМТ), опухоли, хирургические вмешательства на головном мозге), грубого неврологического (нарушение речи) и когнитивного (деменция) дефицита; отсутствие зависимости (наркотической, алкогольной), наличие времени для прохождения интервью, согласие на обследование; наличие ЛИГБ – для основной группы и отсутствие ЛИГБ – для контрольной группы. Пациенты контрольной группы без ЛИГБ обследованы параллельно группе ЛИГБ подобраны равными по полу и возрасту основной группе.

Критерии исключения: вторичная головная боль, выявленная при обследовании; отсутствие у пациента времени для прохождения интервью.

Всем пациентам на первой консультации врачом неврологом проведено полуструктурированное интервью с последующим телефонным опросом для уточнения дополнительной информации. Перечень факторов, подвергнутых анализу представлен в таблице (Таблица 1).

Таблица 1.

Исследуемые демографические, клинические факторы и коморбидная патология

Исследуемые факторы	Описание исследуемых факторов
---------------------	-------------------------------

Демографические факторы	
Пол	Мужской; женский
Семейное положение	В браке; не в браке (холост/не замужем, никогда не состоял в браке, разведен/разведена, вдовец/вдова)
Уровень образования	Начальное (основное общее); среднее общее; среднее профессиональное; неоконченное высшее; высшее
Трудовой статус	Студент; работает в настоящее время; пенсионер
Клинические факторы	
Средний возраст начала головной боли	Количество лет
Средняя продолжительность головной боли с момента ее возникновения	Количество лет
Число доз обезболивающих препаратов в день	1 доза в день; ≥ 2 дозы в день
Эффект от обезболивающих	Низкий; нет эффекта; приём обезболивающих ночью
Ночная головная боль	Жалобы на головную боль ночью
Коморбидные заболевания	
Другие болевые синдромы	Боль другой локализации: остеохондроз позвоночника, дорсалгия, цервикалгия, боль в суставах (ревматоидный артрит, деформирующий артроз), тазовая боль, множественные боли (сочетание боли в двух и более локализациях), синдром раздраженной кишки, другие заболевания желудочно– кишечного тракта (ЖКТ)
ЧМТ в анамнезе	Сотрясение головного мозга; ушиб головного мозга легкой и средней степени тяжести
Нарушения сна	Инсомния, гиперсомния, синдром “беспокойных ног”, синдром обструктивного апноэ сна. Для диагностики нарушений сна использовались критерии Международная классификация нарушений сна (третье издание, 2014 год), дневная сонливость определялась по Эпвортской шкале сонливости и оценивалась как чрезмерная при значении ≥ 10 баллов
Психические заболевания	Биполярное расстройство; генерализованное тревожное расстройство; паническое расстройство; стресс, предшествующий учащению головной боли; тревожно– депрессивное расстройство; депрессивное расстройство. Диагноз подтвержден консультацией психиатра, пациенты проанкетированы с помощью Госпитальной шкалы тревоги и депрессии (HADS)
Заболевания сердечно–сосудистой системы	Артериальная гипертензия; ишемическая болезнь сердца; инфаркт миокарда, инсульт в анамнезе, метаболический синдром. Диагноз подтвержден врачом кардиологом.
Заболевания эндокринной системы	Сахарный диабет; нарушение толерантности к глюкозе; избыточная масса тела; ожирение. Диагноз подтвержден врачом эндокринологом. Индекс массы тела рассчитывался по формуле: $ИМТ = m/h^2$ (кг/м ²), где m – масса тела в килограммах, h – рост в метрах.
Другие заболевания и нарушения	субъективный когнитивный дефицит (опросник субъективного когнитивного дефицита PDQ– 20, учитывались жалобы на снижение концентрации внимания и скорости восприятия информации)
Гиподинамия	≤ 3 часов интенсивной физической активности в неделю

Примечание: ЧМТ – черепно– мозговая травма; ЖКТ – желудочно– кишечный тракт; HADS – Hospital Anxiety and Depression Scale; ИМТ – индекс массы тела; PDQ– 20 – Perceived Deficits Questionnaire

Диагноз головной боли поставлен с использованием Международной классификации головных болей 3– го пересмотра (2018), остальные диагнозы установлены в соответствии с Международной классификацией болезней 10– го пересмотра.

Статистическая обработка осуществлялась с применением программ Stata (версия 14.0) и Microsoft Excel (2014). Для описания количественных переменных использовались средние значения, для качественных – проценты (долевое отношение). Для выявления статистических различий между основной и контрольной группами использовался

однофакторный анализ с применением соответствующих статистических критериев. Также были рассчитаны отношения шансов (ОШ) с 95% доверительным интервалом (ДИ). Для сравнения качественных переменных между группами пациентов с ЛИГБ и без ЛИГБ применялся критерий χ^2 Пирсона. Для оценки количественных параметров использовался тест Шапиро–Уилка или тест Колмогорова–Смирнова.

Статистически значимые различия между частотой триггерных и вероятных факторов риска между пациентами с ЛИГБ и без нее оценивались с помощью непарного t -критерия и критерия χ^2 . Различия считались значимыми, если наблюдаемое значение двустороннего критерия было меньше уровня значимости, равного 0,05.

РЕЗУЛЬТАТЫ

В исследование был включен 171 пациент с ЛИГБ, средний возраст которых составил 43,3 года (от 18 до 84 лет, 81,9% женщины) и 173 пациента без ЛИГБ – средний возраст 41,1 года (от 18 до 83 лет, 74,6% женщины). Структура клинических диагнозов представлена на рисунке (Рис. 1). Исследуемые группы не отличались по наличию мигрени и ГБН в целом. Однако, хроническая мигрень превалировала в группе пациентов с ЛИГБ (53% и 16% соответственно; $p < 0,001$; ОШ 5,9; 95% ДИ 3,6–9,8), а эпизодическая мигрень – в группе контроля без ЛИГБ (11,0% и 0,6% соответственно; $p < 0,001$; ОШ 0,1; 95% ДИ 0,01–0,4).

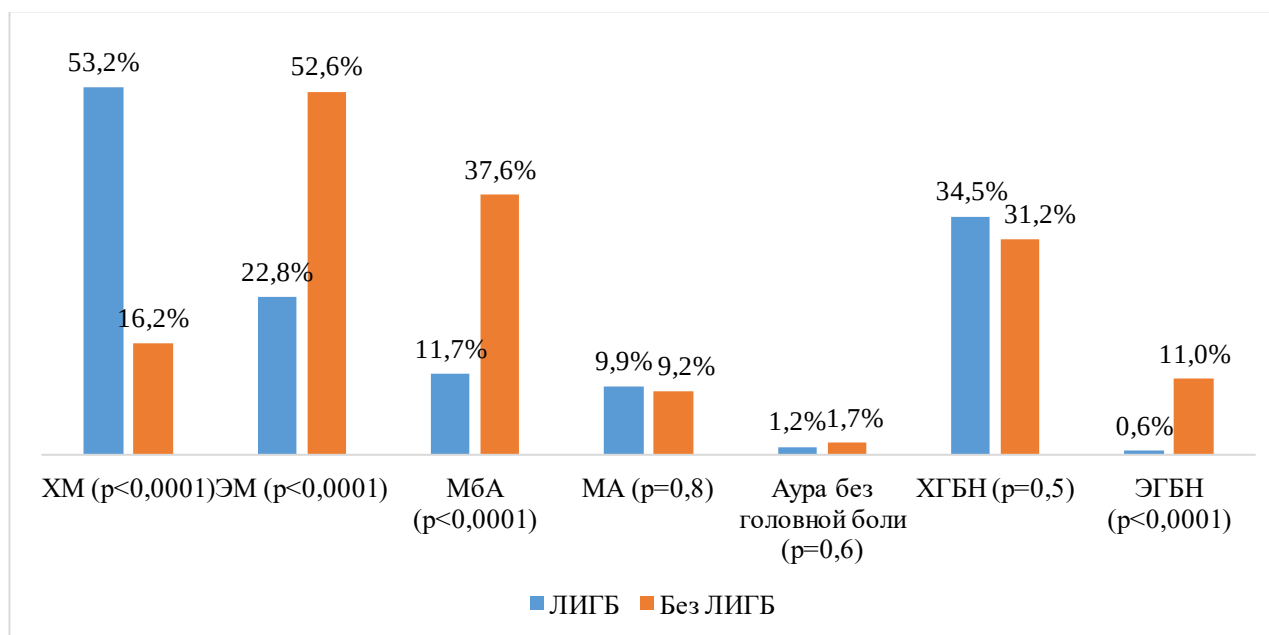


Рис. 1 Структура клинических диагнозов в группах больных с ЛИГБ и без ЛИГБ (ХМ – хроническая мигрень, ЭМ – эпизодическая мигрень, МбА – мигрень без ауры, МА – мигрень с аурой, ХГБН – хроническая головная боль напряжения, ЭГБН – эпизодическая головная боль напряжения)

При анализе семейного положения было установлено, что пациенты, страдающие ЛИГБ чаще, чем контрольной, были в разводе (11,7% в группе ЛИГБ и 2,9% в группе без ЛИГБ; $p = 0,002$; ОШ 4,5; 95% ДИ 1,6–12,2). Большинство пациентов обеих групп имели высшее образование (65,5% при ЛИГБ и 73,4% без ЛИГБ) и работали (76,0% в основной группе и 75,7% в контрольной группе).

Средний возраст начала головной боли в группе ЛИГБ (19,5 лет) и в контрольной группе (23,3 года) не отличались ($p = 0,9$), как и средняя продолжительность головной боли с момента ее возникновения: 25,4 и 19,6 лет соответственно ($p = 0,8$). Выявленные в процессе исследования новые демографические, клинические и коморбидные факторы, ассоциированные с ЛИГБ, представлены на рисунке (Рис. 2).

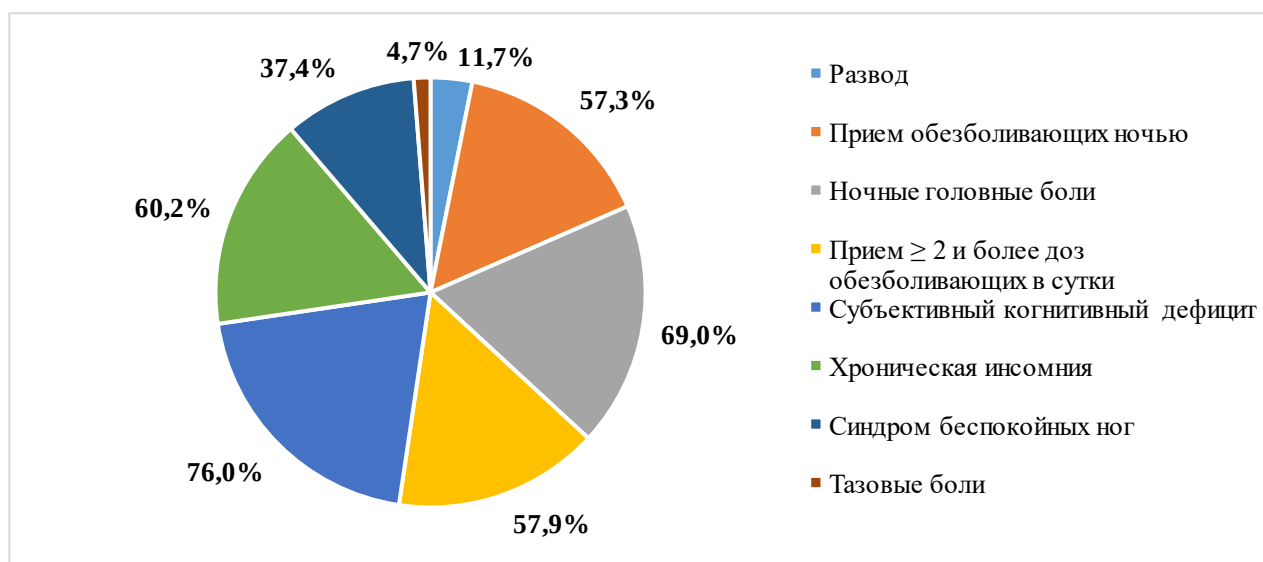


Рис. 2 Новые демографические, клинические и коморбидные факторы, ассоциированные с ЛИГБ

Впервые обнаружено, что ночью обезболивающие принимали более половины больных с ЛИГБ (57,4%) по сравнению с 22,5% больных контрольной группы ($p < 0,001$; ОШ 4,6; 95% ДИ 2,9– 7,4), а ночные головные боли встречались у 69,0% пациентов с ЛИГБ и 37,0% пациентов без ЛИГБ ($p < 0,001$, ОШ 3,8; 95% ДИ 2,4– 5,9). В группе ЛИГБ пациенты значительно чаще, чем в контрольной группе принимали ≥ 2 и более доз обезболивающих в сутки (57,9% и 29,5%; $p = 0,001$; ОШ 3,3; 95% ДИ 2,1– 5,1).

Впервые проанализированы нарушения сна у больных с ЛИГБ и обнаружены значимые различия с контрольной группой. Выявлено, что хроническая инсомния встречается чаще у больных с ЛИГБ, чем в контроле (60,2% и 47,4% соответственно; $p = 0,02$; ОШ 1,7; 95% ДИ 1,1– 2,6). Кроме того, синдром беспокойных ног также превалировал у больных с ЛИГБ по сравнению с контролем (37,4% и 22,0%; $p = 0,002$; ОШ 2,1; 95% ДИ 1,3– 3,4).

Впервые обнаружена частая встречаемость субъективных когнитивных нарушений у больных с ЛИГБ по сравнению с контролем (76% и 53,2%; $p < 0,001$; ОШ 2,8; 95% ДИ 1,8 – 4,8), а также наличие только у больных с ЛИГБ тазовой боли (4,7% и 0%; $p = 0,004$) и инфаркта миокарда в анамнезе (3,5% и 0%; $p = 0,01$).

ОБСУЖДЕНИЕ

В данном исследовании в группах, не имеющих статистически значимых различий по полу и возрасту подтверждено наличие следующих факторов, ассоциированных с ЛИГБ, описанных в литературе: женский пол [6]; наличие мигрени [6]. Значимость некоторых факторов подтвердить не удалось: низкий уровень образования [6], стресс, предшествующий учащению головной боли [8], сопутствующие психиатрические заболевания (тревожно– депрессивные и обсессивно– компульсивные расстройства) [7], множественные болевые синдромы [7], ИМТ > 25 кг/м² [7], гиподинамия [9], метаболический синдром [7]. Возможно, на это повлиял тот факт, что обе группы больных с головными болями были равны по полу и возрасту, что являлось необходимым условием анализа факторов, ассоциированных с ЛИГБ в настоящем исследовании. Ранее не было проведено ни одного подобного исследования, а в предыдущих исследованиях ассоциированные факторы чаще всего анализировались у больных с ЛИГБ и в контроле без головных болей, что не позволяло выделить специфичные только для ЛИГБ факторы, а не факторы для головных болей в целом, включая ЛИГБ.

Выявлены следующие новые факторы, ассоциированные с развитием ЛИГБ: семейный статус (разведен/разведена), субъективный когнитивный дефицит, хроническая инсомния и синдром беспокойных ног, прием обезболивающих ночью и ночная головная боль. На это может влиять превалирование среди пациентов с ЛИГБ пациентов с

хронической мигрени, которая оказывает влияние на распределение ассоциированных факторов. В предыдущих исследованиях у больных с мигренью без ЛИГБ факторами хронизации мигрени были следующие: семейный статус [7], инсомния [11], когнитивные нарушения [12].

По данным Westergaard с соавт., пациенты, не состоящие в браке или пациенты в разводе, имеют повышенный риск развития хронической головной боли, однако в группе ЛИГБ влияние семейного положения не было выявлено [10]. В нашем исследовании удалось подтвердить наличие связи развода у пациента, как фактора, ассоциированного с ЛИГБ.

Впервые установлено, что хроническая инсомния и синдром беспокойных ног играют роль в развитии ЛИГБ. Хроническая инсомния была выявлена у 60 % пациентов, что в 2 раза чаще, чем в общей популяции, где она встречается у 30% людей. Синдром беспокойных ног встречался у 37% пациентов, это в 3,5 раза чаще, чем в общей популяции, где его встречаемость составляет 5– 10%. Нарушения сна у больных с ЛИГБ могут оказывать влияние на развитие ЛИГБ. Кроме того, этому могут способствовать ночные головные боли и прием обезболивающих ночью при сильных болях у больных с хронической мигренью при ЛИГБ. Эти факторы были определены впервые у больных с ЛИГБ. Мы предполагаем, что дисфункция антиноцицептивных систем в виде центральной сенситизации с участием таламуса и других структур у пациентов с ЛИГБ влияет на развития хронической инсомнии и синдрома беспокойных ног, а также тазовой боли, что может говорить о двунаправленной связи между заболеваниями.

Субъективный когнитивный дефицит был диагностирован на основании жалоб больных с использованием **шкалы субъективного когнитивного дефицита PDQ– 20 (более 40 баллов при дефиците)**. Он выявлен среди 76% пациентов с ЛИГБ. Причина развития субъективного когнитивного дефицита может быть связана с влиянием чрезмерного использования обезболивающих на когнитивные функции у больных с хронической мигренью. В исследовании Xiang с соавт. [13] было показано, что пациенты с ЛИГБ имеют более низкие баллы по Монреальской шкале оценки когнитивных функций: в контрольной группе здоровых пациентов медиана составила 27,00 (24,75 – 29,25), в то время как в группе ЛИГБ 26,00 (21,00– 28,00), $p < 0.05$. Но наличие субъективного когнитивного дефицита среди пациентов с ЛИГБ ранее не обнаружено ни в одном исследовании. Субъективный когнитивный дефицит, наряду с другими коморбидными заболеваниями, способствует прогрессированию ЛИГБ и снижает качество жизни пациентов.

ВЫВОДЫ

Таким образом, нам удалось выявить новые факторы, связанные с лекарственно– индуцированной головной болью, включающие семейный статус, хроническую инсомнию, синдром беспокойных ног, ночные головные боли, использование обезболивающих ночью, субъективный когнитивный дефицит, что указывает на роль этих факторов в патофизиологии лекарственно– индуцированной головной боли и открывает новые возможности для их профилактики.

СПИСОК ИСТОЧНИКОВ

1. The global prevalence of headache: an update, with analysis of the influences of methodological factors on prevalence estimates / L.J. Stovner, K. Hagen, M. Linde, T.J. Steiner // *J Headache Pain*. – 2022. – Vol. 23, №1. – P. 34.
2. Lifting the Burden. The prevalence of primary headache disorders in Russia: a countrywide survey / I. Ayzenberg, Z. Katsarava, A. Sborowski [et al.] // *Cephalalgia*. – 2012. – Vol. 32, №5. – P. 373– 81.
3. Dissing, A. S. Burden of Medication Overuse in Migraine: A Cross– sectional, Population– Based Study in Five European Countries Using the 2020 National Health and Wellness Survey (NHWS) / A. S. Dissing, X. Y. Lee, O. Østerberg, L. Hammer– Helmich // *Neurol Ther*. – 2023. – Vol. 12, №6. – P. 2053– 2065.
4. COMOESTAS Consortium. Medication overuse headache in Europe and Latin America: general demographic and clinical characteristics, referral pathways and national distribution of painkillers in a descriptive, multinational, multicenter study // N. L. Find, R. Terlizzi, S. B. Munksgaard [et al.] // *J Headache Pain*. – 2015. – №17. – P. 20.
5. GBD 2021 Nervous System Disorders Collaborators. Global, regional, and national burden of disorders affecting the nervous system, 1990– 2021: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2021 // *Lancet Neurol*. – 2024. – Vol. 23, №4. – P. 344– 381.
6. Definitions of medication– overuse headache in population– based studies and their implications on prevalence estimates: a systematic review / M. L. Westergaard, E. H. Hansen, C. Glêmer [et al.] // *Cephalalgia*. – 2014. – № 34. – P. 409–425.

7. School of Advanced Studies of European Headache Federation (EHF– SAS). From transformation to chronification of migraine: pathophysiological and clinical aspects / M. Torres– Ferrus, F. Ursitti, A. Alpuente [et al.] // J Headache Pain. – 2020. – Vol. 21, №1. – P. 42.
8. Диагностика и лечение лекарственно–индуцированной головной боли: рекомендации российских экспертов / Г. Р. Табеева, В. В. Осипова, Е. Г. Филатова [и др.] // Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. – 2022. – № 14. С. 4– 13.
9. SAMONA Study Group. Psychopathological comorbidities in medication– overuse headache: a multicentre clinical study / P. Sarchielli, I. Corbelli, P. Messina [et al.] // Eur J Neurol. – 2016. – Vol. 23, №1. – P. 85– 91.
10. Prevalence of chronic headache with and without medication overuse: associations with socioeconomic position and physical and mental health status / M.L. Westergaard, C. Glümer, E. H. Hansen, R. H. Jensen // Pain. – 2014. – Vol. 155, №10. – P. 2005– 13.
11. Impact of migraine on the clinical presentation of insomnia: a population–based study / J. Kim, S. J. Cho, W. J. Kim [et al.] // J Headache Pain. – 2018. – Vol. 19, №1. – P. 86.
12. Латышева Н.В. Нарушения памяти и внимания у пациентов с хронической мигренью / Н. В. Латышева, Е. Г. Филатова, Д. В. Осипова // Нервно– мышечные болезни. – 2018. – № 2. С. 10– 6.
13. Cognitive Function and White Matter Lesions in Medication–Overuse Headache / Y. Xiang, S. Chen, H. Lin [et al.] // J Pain Res. – 2021. – Vol. 17, №14. – P. 1845– 1853.

Сведения об авторах

Я.А. Князева* – врач– невролог, аспирант

Д. В. Гилев – кандидат математических наук, доцент

Лебедева Е. Р. – доктор медицинских наук, профессор

Information about the authors

Ia. A. Kniazeva – Neurologist, Postgraduate student

D. V. Gilev – Candidate of Sciences (Mathematics), Associate Professor

Lebedeva E. R. – Doctor of Sciences (Medicine), Professor

*Автор, ответственный за переписку (Corresponding author):

neuro_k@mail.ru

УДК: 616.8– 008.6

ВСТРЕЧАЕМОСТЬ СИМПТОМОВ ХРОНИЧЕСКОЙ УСТАЛОСТИ У СТУДЕНТОВ УГМУ

Мартынова Ангелина Александровна, Пономарев Алексей Сергеевич

Кафедра Анатомии

¹ФГБОУ ВО «Уральский государственный медицинский университет» Минздрава России

Екатеринбург, Россия.

Аннотация

Введение. Синдром хронической усталости (СХУ) является важной и сложной проблемой современной медицины из– за его высокой распространенности среди населения и тенденции к неуклонному росту. Основной характеристикой СХУ является необъяснимая сильная усталость, которая может сохраняться в течение длительного времени и мешать человеку вести активный образ жизни в повседневной жизни. **Цель исследования** – выяснить частоту встречаемости симптомов хронической усталости у студентов Уральского государственного медицинского университета. **Материал и методы.** Для исследования был проведен опрос студентов Уральского государственного медицинского университета с использованием анонимного анкетирования, состоящий из 19 вопросов о знании и наличии симптомов хронической усталости. В качестве участников были выбраны студенты 1– го курса с лечебно– профилактического и педиатрического дела. **Результаты.** Студенты действительно находятся в группе риска и склонны испытывать состояние хронической усталости. Доля положительных ответов, касающихся симптомов, находится в диапазоне от 14,6% до 78%. Наиболее часто отмечаемыми проявлениями являются повышенная утомляемость, зафиксированная в 78% случаев, и ощущение усталости, сохраняющееся даже после периодов отдыха, отмеченное 63,4% респондентов. Относительно реже фиксируются случаи частых инфекционных заболеваний или простуд (14,6%) и ухудшения памяти (36,6%). **Выводы.** Анализ полученных данных выявил существенное наличие симптоматики и факторов, способствующий возникновению синдрома хронической усталости у студентов УГМУ. Анализ выборки из 41 студента показал, что в среднем у каждого респондента присутствует 6 из 12 характерных симптомов.

Ключевые слова: стресс, усталость, хроническая усталость, студенты, симптомы, состояние хронической усталости, СХУ, частота встречаемости.

THE OCCURRENCE OF SYMPTOMS OF CHRONIC FATIGUE AMONG UGMU STUDENTS

Martynova Angelina Alexandrovna, Alexey Sergeevich Ponomarev

Department of Anatomy

Ural State Medical University

Yekaterinburg, Russia