

## СТРУКТУРА ПСИХОВЕГЕТАТИВНЫХ И ЛИЧНОСТНЫХ ХАРАКТЕРИСТИК У ПАЦИЕНТОВ С ВЕРТЕБРОГЕННОЙ КАРДИАЛГИЕЙ, ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА И ИХ СОЧЕТАНИЕМ

<sup>1</sup>ГУ «РНПЦ радиационной медицины и экологии человека», г. Гомель, Беларусь

<sup>2</sup>УО «Гомельский государственный медицинский университет», г. Гомель, Беларусь

Представлен анализ психовегетативного статуса, личностной и реактивной тревожности у пациентов с вертеброгенным кардиалгическим синдромом, ишемической болезнью сердца и их сочетанием. Установлены значимые различия в распространенности симптомов симпатической и парасимпатической направленности. Выявлены особенности тревожности в зависимости от характеристик болевого синдрома в области сердца.

**Ключевые слова:** вертеброгенная кардиалгия, ишемическая болезнь сердца, тревожность, психовегетативный статус

### Введение

В последние годы значительно возрос интерес к изучению роли психосоматических соотношений в возникновении и течении сердечно-сосудистых заболеваний. Изучение проблемы коморбидности соматической и психической патологии приобретает все большую актуальность в медицинской практике. Причинно-следственные отношения соматической и психической составляющих патологии, а также их связь с личностью больного составляют предмет психосоматического подхода в современной медицине [1].

Комитет экспертов Всероссийского научного общества кардиологов обращает внимание на важность изучения психосоциального стресса как одного из факторов риска развития ишемической болезни сердца (ИБС) и ее осложнений [2]. Результаты клинко-эпидемиологических исследований убедительно свидетельствуют о высоком риске фатальных и нефатальных кардиоваскулярных осложнений в условиях острого или хронического психоэмоционального стресса [3-6].

В неврологической практике при клинических проявлениях остеохондроза позвоночника также достаточно часто определяются психогенные боли. Однако диапазон исследований, направленных на

изучение тревожных расстройств, а также личностных характеристик у пациентов с вертеброгенным кардиалгическим синдромом, а также его сочетанием с ИБС, ограничено [7, 8].

**Целью** нашего исследования было изучение психовегетативного статуса и личностных особенностей больных с кардиалгическим синдромом при остеохондрозе шейно-грудного отдела позвоночника и его сочетания с ИБС.

### Материал и методы исследования

Проведено клинко-функциональное обследование 163 пациентов. Обследованные больные распределены на 3 группы. В 1-ю основную группу (ОГ-1) вошли 75 (46,0%) человек (чел.) с вертеброгенной кардиалгией при шейно-грудном остеохондрозе, 2-ю основную (ОГ-2) составили 45 (27,6%) человек со стенокардией, в 3-ю основную (ОГ-3) включены 43 (26,4%) обследованных с сочетанным болевым синдромом при шейно-грудном остеохондрозе и ИБС. Группу сравнения (ГС) составили практически здоровые лица (25 чел.).

Половозрастной состав обследованных пациентов приведен в таблице 1.

Как следует из таблицы, в 1-й группе распределение по полу было примерно

Таблица 1 – Распределение больных по полу и возрасту (n; %)

Показатели		Группа			
		ОГ-1	ОГ-2	ОГ-3	ГС
Пол:	мужской	36; 48,0	25; 55,6	22; 51,1	13; 52,0
	женский	39; 52,0	20; 44,4	21; 48,9	12; 48,0
Возраст, лет:	до 40	14; 18,7	2; 4,4	2; 4,6	6; 24,0
	40–49	42; 56,0	17; 37,8	14; 32,6	16; 64,0
	50–59	19; 25,3	26; 57,8	27; 62,8	34; 12,0

равномерным, в то время как в остальных группах большинство обследованных составляли мужчины. Данные таблицы свидетельствуют о том, что все обследованные находились в трудоспособном возрасте, при этом в 1-й и контрольной группе преобладали лица в возрасте 40-49, во 2-й и 3-й – 50-59 лет.

Интенсивность болевого синдрома оценивали методом визуальной аналоговой шкалы, длина которой составляла 10 см. Начало шкалы указывало на отсутствие боли, конечная точка – на непереносимую боль. Промежуточное значение баллов от 1 до 4 принималось за легкую, 5-6 баллов – умеренную, 7-8 – выраженную, а 9 баллов – резко выраженную боль [9].

Наряду с клинико-лабораторным исследованием проведены рентгенография шейного и верхне-грудного отдела позвоночника в двух проекциях, при показаниях выполнены функциональные пробы, электрокардиография (ЭКГ) в покое, нагрузочные ЭКГ-пробы (велозергометрия или стресс-тест), модифицированная холодовая и позиционная пробы, эхокардиография, суточное мониторирование ЭКГ по Холтеру.

Для интерпретации эмоционально-личностных особенностей у больных использовался психометрический метод оценки психоэмоциональной напряженности и осознаваемой тревожности по тесту Ч.Д. Спилбергера в адаптации Ю.Л. Ханнина [10]. Определение характера психоэмоциональных нарушений вегетативной

дисфункции проводилось в соответствии с методическими подходами А.М. Вейна и П.В. Волошина с соавт. [11, 12].

Результаты исследования обработаны с применением статистического пакета программ STATISTICA 6.0 (StatSoft, Inc., США). В зависимости от нормальности распределения применялись

параметрические или непараметрические методы статистического анализа: значимость различий между двумя независимыми группами оценивались с помощью критерия Стьюдента (при нормальном распределении) или Манна-Уитни (при альтернативном распределении). Для проверки значимости связи между двумя категоризованными переменными был использован непараметрический критерий  $\chi^2$ . Статистически значимыми различиями считались при  $p < 0,05$ .

### Результаты исследования

В таблице 2 представлены сравнительные данные частоты встречаемости синдромов невротического круга у обследованных больных.

Как следует из таблицы, среди больных ОГ-1 превалировали элементы ипохондрического круга, ОГ-2 – чаще отмечались проявления астенического характера, а в ОГ-3 – ипохондрический и астеноневротический синдромы ( $p < 0,05$ ).

Таблица 2 – Частота невротических синдромов у обследованных больных (n; %)

Характер синдрома	Группа		
	ОГ-1	ОГ-2	ОГ-3
Астенический	18; 24,0	15; 48,9	4; 9,3
Астеноневротический	25; 33,3	9; 20,0	17; 39,5
Ипохондрический	28; 37,4	13; 13,3	19; 44,2
Депрессивный	4; 5,3	8; 17,8	3; 7,0

У пациентов также исследованы симпатическое и парасимпатическое звено вегетативной нервной системы и определен уровень реактивной и личностной тревожности. Сопутствующая симптоматика симпатического отдела была весьма частой и вариабельной. При этом значимые различия показателей ОГ-1 по отношению к ОГ-2 определены по выявлению беспокойства, пониженного настроения, тревоги, ощущения утомления, апатии, плохому засыпанию, раздражительности, повышенной возбудимости, учащенному и непостоянному пульсу и другим проявлениям вегетативной лабильности симпатической направленности ( $p < 0,05$ ;  $p < 0,001$ ).

Проведенные исследования выявили значительную вариабельность показателей личностной и реактивной тревожности (ЛТ и РТ) во всех основных группах. Определение состояния тревожности у обследованных больных выявило значимо более высокий уровень ЛТ среди пациентов ОГ-1 и ОГ-3 по сравнению с ОГ-2, а умеренно высокий РТ – у обследованных с вертеброгенной кардиалгией только по сравнению с ОГ-2 ( $p < 0,05$ ).

Женщины демонстрировали более значимое повышение и личностной, и реактивной тревожности, при этом различия ( $p < 0,01$ ) выявлены по уровню ЛТ между мужчинами и женщинами во всех основных группах (ОГ-1  $42,3 \pm 1,2$  и  $49,8 \pm 1,0$ ; ОГ-2  $45,5 \pm 1,5$ ; и  $51,3 \pm 3,2$  ОГ-3  $42,0 \pm 1,3$  и  $51,1 \pm 2,4$  баллов для лиц мужского и женского пола соответственно). Можно полагать, что меньшие показатели тревожности у мужчин отражают характерную тенденцию более спокойного отношения к состоянию своего здоровья, а также желание выглядеть в глазах других здоровым и благополучным человеком, хозяином своего здоровья, непрестижностью самого понятия «больной». Большая тревожность у женщин по сравнению с мужчинами согласуется с их более ранимой эмоциональной организацией.

Уровень ЛТ и РТ находился в прямой зависимости от возраста пациентов,

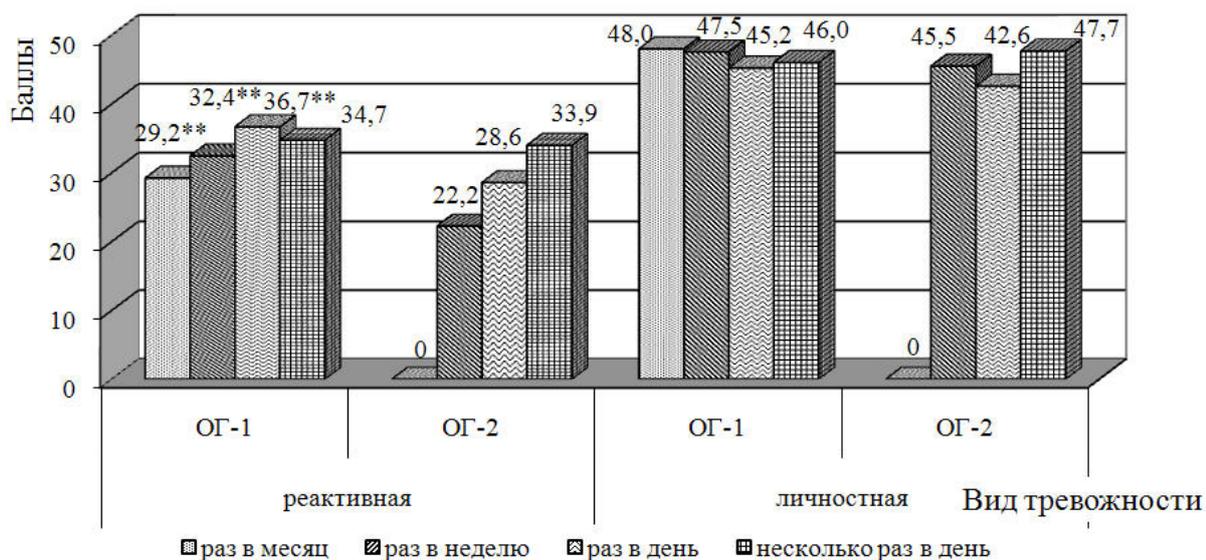
что характерно для обследованных ОГ-1 и ОГ-2. В отличие от них, значимо наибольшие показатели РТ среди больных с сочетанным болевым синдромом выявлены в возрастной категории до 39 лет по сравнению с остальными группами ( $42,5 \pm 0,5$ ;  $p < 0,05$ ). По нашему представлению, увеличение тревожности с возрастом отражает интолерантность к психотравмирующей ситуации, снижение адаптационного потенциала и пластичности приспособительных процессов, неизбежно сказывающихся на восприятии болевого синдрома.

Различия, определяемые при исследовании уровня ЛТ и РТ в зависимости от частоты боли в прекардиальной зоне, представлены на рисунке 1.

Данные рисунка свидетельствуют о том, что показатели ЛТ при разной частоте боли в области сердца в основных группах различались недостоверно, находясь примерно на одном уровне, и лишь в сравнении с контролем выявлено значимое различие этого вида тревожности при частоте боли в грудной клетке несколько раз в день для больных ОГ-1 ( $46,0 \pm 1,2$ ;  $p < 0,05$ ) и ОГ-2 ( $47,7 \pm 1,6$ ;  $p < 0,01$ ).

Иные данные выявлены при исследовании РТ. У больных основных групп наиболее низкие показатели ситуационной тревожности наблюдались при частоте боли в области сердца раз в месяц. Более частый болевой синдром сопровождался значимым увеличением значений РТ ( $p < 0,05$ ). При частоте боли в грудной клетке несколько раз в день значимых различий между обследованными двух основных групп (ОГ-1 и ОГ-2) не выявлено. При более редких приступах боли в области сердца больший уровень РТ определялся у пациентов с вертеброгенной кардиалгией ( $p < 0,01$ ) по сравнению с ИБС. У больных ОГ-3 отмечались значимо максимальные уровни РТ при длительности боли от 1 до 10 мин, ЛТ – до 1 мин ( $p < 0,05$ ).

Установленная закономерность отражает естественное увеличение уровня РТ при учащении болей в грудной клетке. Чем



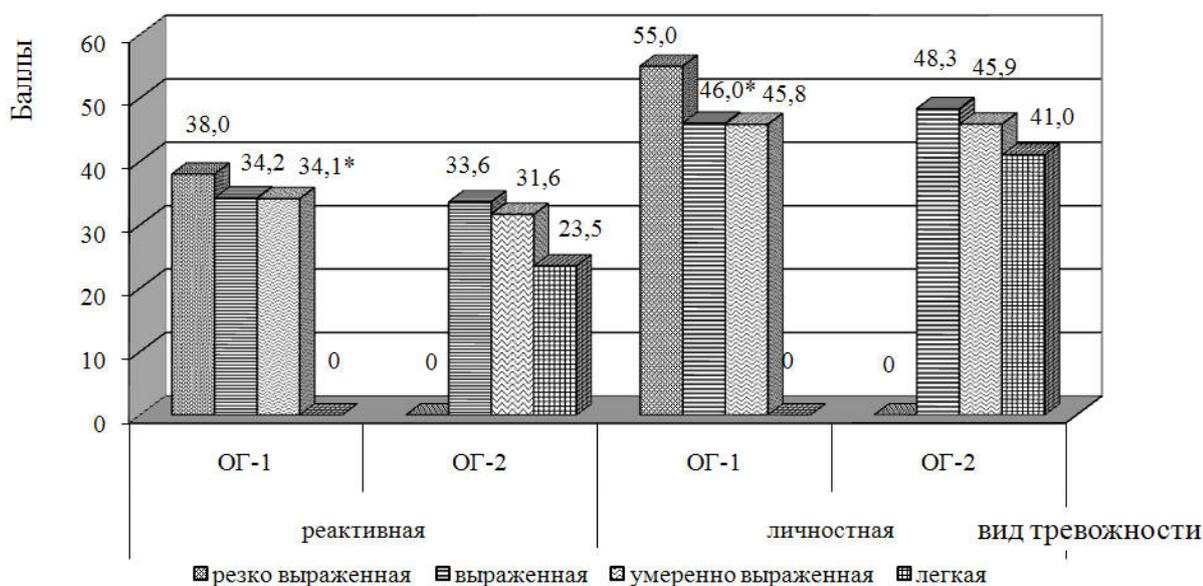
**Рисунок 1** – Показатели тревожности в зависимости от частоты боли в группах вертеброгенной кардиалгии и стенокардии

Примечание: здесь и далее статистическая значимость различий показателей между ОГ-1 по отношению к ОГ-2: \* –  $p < 0,05$ ; \*\* –  $p < 0,01$ .

чаще у больных возникало чувство боли, тем в большей степени проявлялась озабоченность состоянием своего здоровья и тем большие усилия предпринимались для преодоления сложившейся болезненной ситуации. Часто повторяющиеся приступы боли в грудной клетке выступали как фактор, предрасполагающий к возникновению дезадаптивных реакций и формирующий низкую устойчивость субъекта к психотравмирующей ситуации.

Оценка интенсивности болевого синдрома показала, что при нестерпимых и сильных болях в области сердца в основных группах выявлялось большее значение как ЛТ, так и РТ, что представлено на рисунке 2.

Из рисунка следует, что при выраженном болевом синдроме показатели ЛТ в группах вертеброгенной кардиалгии и стенокардии значимо отличались ( $p < 0,05$ ). Среднее значение РТ при болевом синдроме



**Рисунок 2** – Показатели тревожности в группах вертеброгенной кардиалгии и стенокардии при различной интенсивности болевого синдрома в области сердца

ме в области сердца умеренной выраженности было значимо больше у обследованных ОГ-1, чем ОГ-2 ( $p < 0,05$ ), а при резко выраженном – достигало наибольших значений ( $38,0 \pm 2,6$  баллов).

При легком болевом синдроме больные склонны «не замечать» наличие у них дискомфорта или придавать ему малое значение. Однако, при нарастании его интенсивности, ограничении трудоспособности и жизнедеятельности уровень тревожности резко повышался, объективно отражая обеспокоенность состоянием здоровья в связи с ухудшением качества жизни.

Характер болевого синдрома также влиял на уровень тревожности. Так колющие и ноющие боли у пациентов с вертеброгенной кардиалгией, а сжимающие и сдавливающие – со стенокардией и сочетанным болевым синдромом – определяли значимо более высокий уровень как ЛТ, так и РТ ( $38,2 \pm 2,1$ ;  $36,8 \pm 1,7$ ;  $p < 0,001$  и  $39,5 \pm 2,0$  и  $38,9 \pm 1,6$ ;  $p < 0,05$  баллов).

Выявленные изменения ЛТ и РТ свидетельствуют об участии в патологическом процессе вегетативной нервной системы, которая в значительной степени определяет психовегетативный фон, на котором развиваются органические изменения.

### Выводы

1. Оценка психоэмоционального статуса у 37,4% пациентов с кардиалгией вертеброгенного генеза выявила ипохондрический синдром, при стенокардии – астенический (48,9%). У больных с сочетанной кардиалгией эти синдромы определялись примерно в одинаковой степени (39,5% и 44,2% соответственно).

2. У 60,0% пациентов с вертеброгенной кардиалгией и у 100,0% – со стенокардией ( $p < 0,05$ ) преобладал симпатический (симптоадреналовый) тип вегетативных нарушений. Вовлеченность симпатического и парасимпатического звена вегетативной нервной системы при сочетанном кардиалгическом синдроме существенно не

различалась ( $p > 0,05$ ) и составила соответственно 48,8% и 51,2%.

3. Выявлено повышение тревожности у больных как при вертеброгенной кардиалгии, стенокардии, так и при сочетанном болевом синдроме по отношению к практически здоровым лицам. Достоверно более высокий уровень ЛТ установлен среди пациентов ОГ-1 и ОГ-3 по сравнению с ОГ-2, а умеренно высокий РТ – у лиц с вертеброгенной кардиалгией по сравнению с лицами со стенокардией, что свидетельствует о целесообразности исследования и коррекции психоэмоционального статуса больных.

4. Установлена зависимость уровня тревожности у больных в зависимости от пола, возраста, частоты боли в области сердца, продолжительности кардиалгии, тяжести и характера болевого синдрома.

### Библиографический список

1. Гарганеева, Н.П. Психосоматическая ориентация в общей врачебной практике / Н.П. Гарганеева, Ф.Ф. Тетенов // Клиническая медицина. – 2001. – № 9: – С. 60-63.
2. Проект рекомендаций по диагностике и лечению стабильной стенокардии // Российские рекомендации. Проект (II пересмотр). Всероссийское научное общество кардиологов [Электронный ресурс]. – 2008. – Режим доступа: <http://www.cardiosite.ru/recommendations/article.asp?id=5643>. – Дата доступа: 20.12.2008.
3. Клинико-эпидемиологическая программа изучения депрессии в кардиологической практике у больных артериальной гипертензией и ишемической болезнью сердца (КООРДИНАТА): результаты многоцентрового исследования / Е.И. Чазов [и др.] // Кардиология. – 2007. – № 3. – С.28-37.
4. Nicholson, A. Psychological distress as a predictor of CHD events in men: The effect of persistence and components of risk / A. Nicholson, R. Fuhrer, M. Marton // Psychosom. Med. – 2005. – Vol. 67. – P. 522-530.
5. Chronic psychosocial stress predicts long-term cardiovascular morbidity and mor-

tality in middle-aged men / B. Ohlin [et al.] // Eur. Heart J. – 2004. – Vol. 25. – P. 867-873.

6. Acute and reversible cardiomyopathy provoked by stress in women from the United States / S.W. Sharkey [et al.] // Circulation. – 2005. – Vol. 111. – P. 472-479.

7. Григорьева, В.Н. Характеристика психологических особенностей больных с хроническими болями в спине, цереброваскулярной патологией и фибромиалгией / В.Н. Григорьева // Журн. неврол. и психиатр. – 2002. – № 12. – С. 3-9.

8. Lim, L.E. Psychogenic pain / L.E. Lim // Singapore Med. J. – 1994, Oct. – Vol. 35, № 5. – P. 519-522.

9. Каменев, Ю.Ф. Природа хрониче-

ской боли: критерии разграничения, классификация, механизмы возникновения, диагностика / Ю.Ф. Каменев. – М.: Триада-Х, 2003. – 96 с.

10. Ханин, Ю.Л. Краткое руководство к применению шкалы реактивной и личностной тревожности Ч.Д. Спилбергера / Ю.Л. Ханин. – Л.: ЛНИИТСК. – 1976. – 411 с.

11. Заболевания вегетативной нервной системы / А.М. Вейн [и др.]; под общ. ред. А.М. Вейна. – М.: Медицина, 1991. – 624 с.

12. Диагностика и лечение вегетососудистых расстройств невротического генеза: метод. рекомендации / сост. П.В. Волошин [и др.]; Укр. науч.-исслед. ин-т неврологии и психиатрии. – Харьков, 1985. – 18 с.

**A.V. Korotaev, V.Y. Latysheva**

**THE STRUCTURE OF PSYCHOVEGETATIVE AND PERSONALITY CHARACTERISTICS OF BACKBONE CARDIALGIA, CORONARY HEART DISEASE PATIENTS AND THOSE COMBINATION**

Here is represented an analysis of psychovegetative state, personality characteristics, reactive anxiety at the backbone cardialgia syndrome, coronary heart disease and those combination. There were stated significant differences of spreading of symptoms sympathetic and parasympathetic system. It were found out features of anxiety depending on heart pain characteristics.

**Key words:** *backbone cardialgia, coronary heart disease, anxiety, psychovegetative state*

*Поступила 30.03.10*