

УДК 616.8:616.711-092-07:616-071.2

ВПЛИВ ПСИХІЧНИХ ЯКОСТЕЙ КОСТИТУЦІЇ ЛЮДИНИ НА КЛІНІЧНУ КАРТИНУ РЕФЛЕКТОРНИХ ВЕРТЕБРОНЕВРОЛОГІЧНИХ РОЗЛАДІВ У ШИЙОМУ ВІДДІЛУ ХРЕБТА

І. А. Назарчук

**Назарчук
Ірина Анатоліївна**

Державна установа «Інститут неврології, психіатрії та наркології Національної академії медичних наук України», 61068, м. Харків, вул. Академіка Павлова, 46
Харківський національний університет імені В.Н.Каразіна, 61022, м. Харків,
майдан Свободи, 6
nazarchuk_irina@ukr.net
ORCID ID: 0000-0002-2476-4588

Мета роботи – вивчити вплив психічних якостей конституції людини на больові прояви у клінічній картині рефлекторних вертеброневрологічних розладів у шийному відділі хребта (РВНР ШВХ).

Матеріали і методи. 93 хворим (віку 18 - 44 роки) проведені клініко-анамнестичне, клініко-функціональне (вертеброневрологічне), клініко-неврологічне дослідження. Використовувались опитувальник О.М. Вейна та його інші діагностичні підходи. Психічні якості конституції людини досліджені шляхом визначення темпераменту за опитувальником ЕРQ Айзенка. В усіх обстежених були діагностовані РВНР ШВХ (цервікокраніалгії, цервікалгії, цервікобрахіалгії).

Результати та їх обговорення. Синдромоутворюючу морфо-функціональну основу виявлених РВНС ШВХ у обстежених склали регіональні м'язово-тонічні порушення. РВНС ШВХ характеризувалися, окрім болю, і больовими проявами у клінічній картині. Це запаморочення і дискоординація, сегментарні порушення больової і тактильної чутливості, сегментарні вегетативні і судинні прояви. Дослідження психічних якостей конституції хворих із РВНР ШВХ показало переважання холеричного і меланхолічного типів темпераменту. Виявлені диференційні клінічні відмінності для кожного типу темпераменту.

Конституціональні психічні якості впливають на формування, поліморфізм і виразність розглянутих клінічних проявів РВНР ШВХ і обумовлюють важкість перебігу. Гірше почувуються при цервікалгіях, цервікокраніалгіях, цервікобрахіалгіях насамперед меланхоліки, а також холерики. Краще самопочуття і легше перебіг у сангвініків та флегматиків. Типи темпераменту можна вважати відповідними предикторами, які доцільно ураховувати в розробці лікувально-профілактичних заходів. Продовження досліджень щодо конституціонального підходу актуальне і надалі.

Висновки. Конституціональні психічні якості, закладені у темпераменті, впливають на клінічну картину РВНР ШВХ, формуючи її структуру і додаючи різних відтінків її симптоматичному забарвленню. Конституціональні психічні якості можуть служити предикторами важкості перебігу вивченої патології, критеріями диференціації її лікування і профілактики.

Ключові слова: конституція людини (людська конституція), темперамент, цервікокраніалгія, біль у шиї, перебіг, вертеброневрологічні розлади, шийний відділ хребта.

Вступ. Вертеброневрологічні розлади поєднують у собі порушення функціонування опорно-рухового апарату, нервової, серцево-судинної, а також деяких інших органів і систем. Вони узагальнюються як наслідок дії спільних етіологічних чинників і низки патологічних механізмів, у більшості випадків рефлекторних. Їх розділяють за локалізацією і при залученні шийного рівня визначають як цервікокраніалгію, цервікалгію, цервікобрахіалгію, а в англійській літературі часто як neck pain [1-12]. Засновники вертеброневрології і їх послідовники відмічали умовність цих визначень, оскільки біль є провідним і важливим, але лише одним із проявів складних симптомокомплексів [1-10]. Протягом останніх 30-40 років уявлення щодо виникнення болю у шії та спині поступово змінювалися. Напрямок цих змін від системної і локальної вертеброгенної патології, яка детально вивчена у 70-80 роках минулого століття (остеохондроз, спондиліоз, спондилоартроз, стеноз хребтового каналу), до уявлення останнього часу, такого як неспецифічний больовий синдром. Останній, на думку різних авторів може зустрічатися до 80-85% випадків болю у шії та спині і має поліетіологічний характер. Хочеться висловити думку, що істина знаходиться «по середині», що вертебральна патологія є одним із чинників формування не тільки болю, але й інших порушень. На подолання болю спрямована більшість досліджень останніх років, хоча актуальним є вивчення етіопатогенетичних і лікувально-діагностичних аспектів усієї проблеми. Клінічні прояви, які існують поряд із болем або незалежно від нього, вивчені значно менше, але теж погіршують і якість життя і працездатність, що також спонукає хворих звертатися за допомогою. Як біль, так і невеликі симптоми вертеброгенних розладів мають складний патогенез, основу якого найчастіше складає рефлекторний механізм, який реалізується за участю вегетативних, психічних, судинних та інших порушень і особливостей. Тому видається цікавим вивчення не тільки болю, але й невеликих проявів вертеброневрологічних розладів. Саме це викликало інтерес провести відповідне дослідження, і до того ж застосувати конституціональний підхід як загальнобіологічну основу виникнення хвороб і протидії ним. Конституціональний підхід передбачає вплив індивідуальних психічних, соматичних, функціональних якостей і реактивності на формування, перебіг захворювань і їх корекцію. Сучасні наукові роботи свідчать про актуальність і перспективність такого погляду у вертеброневрології [4; 5]. У попередніх роботах було показано роль соматичних якостей конституції людини, а у цій буде приділено увагу її психічним якостям.

Мета дослідження – вивчити вплив психічних якостей конституції людини на невеликі прояви у клінічній картині рефлекторних вертеброневрологічних розладів у шийному відділі хребта.

Матеріали та методи дослідження. Обстежено 93 хворих, які зверталися до невролога, із підгострими і хронічними формами рефлекторних вертеброневрологічних розладів у шийному відділі хребта (РВНР ШВХ). В структурі РВНР ШВХ превалювала цервікокраніалгія (М.53.0 за МКХ 10), яку діагностували у 86 хворих, цервікобрахіалгія (М.53.1 за МКХ 10) – у 9 хворих, що у 5 обстежених поєднувалася з цервікокраніалгією; цервікалгія (М.54.2 за МКХ 10) – у 3. В дослідження не включалися хворі із травматичними ушкодженнями голови і хребта, системними запальними, демієлінізуючими, онкологічними, серцево-судинними, психічними, іншими неврологічними захворюваннями та соматичними патологічними станами в анамнезі, які можуть спричиняти аналогічні симптоми. Вік обстежених 18 – 44 роки, серед них 24 чоловіка і 69 жінок.

Діагноз визначався на підставі результатів комплексного обстеження пацієнтів, яке включало: 1) клініко-анамнестичне дослідження з встановленням особливостей виникнення і перебігу існуючих скарг, наявності інших захворювань; 2) клініко-функціональне (вертеброневрологічне) дослідження, при якому визначалися клінічні прояви, обсяг рухів і стан м'язів ШВХ, поясу верхніх кінцівок і верхніх кінцівок, оцінювали м'язово-тонічні порушення за інтенсивністю і поширеністю [1;2;4;8] та ін.; 3) клініко-неврологічне дослідження для виявлення відхилень від норми у неврологічному статусі, виявлення чутливих і вегетативних порушень з використанням опитувальника Вейна О.М. та його інших діагностичних підходів [13]; 4) функціональна рентгенографія ШВХ. Проводилися також ультразвукова доплерографія судин головного мозку та ШВХ із функціональними навантаженнями; комп'ютерна та магнітно-резонансна томографія ШВХ, головного мозку, клінічні і біохімічні аналізи, консультації суміжних фахівців за необхідністю.

Психічні якості конституції людини уміщували особливості психіки та поведінки, тип вищої нервової діяльності, які поєднані у темпераменті і досліджені за опитувальником EPQ Айзенка [14]. Статистична обробка результатів проводилася за допомогою стандартного пакету програм SPSS 20.0. Результати вважали статистично достовірними при $p < 0,05$, $p < 0,01$, $p < 0,001$.

Результати дослідження та їх обговорення. Синдромоутворюючу морфо-функціональну основу виявлених РВНС ШВХ складав спазм регіональних м'язів

(голови, шиї, поясу верхніх кінцівок і верхніх кінцівок) – гіпертонус, який характеризувався напруженням, ущільненням, скороченням м'язу і зменшенням обсягу рухів у відповідному хребтотно-руховому сегменті або суглобі. У частини хворих були виявлені і ознаки гіпотонії окремих м'язів шийного регіону, які поєднувалися із гіпертонусом інших м'язів ШВХ. До цих регіональних м'язово-тонічних порушень приєднувалися як етіопатогенетичні чинники у багатьох випадках підвищена рухомість шийного відділу хребта в окремих напрямках а також нестабільність ШВХ. Істотний внесок у формування клінічної картини РВНР ШВХ надали регіонарні вегетативні і судинні порушення, більшість яких була викликана роздратуванням симпатичного сплетіння хребтотнох артерій. Вони спричиняли клінічні наслідки при вертеброневрологічному і клініко-неврологічному дослідженні появою або зростанням існуючих скарг у частини хворих. Нейродистрофічних ознак, парезів, характерних для виразних дегенеративно-дистрофічних змін опорно-рухового апарату у обстежених хворих виявлено не було.

Клінічна картина РВНР ШВХ була поліморфною, поєднувала різноманітні неврологічні прояви із проявами з боку органів зору, слуху, дихання, серцево-судинної системи, емоційної сфери, загального стану. Особливістю перебігу був чіткий зв'язок більшості ознак із рухами, положенням голови і тіла, фізичною активністю, статичними і динамічними навантаженнями, що підтверджувалося при вертеброневрологічному і клініко-функціональних дослідженнях. Найчастіше хворі скаржилися на біль (84 особи – 90,3 % обстежених). Співвідношення такого болю із конституціональними якостями вивчені в окремому дослідженні, яке друкується, і тому не будуть висвітлюватися тут.

Інші клінічно значущі, невеликі прояви РВНР ШВХ наведені нижче. Запаморочення і дискоординація були одними із провідних симптомів і мали різні характеристики, але завжди залежали від рухів і положення. Максимально виразними і несприятливими вони ставали коли виникали гостро у вигляді нападів як пароксизмальні порушення кровообігу у вертебро-базиллярному басейні внаслідок обертань або інших рухів голови чи тіла. Запаморочення і дискоординація із різкими загальною слабкістю або слабкістю у кінцівках, на тлі яких могли спостерігатися також посилення або поява болю у голові, шиї, нудота, пітливість, коливання артеріального тиску і пульсу, шум, різномінітні зорові порушення, у деяких випадках і непритомність. Тривали такі напади від декількох секунд до декількох годин із зменшенням або зникненням існуючих проявів у стані спокою. Цей

симптомокомплекс відповідає описаним варіантам порушень кровообігу із залученням хребтотнох артерій (синдром хребтотної артерії) і вертебробазиллярної недостатності [1; 2; 4; 6; 10]. У частини хворих запаморочення і дискоординація виникали і поєднувалися із шумом, гулом, шелестінням у вухах, зниженням слуху, які описуються як кохлеовестибулярний синдром вертебротного походження.

Спостерігалось порушення поверхневих видів чутливості (больової і тактильної) найчастіше полісегментарне двостороннє з асиметрією або одностороннє: в межах усіх дерматомів ШВХ (С1-С8) на рівні шиї, поясу верхніх кінцівок, дерматомів шийного (С1-С4) та плічового (С5-Т1) сплетінь і, як варіант, у дистальних відділах дерматомів С5-Т1 (у пальцях кистей або кистях). Моно- і двосегментарні локалізації також спостерігалися, але рідше. Ці порушення чутливості уміщували оніміння, парестезії та гіперестезії. Перші два види виявлялися як суб'єктивні відчуття. У частини хворих таке оніміння підтверджувалося при дослідженні больової чутливості під час огляду, а також співпадало із ділянками гіпо- або гіпералгезії. Гіперестезія об'єктивізувалася під час вертеброневрологічного дослідження.

Спостерігалися випадки оніміння кистей або пальців кистей вночі або після тривалого перебування рук у одному положенні, які проходили після активних рухів. Глибокі види чутливості залишалися у нормі.

Сегментарні вегетативні і судинні прояви. Перманентні вегетативні і судинні порушення співпадали за локалізацією із м'язово-тонічними і чутливими порушеннями, переважали на обличчі і кистях рук, містили зміни кольору шкіри (гіперемія, блідість, ціаноз), похолодання, локальний гіпергідроз, сухість, лущення. Описані вище оніміння і парестезії кистей протягом ночі також відносять і до вегетативних проявів. Частими були перманентні коливання артеріального тиску і пульсу, порушення циклу сон-неспанья, астенія, емоційна лабільність. Пароксизмальні вегетативні порушення відмічалися кризами із змішаними або окремими симпатико-адреналовими чи вагоінсулярними проявами.

Дослідження психічних якостей конституції хворих із РВНР ШВХ показало переважання холеричного (42 особи) і меланхолічного (30 осіб) типів темпераменту і склали І і ІІІ групи відповідно. Відмінністю цих типів є високі емоційні сприйнятливості, лабільність, реактивність, яку називають нейротизмом і використовують як один із критеріїв оцінки темпераменту [14]. Менша кількість хворих із РВНС ШВХ мали низький рівень нейротизму, були врівноваженими і мали сангвінічний (16 осіб) і флегматичний (5 осіб) типи темпераменту, склали ІІ і

IV групи відповідно. Структура зазначених симптомів РВНР ШВХ наведена на малюнку і розподілена відповідно типам темпераменту (мал.1).

Клінічні прояви (вертикальна вісь): 1– регіональні м’язово-тонічні порушення, 2 – запаморочення, дискоординація, 3 – кохлеовестибулярні прояви, 4 – пароксизми із порушенням кровообігу у хребтових артеріях, 5 – сегментарні порушення больової і тактильної чутливості в цілому, 6 – гіперестезія, 7 – оніміння, 8 – парестезії, 9 – вегетативно-судинні прояви на обличчі і кистях рук, 10 – коливання артеріального тиску і пульсу, 11 – порушення циклу сон-неспанння, 12 – астенія і емоційна лабільність, 13 – вегетативні пароксизми.

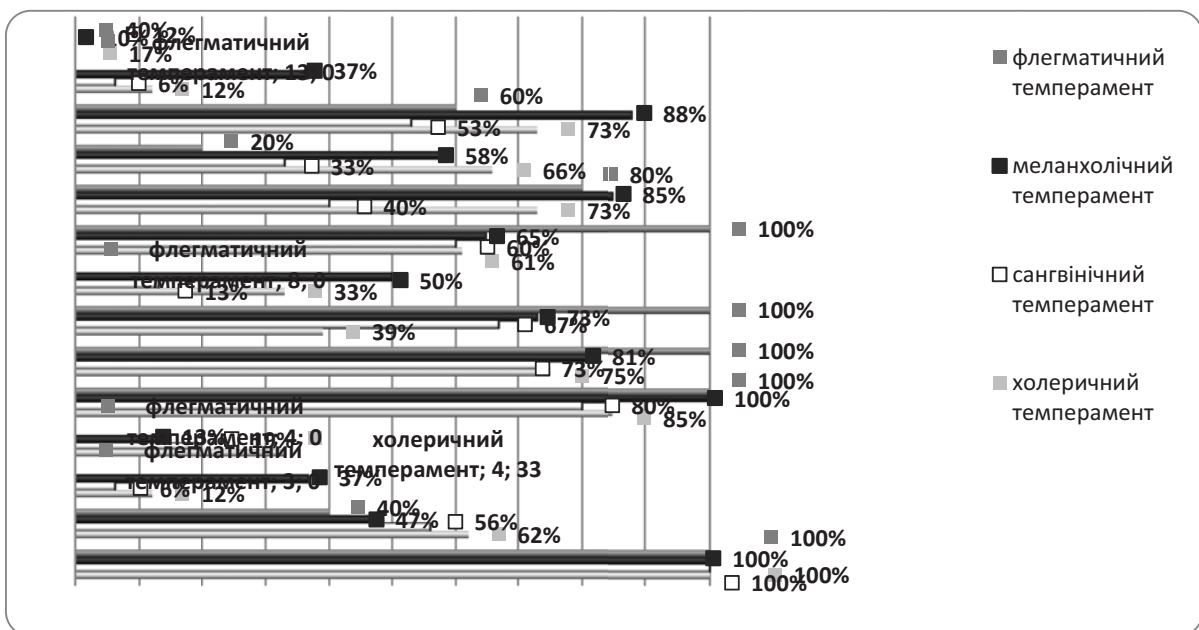
Відмінності у клінічній картині РВНС ШВХ у осіб з різними темпераментами візуалізуються на мал.1 і підтверджувалися статистично у низці порівнянь. Регіональні м’язово-тонічні порушення об’єктивізувалися в усіх обстежених. Запаморочення і дискоординація мали тенденції до переважання у холеричного і сангвінічного типу темпераментів. Кохлеовестибулярні прояви переважали у меланхоліків, порівняно із трьома іншими типами темпераменту ($p < 0,05$), а також відрізняли флегматиків своєю відсутністю ($p < 0,05, 0,01$). Пароксизми із порушенням кровообігу у хребтових артеріях зустрічалися у обстежених не часто (у 22,6 % від загальної кількості), але вони суттєво переважали у холериків, порівняно із меланхоліками і флегматиками ($p < 0,05, 0,01$).

При дослідженні поверхневої чутливості у обстежених переважали ознаки роздратування: гіперестезія,

елементи гіперпатії, парестезії («повзання мурашок», оніміння, холоду, печії, простріли «током»). Сегментарні порушення больової і тактильної чутливості, насамперед гіперестезія у дерматомах ШВХ, достовірно ($p < 0,05, 0,01$) характеризували хворих в усіх 4 групах. Меланхоліків і флегматиків достовірно ($p < 0,01$) характеризували також і оніміння у дерматомах ШВХ, чим відрізняло цих хворих від холериків ($p < 0,01$). Часті парестезії суттєво відрізняли ($p < 0,01$) меланхоліків від сангвініків і флегматиків.

Сегментарні вегетативні і судинні прояви, як і порушення чутливості, достовірно ($p < 0,05, 0,01$) характеризували хворих із РВНР ШВХ в усіх 4 групах. Вегетативно-судинні прояви на обличчі і кистях рук переважали у флегматиків ($p < 0,05, 0,01$), а в інших групах зустрічалися відносно рівномірно. Коливаннями артеріального тиску і пульсу достовірно ($p < 0,05, 0,01$) характеризувалися хворі із холеричним, меланхолічним і флегматичним темпераментами і цим значуще ($p < 0,05, 0,01$) відрізнялися від сангвініків. Присутність порушень циклу сон-неспанння зустрічалася частіше у холериків і меланхоліків, чим відрізняла хворих цих темпераментів від інших: перших достовірно ($p < 0,05$), других на рівні тенденції. Астенія і емоційна лабільність були частими проявами у обстежених. Вони зустрічалася найчастіше у меланхоліків, найрідше у сангвініків, чим і відрізнялися ($p < 0,05$) ці групи. Вегетативні пароксизми мали тенденцію до переважання у меланхоліків.

Таким чином, синдромоутворюючу морфо-функціональну основу виявлених РВНС ШВХ у обстежених скла-



Малюнок 1. Структура симптомів РВНР ШВХ відповідно типам темпераменту

дали регіональні м'язово-тонічні порушення. Перебіг РВНС ШВХ, окрім болю, характеризувався і невеликими проявами. Ними за результатами дослідження були запаморочення і дискоординація, сегментарні порушення больової і тактильної чутливості, сегментарні вегетативні і судинні прояви. Виявлені також і більш диференційні відмінності для кожного конституціонального типу. Холерики I групи характеризувалися коливаннями артеріального тиску і пульсу і лідирували за пароксизмальними порушеннями кровообігу у хребтових артеріях у вигляді нападів, що виникали різко внаслідок обертань або інших рухів голови чи тіла. Їм також були притаманні порушення циклу сон-неспанья. Сангвініки II групи не мали чітких і виразних акцентів у перебігу РВНР ШВХ. Меланхоліки III групи відрізнялися найбільшим клінічним поліморфізмом і найвиразнішими астенією, емоційною лабільністю, коливаннями артеріального тиску і пульсу, оніміннями і парестезіями у дерматомах ШВХ, кохлеовестибулярними проявами. Флегматики IV групи мали найбільшу і найрізноманітнішу представленість вегетативних і судинних порушень

на обличчі і кінцівках; коливання артеріального тиску і пульсу, оніміння у дерматомах ШВХ.

Конституціональні психічні якості впливають на формування, поліморфізм і виразність розглянутих клінічних проявів РВНР ШВХ і обумовлюють важкість перебігу. Гірше почувуються при цервікалгіях, цервікокраніалгіях, цервікобрахіалгіях насамперед меланхоліки, а також холерики. Краще самопочуття і легше перебіг у сангвініків та флегматиків. Типи темпераменту можна вважати відповідними предикторами, які доцільно ураховувати в розробці лікувально-профілактичних заходів. Продовження досліджень щодо конституціонального підходу актуальне і надалі.

Висновки. Конституціональні психічні якості, закладені у темпераменті, впливають на клінічну картину РВНР ШВХ, формуючи її структуру і додаючи різних відтінків її симптоматичному забарвленню. Конституціональні психічні якості можуть служити предикторами важкості перебігу вивченої патології, критеріями диференціації її лікування і профілактики.

Конфлікту інтересів немає.

ЛІТЕРАТУРА

1. Попелянский Я.Ю. Ортопедическая неврология (вертеброневрология): Руководство для врачей. Том 1. Синдромология. – Казань, 1997. – 554с.
2. Хабиров Ф.А. Клиническая неврология позвоночника. – Казань, 2003. – 472с.
3. Мищенко Т.С., Мищенко В.Н., Куфтерина Н.С. Патогенетические и терапевтические аспекты применения препарата мускомед при вертеброгенных мышечно-тонических синдромах / Т.С. Мищенко, В.Н. Мищенко, Н.С. Куфтерина // Международный неврологический журнал. – 2016. – №5 (83). – С.63–69. DOI: 10.22141/2224-0713.5.83.2016.78472
4. Морозова О., Ярошевський О., Логвіненко Г. Динаміка якості життя у молодих пацієнтів з вертебрально-базиллярною недостатністю і патобіомеханічними змінами опорно-рухового апарату на тлі комплексної немедикаментозної терапії / О. Морозова, О. Ярошевський, Г. Логвіненко // Психіатрія, неврологія та медична психологія. – 2019. – №10 – С. 24–30. DOI: 10.26565/2312-5675-2018-10-04
5. Бучакчийская Н.М., Марамуха И.В., Марамуха В.И. Роль мануальной терапии в лечении неврологических проявлений остеохондроза позвоночника / Н.М. Бучакчийская, И.В. Марамуха, В.И. Марамуха // Украинский неврологический журнал. – 2015. – №1. – С.99–102.
6. Калашников В.И. Синдром позвоночной артерии: клинические варианты, классификация, принципы диагностики и лечения / В.И. Калашников // Международный неврологический журнал. – 2010. – №31 (1). – С.93–99.
7. Назарчук І.А. Вплив соматотипу конституції людини на клінічну картину рефлекторних вертеброневрологічних розладів у шийному відділі хребта / І.А. Назарчук // Лікарська справа. – 2017. – №8. – С.129–133.
8. Назарчук І.А. Конституціональний м'язовий патерн у патогенезі м'язово-тонічних порушень при рефлекторних вертеброневрологічних синдромах

- шийного відділу хребта / І.А. Назарчук // Український неврологічний журнал. – 2015. – № 3. – С.30–34.
9. Langenfeld A., Bastiaenen C., Brunner F., Swanenburg J. Validation of the Orebro musculoskeletal pain screening questionnaire in patients with chronic neck pain / A. Langenfeld, C. Bastiaenen, F. Brunner, J. Swanenburg // BMC Res Notes. – 2018. – Vol.11. – P.161-165. DOI: 10.1186/s13104-018-3269-x
10. Leeuwen R.B., Zaag-Loonen H. Reply to the letter concerning the paper entitled "Dizziness and neck pain: a correct diagnosis is required before consulting a physiotherapist", by van Leeween and van der Zaag-Loonen / R.B. Leeuwen, H. Zaag-Loonen // Acta neurologica Belgica. – 2016. – Vol. 117(2). – P.575-576. DOI: 10.1007/s13760-017-0765-z
11. Monticone M., Ambrosini E., Vernon H. et al. Responsiveness and minimal important changes for the Neck Disability Index and the Neck Pain Disability Scale in Italian subjects with chronic neck pain / M. Monticone, E. Ambrosini, H. Vernon, [et al.] // Acta neurologica Belgica. – 2017. – Vol.117(2). – P.2821-2827. DOI: 10.1007/s00586-015-3785-5
12. Randerad-van der Zee CH, Beurskens AJHM, Swinkels RAHM. The burden of neck pain: its meaning for persons with neck pain and healthcare providers, explored by concept mapping / C.H. Randerad-van der Zee, A.J.H.M. Beurskens, R.A.H.M. Swinkels // Quality Life Res. – 2016. – Vol. 25. – P.1219-1225. DOI: 10.1007/s11136-015-1149-6
13. Вейн А.М. Вегетативные расстройства. Клиника, диагностика, лечение. – Москва: Медицинское информационное агенство. – 2003. – 752с.
14. Eysenck S.B.G., Eysenck H.J., Barrett P. A revised version of the psychoticism scale / S.B.G. Eysenck, H.J. Eysenck, P. Barrett // Personality and Individual Differences. – 1985. – Vol. 6(1). – P.21-29.

REFERENCES

1. Popelyansky Ya.Yu. Orthopedic neurology (vertebroneurology). Manual for doctors. Vol.1. Syndromology. 1997, 554p. [in Russ.]
2. Habirov F.H. Clinical neurology of spine. 2003, 472p. [in Russ.]
3. Mishchenko T.S., Mishchenko V.N., Kufferina N.S. Pathogenic and therapeutic aspects of Muscomed use in vertebrogenic muscular tonic syndroms. International

- neurological journal. 2016, no.5(83), pp. 63-69. DOI: 10.22141/2224-0713.5.83.2016.78472 [in Russ.]
4. Morozova O., Yaroshevsky O., Logvinenko G. The dynamics of quality of life in young patients with vertebrobasilar insufficiency and pathobiomechanical changes in the musculoskeletal system against the background of complex non-drug

therapy. *Psychiatry, neurology and medical psychology*. 2019, no.10, pp.24-30. DOI: 10.26565/2312-5675-2018-10-04

5. Bychakchyskaya N.M., Maramuha Y.V., Maramuha V.Y. Role of manual therapy in the treatment neurologic manifestations of spinal osteochondrosis. *Ukrainian neurological journal*. 2015, no.1, pp.99-102. [in Ukr.]

6. Kalashnikov V.Y. Syndrome of spine artery: clinical variants, classification, diagnostic and treatment directions. *International neurological journal*. 2010, no. 31(1), pp.93-99. [in Ukr.]

7. Nazarchuk I.A. Effect of human constitution somatotype on the clinical presentation reflex vertebroneurological disorders in cervical spine. *Medical practice*. 2017, no.8, pp.129-133. [in Ukr.]

8. Nazarchuk I.A. Constitutional muscle pattern in the pathogenesis of musculo-tonic reflex disturbances in neurological syndromes of the cervical spine. *Ukrainian neurological journal*. 2015, no.3, pp. 30-34. [in Ukr.]

9. Langenfeld A, Bastiaenen C, Brunner F, Swanenburg J. Validation of the Orebro musculoskeletal pain screening questionnaire in patients with chronic neck pain. *BMC Res Notes*. 2018, no.11, pp.161-165. DOI: 10.1186/s13104-018-3269-x

10. Leeuwen RB, Zaag-Loonen H. Reply to the letter concerning the paper entitled "Dizziness and neck pain: a correct diagnosis is required before consulting a physiotherapist", by van Leeuwen and van der Zaag-Loonen. *Acta neurologica Belgica*. 2016, no. 117(2), pp.575-576. DOI: 10.1007/s13760-017-0765-z

11. Monticone M, Ambrosini E, Vernon H et al. Responsiveness and minimal important changes for the Neck Disability Index and the Neck Pain Disability Scale in Italian subjects with chronic neck pain. *Acta neurologica Belgica*. 2017, no. 117(2), pp.2821-2827. DOI: 10.1007/s00586-015-3785-5

12. Randerad-van der Zee C.H., Beurskens A.J.H.M., Swinkels R.A.H.M. The burden of neck pain: its meaning for persons with neck pain and healthcare providers, explored by concept mapping. *Quality Life Res*. 2016, no. 25, pp.1219-1225. DOI: 10.1007/s11136-015-1149-6

13. Vein A.M. Vegetative disorders. *Clinic, diagnostic, treatment*. 2003, 752p. [in Russ.]

14. Eysenck S.B.G., Eysenck H.J., Barrett P. A revised version of the psychoticism scale. // *Personality and Individual Differences*. 1985. Vol. 6(1). pp.21-29.

ВЛИЯНИЕ ПСИХИЧЕСКИХ СВОЙСТВ КОНСТИТУЦИИ ЧЕЛОВЕКА НА КЛИНИЧЕСКУЮ КАРТИНУ РЕФЛЕКТОРНЫХ ВЕРТЕБРОНЕВРОЛОГИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ В ШЕЙНОМ ОТДЕЛЕ ПОЗВОНОЧНИКА

**Назарчук
Ирина Анатольевна**

Государственное учреждение «Институт неврологии, психиатрии и наркологии АМН Украины», 61068, г. Харьков, ул. Академика Павлова, 46
Харьковский национальный университет имени В. Н. Каразина, 61022, г. Харьков, площадь Свободы, 6
nazarchuk_irina@ukr.net
ORSID ID: 0000-0002-2476-4588

Цель работы – изучить влияние психических свойств конституции человека на неболевые проявления в клинической картине рефлекторных вертеброневрологических расстройств в шейном отделе позвоночника (РВНР ШОП).

Материалы и методы. 93 больным (возраст 18-44 года) проведены клиничко-анамнестическое, клиничко-неврологическое, клиничко-функциональное (вертеброневрологическое) исследования. Использовались опросник А.М. Вейна и его другие диагностические подходы. Психические свойства конституции человека исследованы путем определения темперамента по опроснику EPQ Айзенка. У всех обследованных были диагностированы РВНР ШОП (цервикокраниалгии, цервикалгии, цервикобрахиалгии).

Результаты и их обсуждение. Синдромообразующую морфо-функциональную основу выявленных РВНР ШОП у обследованных составили регионарные мышечно-тонические нарушения. РВНР ШОП характеризовались, кроме боли, и неболевыми проявлениями в клинической картине. Это головокружение и дискоординация, сегментарные нарушения болевой и тактильной чувствительности, сегментарные вегетативные и сосудистые проявления. Исследование психических свойств конституции у больных с РВНР ШОП показало преобладание холерического и меланхолического типов темперамента. Выявлены дифференцированные клинические отличия для каждого типа темперамента.

Конституциональные психические свойства влияют на формирование, полиморфизм и выраженность рассмотренных клинических проявлений РВНР ШОП и обуславливают тяжесть течения. Хуже чувствуют себя при цервикалгиях, цервикокраниалгиях и цервикобрахиалгиях, в первую очередь, меланхолики, а также холерики. Лучше самочувствие и легче течение у сангвиников и флегматиков. Типы темперамента можно считать соответствующими предикторами, которые целесообразно учитывать в разработке лечебно-профилактических мероприятий. Продолжение исследований конституционального подхода актуально и в дальнейшем.

Выводы. Конституциональные психические свойства, заложенные в темпераменте, влияют на клиническую картину РВНР ШОП, формируя ее структуру и добавляя разные оттенки ее симптоматическому окрашиванию. Конституциональные психические свойства могут служить предикторами тяжести течения изученной патологии, критериями дифференциации ее лечения и профилактики.

Ключевые слова: конституция человека (человеческая конституция), темперамент, цервикокраниалгия, боль в шее, течение, вертеброневрологические расстройства, шейный отдел позвоночника.

CONSTITUTIONAL PSYCHIC HUMAN QUALITIES INFLUENCE ON THE CLINICAL PICTURE OF REFLEX NEUROLOGICAL CERVICAL SPINE DISORDERS

Iryna Nazarchuk

State Institution «Institute of Neurology, Psychiatry and Narcology, National Academy of Medical Sciences of Ukraine», Akademika Pavlova street, 46, 61068, Kharkiv V.N. Karazin Kharkiv National University, 61022, Kharkiv, Svobody Square, 6
nazarchuk_irina@ukr.net
ORSID ID: 0000-0002-2476-4588

Objective - to study the constitutional psychic human qualities influence on the symptoms without pain in clinical picture of reflex neurological cervical spine disorders (RNCSD).

Methods and subjects. 93 patients (18-44 years old) were examined by clinical-anamnestic, clinical-functional (vertebroneurological), clinical-neurological methods. A.M. Vein's questionnaire was used and his others diagnostic approaches. Psychic functions of human constitution were studied by temperament type determining with using Eysenck's EPQ questionnaire. All patients had RNCSD as cervicocranialgia, cervicalgia and cervicobrachialgia.

Results and discussion. Muscle-tonic disturbances in the cervical spine segments were morpho-functional basis for RNCSD and clinical symptoms were formed for all sick from this study. RNCSD characterized by symptoms without pain in clinical picture, except pain. There are pain sensitivity and tactile sensitivity disturbances in the cervical spine segments and dizziness and lack of coordination. Constitutional psychic human qualities were examined and pointed domination temperament types among ill with RNCSD. It are choleric and melancholic temperament types. Differentiation clinical peculiarities were determined for every temperament type.

Constitutional psychic human qualities influence on the forming, many symptoms, expression and hard course RNCSD. Worse being have ill with cervicalgia, cervicocranialgia, cervicobrachialgia with melancholic and choleric temperament types. Better being and course of RNCSD have sick with sanguine and phlegmatic temperament types. For treatment and preventions there disorders should consider temperament types. Studies about constitutional approach are relevant.

Conclusions. Constitutional psychic human qualities which including in temperament influenced on the clinical picture of RNCSD. It create clinical structure and add different tints to symptoms coloring. Constitutional psychic human quality can use as predictors of burden course, choose criteries of treatment and prevention for patients with RNCSD.

Keywords: human constitution (constitution of the person), temperament, cervicocranialgia, neck pain, course, cervical spine disorders.