

Список использованной литературы

1. A novel behavioral intervention in adolescents with type 1 diabetes mellitus improves glycemic control: preliminary results from a pilot randomized control trial / L. Maranda, M. Lau, S. M. Stewart, O. T. Gupta // *The Diabetes Educator*. – 2015. – № 41 (2). – P. 224–230.
2. Autoaggressive behaviour with patients suffering from type 1 diabetes treated at the Clinic for Psychiatry and Psychotherapy Developmental Age-description of cases / S. Hacia, L. Cichoc, M. Nowak [et al.] // *Psychiatria Polska*. – 2013. – № 47 (5). – P. 887–896.
3. Murphy H. R. Psycho-educational interventions for children and young people with Type 1 diabetes / H. R. Murphy, G. Rayman, C. Skinner // *Diabetic Medicine*. – 2006. – № 23 (9). – P. 935–943.
4. National guidelines for psychological care in diabetes: how mindful have we been? / T. R. Nicholson, J. P. Taylor, C. Gosden [et al.] // *Diabetic Medicine*. – 2009. – № 26 (4). – P. 447–450.
5. Psychological screening in children with diabetes mellitus type-1 at the children's hospital and the Institute of Child Health, Multan / W. I. Khan, M. W. Rabbani, E. Afzal, M. Adnan // *The Journal of Pakistan Medical Association*. – 2013. – № 63 (12). – P. 1520–1522.
6. Walter J. Adolescents with diabetes type 1 in adolescent psychiatry and psychotherapy / J. Walter // *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*. – 2013. – № 62 (9). – P. 707–725.
7. Zheng X. P. Psycho-behavioral changes in children with type 1 diabetes mellitus / X. P. Zheng, S. H. Chen // *World Journal of Pediatrics*. – 2013. – № 9 (3). – P. 261–265.

МЕДИКО-ПСИХОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ ПСИХОПАТОГЕНЕЗУ ПСИХОГЕННОГО КОМПОНЕНТА ПСИХОЕНДОКРИННОГО СИНДРОМУ ПРИ ІНСУЛІНОЗАЛЕЖНОМУ ЦУКРОВИМУ ДІАБЕТИ

В.В. Ішук

З метою індикації та аналізу динаміки нозогенних психотравматичних факторів у психопатогенезі психоендокринного синдрому при інсулінозалежному цукровому діабеті було обстежено 40 пацієнтів Українського науково-практичного центру ендокринної хірургії та трансплантації ендокринних органів і тканин, які страждають на інсулінозалежний цукровий діабет та мають у структурі психопатологічних розладів психоендокринний синдром або його осьові компоненти, за допомогою психодіагностичного, клініко-анамнестичного, клініко-психопатологічного та клініко-психофеноменологічного методів. У результаті дослідження було проведено аналіз медико-психологічних особливостей психогенних компонентів психоендокринних синдромів у структурі інсулінозалежного цукрового діабету.

Ключові слова: інсулінозалежний цукровий діабет, психоендокринний синдром, психотравматизація, нозогенія.

MEDICALLY-PSYCHOLOGICAL ASPECTS OF PSYCHOPATHOGENESIS OF PSYCHOGENIC COMPONENT OF PSYCHOENDOCRINIC SYNDROME WITH INSULIN DEPENDENT DIABETES MELLITUS

V. Ischuk

In order to display and comparative analysis of the dynamics of nosogenic stressful factors in psychogenesis of psychoendocrinic syndrome in insulin dependent diabetes mellitus were examined 40 patients of the Ukrainian Scientific-Practical Center of Endocrine Surgery and Transplantation of endocrine organs and tissues suffering from insulin-dependent diabetes and having psychoendocrinic syndrome or axial components in the structure of psychopathological disorders using psychodiagnostic, clinically-psychopathological and clinically-psychophenomenological methods. The study analyzed the medically-psychological characteristics of psychogenic component of psychoendocrinic syndromes in the structure of insulin-dependent diabetes mellitus.

Key words: insulin-dependent diabetes mellitus, psychoendocrinic syndrome, psycotraumatization, nosogeny.

УДК 616.86

Д.Н. Сапон

ОСОБЛИВОСТІ ДІАГНОСТИКИ ТРИВОЖНО-ДЕПРЕСИВНИХ РОЗЛАДІВ У ХВОРИХ НА ФІБРОМІАЛГІЮ НА ТЛІ ХРОНІЧНОГО НЕВРОПАТИЧНОГО БОЛЬОВОГО СИНДРОМУ ТРАВМАТИЧНОГО ГЕНЕЗУ

Український науково-дослідний інститут соціальної і судової психіатрії та наркології, м. Київ
sapon.dari@gmail.com

Ключові слова:

фіброміалгія, тривожно-депресивні розлади, реактивно-особистісна тривожність, депресія, хронічний невропатичний больовий синдром травматичного генезу.

Встановлено, що *серед обстежених були* пацієнти, які мали психопатологічні розлади, в тому числі й тривожно-депресивні. Результати дослідження свідчать про те, що пацієнтів з високим рівнем тривоги більше при фіброміалгії ніж при невропатичному больовому синдромі травматичного генезу. Кількість пацієнтів з ХНБС травматичного генезу, що мають депресивний розлад різного ступеня вираженості, переважає кількість таких пацієнтів з фіброміалгією. Питома частка пацієнтів, які скаржаться на зниження якості життя, серед пацієнтів, хворих на фіброміалгію, значно нижча, ніж у пацієнтів, що страждають на ХНБС.

Актуальність. Як зазначено у Доповіді ВООЗ, депресія є величезним тягарем для суспільства та для самого пацієнта, істотно погіршуючи якість його життя [1, 4]. За прогнозами фахівців, депресія претендує на друге місце серед провідних факторів, які визначають кількість втрачених років життя в зв'язку з втратою працездатності, і поступатиметься за цією характеристикою лише ішемічній хворобі серця [1, 2, 4]. Світовий рівень поширеності хронічного болю до 2011 року сягнув понад 250 млн пацієнтів. Очікується, що до 2015 року вдвічі зросте кількість пацієнтів із фіброміалгією, втричі – з

невропатичним болем, тому проблема терапії подібних розладів стає все більш актуальною [1, 2, 4].

Мета дослідження – визначити діагностичні критерії та клінічні прояви, встановити особливості поширення тривожно-депресивних розладів у хворих на фіброміалгію та хронічний невропатичний больовий синдром травматичного генезу.

Стан розробки проблеми

Тривожно-депресивні розлади, які формуються на тлі больового синдрому – найчастіший психопатологічний

прояв при фіброміалгії та ХНБС травматичного генезу [3, 4, 7, 13]. У практиці нейрохірургів, психіатрів, невропатологів найчастіше зустрічається хронічний біль, який як відомо, має три основні складові: ноцицептивний біль, центральна сенситизація (невропатичний біль), психологічні фактори (депресія) [3, 13, 14, 16]. Біль є тим самим фактором, який знижує рівень та якість життя хворих. Психопатологічні прояви, які супроводжують біль, а саме тривожні та депресивні синдроми, ще більше ускладнюють перебіг хвороби, як при фіброміалгії, так і при ХНБС травматичного генезу [3, 12, 14, 10]. Поглиблення тривоги та депресії ще більше стимулюють больовий синдром, таким чином формується «патологічне коло» – біль сприяє поглибленню тривоги та депресії, а тривожні та депресивні розлади, у свою чергу, поглиблюють больові відчуття, що зрештою призводить до формування больової поведінки. Аналіз наукової літератури дає пояснення цьому патологічному феномену [3, 4, 7–9, 13, 15]. Наприклад, хронічний стрес здатен викликати у головному мозку протизапальну експресію цитокинів, що, в свою чергу, призводить до розвитку симптомів тривоги, депресії та больового синдрому. Надалі цитокини спричиняють депресивні симптоми через модуляцію ГГАС, резистентність до глюкокортикоїдів, або вплив на регуляцію синтезу серотоніну. Обидва фактори є тригерами у розвитку депресії, тривоги та посилення больового синдрому [2, 13, 16, 17]. Наукові дослідження свідчать про те, що центральні моноаміни мають вплив на регуляцію «больової поведінки», а також беруть участь у регуляції низхідних больових шляхів. Таким чином, можна вважати, що пацієнти із патологією нейротрансмісії моноамінів можуть перебувати у групі ризику розвитку фіброміалгії, «больової поведінки», тривожно-депресивних розладів, ХНБС травматичного генезу [5, 6, 10, 14, 17].

Причинно-наслідковий зв'язок між тривожно-депресивними розладами та хронічним невропатичним болем повністю не вивчений, але в клінічній практиці вже є наступні гіпотези:

- Тривожно-депресивні розлади передують розвитку ХНБС;
- Тривожно-депресивні розлади є наслідком ХНБС;
- Епізоди тривоги та депресії, що передують ХНБС, призводять до розвитку тривожно-депресивних розладів після початку ХНБС;
- Дезадаптивні копінг-стратегії сприяють формуванню взаємодії між тривогою, депресією і хронічним болем;

Депресивно-тривожні розлади та біль мають схожі характеристики, але є різними порушеннями [3, 4, 11, 15, 17].

Науковці Von Korff & Simon [4, 14] зробили деякі узагальнення, а саме:

- біль міцно пов'язаний з тривожними та депресивними розладами;
- залежність кількості вогнищ та інтенсивності болю від поточних подій життя є характеристиками, що зазвичай передують депресії;
- пацієнтам з болем притаманні такі психологічні симптоми депресії, як зниження життєвого тону, розлади сну, тривога та відсутні відчуття провини і усамітнення;

Психологічний дистрес та недієспроможність почасти поверхневі та транзиторні при гострому больовому синдромі, але значно погіршуються при хроніфікації і поєднанні симптоматики [4, 9, 16].

За даними мета-аналізу, який провів Van Houdenhove на 12 234 пацієнтах первинної лікарняної мережі, 20–45% з них страждають на хронічний невропатичний біль [17]. Пацієнти з поточним епізодом депресії скаржаться на грудний, тазовий біль, на відміну від хворих із фіброміалгією, у яких депресивний розлад може бути впродовж тривалого часу [15]. Було встановлено тісний зв'язок між тривожно-депресивними станами та больовим синдромом при фіброміалгії та ХНБС травматичного генезу [2, 13, 14, 16].

Психічні симптоми дуже ускладнюють перебіг та тяжкість фіброміалгії. При анкетуванні жінок з цим діагнозом було встановлено, що вони вважають тривожний, депресивний стан прогностичним фактором розвитку фіброміалгії і, в майбутньому, психічних порушень [10, 13, 15]. Крім того, при тяжких станах депресії та тривоги у хворих з фіброміалгією спостерігали більше психічних симптомів та вираженіше погіршення стану функціонування, ніж без неї. Також встановлено, що симптоматика у хворих на фіброміалгію пов'язана з депресивним чи тривожним розладом, який спостерігається як поточний епізод чи був в анамнезі на минулий час [2, 5, 9]. Депресивні та тривожні розлади пов'язані та асоціюються у хворих на фіброміалгію з функціональною нестабільністю, та є тим фактором, який прогностично впливає на ризик постійного болю, викликаного даним захворюванням [1, 3, 13].

Важливо зауважити, що терапія тривожних та депресивних розладів потребує різних терапевтичних стратегій та заходів. Це зумовило актуальність вивчення особливості поширення тривожно-депресивних розладів у хворих на фіброміалгію та хронічний невропатичний больовий синдром травматичного генезу [3, 7, 12].

Завданням нашого дослідження було виявлення у пацієнтів, які страждають на фіброміалгію та ХНБС, ознак тривожно-депресивних розладів та встановлення, які саме розлади більш властиві пацієнтам з фіброміалгією, а які пацієнтам з ХНБС.

Матеріали та методи дослідження

Відповідно до мети дослідження було обстежено 206 осіб. З них фіброміалгія була у 97 осіб та у 109 осіб – хронічний невропатичний больовий синдром травматичного генезу, вік обстежених був від 18 до 63 років (середній вік $(40,41 \pm 6,36)$ року). Тривалість захворювання становила від 3 до 280 міс. (в середньому $(95,41 \pm 8,11)$ міс.). Серед обстежених було 34% чоловіків та 66% жінок.

На початку дослідження усім хворим проводили загальноклінічне обстеження, оцінку інтенсивності болю за ВАШ, загальне та біохімічне дослідження крові з визначенням ревматоїдного фактора, С-реактивного протеїну, ЕНМГ, ЕЕГ, викликані потенціали Р300, визначення психічного статусу. На другому етапі обстеження в усіх хворих проводили оцінку рівня тривожного та депресивного стану за допомогою анкетування за опитувальником Шихана, опитувальником ВАШ, опитувальником по фіброміалгії; використовували тестові методики HAD, SF-36 для оцінки якості життя, анкети про самопочуття

PRIME-MD (Quick Guide to PRIME-MD Patient Health Questionare, PHQ). Ці шкали були розроблені для використання у загальній медичній практиці, в нашому дослідженні анкети заповнювали самі пацієнти власноруч. Потім оцінювали взаємозв'язок між виявленням тривожно-депресивних розладів у хворих на фіброміалгію та ХНБС, а саме – кількість та частоту виявлення окремо депресивних розладів та тривожних станів у даних двох групах. Також порівнювали оцінку якості життя, окремо при фіброміалгії та ХНБС.

Серед пацієнтів були виокремлені групи з високими показниками тривожності й депресії та низькими показниками якості життя. Наступним завданням було встановлення кількості таких пацієнтів серед хворих на фіброміалгію та хворих із ХНБС.

Результати та їх обговорення

Дослідженням було виявлено, що кількість пацієнтів з високим рівнем тривоги при ХНБС складає 16,8%, а з фіброміалгією – 32% (табл. 1, рис. 1.).



Рис. 1 Кількість пацієнтів з різними рівнями тривоги при фіброміалгії



Рис. 2 Кількість пацієнтів з різними рівнями тривоги при ХНБС

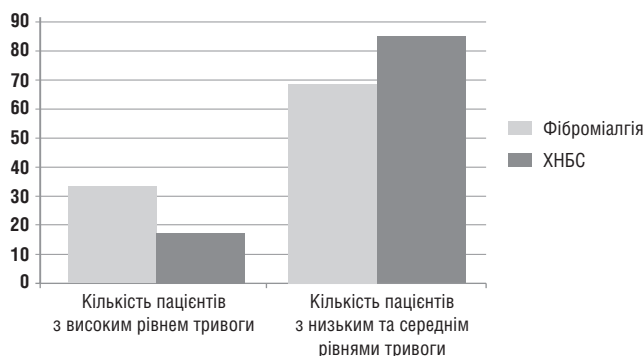


Рис. 3 Порівняльна діаграма кількості пацієнтів з різним рівнем тривоги

Як видно з порівняльної діаграми (рис. 3), пацієнтів з високим рівнем вираженості тривоги більше при фіброміалгії, ніж при невропатичному больовому синдромі

травматичного генезу. Порівнявши чисельність пацієнтів за допомогою статистичних методів ми визначили, що статистична значимість такої різниці дорівнює 0,01 (за критерієм Фішера, при $\phi^*_{емп} = 2,539$).

Таблиця 1. Кількість пацієнтів з різним рівнем тривоги при фіброміалгії та хронічному невропатичному больовому синдромі

Діагноз	Кількість пацієнтів з високим рівнем тривоги	Кількість пацієнтів з низьким та середнім рівнями тривоги	Всього
Фіброміалгія	31 (32%)	66 (68%)	97
ХНБС	20 (16,8%)	99 (83,2%)	119

Дослідженням було виявлено, що кількість пацієнтів із депресивними розладами при фіброміалгії складає 33,8% (рис. 4), а при ХНБС (рис. 5) 48,6%.



Рис. 4 Кількість пацієнтів з депресивними розладами при фіброміалгії

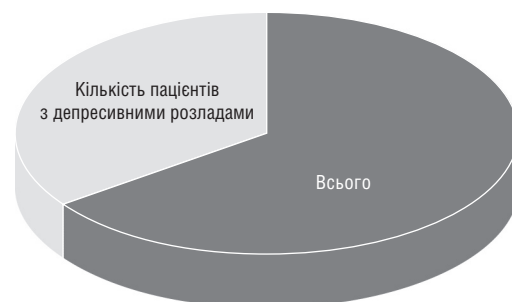


Рис. 5 Кількість пацієнтів з депресивними розладами при хронічному невропатичному больовому синдромі

Загальний результат наочно представлений у порівняльній діаграмі та таблиці (рис. 6, табл. 2). Порівняльний аналіз засвідчив, що кількість пацієнтів з ХНБС травматичного генезу, які мають депресивний розлад різного ступеня вираженості, значно переважає кількість таких пацієнтів з фіброміалгією. Статистична значимість дорівнює 0,02 (за критерієм Фішера, $\phi^*_{емп} = 2.029$).

Таблиця 2. Питомі частки депресивних розладів у пацієнтів, хворих на фіброміалгію та хронічний невропатичний больовий синдром

Діагноз	Кількість пацієнтів з депресивними розладами	Всього
Фіброміалгія	26 (33,8%)	77
ХНБС	53 (48,6%)	109

Наступним завданням був аналіз зниження якості життя пацієнтів з фіброміалгією в порівнянні з пацієнтами, які страждають на ХНБС.

Кількість пацієнтів, що вказали на зниження якості свого життя, складає 48,5% від загальної кількості хво-



Рис. 6 Питомі частка депресивних розладів у пацієнтів, хворих на фіброміалгію та хронічний невропатичний больовий синдром

рих на фіброміалгію (рис. 7), а частина таких пацієнтів при ХНБС становить 69,2% (рис. 8). Таким чином ми з'ясували, що якість життя погіршується більше при діагнозі ХНБС (рис. 9).



Рис. 7 Кількість пацієнтів, хворих на фіброміалгію, які вказали на зниження якості свого життя



Рис. 8 Кількість пацієнтів, хворих на хронічний невропатичний больовий синдром, які вказали на зниження якості свого життя

Таблиця 3. Питомі частка пацієнтів, які скаржаться на зниження якості життя, серед пацієнтів, хворих на фіброміалгію та хронічний невропатичний больовий синдром

Діагноз	Зниження якості життя	Всього
Фіброміалгія	47 (48,5%)	97
ХНБС	74 (69,2%)	107

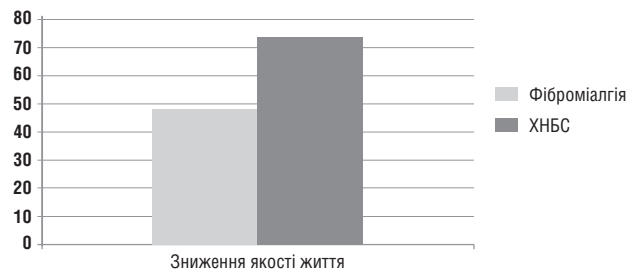


Рис. 9. Питомі частка пацієнтів, які скаржаться на зниження якості життя, серед пацієнтів, хворих на фіброміалгію та хронічний невропатичний больовий синдром

Питомі частка пацієнтів, які скаржаться на зниження якості життя, серед хворих на фіброміалгію значно нижча, ніж серед пацієнтів з ХНБС. Статистична значимість складає 0,01 за критерієм Фішера ($\phi^* \text{емп} = 3.024$).

Список використаної літератури

1. Дмитриева Л. Л. Методика формализованной оценки невротических проявлений / Л. Л. Дмитриева // Журн. невропатол. и психиатрии. – 1995. – № 5. – С. 77–80.
2. Николаева В. В. Влияние хронической болезни на психику / В. В. Николаева. – М.: Изд-во МГУ, 1987. – 168 с.
3. Сулейманова Г. П. Психосоматические соотношения и внутренняя картина болезни у больных синдромом фибромиалгии: автореф. дис. на соискание ученой степени канд. мед. наук / Г. П. Сулейманова. – Волгоград, 2005. – 22 с.
4. Чабан О. С. Терапія хронічного алгічного синдрому у пацієнтів з неспухотичними депресивними розладами і коморбідною соматичною патологією / О. С. Чабан, О. О. Хаустова // Український вісник психоневрології. – Т. 18, вип. 1 (62) – 2010.
5. A 14-week, randomized, double-blinded, placebo-controlled monotherapy trial of pregabalin in patients with fibromyalgia / L. M. Arnold, I. J. Russell, E. W. Dirir [et al.] // Pain. – 2008. – № 9. – P. 792–805.
6. A randomized, double-blind, placebo-controlled trial of duloxetine in the treatment of women with fibromyalgia with or without major depressive disorder / L. M. Arnold, A. Rosen, Y. L. Pritchett [et al.] // Pain. – 2005. – № 119 (1–3). – P. 5–15.
7. Arnold L. M. Antidepressant treatment of fibromyalgia. A meta-analysis and review / L. M. Arnold, P. E. Keck, J. A. Welge // Psychosomatics. – 2000. – Vol. 41. – P. 104–113.
8. Bennett M. I. Intravenous lignocaine in the management of primary fibromyalgia syndrome / M. I. Bennett, Y. M. Tai // Int. J. Clin. Pharmacol. Res. – 1995. – № 15 (3). – P. 115–119.
9. Bennett R. The Fibromyalgia Impact Questionnaire (FIQ): a review of its development, current version, operating characteristics and uses / R. Bennett // Clin. Exp. Rheumatol. – 2005. – № 23 (5). – S. 154–160.
10. Depression and pain comorbidity: a literature review / M. J. Bair, R. L. Robinson, W. Katon, K. Kroenke // Arch. Intern. Med. – 2003. – Vol. 163. – P. 2433–2445.
11. Fibromyalgia relapse evaluation and efficacy for durability of meaningful relief (FREEDOM): a 6-months, double-blind, placebo-controlled trial with pregabalin / L. J. Crofford, P. J. Mease, S. L. Simpson [et al.] // Pain. – 2008. – № 136. – P. 419–431.
12. Meenan R. F. The AIMS approach to health status measurement: conceptual background and measurement properties / R. F. Meenan // J. Rheumatol. – 1982. – № 9. – P. 785–788.
13. Refined insights into the pain-depression association in chronic pain patients / Angst F., Verra M. L., Lehmann S. [et al.] // Clin. J. Pain. – 2008. – Vol. 24. – P. 808–816.
14. Relationships Among Depression, Chronic Pain, Chronic Disabling Pain, and Medical Costs / B. A. Arnow, C. M. Blasey, J. Lee [et al.] // Psychiatr. Serv. – 2009. – Vol. 60 (3). – P. 344–350.
15. Safety and tolerability of duloxetine in the treatment of patients with fibromyalgia: pooled analysis of data from five clinical trials / E. H. S. Choy, P. J. Mease, D. K. Kajdasz [et al.] // Clin. Rheumatol. – 2009. – № 28 (9). – P. 1035–1044.
16. Sexual and physical abuse in women with fibromyalgia syndrome: a test of the trauma hypothesis / D. S. Ciccone, D. K. Elliott, H. K. Chandler [et al.] // Clin. J. Pain. – 2005. – № 21 (5). – P. 378–386.
17. Tramadol and acetaminophen combination tablets in the treatment of fibromyalgia pain: a double-blind, randomized, placebo-controlled study / R. M. Bennett, M. Kamin, R. Karim [et al.] // Am. J. Med. – 2003. – № 114 (7). – P. 537–545.

ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ У БОЛЬНЫХ ФИБРОМИАЛГИЕЙ НА ФОНЕ ХРОНИЧЕСКОГО НЕВРОПАТИЧЕСКОГО БОЛЕВОГО СИНДРОМА ТРАВМАТИЧЕСКОГО ГЕНЕЗА

Д.Н. Сапон

Актуальность. Депрессии несут с собой большой груз как для социума, так и для пациента, существенно снижая качество и уровень жизни. По предварительным данным, депрессия претендует на второе место по факторам, которые обозначают количество потерянных лет жизни в связи с утратой трудоспособности и уступают по этой характеристике лишь ишемической болезни сердца. Хронический болевой синдром к 2011 году выявлен у 250 млн пациентов по всему миру. Ожидается, что в 2015 году вдвое возрастет количество пациентов с фибромиалгией, второе – с невропатической болью. Поэтому проблема терапии подобных состояний становится всё более актуальной.

Цель. Выявить диагностические критерии и клинические проявления, установить особенности распространения тревожно-депрессивных расстройств у пациентов с фибромиалгией и хроническим невропатическим болевым синдромом травматического генеза.

Методы и материалы. В соответствии с целью исследования было обследовано 206 человек, среди которых 97 с фибромиалгией, 109 – с хроническим невропатическим болевым синдромом травматического генеза. Все пациенты в начале обследования прошли общее клиническое обследование, оценку интенсивности боли, исследование крови, ЭНМГ, ЭЭГ, вызванные потенциалы Р300. На втором этапе всем пациентам проводилась оценка уровня тревожного, а также депрессивного состояния при помощи анкетирования по опроснику Шихана, опроснику по фибромиалгии, тестовым методикам HAD, SF-36, PRIME-MD. В последующем происходила оценка взаимосвязи проявлений тревожно-депрессивных состояний у пациентов с фибромиалгией, а также хроническим невропатическим болевым синдромом травматического генеза. Также сравнению подлежала оценка качества и уровня жизни отдельно при фибромиалгии и ХНБС.

Результаты исследования. Было установлено, что пациентов с высоким уровнем тревоги больше при фибромиалгии, нежели при ХНБС (соответственно 32% и 16,8%). Также исследование показало, что количество пациентов с депрессивными расстройствами при фибромиалгии меньше, нежели при диагнозе ХНБС (соответственно 33,8% и 48,6%). Количество пациентов со снижением качества и уровня жизни было больше при ХНБС (69,2%), нежели при фибромиалгии.

Заключення. Исследованием было установлено, что среди обследованных были пациенты с психопатологическими изменениями, в том числе тревожно-депрессивными расстройствами. Результаты обследования указывают на то, что пациентов с высоким уровнем тревоги больше при фибромиалгии, нежели при хроническом невропатическом болевом синдроме травматического генеза.

Депрессивными расстройствами различной степени выраженности, а также более выраженным снижением уровня и качества жизни страдали пациенты с хроническим невропатическим болевым синдромом травматического генеза и в меньшей степени – пациенты с фибромиалгией, что было установлено данным исследованием.

Ключевые слова: фибромиалгия, тревожно-депрессивные расстройства, реактивно-личностная тревожность, депрессия, хронический невропатическая болевой синдром травматического генеза.

FEATURES DIAGNOSIS ANXIETY-DEPRESSIVE DISORDERS IN PATIENTS WITH FIBROMYALGIA WITH CHRONIC NEUROPATHIC PAIN OF TRAUMATIC GENESIS

D. Sapon

Summary. 206 persons with a chronic neurological pain syndrome, among which group of patients with a chronic neurological pain syndrome and group of patients with the diagnosis of fibromyalgia are inspected. It was set that among inspected there were patients with abnormal psychology symptoms, namely with anxious-depressed disorders. The results of inspection specify on that the level of alarm was marked anymore for patients with fibromyalgia by comparison to HNBS. The depressed disorders were present mainly for patients with the diagnosis of HNBS.

Objectives. Depressions carry with itself a large load both for society and for a patient, substantially reducing quality and standard of living. From preliminary data depression applies into second place on factors which designate the amount of the lost years of life in connection with the loss of ability to work and yield by this recommendation only to ischemic heart trouble. Together with it a chronic pain syndrome diagnosis by 2011 walked over a threshold 250 million patients all over the world. It is expected that in 2015 twice the amount of patients will grow with fibromyalgia, three times with neurological pain. Thus the problem of therapy of the similar states becomes more actual.

Aim. To expose diagnostic criteria, clinical displays, set the features of distribution for the anxious-depressed patients with the diagnosis of fibromyalgia, and also chronic neurological pain syndrome of traumatic genesis.

Methods & materials. In accordance with a purpose researches were inspected 206 persons among which 97 persons with the diagnosis of fibromyalgia, 109 persons with a diagnosis of chronic neurological pain syndrome of traumatic genesis. All patients at the beginning of inspection passed a general clinical inspection, estimation of intensity of pain, hemanalysis, ENMG, EEG, caused potentials of R300. On the second stage the estimation of level of the anxious, and also depressed state was conducted all patients through a questionnaire on the questionnaire of Shikhana, questionnaire on fibromyalgia, test methods of HAD, SF-36, PRIME-MD. In subsequent there was an estimation of intercommunication of displays of the anxious-depressed states for patients with fibromyalgia, and also by the chronic neurological pain syndrome of traumatic genesis. The estimation of quality and standard of living was also subject comparison separately at fibromyalgia, and also CNPS.

Results. It was set that more patients are with the high level of alarm at fibromyalgia, than at CNPS (accordingly 32% and 16,8%). Research showed also, that amount of patients with the depressed disorders at fibromyalgia less than at the diagnosis of CNPS (accordingly 33,8% and 48,6%). With the decline of quality and standard of living patients had an amount of patients anymore with the diagnosis of CNPS (69,2%), than for patients with the diagnosis of fibromyalgia.

Conclusion. It was set by research, that among inspected there were patients with abnormal psychology changes, including anxious-depressed disorders. The results of inspection specify on that more patients are with the high level of alarm at fibromyalgia, than at the chronic neurological pain syndrome of traumatic genesis.

It was set by this research, that the depressed disorders of different degree, and also more expressed decline of level and quality of life patients suffered at a chronic neurological pain syndrome of traumatic genesis diagnosis and less patients with the diagnosis of fibromyalgia.

Key words: fibromyalgia, anxiety-depressive disorder, reactive and personal anxiety, depression, chronic neuropathic pain of traumatic genesis.