

**Смолко Д.Г.**

### КОРРЕКЦІЯ ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНИХ РАССТРОЙСТВ И КАЧЕСТВО ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ ЦЕРЕБРАЛЬНОЙ ИШЕМИЕЙ

**Резюме.** *Обследованы 142 пациента от 53 до 72 лет с I-II стадиями хронической ишемии головного мозга. 64 больных основной группы получали антидепрессант из группы селективных ингибиторов обратного захвата серотонина и норадреналина (венлафаксин); 78 больных контрольной группы - только базисную терапию. Исходно и через 3 месяца лечения у больных оценивали жалобы, неврологический статус, уровень тревожно-депрессивных расстройств, качество жизни по опроснику SF-36. После лечения у пациентов основной группы по сравнению с контрольной достоверно снизился уровень депрессии, ситуационной и личностной тревожности, улучшилось качество жизни.*

**Ключевые слова:** *хроническая ишемия головного мозга, депрессивные расстройства, лечение, венлафаксин, качество жизни.*

**Smolko D.G.**

### CORRECTION OF ANXIETY-DEPRESSIVE DISORDERS AND THEIR INFLUENCE ONTO THE QUALITY OF LIFE IN PATIENTS WITH CHRONIC BRAIN ISCHEMIA

**Summary.** *142 patients, aged from 53 to 72 years, with the 1st and 2nd stages of chronic cerebral ischemia have been investigated. 64 of the main group received an antidepressant from the group of selective serotonin reuptake inhibitors and norepinephrine (venlafaxine) and 78 patients of the control group received only basic treatment. The following characteristics were assessed at baseline and after 3 months of treatment: complaints, neurological status, anxiety and depression level, quality of life (SF-36). To the end of treatment, there were the significant decrease of depression, state and trait anxiety, improvement of quality of life.*

**Key words:** *chronic cerebral ischemia, depressive disorders, treatment, venlafaxine, quality of life.*

*Стаття надійшла до редакції 21.05.2014 р.*

*Смолко Дмитро Геннадійович - к. мед. н, доцент кафедри нервових хвороб з курсом нейрохірургії ВНМУ ім.М.І.Пирогова; +38 066 410-18-01; psychvin@gmail.com*

© Цибульська В.П.

УДК: 617.559 - 009.76:616 - 08

**Цибульська В.П.**

Кафедра нервових хвороб Вінницького національного медичного університету імені М.І.Пирогова (вул. Пирогова, 56, м.Вінниця, 21018, Україна)

### ЯКІСТЬ ЖИТТЯ ТА СЕНСОРНО-АФЕКТИВНІ СКЛАДОВІ ЗАГОСТРЕННЯ ПОПЕРЕКОВОГО БОЛЬОВОГО СИНДРОМУ ПІД ЧАС ЛІКУВАННЯ В СТАЦІОНАРІ

**Резюме.** *Представлена оцінка сенсорних та афективних складових больових відчуттів та якості життя пацієнтів під впливом комплексного лікування загострення поперекового больового синдрому з використанням препарату катадолон.*

**Ключові слова:** *біль в спині, катадолон, ефективність, якість життя.*

#### Вступ

В Україні, як і в усьому світі, біль у спині залишається провідною причиною звернення за медичною допомогою [Товажнянская, Михайлов, 2010]. Цей синдром через значну поширеність, суттєве погіршення працездатності та якості життя пацієнта представляє, як і раніше, велике медичне та соціальне значення [Centers for Disease Control and Prevention, 2009].

У різних країнах частота хронічного болю у спині становить від 35 до 80% [Aartun et al., 2014]. У віці від 30 до 45 років болю в спині є однією з найбільш частих причин втрати працездатності. Так, у 10-20% хворих розвиваються хронічний біль та інвалідизація. Ця група пацієнтів має несприятливий прогноз для одужання. При цьому до 80% витрат охорони здоров'я припадає на лікування болів у спині [Ной et al., 2014]. Більш ніж 40% людей, що страждають хронічним болем у спині, вказують на те, що біль серйозно знижує їх якість життя [Adorno, Brasil-Neto, 2013]. При хронічному болю в спині

ступінь вираженості больових відчуттів, інвалідизація і больова поведінка часто не відповідають об'єктивним порушенням, котрі можуть бути представлені лише мінімально. Хронічний біль та інвалідизація в значній мірі пов'язані з емоційним дистресом, депресією, невдалим лікуванням і "адаптацією до ролі хворого" [Воробьева, Акарачкова, 2004].

Патогенетичними засобами лікування гострого і хронічного болю, пов'язаного з тканинним пошкодженням і запаленням, є нестероїдні протизапальні препарати. На сьогодні на фармацевтичному ринку представлені не-селективні інгібітори циклооксигенази - ЦОГ-1 і ЦОГ-2 (диклофенак, ібупрофен, лорноксикам, ін.), селективні інгібітори ЦОГ-2 (коксиби: целекоксиб, еторикоксиб, вальдекоксиб, ін.; мелоксикам, німесулід, набуметон, етодолак) та селективний інгібітор ЦОГ-1 (ацетилсаліцилова кислота в низьких дозах) [Товажнянская, 2013].

Особливе значення в патогенезі болю поперекової

локалізації надається патологічному м'язовому напруженню. Для купірування м'язового спазму використовують місцеві відволікаючі засоби, фізіотерапевтичні методи впливу, голкорексфлексотерапія, масаж і лікувальні блокади.

Таким чином, патогенетичні механізми формування хронічного больового синдрому, як вважають, є неоднорідними, а швидше за все - чисельними, що можуть мати місце в комбінації і тому ефективність лікування в ряді випадків є доволі помірною [Барінов, 2012].

Е цьому аспекті уваги заслуговує знеболюючий препарат з групи селективних активаторів нейрональних калієвих каналів - катадолон. Катадолон містить флупіртин - неопіоїдний анальгетик центральної дії. Препарат катадолон не викликає розвитку залежності і звикання. Флупіртин крім анальгетичної дії виявляє міорелаксуючий і нейропротективний ефект.

Анальгетична дія препарату базується як на модуляції механізмів болю, котрі пов'язані з впливом на ГАМК-ергічні системи, так і на непрямому антагонізмі флупіртина до NMDA-рецепторів. Міорелаксуючий ефект катадолона реалізується за рахунок блокування передачі збудження на проміжні та мотонейрони, що призводить до зняття м'язового напруження. Нейропротекція обумовлена захистом нервових структур від негативного впливу високих концентрацій іонів внутрішньоклітинного кальцію.

Мета роботи - вивчення клінічної ефективності комплексного лікування загострення поперекового больового синдрому з використанням препарату катадолон.

### Матеріали та методи

До дослідження були включені 46 (17 чоловіків, 29 жінок) пацієнтів із загостренням поперекового больового синдрому, середній вік яких становив  $47,5 \pm 12,27$  років (21-74 років). Дослідження проводили на базі відділення №3 КЗ "Обласна психоневрологічна лікарня ім. акад. О.І.Ющенка". Організація дослідження ґрунтувалася на положеннях Гельсінської Декларації 1983 року. Від усіх хворих було отримано інформовану згоду на участь у дослідженні.

Методи дослідження включали клініко-неврологічне обстеження з визначенням інтенсивності больового синдрому (сенсорної складової больових відчуттів) за допомогою візуальної аналогової шкали - ВАШ, психоемоційного стану (афективної складової болю) - за шкалою депресії Бека, функціонального стану хребта - за тестами Шобера, Томайера, суб'єктивної оцінки результатів лікування, а також якості життя - за допомогою опитувальника SF-36. Коротка Версія Опитувальника Здоров'я - 36 (SF-36) має вісім шкал, що відображають фізичне (PF), рольове (RP), соціальне (SF), емоційне функціонування (RE), загальне (GH) і психологічне (MH) здоров'я, життєздатність (VT) та больовий синдром (BP). Поряд із цим враховували два інтегральних

показника ("фізичний" (PCS) і "психічний" (MCS) компоненти здоров'я).

Пацієнти отримували стандартну комплексну терапію (судинні препарати, вітаміни, фізіопроцедури, масаж, ін.). На фоні базової терапії призначали препарат катадолон дозою 100 мг (1 капс.) 3-4 рази на добу перорально впродовж 5-7 днів. Досліджувані клінічні дані та показники якості життя хворих фіксували двічі: до початку і після завершення лікування.

Статистичну обробку даних виконували у статистичному пакеті SPSS20 (©SPSSInc.). Усі отримані кількісні дані оброблені методами варіаційної статистики. Для кожного кількісного параметра були визначені: середнє значення (M), середнє квадратичне відхилення (Std); для якісних даних - частоти. Для порівняння 2-х незалежних вибірок застосовували U-критерій Манна-Уїтні, для порівняння зв'язаних вибірок - критерій Вілкоксона.

### Результати. Обговорення

Клініко-неврологічне обстеження пацієнтів показало, що рефлекторний м'язово-тонічний синдром у вигляді напруження та болючості при пальпації паравертебральних м'язів, а в деяких випадках і грушоподібного м'яза, спостерігався в 100% випадків. У 9 (19,6%) хворих поряд з м'язово-тонічним синдромом виявлено клінічні ознаки радикулопатії корінців L5 і S1 у вигляді випадання колінного або ахіллового сухожилкових рефлексів, зниження больової й тактильної чутливості в зоні іннервації відповідного корінця, парестезії, слабкості в м'язах стопи (3 випадки).

В середньому за ВАШ інтенсивність больового синдрому характеризувалася як помірна -  $51,06 \pm 12,33$  (від 25 до 72) мм; м'язово-тонічний синдром був виражений досить сильно - 7,3 (від 4 до 10) бали. Результати тестів Шобера та Томайера ( $13,42 \pm 0,88$  і  $3,57 \pm 5,11$  см відповідно) вказували на зниження рухливості поперекового відділу хребта.

Симптоми депресивного кола спостерігалися у 26 (56,5%) пацієнтів, що дозволило клінічно діагностувати депресію у цієї категорії хворих. За рівнем депресії пацієнти розподілилися наступним чином: відсутність клінічно значущої депресії - 10 (21,7%) (менше 9 балів

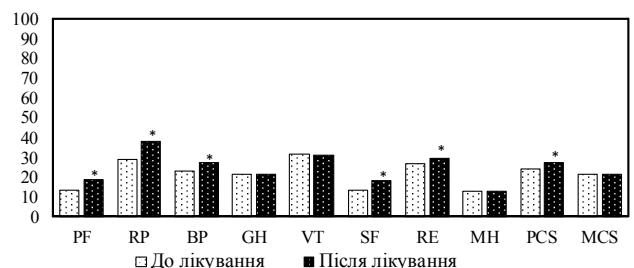


Рис. 1. Динаміка показників якості життя у хворих із загостренням поперекового больового синдрому (n=46) на фоні терапії (опитувальник SF-36): \* - рівень значущості відмінностей показників при порівнянні з вихідними даними  $p < 0,05$ .

**Таблиця 1.** Динаміка клінічних показників у хворих із загостренням поперекового больового синдрому (n=46) в процесі стаціонарного лікування.

	Динаміка показників, M±StD			
	Біль за ВАШ, мм	Тест Шобера, см	Тест Томайера, см	Депресія за шкалою Бека, бали
До лікування	51,06±12,33	13,42±0,88	3,57±5,11	15,63±6,55
Після лікування	27,87±7,02*	9,62±0,74*	10,15±7,26*	12,43±5,97*

**Примітки:** 1. У таблиці наведено середні арифметичні значення досліджуваних показників (M) і середні квадратичні відхилення (StD); 2. \* - рівень значущості відмінностей показників при порівнянні з вихідними даними  $p < 0,01$ .

**Таблиця 2.** Вплив вираженості депресії на ефективність лікування загострення поперекового больового синдрому та динаміку якості життя.

	Клінічно не виражена депресія (< 15 балів за шкалою Бека) (n=30)		Клінічно виражена депресія (≥ 15 балів за шкалою Бека) (n=16)	
	До лікування	Після лікування	До лікування	Після лікування
Біль за ВАШ, мм	52,6±12,69	25,93±7,59*	48,19±11,47	31,5±8,26*#
"Фізичний" компонент здоров'я за SF-36	24,43±0,95	29,72±1,07*	23,68±1,13#	24,87±1,32*#
"Психічний" компонент здоров'я за SF-36	22,32±1,04	23,21±1,17*	21,49±1,15#	22,01±1,53#
Відмінний ефект, n (%)	-	29 (96,7%)	-	11 (68,8%)#
Задовільний ефект, n (%)	-	1 (3,3%)	-	5 (31,2%)#

**Примітки:** 1. У таблиці наведено середні арифметичні значення досліджуваних показників (M) і середні квадратичні відхилення (StD); 2. \* - рівень значущості відмінностей показників при порівнянні з вихідними даними  $p < 0,05$ ; 3. # - рівень значущості відмінностей показників між групами  $p < 0,05$ .

за шкалою Бека), м'яка депресія - 9 (19,6%) (від 10 до 15 балів за шкалою Бека), депресія середнього ступеня - 11 (23,9%) (від 15 до 19 балів за шкалою Бека) та важка депресія - 16 (34,8%) пацієнтів (>19 балів за шкалою Бека).

За даними літератури [Adorno, Brasil-Neto, 2013] і нашими попередніми даними, загострення поперекового больового синдрому асоціюється зі зниженням профілю якості життя за всіма компонентами, котрі складають концепцію "якості життя" протоколу SF-36. Причому, як показали результати нашого попереднього дослідження, зниження якості життя у цієї категорії хворих досягається як за рахунок показників фізичного здоров'я (PCS), так і соціального функціонування й життєвої активності.

Динаміка основних клінічних показників при застосуванні комплексного лікування з використанням препарату катадолон представлена в таблиці 1, з якої видно, що через 7 днів лікування хворих з загостренням поперекового больового синдрому спостерігалось достовірне зниження вираженості болю за ВАШ на 45,4% ( $p < 0,001$ ) та збільшення об'єму рухів в поперековому відділі хребта ( $p < 0,01$ ). Динаміка вираженості депресивних розладів (шкала Бека) на фоні призначеної терапії також мала статистично значущий характер, до 7 доби лікування порівняно з вихідним рівнем вираженість депресії зменшилась з 15,63±6,55 до 12,43±5,97 балів (на 20,5%,  $p < 0,001$ ).

За результатами анкетування хворих з використанням опитувальника SF-36 були отримані оцінки якості життя в балах від 0 до 100. Чим більше обмежень мав хворий в повсякденному житті, тим більш низькі

показники демонстрував даний опитувальник.

При оцінці якості життя за шкалою SF-36 серед досліджуваних хворих до початку лікування найбільш низькими були значення за шкалами "фізичне функціонування" (PF) - 13,55±2,31%, "соціальне функціонування" (SF) - 13,66±0,49% та "психологічне здоров'я" (MH) - 12,88±1,69%. Через 7 днів відмічалось достовірне покращення показників практично за всіма шкалами. При цьому ця динаміка була більш вираженою за шкалами "фізичне функціонування" (PF) ( $p = 0,005$ ), "рольове фізичне функціонування" (RP) ( $p = 0,009$ ) та "оцінка больового синдрому" (BP) ( $p = 0,011$ ), що призвело до достовірного збільшення інтегрального показника "фізичний" компонента здоров'я (PCS) ( $p = 0,039$ ).

Суб'єктивна оцінка результатів лікування в цілому була позитивною; негативну оцінку результатів лікування не дав жоден пацієнт, задовільно лікування оцінили - 6 (13,0%), добре - 11 (23,9%), дуже добре - 15 (32,6%) і відмінно - 14 (30,4%) осіб.

Як показали результати проведеного дослідження, найбільш на результати лікування впливали психологічні особливості пацієнтів. Так, у пацієнтів з клінічно вираженою депресією результати комплексного лікування з використанням препарату катадолон були гіршими, нижчою якість життя та працездатність (табл. 2). Гірші показники якості життя групи хворих з клінічно вираженою депресією (>15 балів за шкалою Бека) підтверджують відомий факт, що саме депресія, а не важкість соматичного статусу неврологічного дефекту, визначає порушення функціонування хворого [Воробьева, Акарачкова, 2004].

Звертає увагу, що тільки у 56,5% пацієнтів спосте-

рігалися психічні симптоми депресії, а при додатковому використанні психометричних тестів депресія була діагностована у 78,3% хворих. Таким чином, підтверджено, що депресивні розлади є надзвичайно поширеними серед хворих із загостренням поперекового больового синдрому, а також являються важливим фактором, що впливає на перебіг больового синдрому, якість життя та ефективність лікування цих пацієнтів. Цей факт необхідно враховувати при лікуванні хворих даної категорії та призначати пацієнтам комбіновану терапію, що включає поряд із медикацією анальгетичної спрямованості й психотропні засоби.

### Висновки та перспективи подальших розробок

1. Застосування препарату із групи селективних активаторів нейрональних калієвих каналів (катадолон) у комплексній терапії хворих із загостренням поперекового больового синдрому має високу ефективність щодо зниження сенсорної та афективної складових болю, а результат оцінюється пацієнтами (86,9%) як добрий, дуже добрий та відмінний.

2. Комплексне лікування загострення попереково-

го больового синдрому з використанням препарату катадолон забезпечує виражену знеболюючу дію на 5-7-й день терапії, що призводить до збільшення рухливості в поперековому відділі хребта та покращенню якості життя пацієнтів.

3. Депресивні розлади надзвичайно поширені (78,3%) серед хворих із загостренням поперекового больового синдрому. Вони негативно впливають на сенсорну складову больових відчуттів, знижуючи якість життя хворого.

Емоційний стан пацієнта має істотний вплив на ефективність лікування і сприяє хронізації патологічного процесу. Це необхідно враховувати в комплексному лікуванні больових синдромів різної етіології та поряд із анальгетичними та протизапальними засобами призначати психотропні препарати. В зв'язку з цим перспективою подальших розробок, на наш погляд, повинно бути вивчення впливу антидепресантної медитації на перебіг захворювання, а також дослідження можливостей впливу на якість життя пацієнтів із загостренням поперекового больового синдрому, що дозволить визначити напрямки удосконалення клінічного ведення хворих цієї категорії.

### Список літератури

- Баринів А.Н. Сегментарные механизмы формирования мышечного спазма, спастичности и хронизации боли /А.Н.Баринів //Врач.- 2012.- №5.- С.17-23.
- Воробьева О.В. Роль депрессии в хронизации дорсалгии: подходы к терапевтической коррекции /О.В.Воробьева, Е.С.Акарачкова //Журнал неврол. и психиатрии им. С.С.Корсакова.- 2004.- №8.- С.46-50.
- Товажнянская О.Л. Психодіагностичні особливості депресивних розладів серед хворих працездатного віку із захворюваннями хребта /О.Л.Товажнянская, В.Б.Михайлов //Международ. журнал.- 2010.- №4.- С.45-49.
- Товажнянская Е.Л. Болевые синдромы в области спины: современные направления рациональной фармакотерапии /Е.Л.Товажнянская //Міжн. неврол. журнал.- 2013.- №2 (56).- С.149-154.
- Adorno M.L. Assessment of the quality of life through the SF-36 questionnaire in patients with chronic nonspecific low back pain /M.L.Adorno, J.P.Brasil-Neto //ActaOrtop Bras.- 2013.- Vol.21, №4.- P.202-207.
- Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Prevalence and most common causes of disability among adults - United States, 2005 /Centers for Disease Control and Prevention (CDC) // MMWR Morb. Mortal.Wkly Rep.- 2009.- Vol.58, №16.- P.421-426.
- Spinal pain in adolescents: prevalence, incidence, and course: a school-based two-year prospective cohort study in 1,300 Danes aged 11-13 /E.Aartun, J.Hartvigsen, N.Wedderkopp [et al.] // BMC Musculoskelet Disord.- 2014.- Vol.15, №1.- P.187.
- The global burden of low back pain: estimates from the Global Burden of Disease 2010 study /D.Hoy, L.March, P.Brooks[et al.] //Ann. Rheum. Dis.- 2014.- Vol.73, №6.- P.968-974.

**Цибульська В.П.**

### КАЧЕСТВО ЖИЗНИ И СЕНСОРНО-АФФЕКТИВНЫЕ СОСТАВЛЯЮЩИЕ ОБОСТРЕНИЯ ПОЯСНИЧНОГО БОЛЕВОГО СИНДРОМА ПРИ ЛЕЧЕНИИ В СТАЦИОНАРЕ

**Резюме.** Представлена оценка сенсорных и аффективных составляющих болевых ощущений и качества жизни пациентов под влиянием комплексного лечения обострения поясничного болевого синдрома с использованием препарата катадолон.

**Ключевые слова:** боль в спине, катадолон, эффективность, качество жизни.

**Tsybulska V.P.**

### QUALITY OF LIFE, SENSORY AND AFFECTIVE COMPONENTS OF LOW BACK PAIN EXACERBATIONS DURING TREATMENT IN HOSPITAL

**Summary.** There is assessment of sensory and affective components of painful sensations and quality of life of patients with exacerbations of low back pain under the impact of catadolon.

**Key words:** low back pain, catadolon, efficiency, quality of life.

Стаття надійшла до редакції 12.05.2014 р.

Цибульська Віта Павлівна - аспірант кафедри нервових хвороб Вінницького національного медичного університету імені М.І.Пирогова; +38 098 803-25-54; viktoria866@mail.ru