

Б.А. НАСИБУЛЛИН, Ю.Ю. СОЛОВЬЕВ, Е.А. ГОЖЕНКО

## ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ БОЛЬНЫХ С ГОЛОВНОЙ БОЛЬЮ НАПРЯЖЕНИЯ, ОБУСЛОВЛЕННЫЕ ОСТЕОХОНДРОЗОМ ШЕЙНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА

*Проведений анализ психологічних особливостей головного болю напруги на тлі остеохондрозу шийного відділу хребта. За даними комплексного обстеження даної категорії хворих, виявлені особливості психологічного статусу поєданого перебігу вищезгаданих захворювань, які виражаються в істотному зниженні якості життя даної категорії хворих.*

**Ключові слова:** головний біль напруги, остеохондроз, шийний відділ хребта.

\*\*\*

### ВВЕДЕНИЕ

Мировая эпидемиология боли ставит головную боль на первое место по частоте встречаемости среди эпизодических болевых синдромов (выраженных до 10 дней в году), а также на третье место после суставных болей и дорсалгий среди хронических болевых синдромов, беспокоящих пациентов от 10 до 100 дней в году.

По определению Международной классификации болезней 10-го пересмотра головная боль напряжения (ГБН) – это головная боль, возникающая в ответ на психическое перенапряжение, являющееся результатом острого или хронического стресса.

Распространенность ГБН в общей популяции составляет до 70%. Пик заболеваемости приходится на четвертое десятилетие жизни, а вероятность заболеть возрастает с повышением социально-экономического статуса и образовательного уровня человека. Исследования, проведенные в развитых странах, в частности США, демонстрируют, что ГБН занимает третье место по материальным затратам среди неврологических заболеваний после деменции и недостаточности мозгового кровообращения. По количеству дней нетрудоспособности и степени снижения работоспособности потери от ГБН ориентировочно в 2-5 раз выше, чем от эпилепсии, и в 12 раз выше, чем от заболеваний двигательной системы. Отсюда огромные масштабы материального ущерба по причине ГБН: в США – 10 млрд, в Европе – около 15 млрд долларов в год.

В последние годы обретает признание конвергентная гипотеза возникновения головной боли, суть которой заключается в том, что головная боль напряжения реализуется посредством постепенного включения в патологический процесс общих патофизиологических механизмов и реакций. Если первоначально локальные мышечные реакции сопровождаются болью, то постепенно они трансформируются в головные боли напряжения и окончательно реализуются в мигреноподобные состояния [1, 3].

Головная боль, вызванная дегенеративными процессами в шейном отделе позвоночника, превышает распространенность мигрени и достигает более 28 % наблюдений [5, 6]. Дегенеративные процессы, биомеханические нарушения в дугоотростчатых и унковертебральных суставах С I - С III шейного отдела позвоночника вызывают головную боль чаще, чем принято думать. Боль, как правило, односторонняя, и нередко ошибочно диагностируются как мигрень [10,12,15]. Особое внимание обращает на себя факт, что 75 % всех мигренозных атак развивается на фоне болей в шейном отделе позвоночника [14].

Остеохондроз позвоночника - чрезвычайно распространенное заболевание, одно из так называемых "основных заболеваний века" - оказывает все более выраженное воздействие на здоровье людей во всех странах мира. Многие исследователи отмечают влияние вертебральных изменений на формирование и течение альгических и вегетативных синдромов в области головы и лица [4, 5, 9, 10].

Многие авторы считают, что больные ГБН в психологическом аспекте часто находятся в конкурентных отношениях с теми, кого они любят или ненавидят, имеют специфическую фантазию и подсознательное желание «разрушить мозг и голову как представительство своих психических возможностей» [10]. Клинические наблюдения достаточно убедительно

свидетельствуют о том, что сложная жизненная ситуация определяет возникновение невротического состояния, тип и форма которого во многом зависят от личностно-типологического своеобразия человека [11].

Больные с ГБН — это экстравертированные личности с ярко выраженной тревожностью и относительно кратким анамнезом их жизненных проблем. При наличии же у них хронической формы заболевания эти пациенты обычно становятся апатичными или депрессивными. Они без конца жалуются на головную боль, но весьма скудно ее описывают, что затрудняет выяснение деталей заболевания [3].

Исходя из выше сказанного целью нашей работы была оценка психологического состояния больных с головной болью напряжения, обусловленной остеохондрозом шейного отдела позвоночника.

## МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Материалом настоящей работы послужили данные полученные при наблюдении за 70 больными, средний возраст которых составил  $40,60 \pm 0,89$  лет, мужчин среди них было 37 человек, женщин 33. Все обследованные проходили амбулаторное восстановительное лечение по поводу головной боли напряжения осложненного остеохондрозом шейного отдела позвоночника с длительностью заболевания  $13,05 \pm 0,08$  лет.

Исследование депрессивных состояний проводили с помощью Опросника Бека оценку результатов производили в баллах. Наличие депрессии определяли при начислении более 25 баллов. Результат менее 10 баллов считали свидетельством отсутствия депрессивных тенденций и хорошего эмоционального состояния испытуемого. В промежуточную группу включали испытуемых с легким уровнем депрессии ситуативного или невротического генеза.

Для определения нарушения качества жизни и динамику ее восстановлений оценивали с помощью теста Индекс нарушения жизнедеятельности при болях в шее (H. Vernon, J. Mior, 1989) [2] включающий в себя следующие критерии: интенсивность болей; самообслуживание; поднятие тяжестей; чтение; головная боль; концентрация внимания; работа; вождение; сон; отдых.

Наличие или отсутствие стресса определяли с помощью “Шкалы социальной адаптации”. Результаты оценивали в баллах. Наличие перенесенного стресса считали при начислении больше 150 баллов, в этом случае возможность заболевания составляет 50 %, при начислении 390 баллов вероятность развития болезни составляет 90 %. (Holmes, Rahe, 1967).

Оценку уровня тревожности проводили с помощью Теста Спилбергера-Ханина, результаты определяли в баллах. Если результат не превышает 30 баллов, можно с уверенностью говорить, что испытуемый не испытывает особой тревоги. Если сумма баллов находится в интервале 31–45, это свидетельствует об умеренной тревожности. При 46 и более — тревожность высокая. (Модификация Ю.Л. Ханина (1976)).

Для оценки качества жизни пациентов использовался Опросник SF-36 (автор – J.E. Ware, 1992). 36 пунктов опросника сгруппированы в восемь шкал: физическое функционирование (PF); ролевое функционирование (RP); боль (P); общее здоровье (GH); жизнеспособность (VT); социальное функционирование (SF); эмоциональное функционирование (RE); психологическое здоровье (MH). Показатели каждой шкалы варьируют между 0 и 100 баллами, где 100 баллов соответствуют полному здоровью.

Физическое функционирование (Physical Functioning- PF), показывает насколько физическое состояние влияет на выполнение физических нагрузок (самообслуживание, ходьба, подъем по лестнице, переноска тяжестей). Низкие показатели по этой шкале свидетельствует о том, что физическая активность пациента значительно ограничивается состоянием его здоровья.

2. Ролевое функционирование, обусловленное физическим состоянием (Role-Physical Functioning – RP) отражает физического состояния на повседневную ролевую деятельность (работу, выполнение повседневных обязанностей). Низкие показатели по этой шкале свидетельствуют о том, что физическое состояние ограничивает повседневную деятельность пациента.

3. Интенсивность боли ( Bodily pain – BP ) показывает ее влияние на возможность заниматься повседневной деятельностью, включая работу по дому и вне дома. Низкие показатели полученные при проведении исследования свидетельствуют о том, что боль значительно ограничивает активность пациента.

4. Общее состояние здоровья (General Health – GH ) – оценка больным своего состояния в настоящий момент и перспективы лечения. Чем ниже балл по этой шкале, тем ниже оценка состояния здоровья.

5. Жизненная активность (Vitality –VT) подразумевает самооценку жизненной активности. Низкие баллы свидетельствуют об утомлении пациента, снижении его жизненной активности.

6. Социальное функционирование (Social Functioning – SF), методика позволяющая определить меру, в которой физические или эмоциональные нарушения ограничивают социальную активность (общение). Низкие баллы свидетельствуют о значительном ограничении социальных контактов.

7. Ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием (Role-Emotional – RE) предполагает оценку степени, в которой эмоциональное состояние влияет на выполнение работы или другой повседневной деятельности (включая затраты времени, объема работы, ее качество и т.п.). Низкие показатели по этой шкале интерпретируются как ограничение в выполнении повседневной работы, обусловленное ухудшением эмоционального состояния.

8. Психическое здоровье (Mental Health – MH), характеризует настроение наличие депрессии, тревоги, общий уровень положительных эмоций. Низкие показатели свидетельствуют о наличии депрессивных, тревожных переживаний, психическом неблагополучии.

Шкалы включает два показателя «физический компонент здоровья» и «психологический компонент здоровья»

## РЕЗУЛЬТАТЫ

По данным наших исследований до начала лечения у пациентов преобладали умеренные нарушения индекса жизнедеятельности при болях в шее. Так выраженность боли 15-24 балла составила у 49 больных (70 %), тяжелые нарушения (более 25-34 балла) были отмечены у 14 больных (20 %), а легкие нарушения (5-14 баллов) зафиксированы у 7 больных (10%).

Анализ состояния эмоционально-личностной сферы больных по опроснику Бека показал, что у всех больных на момент обследования страдали депрессией. Средний балл составил  $42,44 \pm 0,29$  балла. В то же время у 35 больных (50 %) выявлена легкая 11 – 19 баллов степень депрессии, у 7 больных (10 %) – умеренная 20 – 26 баллов . Высокая степень депрессии, когда показатель шкалы Бека превышал 26 баллов, имело место у 28 (40 %) пациентов.

Тестирования по оценке уровня тревожности (методика Спилбергера–Ханина) выявило превышение нормальных параметров у всех обследованных больных головной болью напряжения; средние значения реактивной тревожности составили  $42,44 \pm 0,29$  балла (умеренный уровень), а личностной –  $50,97 \pm 8,54$  балла и соответствовали высокой тревожности.

Уровень стрессирования больных (Холмс и Рейх) и соответствующая ему возможность заболевания у 21 составляла 82 %, у 49 возможность заболевания была ниже 68 %.

При оценке качества жизни у больных до начала лечения физический компонент здоровья соответствовала низкой физической активности ( $35,48 \pm 0,12$ ) у всех обследованных больных. Показатель ролевого физического функционирования у них же составил  $25,66 \pm 0,07$  балла - повседневная деятельность значительно ограничена; показатель боли составил  $36,65 \pm 0,34$  балла, т.е. боль значительно ограничивает их активность. Состояние общего здоровья составляло  $29,46 \pm 0,45$  балла, что обычно трактуется как низкое.

Показатель жизнеспособности составлял у подавляющего числа больных  $33,73 \pm 0,22$  балла, что отражает снижению жизненной активности; что касается социального функционирования индекс которого составлял  $25,61 \pm 0,06$  балла, т.е. имело место ограничение социальных контактов и снижение уровня общения. Поскольку показатель эмоционального функционирования  $32,32 \pm 0,09$  балла, можно полагать, что имеет место ограничение повседневной активности, обусловленное снижением общего эмоционального фона. Обобщающий показатель психическое здоровье составлял  $43,00 \pm 0,17$  балла, и позволяло говорить о наличии депрессивных, тревожных переживаний у больных.

Учитывая приведенные данные, можно утверждать, что у всех обследованных головная боль напряжения, обусловленная остеохондрозом шейного отдела позвоночника, имели место тревожно-личностные нарушения, соответствующие состоянию стресса, тревоги, депрессии. Выявленные характеристики приводят к значительному снижению качества жизни и обуславливают личностные особенности, которые Wolff оценивал как чувствительную, обязательную личность, хронически психически напряженную, с наличием специфической тревожности,

сопровождается страхом перед возможным обнаружением скрытой ненависти и непереносимости по отношению к родителям или любимым людям.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Алексеев В.В. Диагностика и лечение головных болей. //Русский медицинский журнал – 2001. – Том 9, №7–8, . – С. 330 – 333.
2. Белова А.Н. Шкалы, тесты и опросники в медицинской реабилитации. Москва, 2002. . – 440 с
3. Волков С.В. Легкая краниоцервикальная травма. //Вопр. нейрохир. -1996. . – №4, . –С. 28 – 33.
4. Лобзин В.С., Бабурина И.П. Вопросы дифференциальной диагностики неврологических проявлений краниовертебральных дисплазий и шейного остеохондроза. // Дифференциальный диагноз основных неврологических заболеваний. – М., – 1993, – С. 69 –73.
5. Мерта Дж. Справочник общей практики. М.: Практика. –1998. –С. 1230
6. Оглезнев К.Я., Степанян М.А., Сидоров Е.В. Фасет–синдром при дегенеративных заболеваниях шейного отдела позвоночника.// Вертеброневрология. – 2000. –№1. –2, – С. 38 – 43.
7. Ситель А.Б. Мануальная терапия. Руководство для врачей. //М.: Издатцентр. – 1998. – С. 304
8. Шмидт И.Р. Вертеброгенный синдром позвоночной артерии.// Новосибирск: Издатель, –2001. – С. 299
9. Юрьев Е. Б. Если это депрессия — Днепропетровск: Полиграфист, 1998. . – 100 с.
10. Alix ME, Bates DK A proposed etiology of cervicogenic headache: the neurophysiologic basis and anatomic relationship between the dura mater and the rectus posterior capitis minor muscle. //J Manipulative Physiol Ther 1999 Oct,22(8):534. –539.
11. Anthony M. The treatment of migraine – old methods, new ideas. //Aust. Fam. Physician, 1993, 22:1401. –1405.
12. Barnsley L, Lord SM, Wallis BJ, Bogduk N The prevalence of chronic cervical zygapophysial joint pain after whiplash. //Spine 1995 Jan 1,20(1):20 –26.
13. Biondi DM Cervicogenic headache: mechanisms, evaluation, and treatment strategies. // J Am Osteopath Assoc 2000 Sep,100 (9 Suppl):S7 –14.
14. Bishop B, Frank LM, Freeman N, Hansen R. Consult with the specialists in neurology. Program and abstracts of the National Conference for Nurse Practitioners 2001, November 7 –10, 2001, Baltimore, Maryland. Session 225. //www. medscape.com/cmecenterdirectiry.
15. Blizzard L., Grimmer KA, Dwyer T Validity of a measure of the frequency of headaches with overt neck involvement, and reliability of measurement of cervical spine anthropometric and muscle performance factors. // Arch Phys Med Rehabil 2000 Sep,81(9):1204 –1210.
16. Blume HG. Cervicogenic headaches: radiofrequency neurotomy and the cervical disc and fusion. // Clin Exp Rheumatol 2000 Mar. – Apr,18 (2 Suppl 19): S53 –58.
17. Bogduk N, Yoganandan N. Biomechanics of the cervical spine Part 3: minor injuries. // Clin Biomech (Bristol, Avon) 2001 May,16(4):267. –275.

**B.A. NASSIBULLIN, Yu.Yu. SOLOVYOV, O.A. GOZHENKO**

### **PSYCHOLOGICAL FEATURES OF PATIENTS WITH HEAD PAIN OF TENSION, ON A BACKGROUND THE OSTEOCHONDROSIS OF NECK DEPARTMENT OF SPINE**

*The analysis of psychological features of head pain of tension on a background the osteochondrosis of neck department of spine is conducted. From data of complex inspection of this category of patients, the features of psychological status of sochetannogo flow of foregoing diseases which are expressed in the substantial decline of quality of life of this category of patients are exposed*

Украинский НИИ медицинской реабилитации и курортологии МЗО Украины, Одесса

Дата поступления: 08.03.2010 р.