

УДК 617.547-031.22-009.7-036.12-07-08:616.8

DOI: 10.22141/2224-0713.5.83.2016.78474

РОМАНЕНКО В.І.

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, м. Київ, Україна

## ПСИХОЕМОЦІЙНІ РОЗЛАДИ В ПАЦІЄНТІВ ІЗ ХРОНІЧНИМИ БОЛЬОВИМИ СИНДРОМАМИ ПОПЕРЕКОВО-КРИЖОВОЇ ЛОКАЛІЗАЦІЇ

**Резюме.** *Мета дослідження* — вивчити особливості психоемоційних розладів у групах пацієнтів із хронічними больовими синдромами попереково-крижової локалізації згідно з Класифікацією захворювань хребта Квебекської спеціальної комісії (КЗХКСК). **Матеріали і методи.** *Обстежені 103 пацієнти з хронічним вертеброгенним попереково-крижовим больовим синдромом (ХВПКБС) та 30 практично здорових осіб. За результатами клініко-неврологічного обстеження всі пацієнти були розподілені на групи, які відповідали першим чотирьом групам КЗХКСК. З метою дослідження психоемоційних розладів проводилося обстеження з використанням тесту Спілберґера в модифікації Ханіна та опитувальника Бека. Результати.* У групі пацієнтів із ХВПКБС спостерігалися більш високі рівні реактивної та особистісної тривожності, депресії порівняно з контрольною групою. Так, середній бал реактивної тривожності становив 51 (47; 58), особистісної тривожності — 44 (41; 50), депресії — 4 (3; 7) бали. При розподілі пацієнтів на групи відповідно до КЗХКСК найвищі значення реактивної (56 (49,5; 61,5)) та особистісної (47 (41,5; 51,5)) тривожності, а також депресії (6 (4; 9)) спостерігались в групі IV. Рівні особистісної тривожності та депресії вірогідно ( $P < 0,05$ ) відрізнялись в групах пацієнтів II (42 (38,75; 43,25)) та 2,5 (0,75; 4) відповідно та III (47 (41,5; 52,5)) та 5 (3,5; 8,5) відповідно). **Висновки.** Пацієнти із ХВПКБС мають прояви тривожності і депресії різного ступеня вираженості, для виявлення яких доцільне проведення комплексного клініко-психологічного обстеження. Вивчення показників тривожності й депресії дозволить індивідуалізувати підхід до лікування, що сприятиме поліпшенню психоемоційного та соціального статусу пацієнтів.

**Ключові слова:** біль у нижній частині спини, психоемоційні розлади, тривога, депресія, тест Спілберґера, опитувальник Бека.

### Вступ

Біль у спині є однією з найбільш частих скарг, із якою пацієнти звертаються до лікаря. За даними Deuo і Weinstein, кількість амбулаторних візитів зі скаргою на біль у нижній частині спини (БНЧС) у загальній картині звернень займає друге місце, поступаючись лише респіраторним захворюванням [6]. Було показано, що в розвинутих країнах від 60 до 90 % населення відчували БНЧС мінімум раз у житті, а щорічний приріст цього показника становить 5 % [3].

Психоемоційні розлади відіграють важливу роль у патогенезі хронічних больових синдромів. Хронічні вертеброгенні попереково-крижові больові синдроми (ХВПКБС) часто супроводжуються емоційно-афективними та особистісними порушеннями [1, 8, 9]. Для комплексного аналізу хронічного больового синдрому в нижній частині спини необхідна оцінка його зв'язку не тільки з клінічними особливостями і структур-

ними змінами, а й із психоемоційними аспектами. Відомо, що основними емоційними порушеннями, пов'язаними з болем у спині, є тривожно-депресивні розлади [7, 13]. Згідно з визначенням Міжнародної асоціації з вивчення болю, біль «є неприємним сенсорним та емоційним відчуттям, пов'язаним з існуючим або можливим пошкодженням тканини, або таким, що описується в термінах такого пошкодження» [14]. З визначення випливає, що пошкодження тканин активізує обидва (сенсорно-дискримінатив-

Адреса для листування з автором:  
Романенко Володимир Ігорович  
Кафедра неврології НМУ імені О.О. Богомольця,  
а/с 3, м. Київ, 01004, Україна  
E-mail: vladimir.romanenko@pain.in.ua

© Романенко В.І., 2016  
© «Міжнародний неврологічний журнал», 2016  
© Заславський О.Ю., 2016

ний та афективно-мотиваційний) компоненти болю. Сенсорно-дискримінаційний компонент дозволяє оцінити природу стимулу, локалізацію, інтенсивність і його часові аспекти. Афективно-мотиваційний компонент включає формування емоцій і опосередкованих через них реакцій або складних поведінкових актів, спрямованих на уникнення болю [1, 12]. І сенсорні, і афективні характеристики пов'язані з пам'яттю на раніше сприйняті відчуття. Згідно з класифікацією DSM-IV, коморбідними до хронічних больових синдромів є всі форми афективних розладів (виявляються, за різними даними, у 10–100 % випадків); розлади, пов'язані з уживанням алкоголю і лікарських препаратів (14,9–23,4 % випадків); соматоформні розлади, із яких розлади соматизації відмічаються в 1–16,2 % випадків, конверсійні розлади — у 2–37,8 % випадків, іпохондричні розлади — в 0,7–1,0 % випадків; тривожні розлади — 7–62,5 % випадків, інші стани — 0–34 % [1]. Більшість дослідників відзначають, що основними емоційними порушеннями, пов'язаними з болем у спині, є тривога, підвищена фіксація на соматичних переживаннях, страх, дратівливість і депресія [9]. У різних пацієнтів зустрічаються різні комбінації цих порушень. За винятком депресії, дані емоційні зміни дуже рідко досягають рівня специфічного психічного захворювання. Це емоційна реакція пацієнтів на біль і неефективне лікування [11].

**Мета дослідження** — вивчити особливості психо-емоційних розладів у пацієнтів із хронічними больовими синдромами попереково-крижової локалізації відповідно до груп за Класифікацією захворювань хребта Квебекської спеціальної комісії (КЗХКСК).

## Матеріал і методи

У дослідження були включені 103 пацієнти з ХВПКБС (діагнози: люмбалгія, люмбоішіалгія, радикулопатія) та 30 практично здорових осіб. Усі пацієнти були обстежені амбулаторно. Із метою об'єктивізації наявності ураження корінця чи інших структур проводився аналіз МРТ попереково-крижового відділу хребта.

За результатами клініко-неврологічного огляду проводився відбір пацієнтів згідно з критеріями включення та виключення.

### Критерії включення:

- вік більше ніж 18 і менше ніж 60 років;
- біль у попереково-крижовій ділянці з іррадіацією в ногу або без неї;
- інтенсивність болю 4 бали за візуально-аналоговою шкалою (ВАШ) і більше;
- тривалість болю 3 місяці і більше;
- для жінок фертильного віку — відсутність вагітності та прийому оральних контрацептивів;
- підписання інформованої згоди на участь у дослідженні.

### Критерії виключення:

- наявність тяжкої соматичної патології;
- синдром кінського хвоста;
- перелом хребта;
- уроджені аномалії розвитку хребта;
- пухлина хребта;
- активний інфекційний процес.

Пацієнти за результатами клініко-неврологічного обстеження відповідали критеріям перших чотирьох груп КЗХКСК, яка поділяє всі захворювання хребта на 11 груп, ґрунтуючись на даних клінічного обстеження, локалізації болю, результатах параклінічних досліджень та ефективності лікування [4, 15] (табл. 1).

**Тест Спілберґера** в модифікації Ханіна застосовувався для оцінки рівня реактивної та особистісної тривожності. Опитувальник складається з 40 тверджень, перші 20 спрямовані на виявлення ступеня реактивної тривожності, наступні 20 — на виявлення особистісної тривожності. Результат менше ніж 30 балів відповідає низькому рівню тривожності, 31–44 бали — середньому рівню і понад 45 балів — високому [2].

**Опитувальник Бека** застосовувався для визначення рівня депресії. Тест складається з 21 групи тверджень, у кожній із яких треба вибрати одне, відповідне певному балу. Результат оцінюється за сумою балів. Норма —

**Таблиця 1. Класифікація захворювань хребта Квебекської спеціальної комісії**

1	Біль у нижній частині спини без іррадіації нижче від сідничної складки, неврологічний дефіцит відсутній
2	Біль у нижній частині спини з іррадіацією до рівня коліна, неврологічний дефіцит відсутній
3	Біль у нижній частині спини з іррадіацією нижче від коліна, неврологічний дефіцит відсутній
4	Біль у нижній частині спини з іррадіацією в ногу, наявний неврологічний дефіцит
5	Вірогідна компресія нервового корінця, підтверджена радіографічним дослідженням (наприклад, переломи хребців, спінальна нестабільність)
6	Вірогідна компресія нервового корінця, підтверджена нейровізуалізаційним дослідженням (наприклад, МРТ або КТ)
7	Стеноз спинномозкового каналу, підтверджений радіологічним дослідженням
8	Стан після операції на хребті, ≤ 6 міс. після операції
9	Стан після операції на хребті, ≥ 6 міс. після операції (асимптомний перебіг або наявність симптомів)
10	Хронічний больовий синдром, наявність інших хвороб, які можна лікувати, виключена
11	Інший діагноз (наприклад, метастаз, захворювання внутрішніх органів, компресійний перелом, спондиліт)

0–9 балів, м'який ступінь депресії — 10–15 балів, помірний ступінь — 16–19 балів, сильний ступінь — 20–29 балів, дуже виражена депресія — 30 балів і вище [2, 5].

**Статистична обробка** матеріалу проводилася за допомогою комп'ютерної програми SPSS17. Нормальність розподілу даних кількісного типу визначали за допомогою критерію Шапіро — Уїлка. Кількісні дані описували середнім значенням та стандартним відхиленням, для їх визначення використовувалася програма описової статистики. Для опису даних порядкового типу було використано формат Me (LUp, HUp), де Me — медіана, LUp — нижній кuartиль, HUp — верхній кuartиль. Якісні змінні описувалися частотою і процентом представленості. Вірогідність відмінностей між вибірками визначалася за допомогою критерію Манна — Уїтні для незалежних вибірок.

## Результати

Пацієнти були розподілені на 4 групи за КЗХКСК, ґрунтуючись на даних клінічного обстеження. До першої групи були віднесені пацієнти із ХВПКБС без іррадіації в ногу (перша група за КЗХКСК). До другої групи були віднесені пацієнти із ХВПКБС з іррадіацією болю в ногу до рівня коліна і відсутністю неврологічного дефіциту (нормальні рефлекси, відсутність сенсорного або моторного дефіциту (друга група за КЗХКСК)). До третьої групи — пацієнти із ХВПКБС з іррадіацією болю в ногу нижче від рівня коліна і відсутністю неврологічного дефіциту (нормальні рефлекси, відсутність сенсорного або моторного дефіциту (третья група за КЗХКСК)). До четвертої групи ввійшли пацієнти із ХВПКБС з іррадіацією болю в ногу за ділянками дерматомів і наявністю неврологічного дефіциту в цих ділянках (м'язова слабкість, атрофії м'язів, зниження або відсутність рефлексів, сенсорні порушення), що відповідає картині класичної радикулопатії (четверта група за КЗХКСК)). Розподіл пацієнтів на групи поданий у табл. 2.

У групі пацієнтів із ХВПКБС інтенсивність болю на момент обстеження за ВАШ становила  $5,20 \pm 1,15$ , у чоловіків —  $5,24 \pm 1,04$ , у жінок —  $5,18 \pm 1,21$ . Середня тривалість захворювання —  $19,6 \pm 23,95$  міс., у чоловіків —  $16,85 \pm 22,03$  міс., у жінок —  $21,15 \pm 24,98$  міс. Середній вік появи перших симптомів захворювання

**Таблиця 2. Розподіл пацієнтів на групи відповідно до КЗХКСК**

Група	Середній вік, років	Кількість пацієнтів	Кількість чоловіків	Кількість жінок
1	$35,74 \pm 11,21$	23	12	11
2	$39,89 \pm 10,65$	18	2	16
3	$39,86 \pm 8,54$	21	6	15
4	$45,59 \pm 10,57$	41	17	24
Загалом	$41,22 \pm 10,92$	103	37	66

**Таблиця 3. Психометричні показники в групі пацієнтів із ХВПКБС та групі практично здорових осіб**

Показник	Пацієнти із ХВПКБС (n = 103)	Практично здорові особи (n = 30)
Реактивна тривожність, бали	51 (47; 58)	29,5 (27; 34,25)*
Особистісна тривожність, бали	44 (41; 50)	32,5 (30; 37)*
Рівень депресії, бали	4 (3; 7)	0 (0; 2)*

**Примітка:** \* —  $P < 0,001$  між групами.

становив  $41,83 \pm 11,38$  року, у чоловіків —  $42,05 \pm 10,81$ , у жінок —  $41,71 \pm 11,77$  року.

При дослідженні чутливої сфери у пацієнтів із БНЧС були виявлені як позитивні, так і негативні сенсорні феномени. Так, гіпестезія відмічалась у 33 (32,0 %) пацієнтів, гіпералгезія — в 11 (10,7 %), гіпалгезія — у 33 (32,0 %), тепла гіпестезія — у 3 (2,9 %), холодова — у 7 (6,8 %) пацієнтів.

Знижені або відсутні рефлекси були виявлені у 23 (22,3 %) пацієнтів. Серед них у 4 (3,9 %) пацієнтів відмічалось зниження колінних рефлексів, а у 19 (18,4 %) — ахіллових. Ахіллів рефлекс не визначався у 6 (5,8 %) пацієнтів.

У 9 (8,7 %) осіб було виявлено слабкість м'язів нижньої кінцівки: у 5 (4,9 %) пацієнтів відмічалось утруднення тильного згинання стопи, а у 4 (3,9 %) — утруднення підшовного згинання стопи. Крім того, у 3 (2,9 %) пацієнтів мала місце атрофія м'язів гомілки. У 33 (32,0 %) пацієнтів визначався позитивний симптом Лассега.

За даними МРТ у групі пацієнтів відмічалися парамедіанні грижі міжхребцевих дисків, середній розмір яких становив  $5,8 \pm 2,7$  мм. Співставлення локалізацій та розмірів грижі з інтенсивністю больового синдрому чи його локалізацією не показало жодних закономірностей.

При аналізі психоемоційного статусу пацієнтів основної групи привертають увагу показники рівня тривожності (за даними психологічного тесту Спілбергера в модифікації Ханіна) та депресії (за даними тесту Бека). У цілому психоемоційний профіль групи пацієнтів значно відрізнявся від контрольної групи та характеризувався більш високими цифрами реактивної та особистісної тривожності, депресії. Відмінності між групами за цими показниками наведені в табл. 3.

Середній бал реактивної тривожності в групі пацієнтів із ХВПКБС становив 51 (47; 58), особистісної тривожності — 44 (41; 50) бали (в контрольній групі — 29,5 (27; 34,25) і 32,5 (30; 37) відповідно). При цьому помірний рівень реактивної тривожності мав місце у 22 (21,4 %) пацієнтів, високий — у 81 (78,6 %); помірний рівень особистісної тривожності був виявлений у 52 (50,5 %) пацієнтів, високий — у 51 (49,5 %). Жоден пацієнт не мав низьких показників рівнів реактивної та особистісної тривожності. Середній бал депресії — 4 (3; 7) (у контрольній групі — 0 (0; 2)), причому 12 (11,7 %)

Таблиця 4. Психометричний профіль пацієнтів у різних групах відповідно до КЗХКСК

Показник	Група			
	I (n = 23)	II (n = 18)	III (n = 21)	IV (n = 41)
Реактивна тривожність, бали	49 (43; 53)	48,5 (44; 52,75)	51 (47,5; 62)	56 (49,5; 61,5)**.#
Особистісна тривожність, бали	43 (38; 49)	42 (38,75; 43,25)	47 (41,5; 52,5)***	47 (41,5; 51,5)#
Рівень депресії, бали	2 (0; 5)	2,5 (0,75; 4)	5 (3,5; 8,5)*.***	6 (4; 9)**.#

Примітки: \* —  $P < 0,05$  між групами I та III, \*\* —  $P < 0,05$  між групами I та IV, \*\*\* —  $P < 0,05$  між групами II та III, # —  $P < 0,05$  між групами II та IV.

пацієнтів мали легкий ступінь депресії, 1 (0,97 %) — виражений ступінь і 1 (0,97 %) — тяжкий ступінь.

При розподілі пацієнтів із ХВПКБС на чотири групи відповідно до КЗХКСК і аналізі їх психометричних характеристик були виявлені деякі відмінності між групами (табл. 4).

Так, у групі IV відзначалися найвищі значення реактивної (56 (49,5; 61,5)) та особистісної (47 (41,5; 51,5)) тривожності, які були статистично значущими порівняно з групами I і II у випадку реактивної та групою II — у випадку особистісної тривожності ( $P < 0,05$ ).

Рівень депресії в групі IV був також найбільш високим (6 (4; 9)) серед всіх груп і статистично значуще більшим порівняно з групами I і II ( $P < 0,05$ ).

Рівні особистісної тривожності та депресії вірогідно ( $P < 0,05$ ) відрізнялись в II (42 (38,75; 43,25) та 2,5 (0,75; 4) відповідно) та III (47 (41,5; 52,5) та 5 (3,5; 8,5) відповідно) групах.

## Обговорення

Біль на відміну від інших сенсорних феноменів не може розглядатися окремо від особистості, яка його переживає. У формуванні відчуття болю виникає об'єднання сенсорної системи з когнітивними й поведінковими діями, що виникають в результаті ноцицептивної стимуляції. Пацієнти із ХВПКБС характеризуються високими рівнями реактивної та особистісної тривожності, депресії. Доцільно розподіляти пацієнтів на групи відповідно до КЗХКСК, оскільки вони мають певні особливості психоемоційних розладів, що чітко виділяються. У дослідженнях болю, особливо хронічного, необхідно проводити комплексну оцінку когнітивних й афективних компонентів болю з метою оптимізації підходів до терапії.

Ця робота показала, що в психологічному портреті пацієнта із ХВПКБС переважають високі рівні реактивної та особистісної тривожності, депресії. Високий ступінь психологічної дезадаптації, що виявляється в пацієнтів із ХВПКБС, створює умови для розвитку, прогресування та персистенції хронічного больового синдрому. Це обумовлено тісною морфофункціональною інтеграцією (на рівні нейромедіаторних механізмів) систем контролю ноцицептивної аферентації та психоемоційного статусу [10].

Було виявлено, що кожна з груп має свої певні клінічні і психологічні особливості. Так, у групі IV відмічаються вірогідно більш високі рівні реактивної та особистісної тривожності, депресії порівняно з іншими трьома

групами. Таким пацієнтам доцільно до основної терапії додатково призначати препарати з груп анксиолітиків та антидепресантів із метою усунення наявних у них виражених тривожно-депресивних розладів.

Цікаві дані були отримані при порівнянні показників в групах II та III і II та IV. Так, рівні особистісної тривожності та депресії вірогідно відрізнялись один від одного в групах пацієнтів II та III, а при порівнянні груп II та IV вірогідні відмінності між групами були знайдені щодо рівнів реактивної тривожності. Це може свідчити про суттєво різні механізми формування больового відчуття у пацієнтів із іррадіацією болю до рівня коліна та нижче, що підкреслює важливість розподілу пацієнтів із ХВПКБС на групи відповідно до КЗХКСК.

## Висновки

Пацієнти з ХВПКБС мають прояви тривожності й депресії різного ступеня вираженості, для своєчасного виявлення яких доцільне проведення комплексного клініко-психологічного обстеження. Вивчення показників тривожності і депресії дозволить індивідуалізувати підхід до лікування, що сприятиме поліпшенню психофізичного та соціального статусу пацієнтів.

## Список літератури

1. Подчуфарова Е.В. Болевое поведение при хронических болевых синдромах пояснично-крестцовой локализации // Е.В. Подчуфарова // РМЖ. — 2003. — Т. 11, № 25. — С. 32-37.
2. Райгородский Д.Я. Практическая психодиагностика // Райгородский Д.Я. — М.: Бахрах, 2004. — 672 с.
3. Andersson G.B.J. The epidemiology of spinal disorders // The adult spine: principles and practice. — 2<sup>nd</sup> ed. — New York: Raven Press, 1997. — P. 93-114.
4. Atlas S.J. The Quebec Task Force classification for Spinal Disorders and the severity, treatment, and outcomes of sciatica and lumbar spinal stenosis / S.J. Atlas, R.A. Deyo, D.L. Patrick et al. // Spine. — 1996. — Vol. 21. — P. 2885-2892.
5. Beck A.T. An inventory for measuring depression / A.T. Beck, C.H. Ward, M. Mendelson et al. // Arch. Gen. Psychiatry. — 1961. — Vol. 4. — P. 561-571.
6. Deyo R.A. Lowbackpain / R.A. Deyo, J.N. Weinstein // N. Engl. J. Med. — 2001. — Vol. 344. — P. 363-370.
7. Edelbroek P.M. Analgesic and antidepressive effects of lowdose amitriptyline in relation to its metabolism in patients with chronic pain / P.M. Edelbroek, A.C. Linssen, F.G. Zitman et al. // Clinical Pharmacology & Therapeutics. — 1986. — Vol. 39(2). — P. 156-162.
8. Farajirad E. Comparison of the frequency of psychiatric disorders among patients with chronic lowback pain and control group //

E. Farajirad, H. Tohidi, M. Farajirad // *Asian J. Neurosurg.* — 2016. — Vol. 11(3). — P. 287-291.

9. Hong J.H. Assessment of depression, anxiety, sleep disturbance, and quality of life in patients with chronic lowback pain in Korea / J.H. Hong, H.D. Kim, H.H. Shinetal // *Korean J. Anesthesiol.* — 2014. — Vol. 66(6). — P. 444-450.

10. Hulsebusch J. Understanding Pain and Depression in Back Pain: the Role of Catastrophizing, Help-/Hopelessness, and Thought Suppression as Potential Mediators / J. Hulsebusch, M.I. Hasenbring, A.C. Rusu // *Int. J. Behav. Med.* — 2016. — Vol. 23(3). — P. 251-259.

11. Kaplan H.I. Kaplan and Sadock's synopsis of psychiatry: behavioral sciences, clinical psychiatry / Kaplan H.I., Sadock B.J., Grebb J.A. — Baltimore: Williams & Wilkins, 1994. — 1257 p.

12. Kayhan F. Mood and anxiety disorders in patients with chronic lowback and neck pain caused by discherniation / F. Kayhan, I. Albayrak Gezer, A. Kayhanetal // *Int. J. Psychiatry Clin. Pract.* — 2016. — Vol. 20(1). — P. 19-23.

13. Mainka T. Neuropathic pain assessment: update on laboratory diagnostic tools / T. Mainka, C. Maier, E.K. Enax-Krumova // *Curr. Opin. Anaesthesiol.* — 2015. — Vol. 28(5). — P. 537-545.

14. Merskey H. Classification of Chronic Pain / H. Merskey, N. Bogduk. — Seattle: IASP Press, 1994. — P. 209-214.

15. Report of the Quebec Task Force on Spinal Disorders. Scientific approach to the assessment and management of activity — related spinal disorders. A monograph for clinicians. — Philadelphia: Spine, 1987. — P. 1-59.

Отримано 05.08.16 ■

Романенко В.И.

Национальный медицинский университет имени А.А. Богомольца, г. Киев, Украина

### ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНЫЕ РАССТРОЙСТВА У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМИ БОЛЕВЫМИ СИНДРОМАМИ ПОЯСНИЧНО-КРЕСТЦОВОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ

**Резюме.** Цель исследования: изучить особенности психоэмоциональных расстройств в группах пациентов с хроническими болевыми синдромами пояснично-крестцовой локализации согласно Классификации заболеваний позвоночника Квебекской специальной комиссии (КЗПКСК). **Материалы и методы.** Обследованы 103 пациента с хроническим вертеброгенным пояснично-крестцовым болевым синдромом (ХВПКБС) и 30 практически здоровых лиц. По результатам клинико-неврологического обследования все пациенты были распределены на группы, которые соответствовали первым четырем группам КЗПКСК. С целью исследования психоэмоциональных расстройств проводилось обследование с использованием теста Спилбергера в модификации Ханина и опросника Бека. **Результаты.** В группе пациентов с ХВПКБС наблюдались достоверно более высокие показатели тревожности и депрессии по сравнению с контрольной группой. Средний балл реактивной тревожности в группе пациентов составил 51 (47; 58), личностной тревожности — 44

(41; 50), депрессии — 4 (3; 7) балла. При распределении пациентов на группы в соответствии с КЗПКСК высокие значения реактивной (56 (49,5; 61,5)) и личностной (47 (41,5; 51,5)) тревожности, а также депрессии (6 (4; 9)) наблюдались в группе IV. Уровни личностной тревожности и депрессии достоверно отличались ( $P < 0,05$ ) в группах пациентов II (42 (38,75; 43,25) и 2,5 (0,75; 4) соответственно) и III (47 (41,5; 52,5) и 5 (3,5; 8,5) соответственно). **Выводы.** Пациенты с ХВПКБС имеют проявления тревожности и депрессии различной степени выраженности, для выявления которых целесообразно проведение комплексного клинико-психологического обследования. Изучение показателей тревожности и депрессии позволит индивидуализировать подход к лечению, что будет способствовать улучшению психоэмоционального и социального статуса пациентов.

**Ключевые слова:** боль в нижней части спины, психоэмоциональные расстройства, тревога, депрессия, тест Спилбергера, опросник Бека.

Romanenko V.I.

National Medical University named after O.O. Bohomolets, Kyiv, Ukraine

### PSYCHOEMOTIONAL DISORDERS IN PATIENTS WITH CHRONIC LOW BACK PAIN

**Summary.** The aim of the study — to examine the peculiarities of psychoemotional disorders in groups of patients with chronic low back pain according to The Quebec Task Force Classification for Spinal Disorders (QTFCS). **Materials and methods.** 103 patients with chronic vertebrogenic low back pain (CVLBP) and 30 apparently healthy subjects were examined. According to the results of clinical and neurological examination, all patients were divided into groups that met the first four groups of QTFCS. In order to study psychoemotional disorders, a survey was conducted using Spielberger test modified by Khanin and Beck inventory. **Results.** In the group of patients with CVLBP, we observed higher levels of reactive and personal anxiety, depression compared to the control group. Thus, the average score of reactive anxiety was 51 (47; 58), personal anxiety — 44 (41; 50), depression — 4 (3; 7) points. When dividing

the patients into groups according to QTFCS, the highest values of reactive (56 (49.5; 61.5)) and personal (47 (41.5; 51.5)) anxiety, as well as depression (6 (4; 9)) were in group IV. Levels of personal anxiety and depression significantly ( $P < 0.05$ ) differed in patients from groups II (42 (38.75; 43.25) and 2.5 (0.75; 4), respectively) and III (47 (41.5; 52.5) and 5 (3.5; 8.5), respectively). **Conclusions.** Patients with CVLBP have manifestations of anxiety and depression of varying degree, for detection of which it's appropriate to carry out a comprehensive clinical and psychological examination. The study of anxiety and depression indicators allows us to individualize the approach to the treatment that will improve the psychoemotional and social status of patients.

**Key words:** low back pain, psychoemotional disorders, anxiety, depression, Spielberger inventory, Beck questionnaire.