

УДК 616.8-004

РОЛЬ ПСИХОТЕРАПИИ И ФАРМАКОТЕРАПИИ В РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ РАССЕЯННЫМ СКЛЕРОЗОМ С АЛГИЧЕСКИМИ СИНДРОМАМИ

К. В. Синицына

МБУЗ «Родильный дом № 4», 153009, Россия, Ивановская область, пос. Бухарово, д. 1
ГБОУ ВПО «Ивановская государственная медицинская академия» Минздрава России, 153012, Россия,
г. Иваново, Шереметевский просп., д. 8

РЕЗЮМЕ Выявлена связь между степенью выраженности болевого синдрома и депрессивными расстройствами у больных рассеянным склерозом. Выделены особенности развития депрессивных расстройств у этих больных при наличии алгических синдромов. Изучена их динамика на фоне психотерапии и лечения антидепрессантами. Полученные результаты свидетельствуют о положительном влиянии психотерапии и фармакотерапии на реабилитацию больных рассеянным склерозом с депрессивными и алгическими синдромами.

Ключевые слова: депрессивные расстройства, рассеянный склероз, алгический синдром, реабилитация, фармакотерапия, психотерапия.

Ответственный за переписку (corresponding author): e-mail: xeniasinitsina@ya.ru

В настоящее время многие авторы подчеркивают несомненную связь хронической боли и депрессии. Как указывает С. Н. Мосолов, у 60% больных с депрессивными расстройствами выявляются болевые синдромы [8]. По данным разных исследователей, частота алгических проявлений при рассеянном склерозе (РС) колеблется от 20 до 80% [10, 13], постоянную боль испытывают 40% пациентов с РС [3, 10]. У 11–21% пациентов боли являются первыми симптомами заболевания или предвестниками обострения [4, 8, 13]. Доказано, что у больных РС с хронической болью выше степень инвалидизации и социальной дезадаптации, чем у пациентов, страдающих РС без болевого синдрома [15].

Распространенность клинически значимых депрессивных расстройств при РС превышает таковую при других неврологических заболеваниях [12] и влияет на тяжесть, прогноз болезни, при-

верженность лечению и на качество жизни пациентов [6].

В последнее время отмечается все возрастающий интерес к психотерапии как составляющей медицинской и психосоциальной реабилитации, которая во многом определяет эффективность лечения, уровень социальной адаптации, нормализацию эмоционального состояния пациентов [5, 7]. Однако вопросы оказания психотерапевтической помощи больным РС в амбулаторной практике учреждений общесоматического профиля оказались неизученными. Депрессивные расстройства у больных РС с алгическими синдромами исследовались крайне мало и преимущественно в неврологической практике, что диктует необходимость более целенаправленно изучить взаимосвязь данных патологических состояний для их ранней диагностики, адекватного лечения и реабилитации больных.

Sinitsina K. V.

THE ROLE OF PSYCHOTHERAPY AND PHARMACOTHERAPY IN THE AFFTERTREATMENT FOR PATIENTS WITH MULTIPLE SCLEROSIS

ABSTRACT The interrelation between the degree of pain syndrome manifestation and depressive disorders in patients with multiple sclerosis was revealed. The peculiarities of depressive disorders were detected in these patients with algic syndromes presence. Their dynamics was studied on the background of antidepressant administration and psychotherapy. The results obtained testified to the positive influence of psychotherapy and pharmacotherapy on the rehabilitation of patients with multiple sclerosis with depressive and algic syndromes.

Key words: depressive disorders, multiple sclerosis, algic syndrome, rehabilitation, pharmacotherapy, psychotherapy.

С учетом вышеизложенного целью исследования явилось установление особенностей развития депрессивных расстройств у больных РС с хроническими болевыми синдромами, их динамики на фоне медикаментозного лечения и психотерапии.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

В исследование включены 160 пациентов с диагнозом РС, установленным согласно критериям Макдональда 2005 года (80 женщин (50%), 80 мужчин (50%), средний возраст – $35,0 \pm 3,5$ года, возраст дебюта заболевания – $25,0 \pm 3,2$ года). Все пациенты были разделены на 4 группы по 40 человек (20 женщин и 20 мужчин в каждой). В первую группу вошли больные с болевыми синдромами с ремиттирующим типом течения РС, во вторую – с болевыми синдромами с вторично-прогрессирующим типом течения РС, в третью – без болевых синдромов с ремиттирующим течением РС, в четвертую – без болевых синдромов с вторично-прогрессирующим течением РС. Степень инвалидизации по шкале EDSS составила от 1,0 до 3,5 балла из 9 возможных.

Использовали визуально-аналоговую шкалу (ВАШ) для определения интенсивности боли, комплексный болевой опросник (КБО) для оценки значимости боли для пациента, ее влияния на эмоциональное состояние и степень самоконтроля. Уровень реактивной и личностной тревожности устанавливали при помощи теста Спилберга. Для выявления депрессии применялась шкала Бека [1]. Диагноз депрессивного расстройства устанавливался в соответствии с критериями МКБ-10. Клинико-функциональные изменения регистрировались в формализованной карте и оценивались по шкалам в баллах [2].

Пациентам, имевшим одновременно депрессивные и алгические расстройства, назначалось лечение: одна половина больных получала только флуоксетин в дозе 40 мг/сут (согласно стандартам лечения РС [9]), а другая половина – флуоксетин в той же дозировке и психотерапию. Результаты оценивались через 2 месяца. Изменение представлений пациента о боли является эффективным методом лечения различных хронических болевых синдромов, который применяется в рамках когнитивно-поведенческой психотерапии [14]. Критерием улучшения состояния считалось уменьшение интенсивности болевого синдрома на 50% и более.

Данные обрабатывались с помощью общепринятых статистических методов с использованием «Microsoft Excel» и «Statistica 6.0». Для сравнения

выборок применялся t-тест Стьюдента. Различия считались статистически значимыми при уровне $p < 0,05$. Все исследования проводились с одобрения этического комитета ИвГМА, пациенты дали добровольное информированное согласие на участие.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Болевые синдромы, имевшиеся у больных с РС, характеризовались следующими симптомами:

1. Головная боль легкой и умеренной интенсивности, преимущественно головные боли мышечного напряжения – у 70% пациентов (из них женщин – 68%, мужчин – 32%).
2. Висцеральные боли (без четкой локализации) – у 0,8% (из них женщин – 50%, мужчин – 50%).
3. Симптом Лермитта (появляющееся при наклоне головы чувство прохождения по ходу позвоночника электрического тока) – у 20% (из них женщин – 75%, мужчин – 25%).
4. Невралгия тройничного нерва (приступообразные боли в зоне иннервации тройничного нерва, чаще односторонние) – у 12% (все мужчины).
5. Болезненные спазмы мышц нижних конечностей «крампи» (приступообразные интенсивные боли, чаще в ночное время) – у 30% пациентов (из них женщин – 55%, мужчин – 45%).

У всех больных РС с болевыми синдромами были выявлены различные эмоционально-аффективные расстройства. Эти расстройства не коррелировали с тяжестью неврологических нарушений и типом течения РС ($p > 0,05$). Анализ динамики восприятия больными РС интенсивности болевых ощущений по ВАШ и КБО при сравнении значений в разных группах также не выявил значимых различий ($p > 0,05$), то есть у всех пациентов регистрировалось субъективно одинаковое восприятие боли. Средние значения интенсивности боли по ВАШ составили $6,42 \pm 0,78$ балла при ремиттирующем типе течения РС и $6,90 \pm 1,06$ балла при вторично-прогрессирующем.

Более выраженные аффективные расстройства имелись у больных РС с множественными очаговыми поражениями головного мозга, более тяжелым (EDSS > 3 баллов) и длительным (более 5 лет) течением болезни.

Проведен мониторинг личностной и ситуационной тревожности у больных РС с болевыми проявлениями и без таковых по опроснику Спил-

бергера. У пациентов с более высоким уровнем конституционально обусловленной тревожности регистрировались более высокие показатели ситуационной тревожности вне зависимости от типа течения РС. Но у больных с болевыми синдромами эти показатели были выше ($p < 0,01$). У пациентов, определяющих степень выраженности болевого синдрома как более тяжелую, выявлялись истерические и тревожные личностные акцентуации. У больных с болевыми синдромами повышенный уровень реактивной и личностной тревожности наблюдался на фоне депрессивных расстройств.

Если до лечения флуоксетином уровень реактивной тревожности составил $69,0 \pm 3,3$ балла при ремиттирующем типе течения РС и $54,00 \pm 2,42$ балла при вторично-прогрессирующем типе, то после лечения эти показатели снизились до $22,00 \pm 2,91$ и $26,00 \pm 3,12$ балла соответственно. После лечения антидепрессантами уровень личностной, обусловленной конституциональными особенностями тревожности не изменился, но на фоне снижения показателя ситуационной тревожности уменьшилась выраженность болевого синдрома по ВАШ – в среднем с 6,5 до 3,5 балла, что свидетельствует о наличии субъективной составляющей в оценке интенсивности болевых ощущений.

В результате тестирования по шкале Бека получены следующие результаты: степень выраженности депрессивных расстройств была выше у больных с алгическими синдромами – $18,00 \pm 2,13$ ($p < 0,01$), особенно у женщин при вторично-прогрессирующем типе течения РС – $21,00 \pm 1,83$ ($p < 0,01$). Интенсивность боли по ВАШ нарастала одновременно с увеличением показателей, отражающих депрессивные изменения и уровень тревоги, что подтверждает значимую связь между этими факторами ($p < 0,01$). Причем при увеличении числа болевых синдромов в других частях тела повышалась вероятность развития депрессии.

Дальнейшее исследование эффективности терапии состояло в сравнительном анализе результатов лечения больных антидепрессантами и сочетанием антидепрессантов с психотерапией. На фоне проводимого лечения флуоксетином в первой подгруппе в течение двух месяцев отмечалась положительная динамика показателей – уменьшение выраженности болевых ощущений и депрессивных расстройств. При лечении аналгетики не применялись.

Статистический анализ по t-критерию Стьюдента позволил установить высокую статистическую

значимость различий показателей до и после лечения: интенсивность боли по ВАШ уменьшилась с 7,2 до 2,3 балла, показатели депрессивных расстройств по опроснику Бека у пациентов РС с ремиттирующим типом течения – с 19 до 6, у больных с вторично-прогрессирующим типом – с 21 до 8 ($p < 0,001$).

После завершения психотерапевтических занятий, которые проводились во второй подгруппе на фоне лечения флуоксетином, было зафиксировано еще большее статистически значимое снижение показателей, полученных при оценке как личностной, так и реактивной тревожности ($p < 0,01$), уменьшение интенсивности боли по ВАШ с 6,5 до 1,5 балла ($p < 0,01$), снижение выраженности депрессивных изменений по шкале Бека у больных с ремиттирующей формой РС до 5 баллов, с вторично-прогрессирующей – до 7 баллов ($p < 0,01$). Следовательно, сочетанная медикаментозная и психотерапевтическая коррекция наиболее существенно снижает выраженность депрессии и одновременно приводит к уменьшению интенсивности боли.

Одним из наиболее неоднозначных остается вопрос о причинно-следственных связях депрессии и хронических болевых расстройств у больных РС: у 25% больных вначале развивалась депрессия, а затем болевые расстройства, у 45% депрессия возникала на фоне стойких хронических алгических проявлений. Очевидно, существует несколько моделей развития депрессивных и болевых расстройств у больных РС, но главное – взаимосвязь их статистически значима ($p < 0,05$). Усугубление уже имеющихся тревожных и депрессивных нарушений создает предпосылки для активизации болевых атак, и наоборот, нарастание степени выраженности алгических расстройств сопровождается усилением тревоги и депрессии. Этот феномен, очевидно, можно объяснить включением общих серотонинергических механизмов, которые лежат в основе патогенеза депрессии и боли.

ВЫВОДЫ

Таким образом, проведенное исследование показало более высокую эффективность лечения больных РС с депрессивным и алгическим синдромом при помощи антидепрессантов в сочетании с психотерапией, что позволяет рекомендовать использование предложенной методики при лечении больных в амбулаторно-поликлинических условиях общемедицинской сети для повышения эффективности реабилитационных мероприятий.

ЛИТЕРАТУРА

1. Белова, А. Н. Шкалы, тесты и опросники в медицинской реабилитации / А. Н. Белова. – М. : Медицина, 2002. – 397 с.
2. Болевые синдромы в неврологической практике / под ред. А. М. Вейна. – М. : МЕДпресс-информ, 2001.
3. Вертебральный синдром при рассеянном склерозе: причины, клинические особенности и вопросы дифференциальной диагностики / Н. Н. Спиринов [и др.] // Журн. неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. – 2006. – № 3. – С. 55.
4. Вознесенская, Т. Г. Депрессия и боль: депрессия в неврологической практике / Т. Г. Вознесенская. – Изд. 3-е, перераб. и доп. – М. : МИА, 2007. – С. 93–113.
5. Гурович, И. Я. Реформирование психиатрической помощи: организационно-методический уровень // Материалы XIV Съезда психиатров, 15–18 ноября 2005 года. – М. : Медпрактика-М, 2005. – С. 49–50.
6. Иванец, Н. И. Лечение непсихотических депрессий в амбулаторных условиях / Н. И. Иванец, М. А. Кинкулькина // Журн. неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. – 2004. – № 7. – С. 43–49.
7. Копытин А. И. Теория и практика арт-терапии / А. И. Копытин. – СПб. : Питер, 2002. – С. 385.
8. Мосолов, С. Н. Новые достижения в терапии психических заболеваний / С. Н. Мосолов. – М., 2002. – 702 с.
9. Стандарт первичной медико-санитарной помощи при рассеянном склерозе в стадии ремиссии [Электронный ресурс] : приложение к приказу Минздрава РФ от 24 декабря 2012 г. № 1542. – Доступ из справ.-прав. системы «Консультант Плюс».
10. Шмидт, Т. Е. Рассеянный склероз / Т. Е. Шмидт, Н. Н. Яхно. – М. : МЕДпресс-информ, 2010. – 267 с.
11. Miller, A. Multiple sclerosis in clinical practice / A. Miller, E. Lublin, P. Coyle. – Martin Dunitz Ltd., 2003. – 224 p.
12. Melvor, G. P. Depression in multiple sclerosis as a function / G. P. Melvor // J. Clin. Psychol. – 1995. – Vol. 40. – P. 1028–1033.
13. Diagnostic criteria for multiple sclerosis: 2005 revisions to the McDonald Criteria / C. N. Polman [et al.] // Ann. Neurol. – 2005. – Vol. 58, № 6. – P. 840–846.
14. Reduction of pain catastrophizing mediates the outcome of both physical and cognitive-behavioral treatment in chronic low back pain / R. J. Smeets [et al.] // J. Pain. – 2006. – Vol. 7 (4). – P. 261–271.
15. Warnell, P. The pain experience of a multiple sclerosis population: a descriptive study / P. Warnell // Axon. – 1991. – Vol. 13. – P. 26–28.