

ID: 2014-05-23-A-3480

Краткое сообщение

Алексеева Е.А., Данилова Е.В.

Особенности развития тревожных и депрессивных расстройств при заболеваниях, сопровождающихся хроническим болевым синдромом

*ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России**Научный руководитель: к.м.н., асс. Шоломова Е.И.*

Резюме

В работе рассмотрены особенности развития тревожных и депрессивных расстройств при заболеваниях, сопровождающихся хроническим болевым синдромом. Обследовано 30 человек с хроническим болевым синдромом. У большинства выявлены тревожно-депрессивные расстройства различной степени выраженности. Наличие аффективных расстройств коррелировало с характеристиками болевого синдрома сопутствующей патологией, особенностями основного заболевания.

В работе рассмотрены особенности развития тревожных и депрессивных расстройств при заболеваниях, сопровождающихся хроническим болевым синдромом. Обследовано 30 человек с хроническим болевым синдромом. У большинства выявлены тревожно-депрессивные расстройства различной степени выраженности. Наличие аффективных расстройств коррелировало с характеристиками болевого синдрома сопутствующей патологией, особенностями основного заболевания.

Ключевые слова: тревога, депрессия, хронический болевой синдром

Введение

По различным данным от 70 до 90% населения страдают вертеброгенными или дискогенными дорсопатиями, часто сопровождающимися хроническим болевым синдромом. Естественно, последний сказывается на эмоциональном состоянии пациента - снижается настроение, появляется раздражительность, немотивированная тревога. На фоне такого состояния нередко возникают депрессивные расстройства. Своевременное выявление и коррекция тревожных и депрессивных расстройств у пациентов с хроническим болевым синдромом могло бы ускорить процессы реабилитации данных больных.

Цель исследования: выявить распространённость тревожных и депрессивных расстройств у больных с хроническим болевым синдромом в составе вертеброгенных и дискогенных дорсопатий.

Материал и методы

Исследование проводилось на базе неврологического отделения СУЗ ГКБ № 9. В исследовании приняло участие 30 человек от 40 до 70 лет, 17 женщин и 13 мужчин, находящихся на стационарном лечении с основным диагнозом: Дорсопатия (60% - вертеброгенная дорсопатия, 40% - дискогенная дорсопатия). Сопутствующие заболевания: 60% - артериальная гипертензия, 20% - ишемическая болезнь сердца, 20% - хронический панкреатит, 20% - хронический холецистит, 10% - язвенная болезнь желудка. Диагноз устанавливался на основании данных анамнеза, неврологического осмотра, изучения истории болезни стационарного больного.

Методы исследования включали в себя опрос, неврологический осмотр, изучение медицинской карты стационарного больного и анкетирование. Для последнего использовались шкала оценки уровня тревоги и депрессии HADS, шкала Цунга, шкала Тейлора для определения выраженности уровня депрессии. Интенсивность болевого синдрома определяли с помощью шкалы боли Boechele и визуальная аналоговая шкала.

Результаты

У большинства исследуемых (53%) по шкале HADS отмечается субклинически выраженный уровень тревоги, из них у 62% - субклинически выраженная депрессия, у 38% - клинически выраженная депрессия. Эта группа больных неохотно участвовала в исследовании, ссылаясь на усталость, частые боли, при этом с соседями по палате были раздражительны, но проявляли интерес к приходящим родственникам. Шкала Цунга, используемая для оценки тревоги у этой категории пациентов коррелировала со шкалой HADS – то есть у 53% определялся субклинически выраженный уровень тревоги, при оценке результатов по шкале Тейлора – у 4 человек определялся средний уровень тревоги с тенденцией к низкому, у 12 человек – средний уровень тревоги с тенденцией к высокому. По визуальной аналоговой шкале выраженность боли у 5 человек – менее 5 баллов, 9 человек – на уровне 6-7 баллов, 2 человека отметили как 8-9 баллов. У 6 человек с клинически выраженной депрессией, по результатам анкетирования, отмечались ночные боли, которые нарушали сон больных, что способствовало развитию сонливости днём, снижению настроения, раздражительности, что усугубляло состояние больных. У 53% больных с субклинически выраженным уровнем тревоги первоочередное влияние на развитие аффективных расстройств оказывает выраженность боли и усиление боли в течение суток. Большинство из них – люди среднего возраста (от 40 до 45 лет) страдают дорсопатией в течение длительного времени – от 8 до 15 лет, обострения возникают по несколько (2-4) раз в год, на стационарном лечении находятся в среднем 1 раз в 2 года. Все лица с субклиническими проявлениями тревоги имели компенсированные сопутствующие заболевания. Чаще всего встречалась артериальная гипертензия (9 человек), у 4 человек – хронический панкреатит, у 3 человек – хронический холецистит. Однако влияния сопутствующей патологии на формирование тревоги у этих больных выявлено не было.

У 41% исследуемых (12 человек) по данным шкалы HADS определяется высокий уровень тревоги. Из них у 33% выявлена субклинически выраженная депрессия, а у 67% - выраженная депрессия. Однако эти пациенты охотно приняли участие в исследовании – заполняли анкеты, но о своём состоянии предпочитали не рассказывать. 10 человек субъективно отмечали возникающие по несколько раз в течение дня приступы немотивированной тревоги (до 3-4 эпизодов), по поводу которых принимают седативные препараты (Ново-Пассит, настойка валерианы, Афобазол). Средняя интенсивность боли по визуальной

аналоговой шкале – 9-10 баллов. Пациенты этой группы вынуждены принимать дополнительно высокие курсовые дозы НПВС. Обострения основного заболевания у этих больных возникали часто (5-6 раз в год), лечение в стационаре – 1-2 раза в год. У исследуемых этой группы имелись некомпенсированные сопутствующие заболевания. При этом у 6 человек наблюдались два и более сопутствующих заболевания. Чаще всего встречались ишемическая болезнь сердца, артериальная гипертензия, хронический панкреатит и хронический холецистит. Все лица с субклиническими проявлениями тревоги имели компенсированные сопутствующие заболевания. Чаще всего встречалась артериальная гипертензия (9 человек), у 4 человек – хронический панкреатит, у 3 человек – хронический холецистит. Однако влияния сопутствующей патологии на формирование тревоги у этих больных выявлено не было.

У 6% (2 мужчины) наблюдаемых отсутствовали проявления тревоги и депрессии. Эти пациенты не имеют хронических заболеваний. При оценке выраженности боли – болевой синдром умеренный, не превышал 4-5 баллов, в ночное время боли не беспокоят, НПВС принимают эпизодически в обычной дозе, дополнительного приёма анальгетиков не требуется.

Обсуждение

Таким образом, тяжесть тревожных и депрессивных состояний зависит, в первую очередь, от выраженности болевого синдрома, то есть влияние сопутствующей патологии, возраста, типа темперамента пациента отходят на второй план. Но если сопутствующее заболевание обостряется на фоне боли, то это сильно усугубляет течение заболевания, вызывая клинику депрессии у пациента. У молодых людей, не имеющих сопутствующей патологии и определяющих болевой синдром как умеренный, заболевание может протекать без аффективных расстройств.

Заключение

Тревожно-депрессивные расстройства часто выявляются у пациентов с хроническим болевым синдромом. При этом депрессия чаще сопровождает выраженные тревожные состояния. На развитие аффективных расстройств оказывает влияние много факторов, среди которых можно выделить характеристики самого болевого синдрома (длительность, частоту возникновения, интенсивность), наличие и компенсированность сопутствующей патологии, частоту обострений основного заболевания. Подход к лечению больных с хроническим болевым синдромом должен осуществляться комплексно, сочетая лечение основного заболевания, терапия и достижение компенсации сопутствующих расстройств, коррекция аффективных проявлений.

Литература

1. Алексеев В.В, Богачева Л.А., 2-й Конгресс европейской федерации Международной ассоциации по изучению боли // Неврологический журнал. 1998. -№3.- С.24.
2. Богачева Л.А. Боль в спине. Клиника, патогенез, организация первичной медицинской помощи. Автореф. дисс. канд. мед. наук.-1998.-С. 12-13.
3. Богачева Л.А., Ушаков Г.Н., Вахлаков А.Н. Амбулаторное лечение болей в спине, Сообщение I. Алгологическое отделение // Неврологический журнал.- 1998.- № 3.-С.39-45.
4. Данилов А.Б. Нейропатическая боль.- М: Нейромедиа, 2003.-С.134-135.
5. Павленко С.С. Антидепрессанты в лечении хронических болевых синдромов.-Новосибирск, 2004.- С.91-92.
6. Consumers' Association. Drug treatment of Neuropathic pain // Drugs and Therapeutics Bulletin.- 2000;38 (12):89-93.
7. Woolf C., Mannion R. Neuropathic pain: aetiology, symptoms, mechanisms and management//Lancet.-2001;357(1):1959-1964.