© Московко С.П., Цибульська В.П., Костюченко А.В.

УДК:617.559-009.76:616-08

Московко С.П., Цибульська В.П., Костюченко А.В.
Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова, кафедра нервових хвороб (вул. Пирогова, 56, м. Вінниця, Україна, 21018)

ОЦІНКА ДЕПРЕСИВНИХ РОЗЛАДІВ ТА ЯКОСТІ ЖИТТЯ ПАЦІЄНТІВ ІЗ ЗАГОСТРЕННЯМ ПОПЕРЕКОВОГО БОЛЬОВОГО СИНДРОМУ

Резюме. *У статті наведено результати дослідження, мета якого - оцінка якості життя, наявності та вираженості депресивних розладів у пацієнтів із загостренням поперекового больового синдрому, а також встановлення кореляційних взаємозв'язків цих показників від оцінки інтенсивності больового синдрому за візуально-аналоговою шкалою оцінки болю (ВАШ). Під наглядом перебували 230 пацієнтів. Якість життя вивчали за допомогою опитувальників SF-36 і EQ-5D. Встановлено, що якість життя пацієнтів із загостренням поперекового больового синдрому достовірно нижча порівняно із практично здоровими особами. З високою частотою виявляється депресія, що корелює з інтенсивністю больового синдрому. Наявність депресії негативно позначалася на якості життя пацієнтів.*

Ключові слова: *вертеброгенні больові синдромами, депресія, якість життя.*

Вступ

Проблема хронічних поперекових больових синдромів, більшість з яких має вертеброгенне походження, через значну поширеність та суттєве погіршення працездатності представляє на теперішній час медичне та соціальне значення не тільки в Україні, але й у всьому світі. Біль у спині протягом життя діагностується у 80% населення [Вознесенская, 2009; Клименко и др., 2010]. Дорсалгія є однією з найчастіших причин звертання по медичну допомогу [Товажнянська, Михайлов, 2010].

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 є доволі помірною [Chenotetal., 2009; Bias, Kursten, 2010]. Серед ряду факторів, котрі сприяють хронізації дорсалгії, провідну роль, на думку більшості дослідників, відіграють депресії [Воробьева, Акарачкова, 2010; Григорьева, 2010]. Незважаючи на клінічну значимість, депресивні станиу пацієнтів з болями в спині в більшості випадків не виявляються і відповідно не лікуються. Водночас, мультицентрове клініко-епідеміологічне дослідження депресії в загально медичній практиці - програма КОМПАС (2002) [Оганов и др., 2004] показало, що серед пацієнтів з діагнозом "остеохондроз" поширеність розладів депресивного спектру становить 50,3%, а, отже, кожен другий пацієнт, котрий звернувся до лікаря з приводу болю в спині, має фактор ризику хронізації болю у вигляді тенденції до депресії, а кожен третій - четвертий хворий страждає вираженою депресією.

Страждання пацієнта від болю включає як фізичний, так і поведінковий компоненти. Тому дослідження якості життя доповнює чисто клінічні дані про характер впливу хвороби та процесу лікування на життя пацієнта, є інструментом для вибору тактики лікування при рівній ефективності або мінімальних відмінностях, будучи незамінним прогностичним фактором [Волчегорский, Местер, 2009].

Мета роботи - визначити відношення суб'єктивних оцінок хворими виразності больового синдрому, впливу його на психологічний стан та оцінку якості життя пацієнтів із загостренням поперекового больового синдрому під час лікування у стаціонарі.

Матеріали та методи

У випробуванні взяли участь 230 (95 чоловіків, 135 жінок) пацієнтів із загостренням поперекового больового синдрому, середній вік яких становив 44,59±12,99 років (17-74 років). Організація дослідження ґрунтувалася на положеннях Гельсінської Декларації 1983 року. Від усіх хворих було отримано інформовану згоду на участь у дослідженні.

Учасникам дослідження проведено стандартне клініко-неврологічне обстеження. Для оцінки афективних порушень використовувалась шкала депресії Бека (Beck Depression Inventory). Інтегральну оцінку больового синдрому проводили за допомогою візуальної аналогової шкали - ВАШ (Visualanalog painscale (VAS), Huskisson). Вона являє собою горизонтальну лінію з позначками від 0 до 100 мм, початок якої відповідає відсутності больових відчуттів, а закінчення - максимальному болю.

Визначення якості життя здійснювали за допомогою опитувальника Коротка Версія Опитувальника Здоров'я - 36 (The MOS 36-item Short Form Health Survey - SF-36), котрий 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 з 8 загальноприйнятими шкалами SF-36 враховували два інтегральних показника ("фізичний" (PCS) і "психічний" (MCS) компоненти здоров'я).

Шкала EQ-5D являє собою провірену та достовірну шкалу оцінки якості життя хворих неврологічного профілю. Цей опитувальник включає в себе оцінку пацієнтом здатності до пересування (мобільність), самообслуговування, повсякденну активність, наявність болю або дискомфорту, тривоги або депресії за трьома можливими категоріями: 1 - відсутність даної проблеми; 2 - помірна вираженість проблеми; 3 - максимальна вираженість проблеми. Крім того пацієнти оцінювали стан свого здоров'я за візуально-аналоговою шкалою, кот-

ра була маркірованою від 0 (найгірший стан здоров'я) до 100 (найкращий стан здоров'я).

Статистичну обробку даних виконували у статистичному пакеті SPSS20 (©SPSS Inc.). 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. Значимість міжгрупових відмінностей оцінювали за допомогою U-критерію Манна-Уїтні. Вивчення взаємозв'язків проводили шляхом розрахунку коефіцієнтів кореляції Пірсона (r). Статистично значущими вважалися відмінності при $p<0,05$ (95%-й рівень значущості).

Результати. Обговорення

Результати обстеження, отримані шляхом використання візуально-аналогової шкали болю (ВАШ), засвідчили, що у досліджуваних пацієнтів середня оцінка болі за ВАШ по групі склала 55,83±14,75 (від 10 до 88) мм. В 40 (17,4%) випадках біль класифікувався як слабкий в спокої, помірний під час рухів, що обмежує активність пацієнта (ВАШ < 40 мм);в 99 (43,0%) - помірний біль в спокої, сильний біль під час рухів, що обмежує активність пацієнта (ВАШ 40-60 мм);в87 (37,8%) - сильний біль в спокої та під час рухів, що істотно обмежує активність пацієнта(ВАШ 60-80 мм); у 6 (2,6%) пацієнтів було виявлено сильний надмірний біль в спокої та під час рухів, що різко обмежував активність цих осіб(ВАШ $\geq$ 80мм).

За рівнем депресії пацієнти розподілилися наступним чином: відсутність клінічно значущої депресії - 59 (25,7%) (менше 9 балів за шкалою Бека), м'яка депресія - 63 (27,4%) (від 10 до15 балів за шкалою Бека), депресія середнього ступеня - 28 (12,2%) (від15 до 19 балів за шкалою Бека) і важка депресія - (34,8%) пацієнтів (>19 балів за шкалою Бека).

Встановлено наявність значущих відмінностей між пацієнтами із загостренням поперекового больового синдрому та контрольною групою здорових осіб (n=73) щодо профілю якості життя за всіма компонентами, котрі складають концепцію "якості життя" протоколу SF-36, з рівнем статистичної значущості відмінностей $p<0,001$ (рис. 1).

З'ясовано, що зниження якості життя у хворих із загострення поперекового больового синдрому досягається як за рахунок показників фізичного здоров'я (PCS) (23,88±1,68% проти 49,98±5,57% в контрольній групі), так і соціального функціонування й життєвої активності (21,49±1,59% проти 48,27±8,50%) ($p<0,001$).

Середня оцінка стану здоров'я за візуальною аналоговою шкалою EQ-5D у обстежених пацієнтів склала 56,66±16,55 балів. Профіль стану здоров'я досліджуваних хворих, побудований на основі середніх оцінок за окремими пунктами шкали, наведений на рисунку 2.

Як видно з рисунку 2, оцінки за пунктами, котрі відображають вплив болю та обмеження повсякденної активності на стан здоров'я виявились найбільш низькими, тоді як вплив тривожності та депресії, а також здатності до самообслуговування, оцінювався пацієнтами як менш виражений.

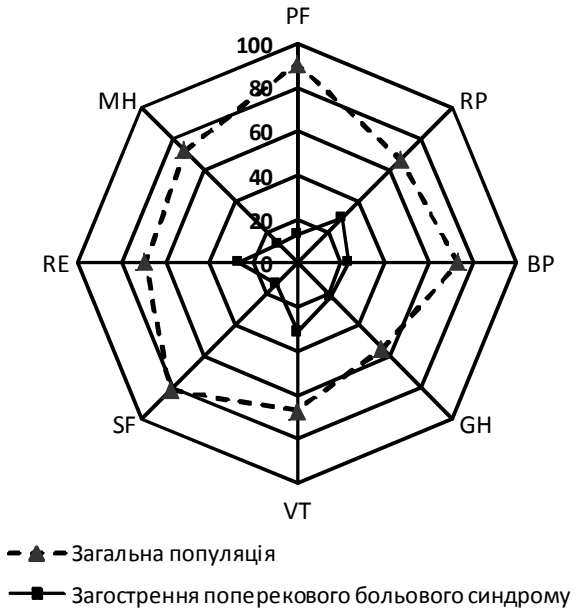

Рис. 1. Показники якості життя пацієнтів із загострення поперекового больового синдрому (n=230) порівняно із здоровими респондентами (n=73) (опитувальник SF-36).

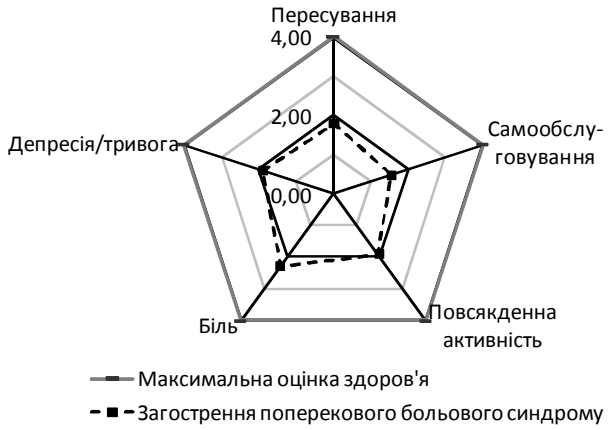

Рис. 2. Профіль стану здоров'я у пацієнтів з із загострення поперекового больового синдрому (n=230) за даними шкали EQ-5D.

Під час аналізу якості життя хворих залежно від інтенсивності больового синдрому, оціненого за ВАШ, виявлено чітку закономірність до погіршення оцінки якості життя із збільшенням оцінки вираженості болю за такими складовими фізичного компоненту здоров'я (PCS), як PF ($p<0,001$), BP ($p<0,01$), та за шкалою RE ($p<0,05$). Збільшення інтенсивності больового синдрому супроводжувалося достовірним зниженням якості життя за сумарним показником PCS ($p<0,05$ порівняно із хворими, котрі мали помірний больовий синдром за ВАШ $\leq$ 40 мм) (рис. 3). Це, ймовірно, пов'язано із збільшенням обмеження активності пацієнтів по мірі зростання інтен-

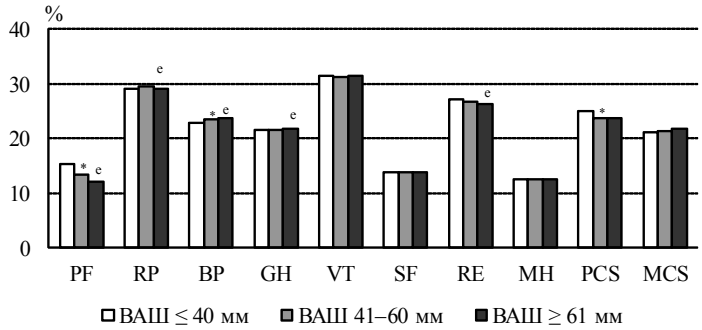

Рис. 3. Показники якості життя пацієнтівіз загострення поперекового больового синдрому (n=230) в залежності від інтенсивності болю (ВАШ): * - значущість відмінностей середніх рівнів показників якості життя хворих з оцінками інтенсивності болю за ВАШ < 40 мм і з оцінками в межах 40-60 мм p<0,05; ^{e} - значущість відмінностей середніх рівнів показників якості життя хворих з оцінками інтенсивності болю за ВАШ 41-60 мм і з оцінками ≥ 60 мм p<0,05.

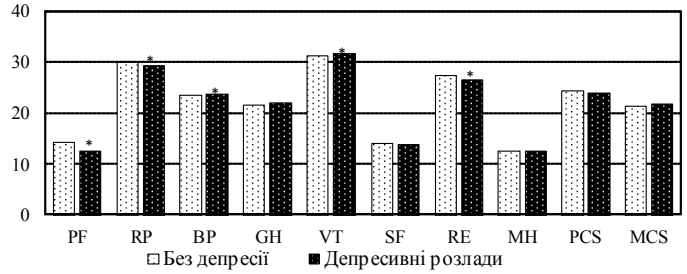

Рис. 4. Показники якості життя пацієнтів із загостренням поперекового больового синдрому без депресії (n=59) та з депресивними розладами різного ступеня вираженості (n=171) (шкала депресії Бека).

сивності больового синдрому в спокої, і, особливо, під час рухів.

Оцінка інтенсивності больового синдрому за ВАШ корелювала з усіма параметрами шкали EQ-5D: оцінкою рухової активності (r=0,445; p<0,001), оцінкою самообслуговування (r=0,342; p<0,001), оцінкою повсякденної активності (r=0,404; p<0,001), оцінкою депресії/тривоги (r=0,312; p<0,001) та оцінкою за візуальною аналоговою шкалою EQ-5D (r= -0,490; p<0,001).

За шкалою депресії Бека у респондентів з оцінками больового синдрому за ВАШ ≤ 40 мм середня оцінка виразності депресивної симптоматики не перевищувала 10,32±7,67 балів та інтерпретувалася як низька. У пацієнтів із оцінками інтенсивності больового синдрому за ВАШ в межах 40 - 60 мм цей показник був14,84±8,34 балів і розглядалися як помірно виражені депресивні розлади (p=0,018). Найвищий середній показник депресії(18,64±9,05 балів) був зареєстрований у хворих з надмірним больовим синдромом (ВАШ ≥ 80 мм), порівняно з пацієнтами наведених вище категорій (p<0,01).

Аналіз показників якості життя залежно від психологічного статусу пацієнтів засвідчив, що хворі з депресивними розладами (n=171) мають достовірно нижчі показники якості життя за такими шкалами, як PF, RP,BP iRE (p<0,05), що свідчить про негативний вплив депресії як на фізичні, так і на психічні складові якості життя хворих із загостренням поперекового больового синдрому (рис. 4).

Відмічені кореляції між оцінкою за шкалою депресії Бека з оцінкою за візуальною аналоговою шкалою EQ-5D (r= -0,449; p<0,001), оцінкою рухової активності (r=0,288; p<0,001), оцінкою самообслуговування (r=0,291; p<0,001), оцінкою повсякденної активності (r=0,315; p<0,001), оцінкою болю (r=0,187; p=0,004).

Отже, істотний вплив на якість життя пацієнтів із загострення поперекового больового синдрому здійснює наявність депресивної симптоматики, котра, зокрема, як показано в численних дослідженнях, може сприяти збільшенню виразності астенічного синдрому і втоми. Оскільки у обстежених хворих існуючі можливості корекції депресивних розладів не були використані в повній мірі, розпізнавання і лікування останніх може сприяти покращенню якості життя у пацієнтів із загостреннями поперекового больового синдрому. Отримані дані акцентуються увагу практичних лікарів на необхідності адекватної оцінки та лікування депресивних розладів як одної з провідних клінічних детермінант негативної динаміки якості життя пацієнтів із загострення поперекового больового синдрому під час лікування у стаціонарі.

Висновки та перспективи подальших розробок

1. Вираженість депресивних порушень та якість життя у хворих із загострення поперекового больового синдрому залежать від вираженості больового синдрому. Із збільшення інтенсивності останнього відмічається зростання вираженості депресивних порушень(p<0,01)та істотне зниження показників фізичного компоненту якості життя.

2. Депресивні розлади є одним з найбільш значущих факторів, котрі впливають як на фізичні, так і на психологічні компоненти якості життя пацієнтів неврологічного профілю.

3. Показники якості життя у хворих із загострення поперекового больового синдрому повинні використовуватися, як один з критеріїв оцінки ефективності проведеного лікування у стаціонарі.

Отримані нами дані можуть бути використані для розробки програм підвищення якості життя у пацієнтів із загостренням поперекового больового синдрому. На наш погляд, перспективою подальших розробок є дослідження показників якості життя у хворих із загостренням поперекового больового синдрому при різних результатах лікування та виявлення найбільш ефективної схеми терапії не тільки з позиції лікаря, але й самого пацієнта. Використання опитувальників якості життя для оцінки проведеного лікування у хво-

рих цієї категорії дозволить отримати більш повну уяву про покращення не тільки фізичного, але й психологічного статусу хворого в процесі стаціонарного лікування.

Список літератури

Вознесенская Т.Г.Боли в спине: взгляд невролога / Т.Г. Вознесенская // Conciliummedicum. - 2009. - № 2. - С. 75-79.

Волчегорский И.А. Вклад невропатической боли в снижение качества жизни при поясничном остеохондрозе / И.А. Волчегорский, К.М. Местер // Журнал неврологи и психиатрии. - 2009. - № 6. - С. 69-71.

Воробьева О. В. Роль депрессии в хронизации дорсалгий: подходы к терапевтической коррекции / О.В. Воробьева, Е.С. Акарачкова // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. - 2010. - Т. 104, № 8. - С. 46-50.

Григорьева В.Н. Характеристика психологических особенностей больных с хроническими болями в спине / В.Н. Григорьева // Журнал неврологии и психиатрии. - 2010. - № 12. - С. 3-9.

Депрессии и расстройства депрессивного спектра в общемедицинской практике. Результаты программы КОМПАС / Р.Г. Оганов, Л.И. Ольбинская, А.Б. Смулевич [и др.] // Кардиология. - 2004. - № 1. - С. 48-54.

Особенности ведения больных с хроническим вертеброгенным болевым синдромом пояснично-крестцовой локализации / А.В. Клименко, Ю.И. Головченко, Т.Н. Калищук-Слободин [и др.] // Здоров'я України. - 2010. - № 2 (159). - С. 38-39.

Товажнянська О.Л. Психодіагностичні особливості депресивних розладів серед хворих працездатного віку із захворюваннями хребта / О.Л. Товажнянська, В.Б. Михайлов // Международный медицинский журнал. - 2010. - № 4.- С. 45-49.

Bias P. Analgesic therapy in chronic low back pain: comparative study of lornoxicam versus placebo and naproxen / P. Bias, F.W. Kursten // Der Schmerz 8. - 2010. - Suppl. 1. - P. 70.

Use of complementary alternative medicine for low back pain consulting in general practice: a cohort study / J. Chenot, A. Becker, C. Leonhardt [et al.] // BMC Complement Altern. Med. - 2009. - Vol. 7. - P. 42.

Московко С.П., Цибульская В.П., Костюченко А.В.

ОЦЕНКА ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ И КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ С ОБОСТРЕНИЕМ ПОЯСНИЧНОГО БОЛЕВОГО СИНДРОМА

Резюме. *В статье представлены результаты исследования, цель которого-оценка качества жизни, наличия и выраженности депрессивных расстройств у пациентов с обострением поясничного болевого синдрома, а также установление корреляционных взаимосвязей этих показателей с оценкой интенсивности болевого синдрома по визуально-аналоговой шкале оценки боли (ВАШ). Под наблюдением находились 230 пациентов. Качество жизни изучали с помощью опросников SF-36 и EQ-5D. Установлено, что качество жизни пациентов с обострением поясничного болевого синдрома достоверно ниже по сравнению с практически здоровыми лицами. С высокой частотой выявляется депрессия, что коррелирует с интенсивностью болевого синдрома. Наличие депрессии негативно отражалось на качестве жизни пациентов.*

Ключевые слова: *вертеброгенные болевые синдромы, депрессия, качество жизни.*

Moskovko S.P., TsybulskaV.P., KostiuchenkoA.V.

EVALUATION DEPRESSIVE DISORDER AND QUALITY OF LIFE PATIENTS WITH LUMBAR EXACERBATION OF PAIN SYNDROME DURING TREATMENT IN HOSPITAL

Summary. *The aim of this study was to evaluate the quality of life, the presence and severity of depressive disorders in patients with exacerbations of low back pain. The aim of the study was to establish as of correlations with the intensity of pain by Visualanalogpainscale (VAS). We observed 230 patients. Quality of life was studied using SF-36 and EQ - 5D. Quality of life in patients with exacerbations of low back painwas significantly lower compared to healthy individuals. The study revealed that depression with a high frequency is detected in patients with low back pain. It correlates with the intensity of pain.The presence of depression negatively affected the quality of life of patients.*

Key words: *vertebrogenic pain syndromes, depression, quality of life.*

Стаття надійшла до редакції 30.04.2014 р.

Цибульська Вікторія Павлівна - аспірант, асистент кафедри нервових хвороб Вінницького національного медичного університету імені М.І. Пирогова; +38 098 803-25-54

Московко Сергій Петрович - д.мед.н., професор, завідувач кафедри нервових хвороб Вінницького національного медичного університету імені М.І. Пирогова

Костюченко Андрій Володимирович - к.мед.н., асистент Вінницького національного медичного університету імені М.І. Пирогова

© Горай М.А.

УДК: 616.311-001

Горай М.А.

Вінницький національний медичний університет імені М. І. Пирогова, кафедра терапевтичної стоматології (вул. Медведєва, 11, м. Вінниця, 21018)

ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІЧНОГО ПЕРЕБІГУ ХРОНІЧНОЇ МЕХАНІЧНОЇ ТРАВМИ СЛИЗОВОЇ ОБОЛОНКИ ПОРОЖНИНИ РОТА

Резюме. *В статті наведені результати клінічного обстеження 110 хворих з хронічними механічними травмами слизової оболонки порожнини рота. Встановлені особливості перебігу хронічних механічних травм в залежності від статі та гігієнічного*