

*Д. А. Цыганкова, В. Ю. Корсик*  
**ОСОБЕННОСТИ ПРОЯВЛЕНИЙ АСТЕНИИ, ТРЕВОЖНОСТИ И  
НАРУШЕНИЙ СНА У ПАЦИЕНТОВ С КЛИНИКОЙ ЦЕРВИКАЛГИИ**

*Научный руководитель: канд. мед. наук, доц. А.Г. Байда*

*Кафедра нервных и нейрохирургических болезней,*

*Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск*

*Резюме.* В статье представлены результаты оценки распространенности и особенности проявлений астении, степень выраженности тревожности и наличие нарушений сна у пациентов с цервикалгиями.

*Ключевые слова:* цервикалгия, коморбидность, астения, инсомния.

*Resume.* The article presents the results of evaluation of asthenia, anxiety and insomniac disturbances in patients with cervicalgia.

*Keywords:* cervicalgia, comorbidity, asthenia, insomnia.

**Актуальность.** Цервикалгия - вторая после боли в нижней части спины причина значительного социально - экономического ущерба для общества, она имеет тенденцию к персистированию на протяжении многих лет, что определяет её ощутимое влияние на качество жизни пациентов и ограничивает их жизнедеятельность. Это симптом многих заболеваний, относящийся к клинике внутренних и нервных болезней, эндокринологии и ревматологии. Мультифакторность клинических проявлений цервикалгии требует, таким образом, применения разнообразных стратегий лечения, имеющих разнообразные терапевтические мишени [1, 2].

Также очевидно и то, что боли в шее не только беспокоят пациента сами по себе, но и приносят дискомфорт и нарушают привычный уклад его жизни. К таким факторам можно отнести астению, инсомнические нарушения и тревожность. Несомненно каждый из них влияет на эффективность терапии основного заболевания, и при устранении последних – достигается повышение комплаенса пациентов [3,4].

**Цель:** оценка распространенности и особенности проявлений астении, степень выраженности тревожности и наличие нарушений сна у пациентов с цервикалгиями.

**Материалы и методы.** Обследованы 21 пациент (18 женщин: 3 мужчин) с дегенеративно – дистрофическими изменениями в шейном отделе позвоночника (диагноз подтвержден рентгенографией шейного отдела позвоночника и/или МРТ). Средний возраст  $52,5 \pm 12,2$  года.

Оценка качества сна проводилась с помощью «Шкалы оценки качества сна». Для оценки ограничения жизнедеятельности из-за боли в шее применили Neck Disability Index (NDI). Проведена оценка тревожности по двум шкалам: шкале тревожности Гамильтона и тесту Спилберга. Оценку астении проводили по опроснику «Субъективной оценки астении MFI - 20», позволяющему выявить пять возможных вариантов астении, и установить наличие синдрома общей астении у пациентов. Все шкалы и опросники являются валидными и рекомендованы к применению в клинической практике.

Статистическая обработка данных проводилась с использованием пакета программ IBM SPSS Statistics 20.0

Данные представлены в виде долей и 95% доверительных интервалов (95% ДИ). При всех видах статистического анализа критическое значение уровня значимости

принимали равным 5%, а также с использованием точного критерия Фишера для многопольных таблиц. Степень взаимосвязи факторов оценивали с помощью V-критерия Крамера.

### Результаты и обсуждение.

В группе из 21 пациента с цервикалгией инсомнические нарушения выявлены у 76% (рисунок 1)

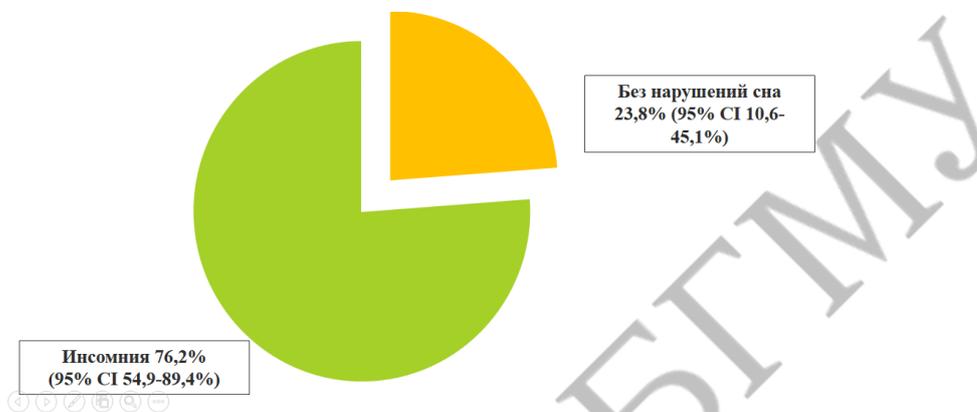


Рисунок 1 - Распределение нарушений сна в исследуемой группе

Тяжелые ограничения жизнедеятельности в связи с болью в шее в исследуемой группе наблюдались у 30% пациентов (рисунок 2).

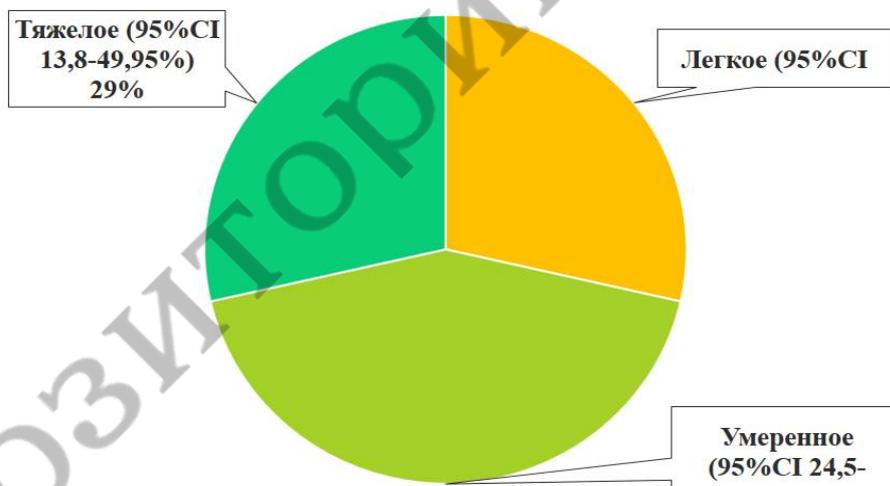
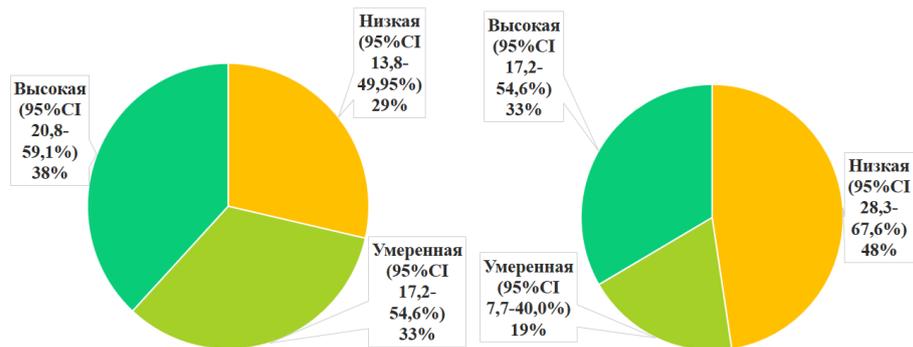


Рисунок 2 - Характер ограничения жизнедеятельности в связи с болью в шее в исследуемой группе

Тесты Гамильтона и Спилберга примерно с одинаковой эффективностью определяли высокую степень тревожности, но нами были отмечены различия в показателях низкой и умеренной тревожности по результатам опросников (рисунок 3).

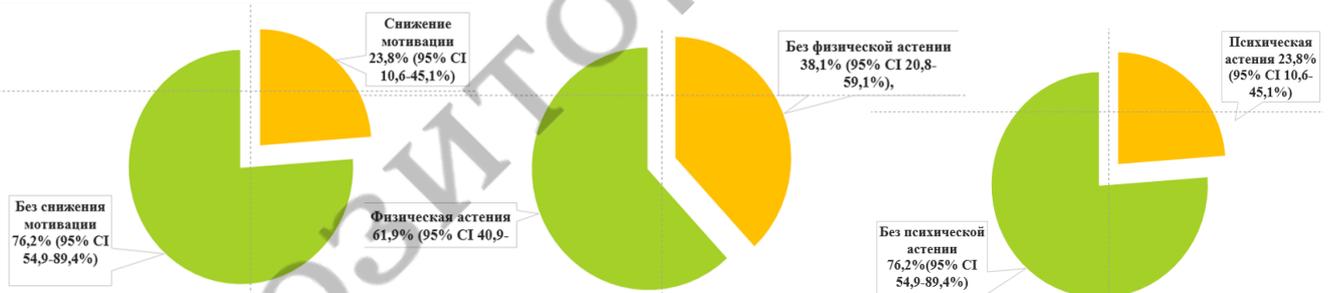


**Рисунок 3** - Распределение показателя тревожности в исследуемой группе (n=21)

Нами выявлено, что среди всех опрошенных пациентов астенизированными оказались 19, т.е. 90%. В дальнейшем характер астении оценивался именно для этой группы (рисунки 4, 5).

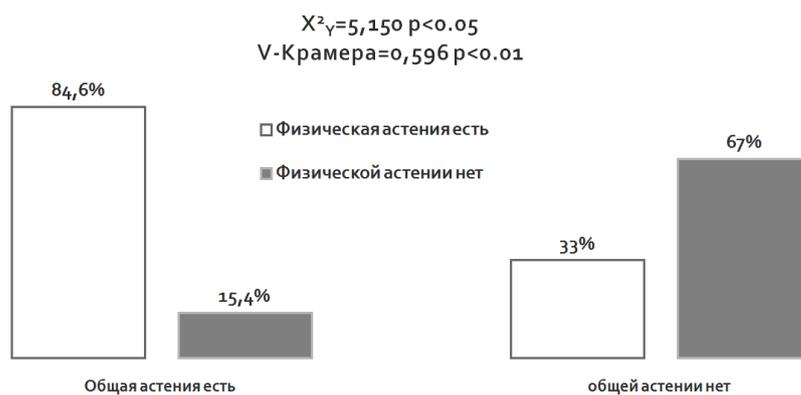


**Рисунок 4** – Астенический синдром и показатель общей астении



**Рисунок 5** – Распределение показателя физической астении, снижения мотивации и психической астении в группе (n=19)

Физическая астения достоверно чаще встречалась в группе с общей астенией. V-Крамера демонстрирует умеренную связь этих показателей. Также в ходе исследования снижения мотивации достоверно отмечалась только у пациентов со сниженной активностью (рисунки 6, 7)



**Рисунок 6** – Связь общей астении с физической астенией



**Рисунок 7**– Связь пониженной активности со снижением мотивации

Умеренные и тяжелые ограничения жизнедеятельности в связи с болью в шее встречались достоверно часто только в группе пациентов с инсомническими нарушениями. При этом обнаружена сильная связь между показателями (рисунок 8).

**$p$ -Фишера=13,26  $p<0.01$**

**V-Крамера=0,884  $p<0.01$**



**Рисунок 8**– Связь степени ограничения жизнедеятельности с инсомнией (n=21)

### Выводы:

1. В исследуемой группе преобладали пациенты с умеренным ограничением жизнедеятельности по причине болей в шее.

2. Инсомния отмечалась у 76,2% пациентов в исследуемой группе, астенический синдром выявлен у 90,4% обследованных.

3. Развитие общей астении статистически достоверно ассоциировано с проявлением физической астении ( $X^2Y = 5,150$   $p < 0.05$  V-Крамера = 0,596  $p < 0.01$ ).

4. Снижение мотивации у пациентов с цервикалгиями достоверно связано с понижением активности ( $X^2Y = 5,955$   $p < 0.05$  V-Крамера = 0,645  $p < 0.01$ ).

5. Выявлена статистически достоверная связь между степенью ограничения жизнедеятельности в связи с болью в шее и развитием инсомнических нарушений у пациентов с цервикалгиями ( $p$ -Фишера = 13,26  $p < 0.01$  V-Крамера = 0,884  $p < 0.01$ )

При хроническом болевом синдроме в шее необходим комплексный психофизиологический подход с учетом как периферических, так и психологических факторов происхождения боли.

Лечебные подходы должны предусматривать фармакотерапевтические стратегии с учетом присутствия у этих пациентов не только болевых, мышечно-тонических, вегетативных синдромов, но и диссомнических, стрессогенных, астенических компонентов.

*D. A. Tsigankova, V. Y. Korsik*

## **ASTHENIA, ANXIETY AND INSOMNIA IN PATIENTS WITH CEVICAL-GIA**

*Tutor: associate professor A.G. Bayda*

*Department of Neurology and Neurosurgery,  
Belarusian State Medical University, Minsk*

### **Литература**

1. Chechet EA, Parfenov VA. Management of patients with neck pain. Nevrologiya, neiro-psikhiatriya, psikhosomatika. Neurology, neuropsychiatry, psychosomatics. 2016; (8) 1:4 - 8.
2. М.А. Лебедев, С.Ю. Палатов, Г.В. Ковров, Е.П. Щукина, Х.Т. Биняминов. Астения – симптом, синдром, болезнь Эффективная фармакотерапия. 1/2014. – С. 30 – 38.
3. Dunner D. Management of anxiety disorders: the added challenge of comorbidity // Depress. Anxiety. – 2001. – V. 13. – P. 57–71.
4. Garcia-Rio F., Miravittles M., Soriano J.B. et al. Systemic inflammation in chronic obstructive pulmonary disease: a population-based study. Respir. Res. 2010; 11: 63.