

О.М. Авраменко

ЕФЕКТИВНІСТЬ СТАНДАРТНОГО ЛІКУВАННЯ ПАЦІЄНТІВ З ХРОНІЧНИМ БОЛЕМ І СУПУТНИМИ ПСИХІЧНИМИ РОЗЛАДАМИ З ПОЗИЦІЇ ХВОРОБЛИВОЇ ПОВЕДІНКИ

Клінічна лікарня «Феофанія», м. Київ

Хронічний біль є кінцевим результатом взаємодії цілої низки біологічних, психологічних і соціальних процесів, які можуть домінувати в клінічній картині незалежно від нозологічної належності. Біль завжди має суб'єктивний характер, його кінцева оцінка визначається локалізацією і характером ушкодження, природою фактора, що спричинив ушкодження, психологічним станом людини і її індивідуальним життєвим досвідом. Особливе значення має психоемоційний стан хворих, які страждають від хронічного болю. Хронічний біль у 10-100% пацієнтів поєднується з депресією. Також відомо про поєднання ХБС з тривожними розладами та порушеннями сну. У низки пацієнтів з ХБС формується специфічна больова поведінка, що перешкоджає процесу видужання та значно його подовжує.

Метою дослідження була оцінка ефективності стандартного лікування пацієнтів з ХБС залежно від наявності супутнього психічного розладу у вигляді депресивного епізоду (ВДР), генералізованого тривожного розладу (ГТР) та тривожно-депресивного розладу (ТДР).

Наявність у пацієнтів з ХБС супутніх психічних розладів у вигляді ВДР, ГТР та ТДР суттєво впливає на безпосередню та відтерміновану ефективність лікування. Стандартна терапія основного захворювання та положення уніфікованого клінічного протоколу щодо хронічного болю не забезпечують комплексного лікування. Супутня афективна патологія обумовлювала формування у пацієнтів з ХБС хворобливої больової поведінки, починаючи з трансформації актуальної життєвої стратегії на обмежувальну та завершуючи хворобливою деформацією життєвих цілей, що негативно впливало на якість лікування в цілому.

Ключові слова: хронічний біль, депресія, тривога, хвороблива поведінка.

Актуальність. Відповідно до біопсихосоціальної концепції болю, захворювання є «об'єктивна біологічна подія», пов'язана з пошкодженням певних структур організму або систем органів, обумовленим патологічними анатомічними або фізіологічними змінами. Розлад, «суб'єктивне переживання або самоатрибуція», має місце при захворюванні, яке викликає фізичний дискомфорт, емоційний стрес, поведінкові обмеження і психологічні порушення. У пацієнта з хронічним болем наявне поєднання цих категорій, що обумовлює відмінності у вираженості коморбідного хворобливого стану (тяжкість, тривалість і наслідки для індивідуума), спровоковані взаємовідносинами між біологічними змінами, психологічним станом і соціокультурним середовищем [1, 5, 7].

Хронічний біль є кінцевим результатом взаємодії цілої низки біологічних (фізіологічних), психологічних і соціальних процесів, що може домінувати в клінічній картині (бути основною, а іноді – єдиною ознакою хвороби) незалежно від нозологічної належності [2].

Біль завжди має суб'єктивний характер, його кінцева оцінка визначається локалізацією і характером ушкодження, природою фактора, який призвів до ушкодження, психологічним станом людини та її індивідуальним життєвим досвідом. Особливе значення має психоемоційний стан хворих, які страждають від хронічного болю через прогресуючі форми злоякісних новоутворень. Хронічний біль набуває статусу самостійної хвороби, оскільки його причину неможливо усунути.

За даними досліджень, наявних на сьогодні, близько 35% населення США страждають від хронічного болю різного ступеня вираженості. Його вплив на пацієнта спричиняє пригнічений стан, стомленість, надмірне вживання ліків, алкоголю, залежну поведінку, непрацездатність, інвалідизацію, а також суїцидальні думки/дії. Батьківський хронічний біль збільшує ризик інтерналізації симптомів тривоги і депресії у підлітків [6].

М. Lefkowitz ще у 2003 році сформулював характерні ознаки ХБС: увага пацієнта постійно прикута до болю; скарги на біль мають постійний характер; пацієнт драматизує больові відчуття, наочно їх демонструючи (зойк, стогін, гримаси, накульгування тощо); використання безлічі різноманітних ліків; часте звертання за медичною допомогою; погіршення сімейних стосунків (чоловік/жінка відчуває занепокоєння, депресію і страх).

У низки пацієнтів з ХБС формується специфічна больова поведінка, що перешкоджає процесу видужання та значно його подовжує. Частина пацієнтів опановує біль, частково зменшує фіксацію уваги на ньому, починає сприймати його як дещо «належне» та «неминуче», продовжуючи вести звичний спосіб життя з нормальним повсякденним рівнем діяльності. Але у багатьох випадках пацієнти з ХБС стають надмірно «підлеглими» й залежними: вони потребують більшої уваги, відчувають себе надмірно хворими і формують хворобливу обмежувальну поведінку зі зменшенням активності й зняттям з себе відповідальності щодо повсякденних обов'язків [3, 10].

Хронічний біль, на думку різних авторів, у 10–100% випадків поєднується з депресією. Причому більшість з них приходять до висновку, що біль і інвалідизація передують депресії. Також відомо про поєднання ХБС з тривожними розладами та порушеннями сну [1–4].

Метою дослідження була оцінка ефективності стандартного лікування пацієнтів з ХБС залежно від наявності у них супутнього психічного розладу у вигляді депресивного епізоду (ВДР), генералізованого тривожного розладу (ГТР) та тривожно-депресивного розладу (ТДР).

Матеріали та методи дослідження

За умови інформованої згоди ми обстежили 77 пацієнтів з ХБС (коди стану за МКХ–10 R52.1, R52.2), які отримували стандартне лікування з приводу спондилолітезу (22 особи, 28,6%), остеохондрозу (32 особи, 41,6%) і посттравматичних змін (23 особи, 29,8%).

Вік пацієнтів був у межах 20–55 років. Стаж больового синдрому складав (12,4±5,7) року. Частота загострень становила (5,2±2,6) раз на рік.

Пацієнти мали хронічний неускладнений больовий синдром з наступними ознаками: біль залежав від фізичної активності (зменшувався після відпочинку); напади були спровоковані фізичним навантаженням; біль мав рецидивуючий характер; локалізація – спина, верхня частина ноги; відсутність загострення неврологічної симптоматики; нормальний соматичний стан.

Неврологічно: хронічна вертеброгенна люмбалгія, люмбоішіалгія.

Всі пацієнти були обстежені за критеріями МКХ–10 на наявність депресивного епізоду (ВДР), генералізованого тривожного розладу (ГТР) та тривожно-депресивного розладу (ТДР). За результатами обстеження пацієнтів було поділено на чотири групи: 1 – ХБС+ВДР; 2 – ХБС+ГТР; 3 – ХБС+ТДР; 4 – ХБС.

Результати та їх обговорення

Всі пацієнти були проліковані до ремісії/субремісії за ознаками неврологічного захворювання та перебували під амбулаторним спостереженням протягом 48 діб з визначенням ефективності лікування одразу після виписки, через 14 та 28 діб.

Таблиця 1. Ефективність лікування в стаціонарі

Характеристика	Групи лікування			
	1	2	3	4
Тривалість стаціонарного лікування, дні	19,7±1,7	13,5±0,9	20,3±1,5	14,6±1,3
Повне одужання за час стаціонарного лікування, %	40,2	51,3	48,4	63,3
Виписані з покращанням за час стаціонарного лікування, %	58,8	49,7	51,6	36,7

Тривалість стаціонарного лікування пацієнтів з ХБС за стандартними алгоритмами була найменшою в групі 4 (пацієнти без супутніх психічних розладів). Найтривалішим виявилось перебування в лікарні пацієнтів з депресивними та тривожно-депресивними розладами (групи 1 та 3). Група пацієнтів з тривогою за тривалістю перебування в лікарні займала середнє положення. Відсутність афективних розладів у пацієнтів з ХБС (група 4)

відповідала найліпшому показнику повного одужання за час стаціонарного лікування. Наявність ГТР і ТДР (групи 2 і 3). дещо зменшувала цей показник. Депресивний розлад (група 1) асоціювався з найменшою частотою повної ремісії.

Таблиця 2. Відтермінована ефективність лікування

Характеристика	Групи лікування			
	1	2	3	4
Повне клінічне відновлення через 14 днів після виписки зі стаціонару	27,4	34,7	19,5	40,6
Повне клінічне відновлення через 28 днів після виписки зі стаціонару	5,3	8,6	5,9	13,37
Затяжний перебіг захворювання	26,7	15,6	39,5	6,3

Повне клінічне відновлення через 14 днів після виписки із стаціонару в групах 1–4 мало повністю відповідало показникам повного одужання за час стаціонарного лікування. Але через 28 днів після виписки із стаціонару наявність у пацієнтів депресивного синдрому в межах ВДР (група 1) або ТДР (група 3) перешкоджала повному клінічному відновленню. Саме у пацієнтів цих груп найчастіше був затяжний перебіг захворювання, причому наявність тривоги служила додатковим обтяженням.

На нашу думку, наявність супутньої афективної патології обумовлювала формування у пацієнтів з ХБС хворобливої больової поведінки, починаючи з трансформації актуальної життєвої стратегії на обмежувальну та завершуючи хворобливою деформацією життєвих цілей.

При формуванні больової поведінки пацієнт має певні очікування (Waddal G., 2004) щодо рівня активності та спілкування з іншими. Спостерігаються надлишковий відпочинок, зменшення активності в цілому та її окремих форм, зменшення/відмова від фізичних вправ, уникання нормальної соціальної активності та прогресивне обмеження способу життя щодо продуктивної активності, декларація наявності надінтенсивного болю «весь час», погіршення якості сну через біль, самолікування – частий прийом багатьох ліків «від болю».

В Україні проблемам формування хворобливої больової поведінки у пацієнтів з ХБС, в тому числі з супутніми афективними розладами, присвячено обмаль досліджень. Уніфікований клінічний протокол щодо хронічного болю опікується насамперед призначенням оптимальної знеболювальної терапії, не сягаючи комплексного лікування, насамперед хоспісної та паліативної допомоги [8, 9]. Втім, комплексна курація пацієнта з хронічним болем передбачає одночасний вплив на біологічні, афективні, когнітивні, поведінкові та середовищні мішені.

Висновки

Наявність у пацієнтів з ХБС супутніх психічних розладів у вигляді ВДР, ГТР та ТДР суттєво впливає на безпосередню та відтерміновану ефективність лікування.

Стандартна терапія основного захворювання та положення уніфікованого клінічного протоколу щодо хронічного болю не забезпечують комплексного лікування. Супутня афективна патологія обумовлює формування у пацієнтів з ХБС хворобливої больової поведінки, починаючи з трансформації актуальної життєвої стратегії на обмежувальну та завершуючи хворобливою дефор-

мацією життєвих цілей, що негативно впливає на якість лікування в цілому.

Комплексна курація має передбачати: зменшення/усунення болю, покращення функціонального стану, зменшення/усунення депресії та інших психопатологічних феноменів, зменшення/усунення небажаних ефектів та побічної дії препаратів, зменшення/усунення залежності від психоактивних речовин та відновлення нехворобливої життєвої стратегії пацієнтів з ХБС.

Список використаної літератури

1. Авраменко О. М. Деякі клінічні кореляти хронічного болю і депресії / О. М. Авраменко, О. О. Хаустова // *Актуальні проблеми клінічної та профілактичної медицини*. – 2013. – №2, том 1. – С. 33–38.
2. *Актуальні питання надання паліативної та hospісної допомоги в Україні. Матеріали Першої науково-практичної конференції* // Ред. Ю. В. Вороненко, Ю. І. Губський : Наукове видання. – К. : Університет «Україна», 2012. – 280 с.

3. Голубев В. Л. Психологические установки пациента и переживание боли / А. Б. Данилов // *РМЖ; специальный выпуск «Болевой синдром»*. – 2009. – С. 11–14.
4. Кушнир Г. М. Особенности терапии хронического вертеброгенного болевого синдрома / Г. М. Кушнир, А. А. Микляев // *Міжнародний неврологічний журнал*. – 2014. – № 2 (64). – С. 41–45.
5. Ребров Б. А. К вопросу о связи хронического болевого синдрома и тревожно-депрессивных расстройств у больных терапевтического профиля / Б. А. Ребров, И. И. Благушина, О. А. Реброва // *Боль. Суставы. Позвоночник*. – 2011. – № 2. – С. 7–9.
6. *Стан та організація паліативної та hospісної медицини: український вимір* / Ю. І. Губський, А. В. Царенко, О. М. Бабійчук, О. О. Вольф – Київ, 2012.
7. Чабан О. С. Терапія хронічного алгічного синдрому у пацієнтів з неспсихотичними депресивними розладами і коморбідною соматичною патологією / О. С. Чабан, О. О. Хаустова // *Український вісник психоневрології*. – 2010. – №18. – С. 67–72.
8. *Change in Suicidal Ideation After Interdisciplinary Treatment of Chronic Pain* / J. Kowal, K. G. Wilson, P. Henderson [et al.] // *Clinical Journal of Pain*. – 2014. – Vol. 30. – Iss. 6. – P. 463–471.
9. Deyo R. A. Overtreating chronic back pain: time to back off? / S. K. Mirza, J. A. Turner, B. I. Martin // *J. Am. Board. Fam. Med.* – 2009. – Jan–Feb. – № 22 (1). – P. 62–68.
10. Pregabalin for peripheral neuropathic pain: a multicenter, enriched enrollment randomized withdrawal placebo-controlled trial / I. Gilron, D. Wajsbrot, F. Therrien, J. Lemay // *Clin. J. Pain*. – 2011. – № 27 (3). – P. 185–93.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ СТАНДАРТНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЬЮ И СОПУТСТВУЮЩИМИ ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ С ПОЗИЦИИ БОЛЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ О.Н. Авраменко

Хроническая боль является конечным результатом взаимодействия целого ряда биологических, психологических и социальных процессов, может доминировать в клинической картине независимо от нозологической принадлежности. Боль всегда носит субъективный характер, ее конечная оценка определяется локализацией и характером повреждения, природой повреждающего фактора, психологическим состоянием человека и его индивидуальным жизненным опытом. Особое значение имеет психоэмоциональное состояние больных, страдающих от хронической боли. Хроническая боль у 10–100% пациентов сочетается с депрессией. Также известно о сочетании ХБС с тревожными расстройствами и нарушениями сна. У ряда пациентов с ХБС формируется специфическое болевое поведение, которое препятствует процессу выздоровления и значительно его продлевает.

Целью исследования была оценка эффективности стандартного лечения пациентов с ХБС в зависимости от наличия сопутствующего психического расстройства в виде депрессивного эпизода (БДР), генерализованного тревожного расстройства (ГТР) и тревожно-депрессивного расстройства (ТДР).

Наличие у пациентов с ХБС сопутствующих психических расстройств в виде БДР, ГТР и ТДР существенно влияет на непосредственную и отсроченную эффективность лечения. Стандартная терапия основного заболевания и положения унифицированного клинического протокола по хронической боли не обеспечивают комплексного лечения. Сопутствующая аффективная патология обуславливала формирование у пациентов с ХБС болевого поведения, начиная с трансформации актуальной жизненной стратегии на ограничительную и заканчивая болезненной деформацией жизненных целей, что негативно влияло на качество лечения в целом.

Ключевые слова: хроническая боль, депрессия, тревога, болевое поведение

EFFECTIVENESS OF STANDARD TREATMENT FOR PATIENTS WITH CHRONIC PAIN AND CONCOMITANT MENTAL DISORDERS FROM THE PERSPECTIVE OF PAIN BEHAVIOR O. Avramenko

Chronic pain is the end result of the interaction of a number of biological, psychological and social processes may dominate the clinical picture, regardless of nosology. Pain is always subjective, her final score is determined by the localization and nature of the damage, the nature of the damaging factor, the psychological state of the person and his personal life experiences. Of particular importance is emotional state of patients suffering from chronic pain. Chronic pain in 10–100% combined with depression. Also know about CPS combined with anxiety disorders and sleep disorders in some patients with CPS formed specific pain behavior that interferes with the healing process, and it significantly extends.

Aim of this study was to evaluate the effectiveness of the standard treatment for patients with CPS depending on the availability of comorbid psychiatric disorders such as major depressive episode (MDD), generalized anxiety disorder (GAD) and anxiety-depressive disorder (AAD).

The presence of patients with CPS comorbidity as MDD, GAD and AAD significantly affects the immediate and delayed efficacy. Standard therapy of the underlying disease and the provisions of the unified clinical protocol for chronic pain do not provide full machining treatment. Related affective pathology causes formation in patients with CPS nociceptive behavior, since the actual life transformation strategy for ending restrictive and painful strain of life goals, which negatively affects the quality of care in general.

Key words: chronic pain, depression, anxiety, pain behavior