

І.А.Ташук

## НЕВРОЗ СЕРЦЯ: ПРЕМОРБІДНИЙ ФОН ЧИ ЕТАПНІСТЬ РОЗВИТКУ ІШЕМІЇ ?

Кафедра госпітальної терапії, ЛФК та спортивної медицини (зав. – проф. В.К.Ташук)  
Буковинської державної медичної академії

**Резюме.** З метою визначення впливу неврозу серця на обмеження коронарного резерву за умов поєданого перебігу ішемічної хвороби серця (ІХС) і симптомокомплексу соматоформного діагнозу обстежено 46 хворих на нестабільну стенокардію та 43 хворих на стабільну стенокардію з проявами астеноневротичного синдрому. Група зіставлення складалася з 86 (65,2%) пацієнтів з ізольованою клінікою нестабільної стенокардії та 134 (75,7%) хворих на ізольовану стабільну стенокардію. Визначено, що для поєднання нестабільної/стабільної стенокардії і астеноневротичного синдрому (тобто, за наявності залишкового преморбідного фону) із значним поліморфізмом скарг характерним є більш високий коронарний та міокардіальний резерви. Ізольований перебіг ІХС є наступною стадією прогресування коронарного атеросклерозу, зменшення функціональних і зростання органічних пошкоджень міокарда характеризуються обмеженням коронарного та міокардіального резервів.

**Ключові слова:** невроз серця, стенокардія, стрес-тести.

**Вступ.** Серцевий невроз визначається як “кардіальні” скарги з відсутньою органічною основою, що проходять у вигляді “серцевого неврозу занепокоєння”, “серцевого занепокоєння і безладдя”, “функціональних серцевих скарг” і відповідно МКХ-10 – соматоформного автономного функціонального безладдя серцево-судинної системи [2,5]. Все більше уваги приділяється аналізу так званих тривожних порушень. Доведено, що ймовірність неврозу серця коливається в межах 30-40% кардіальних пацієнтів, однак частота його реальної діагностики набагато менша [5]. Порушення міжорганних системних процесів у дитинстві, формування нейрофункціональної патології в юнацькому віці з розвитком конфлікту автономної залежності балансу різних відділів нервової системи умовно переривається на етапі визначення органічної патології серцево-судинної системи, однак продовжує впливати на перебіг ішемічної хвороби серця (ІХС).

**Мета дослідження.** Визначити вплив неврозу серця на обмеження коронарного резерву за умов поєданого перебігу ІХС і симптомокомплексу соматоформного діагнозу.

**Матеріал і методи.** Обстеженню підлягали 46 пацієнтів із нестабільною стенокардією (НС) та 43 хворих на стабільну стенокардію (СС) з проявами неврозу серця у вигляді астеноневротичного синдрому (АНС), що визначали за наявності задишки, оніміння, “тріпотіння серця”, тахікардії і кардіалгій, які супроводжувалися тремтінням, пітливістю, нудотою, запамороченням та проходили разом із втратою настрою, ентузіазму, спрямування, що за умов відсутності нейропсихічної патології та розповсюдження на вегетативно іннервовані органи підпадає під групу симптомів, характерних для симптомокомплексу соматоформного діагнозу або АНС [3]. Група зіставлення складалася з 86 (65,2%) пацієнтів з ізольованою клінікою НС та 134 (75,7%) хворих на ізольовану СС. Всім пацієнтам виконані стрес-тести – черезстравохідна електрокардіостимуляція (ЧЕСС), велоергометрія (ВЕМ) та ехокардіографія (ЕхоКГ). ЧЕСС розпочинали з частоти, що на 10% переважала вихідне значення частоти серцевих скорочень, східчозростаючими частотами 100, 120, 140, 160 імпульсів/хв тривалістю 2 хв до появи ознак ішемії, про що свідчив розвиток болі та електрокардіографічні (ЕКГ) зміни фази реполяризації. Використовували черезстравохідний електрокардіостимулятор ПЕКС-1 (Україна), як реєстратор – поліграф “RFT Bioset 3000” (Німеччина). ВЕМ виконували на апараті “BE-01” (Україна), початкова потужність також залежала від результатів ЧЕСС. У випадках ішемічних змін ЕКГ аналізували її якісну динаміку – сумарну депресію сегмента ST (SST). ЕхоКГ проводили на апараті “Interspec XL” (“BBS Medical Electronic AB”, США) з реєстрацією кішечоводіастолічного та кінцевосистолічного об’ємів (КДО та КСО), фракції викиду (ФВ). Результати обстеження аналізували з визначенням середніх величин, помилки середнього, t-критерію Стьюдента з математичною обробкою даних за допомогою ЕОМ “Pentium-II” з використанням електронних таблиць “Excel-5” та програми “Statistica for Windows v.5.0” (Stat Soft, США).

**Результати дослідження та їх обговорення.** У таблиці наведені результати проведених досліджень. З’ясувалось, що, за даними ЧЕСС і ВЕМ, визначено більш обмежений рівень редукції коронарного резерву стосовно частоти припинення стимуляції та толерантності до навантаження у пацієнтів з ізольованою клінікою

Таблиця  
**Результати обстежень пацієнтів зі стабільною і нестабільною стенокардією залежно від клініки неврозу серця (M±n)**

№	Показники	НС n = 132		СС n = 177		P <sub>1-2</sub>	P <sub>3-4</sub>	P <sub>1-3</sub>	P <sub>2-4</sub>
		Група НС+АНС n=46 (34,8%)	Група НС n=86 (65,2%)	Група СС+АНС n=43 (24,3%)	Група СС n=134 (75,7%)				
1	Частота припинення ЧСЕС, імпл/хв	150,8±2,8	145,8±1,2	146,3±4,4	127,8±1,2	p>0,05	p<0,001	p>0,5	p<0,001
2	Толерантність до навантаження, Вт	126,8±5,3	80,2±3,1	129,1±10,1	74,6±3,2	p<0,001	p<0,001	p>0,5	p>0,2
3	ΣST (ЧСЕС), мм	7,31±1,29	8,49±0,40	5,83±0,56	3,73±0,24	p>0,2	p<0,001	p>0,5	p<0,001
4	ЧСАП, мс	158,1±9,2	130,7±11,7	158,3±22,9	289,2±6,4	p>0,05	p<0,001	p>0,5	p<0,001
5	КЧВФСВ, мс	203,9±18,8	242,4±14,2	233,0±32,5	254,8±6,3	p>0,1	p>0,5	p>0,2	p>0,5
6	ФВ, %	62,5±2,3	56,5±1,1	65,7±1,3	48,5±0,8	p<0,01	p<0,001	p>0,2	p<0,001
7	ЗХС, ммоль/л	6,62±0,39	6,49±0,13	6,51±0,24	7,12±0,70	p>0,5	p>0,2	p>0,5	p>0,2
8	ТГ, ммоль/л	2,44±0,41	2,54±0,11	1,91±0,14	2,17±0,15	p>0,5	p>0,2	p>0,2	p<0,05

НС та СС в зіставленні з хворими в групах, де ІХС супроводжувалася проявами АНС і клінікою поліморфних скарг, що характерні для неврозу серця, які реєструвалися на фоні ішемічних скарг і анамнезу. Визначені певні розбіжності реалізації ішемії, за даними ЧСЕС і ВЕМ, залежно від проявів клінічної нестабільності. Так, у пацієнтів з НС і СС, за наявності неврозу серця і АНС, вихідні параметри частоти припинення стимуляції вірогідно не розрізнялись (p>0,05); редукція коронарного резерву, за даними ЧСЕС, була більшою за ізольованого перебігу НС (p>0,05) і СС (p<0,001) при суттєвішому зменшенні для ізольованої СС в порівнянні з НС (p<0,001). Аналогічне спрямування доведено і для розподілу толерантності до навантаження при ВЕМ (таблиця). Аналіз сумарної депресії сегмента ST (SST), за даними стрес-тестів, визначив деякі розбіжності. Так, SST розрізнялася недостовірно для ЧСЕС у пацієнтів з НС в поєднанні з АНС та ізольованою клінікою НС. Одночасно показник був більшим (p<0,001) у пацієнтів з СС та клінікою неврозу серця в зіставленні з ізольованою СС (табл.). Визначення стану провідної системи і функції синусового вузла за умов поєднання проявів неврозу серця та НС і СС при проведенні ЧСЕС свідчив про динаміку до зростання часу синоатріального проведення (ЧСАП) та часу відновлення функції синусового вузла (ЧВФСВ) за поєданого перебігу ІХС та проявів АНС в порівнянні з ізольованою стенокардією; вірогідними зміни були лише для стабільної стенокардії (p<0,001). Дослідження стану скоротливості міокарда при ЕхоКГ за змінами ФВ показало її більший рівень за умов поєднання клініки неврозу серця та ІХС, причому її зміни були більш вираженими у хворих на ізольовану СС (p<0,001). Цікаво, що залежності показників ліпідів від перебігу НС і СС як ізольованого, так і в поєднанні з неврозом серця, не визначено щодо рівнів загального холестерину (ЗХС) та триацилгліцеролів (ТГ), як наведено в таблиці.

Таким чином, проведене дослідження дозволяє заакцентувати концепцію про існування можливості поєднання функціональних і

органічних порушень за умов реалізації редукції коронарного резерву в пацієнтів з ІХС, що формує необхідність визначення впливу преморбідного фону на розвиток ішемії міокарда на стадії нейрофункціональних порушень, які проходять в умовах розвитку клініки соматоформної вегетативної дисфункції та їх частку в подальшому при формуванні органічних пошкоджень міокарда. Несподіваним стало поєднання більш високого коронарного та міокардіального резервів (частота припинення ЧСЕС, толерантність до навантаження при ВЕМ, ФВ при ЕхоКГ) і поліморфної клініки невроту серця і ІХС та, навпаки, значне обмеження резервів за ізольованої клініки НС і СС, що дозволяє їх розглядати як другий етап прогресування атерогенезу зі зменшенням функціональних і збільшенням органічних пошкоджень міокарда. Одночасно сумарна депресія сегмента ST та рівні ліпідів не були пов'язані цією залежністю. Отже, клінічний варіант об'єднаного перебігу невроту серця і ІХС пов'язаний із більшим поліморфізмом скарг та суб'єктивних проявів, що формує хибну уяву про більш важкий клас СС та, особливо, НС відповідно класифікації Браунвальда. В інших дослідженнях [4] у пацієнтів з незмінними коронарними судинами та клінікою поліморфних кардіалгій було доведено, що показники стрес-тестів у випадках поєднання кардіалгій з коронарною хворобою серця були гіршими. Визначено, що констеляція симптомів напруженості, депресії, втрати концентрації, впевненості, енергії, зростання втоми, страху, появи тахікардії для 12 з них спостерігається у 80% випадків, 9 – в 70-80%, 18 – в 70-60% і 17 – в 60-50% [1], тобто, існує проблема розподілу скарг у пацієнтів з ІХС.

#### **Висновки.**

1. Поліморфізм скарг за поєднання нестабільної/стабільної стенокардії й астеноневротичного синдрому є залишковим преморбідним фоном, що зумовлений попередньою соматоформною вегетативною дисфункцією.
2. Для поєднання нестабільної/стабільної стенокардії і астеноневротичного синдрому характерним є більш високий коронарний та міокардіальний резерви.
3. Ізольований перебіг ІХС є наступною стадією прогресування коронарного атеросклерозу; зменшення функціональних і зростання органічних пошкоджень міокарда характеризуються обмеженням коронарного та міокардіального резервів.

**Література.** 1. *Aleksandrowicz J.W.* Neurotic symptoms frequency // *Psychiatr. Pol.* – 2000. – Vol. 34, №1. – P. 5-20. 2. *Csef H.* Functional (somatoform) disorders in house calls by internists // *Internist (Berl).* – 2001. – Vol. 42, N 11. – P. 1476-1487. 3. *Langkafel M., Senf W.* Diagnosis of functional heart complaints from the psychosomatic viewpoint // *Herz.* – 1999. – Vol. 24, № 2. – P. 107-113. 4. *Potts S.G., Lewin R., Fox K.A., Johnstone E.C.* Group psychological treatment for chest pain with normal coronary arteries // *The Quarterly Journal of Medicine: monthly journal of the Association of Physicians.* – 1999. – Vol. 92, №2. – P. 81-86. 5. *Simson U., Martin K., Janssen P.L.* Cardiac neuroses // *Versicherungsmedizin.* – 2001. – Vol. 53, N3. – P. 124-128.

### **CARDIAC NEUROSIS: PREMORBID BACKGROUND OR ISCHEMIC DEVELOPMENT STADGING ?**

*I.A. Tashchuk*

**Abstract.** For the purpose of determining the influence of cardiac neurosis on the limitations of the coronary reserve under conditions of a combined course of ischemic heart disease (IHD) and the symptomocomplex of somatophormous diagnosis the author examined 46 patients with unstable angina pectoris and 43 patients with stable angina pectoris with manifestations of asthenoneurotic syndrome. The group of comparison consisted of 86 (65,2%) patients with an isolated clinical picture of unstable angina pectoris and 134 (75,7%) patients, suffering from isolated stable angina pectoris. It was determined that higher coronary and myocardial reserves were typical of combined unstable/stable angina pectoris and astheno-neurotic syndrome (that is, in the presence of residual premorbid background) with a considerable polymorphism of complaints. An isolated course of IHD followed by the stage of progressing coronary atherosclerosis, a decrease of functional damage and an increase of organic damage of the myocardium are characterized by limitations of the coronary and myocardial reserves.

**Key words:** cardiac neurosis, angina pectoris, stress-tests.

Bukovinian State Medical Academy (Chernivtsi)

Надійшла до редакції 29.01.2002 року