

ПСИХОГЕННАЯ КАРДИАЛГИЯ КАК СЛЕДСТВИЕ УЧЕБНОГО СТРЕССА И ЕЕ ЛЕЧЕНИЕ

Проф. И. А. ГРИГОРОВА, доц. Е. К. РЕЗНИЧЕНКО

Харьковский национальный медицинский университет, Украина

Представлены результаты исследования уровня тревожности, качества жизни, состояния вегетативной нервной системы у студентов-медиков в период сессии и перед итоговыми занятиями, а также изучение эффективности препарата корвалмент в их лечении. Препарат, который продемонстрировал высокую эффективность, способствовал снижению уровня тревожности и улучшению качества жизни, может быть рекомендован как лекарственное средство неотложной помощи больным психогенными кардиалгиями.

Ключевые слова: психогенная кардиалгия, учебный стресс, корвалмент.

В своей практической работе медики часто сталкиваются с симптомами кардиалгии, которые не связаны с органическим поражением миокарда, что подтверждается соответствующими лабораторными и инструментальными исследованиями [1]. Такие жалобы часто расцениваются врачами либо как рефлекторные или вегетативно-ирритативные проявления остеохондроза грудного отдела позвоночника, либо как составляющая вегетативной дисфункции [1, 2]. В ходе специальных исследований, проводимых у пациентов с жалобами на боль в области сердца с нормальным коронарным кровообращением, у 37–43 % выявлены признаки панических (психовегетативных) расстройств [1, 3]. Показано также, что у 80 % пациентов амбулаторного приема кардиалгии носят психогенный характер, когда сам феномен боли, будучи в какой-то период ведущим в клинической картине, находится в структуре различных аффективных и вегетативных нарушений, патогенетически связанных с болями в сердце [1, 4]. Этим определяется актуальность своевременной и точной диагностики некардиогенных психовегетативных кардиалгий (ПК) с целью определения правильной и патогенетически обоснованной тактики лечения. Доказано, что лечение пациентов с ПК антиангиальными препаратами бесперспективно и нежелательно, поскольку у них возникает убеждение присутствия серьезного заболевания. Исключение в этом плане составляют лишь α - и β -адреноблокаторы, длительное назначение которых постепенно приводит к смягчению клинических проявлений кардиалгии и психоэмоциональных расстройств [1, 4].

Патогенез ПК связан с дисфункцией структур лимбико-ретикулярного комплекса, нарушением вегетативной регуляции сердца. В основе болезненности мягких тканей и вегетативных точек в предсердечной области лежит феномен реперкуссии с раздражением периферических вегетативных образований, иннервирующих мышцы, надкостни-

цу, фасции, подкожную жировую клетчатку. Закономерное вовлечение в процесс надсегментарных отделов вегетативной нервной системы (ВНС) с появлением психоэмоциональных расстройств преимущественно ипохондрического и депрессивного круга заканчивается формированием соматогенной вегетативной дисфункции [4, 5].

Существуют такие критерии ПК [1]: локализация болей проецируется чаще в зону верхушки сердца, левого соска и прекардиальную область, возможна «миграция» болей; характер болевых ощущений разнообразен — от дискомфорта и неприятного «чувства сердца» до колющих, жгучих, пронизывающих; типичен волнообразный характер болей, который успешно купируется приемом седативных средств; боли в области сердца чаще всего бывают продолжительными; диагностически более трудны случаи болей за грудиной приступообразного характера длительностью 3–5 мин, особенно у лиц старше 40 лет; закономерна иррадиация боли в левую руку, плечо, подреберье, под лопатку, в подмышечную область; не характерна иррадиация болей в зубы и нижнюю челюсть; давность кардиалгий на протяжении многих лет повышает вероятность их психогенного характера; наличие психовегетативного фона (проявлений тревожно-ипохондрического и фобического характера), на котором формируется кардиалгия; наличие перманентных и пароксизмальных вегетативных расстройств (панические атаки (ПА), симпатоадреналовые и гипервентиляционные кризы); практически неизменная электрокардиограмма.

В диагностике ПК можно пользоваться следующими параметрами классификации DSM-IV («Диагностическое и статистическое руководство по психическим расстройствам» Американской психиатрической ассоциации), в которой выделяется два основных критерия и три дополнительных фактора для выявления психогенной боли [1].

Основные критерии: преобладание множественных и пролонгированных болей; отсутствие

органической причины боли или при наличии какой-либо органической патологии жалобы больного намного превышают те, которые возможны при данных изменениях.

Дополнительные факторы: 1) существование временной связи между психологической проблемой и развитием или нарастанием болевого синдрома; 2) существование боли дает пациенту возможность избежать нежелательной деятельности; 3) боль дает пациенту право достичь определенной социальной поддержки, которая не может быть получена другим путем.

Несомненно, указанные основные и дополнительные критерии психогенной боли в определенном смысле облегчают своевременную диагностику ПК. Используются также неинвазивные методы диагностики — эхокардиография (ЭхоКГ) и электрокардиография (ЭКГ), которые в определенном смысле облегчают своевременную диагностику ПК.

В своей педагогической практике мы регулярно сталкиваемся с ПК у студентов на фоне учебного стресса, который развивается из-за большого потока информации, отсутствия системной работы в семестре, в период сессии, перед итоговым занятием, вследствие ссор, неудач и т. д. Экзационационный стресс занимает одно из первых мест среди причин, вызывающих сильное эмоциональное напряжение у студентов. По данным отечественных и зарубежных авторов, в период сессии у студентов регистрируются выраженные нарушения вегетативной регуляции сердечно-сосудистой системы [7]. Длительное и весьма значительное эмоциональное напряжение может приводить к активации симпатического или парасимпатического отдела ВНС, а также к развитию переходных процессов, сопровождающихся нарушением вегетативного гомеостаза и повышенной лабильностью реакций сердечно-сосудистой системы на эмоциональный стресс.

Цель нашего исследования — определение уровня тревожности (личностной и реактивной), качества жизни (КЖ) состояния ВНС у студентов-медиков в период сессии и перед итоговыми занятиями, а также изучение эффективности препарата корвалмент («Киевский витаминный завод», Украина) в лечении ПК у данной группы обследуемых.

Нами было обследовано 100 студентов Харьковского национального медицинского университета, которые в период сессии и перед итоговыми занятиями испытывали боли в области сердца. Из них — 68 девушек и 32 парня в возрасте от 18 до 25 лет. Все студенты характеризовали боль как продолжительный дискомфорт в области сердца, иногда покалывание, жжение. Кардиалгии носили волнообразный характер, хорошо купировались седативными средствами. Локализация болей проецировалась в зону верхушки сердца, левого соска и перикардиальную область, иногда с иррадиацией под левую лопатку. В неврологическом статусе у всех обследуемых не отмечалось патологических

отклонений. Всем студентам были проведены ЭКГ и ЭхоКГ. На электрокардиограмме у них отмечался синусовый ритм, у двух молодых людей — синусовая брадикардия с частотой сердечных сокращений (ЧСС) 50 уд./мин — оба студента являются профессиональными спортсменами. Синусовая тахикардия с ЧСС более 90 уд./мин отмечалась у 34 обследуемых, что свидетельствовало об их эмоциональном напряжении и, возможно, было связано с утренним употреблением крепкого кофе. Единичная желудочковая экстрасистола отмечалась у троих студентов, что подтверждало наличие ПА или кардионевроза (1-й класс по Лауну). Проведение ЭхоКГ у 76 студентов не выявило никаких отклонений, у 24 — обнаружен пролапс митрального клапана 1-й ст., а у 4 из них — признаки митральной регургитации 0–1-й ст.

У 15 обследуемых отмечались «вегетативные кризы» (ВК), чаще симпатикотонические, реже — смешанные и вагоинсулярные, в структуру которых входило состояние тревоги, страха, депрессивного фона настроения. У всех студентов при дополнительной умственной нагрузке и особенно при стрессорных ситуациях (чаще перед заключительным модульным контролем и экзаменами) возникали кардиофобии, даже инфаркто- и инсультофобии. Эмоциональные нарушения были особенно выраженными у пациентов с ВК в виде ПА.

Все студенты прошли тестирование по шкале Спилбергера — Ханина. Это единственная методика, которая позволяет дифференцированно измерять тревожность и как личностное свойство, и как состояние, связанное с текущей ситуацией. При исследовании тревожности (личностной и реактивной) отмечалось увеличение показателей личностной тревоги в среднем до 34 баллов, а у лиц с ПА — до 40 баллов. Помимо неврологических, нами выявлены психоэмоциональные нарушения в виде астенического (в 90 случаев), тревожно-депрессивного (в 33) и ипохондрического (в 10) синдромов, что говорит о смешанной невролого-психопатологической нозологии у обследуемых [8, 9].

Нами было исследовано КЖ у всех 100 студентов с ПК по опроснику SF-36 (SF-36 Health Status Survey), который отражает общее благополучие и степень удовлетворенности теми сторонами жизнедеятельности человека, которые влияют на состояние здоровья. SF-36 состоит из 36 вопросов, сгруппированных в восемь шкал: физическое функционирование, ролевая деятельность, телесная боль, общее здоровье, жизнеспособность, социальное функционирование, эмоциональное состояние и психическое здоровье. Показатели каждой шкалы составлены таким образом, что чем выше значение показателя (от 0 до 100), тем лучше оценка по избранной шкале. Из них формируют два параметра: психологический и физический компоненты здоровья [10, 11]. По определению ВОЗ, КЖ — это интегральная характеристика

физического, психологического, эмоционального, социального функционирования пациента, основанная на его субъективном восприятии. Особенно актуально изучение этих показателей при заболеваниях, имеющих медико-социальное значение [12]. У обследуемых студентов были выявлены изменения во всех аспектах жизнедеятельности — физическом, психологическом и в меньшей степени социальном.

Учитывая, что у данной категории молодых людей ведущим был синдром вегетативной дисфункции (ВД), нам представилось целесообразным детально изучить его с позиции определения вегетативного тонуса (ВТ), вегетативной реактивности (ВР) и вегетативного обеспечения деятельности (ВОД).

ВТ и ВР характеризуют гомеостатические возможности организма, то есть деятельность трофотропных надсегментарных систем. Взаимосвязь и взаимозависимость этих параметров характеризуются законом «исходного уровня» Wilder (1950), подтвержденного А. М. Вейном. Согласно этому закону размах получаемых в функциональных пробах ВР зависит от состояния исходного ВТ, то есть величина активизации связана с фоновым уровнем [13].

ВТ оценивался с помощью стандартизированной таблицы, разработанной в Центре патологии вегетативной нервной системы 1-го МОЛГМИ (ныне — Московская медицинская академия) в 1998 г. Кроме того, исследовались некоторые интегративные показатели различных функциональных систем, характеризующие состояние системы в целом. Интегративные показатели дают представление о вегетативных взаимоотношениях внутри одной системы, а их комбинация позволяет более полно судить об исходном ВТ организма. Определялись такие интегративные показатели: артериальное давление, величина минутного объема, вегетативный индекс Кердо, который зависит от соотношения диастолического давления и ЧСС (в норме он равен нулю).

Исследование ВТ у обследованных студентов выявило парасимпатическую (52%) и симпатическую (48%) направленности вегетативных функций в сердечно-сосудистой системе по фоновым показателям, а также внутрисистемный дисбаланс, проявляющийся как отрицательным, так и положительным индексом Кердо.

ВР проверялась при помощи глазосердечно-го рефлекса Даньини — Ашнера. Техника проведения исследования заключается в записи ЭКГ с подсчетом ЧСС в покое и через 15–25 с после надавливания на глазные яблоки подушечками больших пальцев. Проводился подсчет R-зубцов по формуле Галло в течение 10 с и пересчитывался на 1 мин [13, 14].

Полученные данные выявили тенденцию ВР к повышению (парасимпатикотонии) у 8% студентов и к понижению (симпатикотонии) — у 15%, однако в большинстве случаев отмечалась нор-

мальная ВР, что, по-видимому, обусловлено молодым возрастом обследованных.

В качестве экспериментального моделирования деятельности для исследования ВОД мы использовали умственную нагрузку — счет в уме (отнимание в уме от 200 по 7 в быстром темпе), составление слов (например, 7 слов из 7 букв) и эмоциональную нагрузку — моделирование отрицательных эмоций (резкая критика за неуверенный счет, неправильное составление слов). Для регистрации вегетативных сдвигов использовали вариабельность ЧСС (исходные данные и при выполнении деятельности) [13, 14]. У 88% обследуемых полученные данные сдвигов ЧСС практически не отличались от нормальных показателей; у 9% студентов наблюдалось избыточное ВОД, у 3% — недостаточное.

После проведенных клиничко-параклинического и инструментального обследований студенты были разделены на две группы. Первую группу составили 50 человек, которым в качестве лечения и профилактики ПК в период сдачи итоговых занятий и в предсессионный период был назначен препарат корвалмент по 1 капсуле 3 раза в день сублингвально в течение 7 дн. Через два дня пяти студентам доза препарата была увеличена до 6 капсул в сутки ввиду устойчивости болевого синдрома. Во вторую группу вошло 50 студентов соответствующего возраста, которые не принимали корвалмент. Таким образом, вторая группа служила контролем.

Одна капсула корвалмента содержит раствор ментола в ментоловом эфире кислоты изовалериановой 100 мг. Данное лекарственное средство проявляет успокаивающее действие на центральную нервную систему, а также оказывает умеренное рефлекторное сосудорасширяющее (коронаролитическое) влияние путем рефлекторного раздражения чувствительных нервных («холодовых») рецепторов слизистой оболочки полости рта. Стимуляция рецепторов сопровождается индукцией высвобождения эндорфинов, энкефалинов, диорфинов и других пептидов, гистамина, кининов, которые играют важную роль в уменьшении болевой чувствительности, нормализации проницаемости сосудов и регуляции других важных механизмов функционирования сердечно-сосудистой и нервной систем.

При сублингвальном применении корвалмент абсорбируется со слизистой оболочки полости рта. Терапевтический эффект наступает довольно быстро — приблизительно через 5 мин. После всасывания действующее вещество биотрансформируется в печени и выделяется с мочой в виде глюкуроидов.

Все студенты первой группы после первого же сублингвального приема корвалмента отметили значительное снижение интенсивности кардиалгии уже через 5–7 мин. В среднем через двое суток регулярного приема препарата боли в области сердца исчезли, значительно снизилась

тревожность, уменьшилось переживание о предстоящем зачете или экзамене, улучшилось настроение. В то же время студенты отмечали улучшение качества сна, однако четверо из них жаловались на кратковременную сонливость в первые полчаса после приема препарата. Других побочных эффектов у молодых людей не было.

Во второй группе все студенты в период эмоционального перенапряжения продолжали испытывать боль и дискомфорт в области сердца, повышенную тревожность, лабильность настроения, инсомнические нарушения.

При исследовании через месяц после семидневного курса лечения корвалментом в указанной кратности у студентов первой группы наблюдалось улучшение показателей КЖ. Повышение КЖ отмечалось и у студентов второй группы, по-видимому, связанное с окончанием сессии. Однако ролевое функционирование у обследованных первой группы возросло на 30%, а у второй — на 20%, физическое функционирование — на 50 и 30%, эмоциональное функционирование на 40 и 20% соответственно. Социальное функционирование в обеих группах увеличилось на 25 и 20% соответственно.

При повторном тестировании по шкале Спилбергера — Ханина у пациентов I группы после семидневного курса приема корвалмента отмечалось снижение показателей личностной тревоги в среднем до 30 баллов.

Список литературы

1. *Мироненко Т. В.* Некардиогенные кардиалгии: диагностические и лечебные подходы / Т. В. Мироненко // Практична ангіологія.— 2008.— № 6 (17).— С. 29–32.
2. *Вейн А. М.* Кардиалгии и абдоминалгии / А. М. Вейн, А. Б. Данилова // Рус. мед. журн.— 1999.— № 7 (9).— С. 428–429.
3. *Воробьев А. И.* Кардиалгии / А. И. Воробьев, Т. В. Шишкова, И. П. Коломойцева.— М.: Медицина, 1980.— 187 с.
4. *Данилов А. Б.* Кардиалгии и абдоминалгии. Болевые синдромы в неврологической практике; под ред. А. М. Вейна.— М.: Медпресс-информ, 2001.— С. 284–292.
5. *Маколкин В. И.* Нейроциркуляторная дистония в терапевтической практике / В. И. Маколкин, С. А. Абакумов.— М.: Медицина, 1985.— 192 с.
6. *Нетяженко В.* Біль у грудній клітці: епідеміологія, причини, клінічна картина / В. Нетяженко, О. Барна // Ліки.— 2005.— № 3.— С. 20–28.
7. *Новгородцева И. В.* Учебный стресс у студентов-медиков: причины и проявления / И. В. Новгородцева, С. Е. Мусихина, В. О. Пьянкова // Вятский медицинский вестн.— 2014.— № 3, 4.— С. 34–37.
8. Соматоформные расстройства как междисциплинарная проблема современной медицины / Б. В. Михайлов, И. Н. Сарвир, Н. В. Мирошниченко [и др.] // Вісн. психіатрії та психофармакології.— 2002.— № 1.— С. 38–43.
9. *Гиндикин В. Я.* Соматогенные и соматоформные панические расстройства: справочник / В. Я. Гиндикин.— М.: Триада-Х, 2000.— 265 с.
10. Популяционные показатели качества жизни по опроснику SF-36 (результаты многоцентрового исследования качества жизни «Мираж») / В. Н. Амираджанова, Д. В. Горячев, А. С. Кершунов [и др.] // Научно-практическая ревматология.— 2008.— № 1.— С. 36–48.
11. Пути повышения качества жизни пациентов с болевым синдромом и дисфагией различной этиологии / И. А. Григорова, О. А. Тесленко, Л. В. Тихонова [и др.] // Міжнарод. мед. журн.— 2017.— Т. 23, № 2 (90).— С. 78–85.
12. *Бельская Н. Я.* Качество жизни больных, перенесших ишемический инсульт в вертебро-базиллярном бассейне / Н. Я. Бельская // Журн. неврологии и психиатрии.— 2013.— № 12.— С. 24–28.
13. Вегетативные расстройства (клиника, лечение, диагностика) / А. М. Вейн, Т. Г. Вознесенская, О. В. Воробьева [и др.]— М.: МИА, 2000.— 752 с.
14. *Резниченко Е. К.* Начальные формы мигрени у лиц молодого возраста: дис. на соискание ученой степени канд. мед. наук; спец. 14.01.15. «Нервные болезни» / Е. К. Резниченко.— Харьков, 2000.— 172 с.

**ПСИХОГЕННА КАРДІАЛГІЯ
ЯК НАСЛІДОК НАВЧАЛЬНОГО СТРЕСУ ТА ЇЇ ЛІКУВАННЯ**

I. A. ГРИГОРОВА, О. К. РІЗНИЧЕНКО

Подано результати дослідження рівня тривожності, якості життя, стану вегетативної нервової системи у студентів-медиків у період сесії і перед підсумковими заняттями, а також вивчення ефективності препарату корвалмент у їх лікуванні. Препарат, який продемонстрував високу ефективність, сприяв зниженню рівня тривожності й поліпшенню якості життя, може бути рекомендований як лікарський засіб невідкладної допомоги хворим на психогенні кардіалгії.

Ключові слова: психогенна кардіалгія, навчальний стрес, корвалмент.

**PSYCHOGENIC CARDIALGIA
AS A CONSEQUENCE OF EDUCATIONAL STRESS AND ITS TREATMENT**

I. A. HRYHOROVA, O. K. RIZNYCHENKO

The results of the study of the level of anxiety, quality of life, state of the autonomic nervous system in medical students during the session and before the final sessions, as well as the study of the effectiveness of the drug «Corvalment» in their treatment are presented. The drug, which demonstrated high efficacy, contributed to lowering anxiety and improving the quality of life, may be recommended as medication for emergency care in patients with psychogenic cardialgias.

Key words: psychogenic cardialgia, educational stress, Corvalment.

Поступила 15.06.2018