

## ОСОБЛИВОСТІ ПСИХОЕМОЦІЙНИХ ПОРУШЕНЬ У ПАЦІЄНТІВ МОЛОДОГО ВІКУ, ЯКІ СТРАЖДАЮТЬ НА ХРОНІЧНІ РАДИКУЛОПАТІЇ ВЕРТЕБРОГЕННОГО ГЕНЕЗУ

Доц. Н. С. КУФТЕРІНА

*Харківський національний медичний університет, Україна*

**Подано результати дослідження емоційних порушень у молодих пацієнтів, які страждають на хронічні вертеброгенні радикулопатії попереково-крижової локалізації. У цих хворих встановлено наявність астеничних, тривожних та депресивних порушень, частота й вираженість яких залежить від тривалості больового синдрому.**

*Ключові слова: хронічні вертеброгенні попереково-крижові радикулопатії; астеничні, тривожні, депресивні порушення, молоді пацієнти.*

В усі часи біль є актуальною проблемою медицини. Патологічна класифікація больових синдромів ґрунтується на виділенні провідного механізму патологічного болю. На сьогоднішній день визначено три типи больових синдромів: соматогенні (ноцицептивні), неврогенні (невропатичні) та психогенні (дисфункціональний біль) [1–3]. Під невропатичним розуміють біль, що виникає при органічному ураженні різних відділів нервової системи, які відповідальні за його контроль та проведення [3]. Згідно із сучасними уявленнями, розвиток невропатичного болю включає механізми периферичної та центральної сенситизації, виникнення генератора патологічно посиленого збудження, патологічної алогічної системи, на підставі якої формується конкретна клінічна форма больового синдрому [4–6].

Невропатичний характер болю відзначається у 30–40% пацієнтів, які страждають на біль у спині [6]. При ураженні на рівні периферичних нервів та задніх корінців виникає периферичний невропатичний біль, на рівні спинного та головного мозку — центральний [2, 5]. Периферичний невропатичний біль нерідко має вертеброгенну

природу, пов'язану з дегенеративно-дистрофічними змінами у хребті — килами чи протрузіями дисків, нестабільністю у хребцево-руховому сегменті, спондилозом, змінами у фасеткових суглобах, остеопорозом тощо. Крім того, чинником невропатичного болю у спині можуть бути не тільки морфологічні зміни у хребті, а й функціональні біомеханічні порушення в різних його відділах [3]. Вертебральні порушення призводять до зміни функції відповідних скелетних, суглобових або міофасціальних структур із поєднаними судинними, лімфатичними та невральними елементами, і як наслідок — виникають порушення мікроциркуляції, трофічних та біохімічних тканинних реакцій. Це спричиняє пряму стимуляцію чутливих нейронів [5], які активізуються у відповідь на механічне подразнення або компресію нерва, а також хімічне подразнення медіаторами запалення [4, 7]. Ділянки демієлінізації, які виникають при ушкодженні корінця, стають джерелом ектопічної імпульсації, що впливає на розвиток периферичної та центральної сенситизації. Це сприяє зміні нейропластичності, зниженню антиноцицептивного контролю головного

мозку, тому на тлі невropатичного болю можуть розвиватися емоційні порушення, які у свою чергу посилюють перебіг больового синдрому [7,8]. Виходячи з цього, становить інтерес визначення особливостей взаємозв'язку больового синдрому та психоемоційних порушень в осіб молодого віку, які страждають на вертеброгенні радикулопатії.

Мета нашого дослідження — вивчення психоемоційних порушень у взаємозв'язку з тривалістю больового синдрому у молодих осіб із вертеброгенними радикулопатіями попереково-крижової локалізації.

Дослідження базувалося на результатах обстеження 97 пацієнтів у віці від 32 до 44 років, 70 з них страждали на вертеброгенні радикулопатії попереково-крижової локалізації (основна група), решта 27 були практично здоровими особами відповідного віку та статі (контрольна група).

Із метою верифікації діагнозу вертеброгенної радикулопатії проводилося клініко-неврологічне обстеження хворих з оцінкою моторної сфери (сили м'язів, колінних та ахілових рефлексів, наявності гіпотрофії м'язів нижніх кінцівок), а також сенсорне тестування з дослідженням негативних (гіпестезії) та позитивних (алодинії та гіперестезії) чутливих симптомів, нейровізуалізація попереково-крижового відділу хребта.

Для оцінки больового синдрому використовувалася візуально-аналогова шкала (ВАШ) як показник суб'єктивного відчуття болю та діагностичний опитувальник болю (DN4) для визначення його невropатичного компонента [9]. Рівень реактивної та особистісної тривожності встановлювався за допомогою тесту Спілбергера — Ханіна, рівень депресії — за опитувальником Бека [10]. Якість сну визначалася за опитувальником якості сну Центру сомнології [10]. Для об'єктивізації астенічних проявів використовувалася шкала оцінки астенії MFI-20 (Multidimensional Fatigue Inventory) [10].

Скарги пацієнтів із вертеброгенними радикулопатіями попереково-крижової локалізації розподілялися на специфічні та неспецифічні. До специфічних належав больовий синдром різного ступеня вираженості. Щодо особливостей больового синдрому, то пацієнти скаржилися на біль у попереково-крижовому відділі хребта, а також у ділянках стегна та гомілки. Його тривалість становила від трьох місяців до п'яти років. Провокуючими чинниками загострення больового синдрому у 35 (50,0%) пацієнтів було неадекватне фізичне навантаження чи непередбачений рух, у 28 (40,0%) — тривале статичне навантаження, у 7 (10,0%) — поєднання цих чинників, а 20% осіб відзначали як провокуючий чинник емоційний стрес.

За вираженістю больовий синдром у більшості випадків на момент дослідження був розцінений як середньої інтенсивності — від 30 до 60 мм за ВАШ — у 56 (80,0%) хворих, високої — від 61 до 71 мм — у 14 (20%). При аналізі даних опитувальника DN4 виявлено, що у цілому в основній групі середній бал становив  $4,5 \pm 1,3$ . Понад 4 бали із 10

можливих мав 21 (30,0%) хворий, що відповідало критеріям невropатичного болю. Ці пацієнти відчували іррадіюючий біль, а при обстеженні чутливої сфери — алодинію та гіперестезію.

До неспецифічних скарг в обстеженого контингенту хворих ми віднесли порушення емоційної сфери. Структура встановлених емоційних порушень являє собою поєднання різних типів донозологічних форм психічних порушень, серед яких найбільш чітко визначалися астенічні, тривожні, іпохондричні, депресивні та їх поєднання, а також наявність соматоформної симптоматики.

Порушення астенічного характеру відзначалися у 49 (70,0%) хворих, зміни тривожного спектра — у 50 (71,4%), депресивні ознаки — у 21 (30,0%).

Пацієнти з астенічним синдромом скаржилися на підвищену стомлюваність, фізичну слабкість, труднощі в концентрації уваги, зниження настрою, тривожність, дратівливість, порушення сну та апетиту.

Серед хворих з астенічним синдромом можна було виділити деякі особливості його перебігу. Так, під час бесіди з частиною пацієнтів звертала на себе увагу їхня пригніченість, схильність до підвищених побоювань відносно прогнозу захворювання, песимістична оцінка теперішнього та майбутнього. Ці пацієнти не прагнули до спілкування з іншими хворими, на питання, які їм ставили, відповідали неохоче. Описаний варіант симптомокомплексу кваліфікувався нами як астено-депресивний і був притаманний 20,0% хворих. У частини пацієнтів із астенічним синдромом психічний стан характеризувався проявами емоційної напруги, роздратуванням, конфліктністю, настроєністю, недовірливістю до лікувальних призначень.

Тривожно-астенічний варіант спостерігався у 30,0% обстежених. На відміну від попередньої групи, ці пацієнти активно цікавилися перебігом лікування, прагнули знати, якими препаратами їх лікують, як ці препарати діють і для чого вони призначені. Такі хворі охоче та детально описували свої відчуття медичному персоналу. Поведінка таких пацієнтів відзначалася активним пошуком товариства для спілкування, хворі постійно ділилися з іншими своїми переживаннями та сумнівами відносно правильності та ефективності призначених процедур.

Найбільшу групу становили пацієнти з астено-іпохондричними скаргами (50,0%). Особливістю клінічних проявів у них була акцентуація на своїх переживаннях відносно захворювання. Так, хворі детально описували скарги на зниження працездатності, настрою, потенції, порушення сну, фіксувалися на своїх болючих відчуттях.

Слід відзначити, що психологічний профіль пацієнтів, які страждали на вертеброгенні радикулопатії, характеризувався більш високими показниками реактивної й особистісної тривожності, депресії, астенії та розладами сну, ніж особи контрольної групи (таблиця).

**Порівняльна характеристика психологічних показників обстежених основної і контрольної груп (бали)**

Показник	Контрольна група	Основна група
Реактивна тривожність	29,5±5,3	50,2±6,7*
Особистісна тривожність	31,4±4,8	44,3±5,6*
Рівень депресії	1,9±0,8	18,6±2,3*
Якість сну	25,2±1,8	19,7±2,4*
Астенія	6,5±0,3	15,3±0,2*

\*  $p < 0,001$  між групами за критерієм Манна – Уїтні.

Було проаналізовано зв'язок больового синдрому з тривалістю захворювання (3–6 міс, від 6 міс до одного року та понад один рік), астенією та тривожними і депресивними порушеннями.

Щодо взаємозв'язку вираженості больового синдрому та тривалості захворювання найвищий рівень спостерігався у групі пацієнтів із тривалістю його перебігу 3–6 міс.

Рівень ситуаційної тривоги у хворих знижувався зі збільшенням тривалості болю та становив 43,9±0,5 бала при перебігу захворювання від 3 до 6 міс; 42,1±0,5 бала – 6–12 міс та 39,1±0,5 бала – понад рік. Рівень особистісної тривожності суттєво не відрізнявся у хворих із різною тривалістю больового синдрому: так, при тривалості від 3 до 6 міс він досягав 44,3±0,5 бала, від 6 до 12 міс – 44,8 бала, понад рік – 44, 5±0,4 бала.

На початку показники болю за ВАШ були достовірно більш високими у хворих зі строками захворювання від 3 до 6 міс та від 6 до 12 міс (61,3±1,5 і 60,8±1,5 мм відповідно), ніж у пацієнтів зі строком захворювання понад рік – 55,5±1,0 мм. При аналізі показників нейропатичного болю не було виявлено достовірної різниці у пацієнтів із різною тривалістю захворювання. Так, середні значення показника нейропатичного болю становили: серед хворих із тривалістю болю від 3 до 6 міс – 5,15±0,15 бала, від 6 до 12 міс – 5,14±0,14 бала та понад рік – 5,13±0,14 бала.

Зазначимо, що зі збільшенням тривалості хронічного больового синдрому зростає частота

порушень афективної сфери (тривожного і депресивного характеру) та астенічного синдрому, але показники кожного із цих порушень були різними залежно від строків захворювання. Так, при тривалості больового синдрому від 3 до 6 міс астенічні порушення було відзначено у 60,0% хворих, порушення тривожного спектра – у 40,0%, депресивні – у 20,0%. У хворих із тривалістю перебігу хронічного больового синдрому від 6 до 12 міс астенічні порушення було відзначено у 70,0% випадків, тривожні – у 70,0%, депресивні – у 30,0%. У пацієнтів із тривалістю больового синдрому понад рік астенічні та тривожні порушення спостерігалися у 80,0% випадків, тривожні – у 71,4%, депресивні – у 40,0%.

Щодо вираженості астенічних, тривожних та депресивних проявів визначалася така закономірність: інтенсивність проявів астенічного синдрому достовірно не відрізнялася у хворих із різною тривалістю захворювання (від 3 до 6 міс – 15,3±0,2 бала, 6–12 міс – 15,2±0,2 бала, понад рік – 15,2±0,1 бала); тривожні порушення показали зворотну залежність від тривалості больового синдрому (від 3 до 6 міс середні показники реактивної тривоги становили 43,9±0,6 бала, 6–12 міс – 42,0±0,5 бала, понад рік – 39,6±0,5 бала); для депресивних порушень було встановлено пряму залежність від строків перебігу захворювання (середній показник депресії при тривалості від 3 до 6 міс – 18,8±0,5 бала, від 6 до 12 міс – 20,4±0,4 бала, понад рік – 21,8±0,4 бала).

Таким чином, молоді особи, які страждали на вертеброгенні попереково-крижові радикулопатії, мали психологічний профіль, який характеризувався більш високими значеннями реактивної та особистісної тривожності, депресії, астенії та розладами сну, порівняно з особами контрольної групи. Існує взаємозв'язок між тривалістю больового синдрому та вираженістю тривожних і депресивних порушень, а саме – прояви тривожних порушень зі збільшенням тривалості больового синдрому зменшувалися, а депресивних – зростали.

Астенічний синдром виявлявся у цій категорії пацієнтів при будь-якій тривалості хронічного больового синдрому.

Список літератури

1. Breivik H. Survey of chronic pain in Europe: prevalence, impact on daily life, and treatment // Eur. J. Pain. 2006. Vol. 10, № 4. P. 287–333. doi: <https://doi.org/10.1016/j.ejpain.2005.06.009>
2. Мищенко Т. С., Мищенко В. Н. Современная диагностика и лечение неврологических заболеваний // Невролог. справочник врача. К.: Доктор-Медиа, 2010. С. 65–74.
3. Данилов А. Б., Данилов Ал. Б. Управление болью. Биопсихосоциальный подход. М.: АММ ПРЕСС, 2012. 568 с.
4. Крыжановский Г. Н. Центральные механизмы патологической боли // Журн. неврологии и психиатрии имени С. С. Корсакова. 1999. № 12. С. 4–7.
5. Кукушкин М. Л., Хитров Н. К. Общая патология боли. М.: Медицина, 2004. 144 с.
6. Attal N. The Neuropathic Components of Chronic Low Back Pain // The J. of Pain. 2011. Vol. 12 (10). P. 1080–1087. doi: <https://doi.org/10.1016/j.jpain.2011.05.006>
7. May A. Chronic pain may change the structure of the brain // Pain. 2008. Vol. 8 (32). P. 2981–2990.
8. Подчуфарова Е. В. Болевое поведение при хронических болевых синдромах пояснично-крестцовой локализации // РМЖ. 2003. Т. 11, № 25. С. 32–37.

9. Болевые синдромы в неврологической практике; под ред. А. М. Вейна. М.: МЕДпресс-информ, 2001. 368 с.
10. Райгородский Д. Я. Практическая психодиагностика: методики и тесты. М.: Бахрах, 2004. 672 с.

**ОСОБЕННОСТИ ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНЫХ НАРУШЕНИЙ  
У ПАЦИЕНТОВ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА, СТРАДАЮЩИХ ХРОНИЧЕСКИМИ  
РАДИКУЛОПАТИЯМИ ВЕРТЕБРОГЕННОГО ГЕНЕЗА**

Н. С. КУФТЕРИНА

**Представлены результаты исследования эмоциональных нарушений у молодых пациентов, страдающих хронической вертеброгенной радикулопатией пояснично-крестцовой локализации. У больных установлено наличие астенических, тревожных и депрессивных нарушений, частота и выраженность которых зависит от длительности болевого синдрома.**

*Ключевые слова: хронические вертеброгенные пояснично-крестцовые радикулопатии, астенические, тревожные, депрессивные нарушения, молодые пациенты.*

**FEATURES OF PSYCHO-EMOTIONAL DISORDERS IN YOUNG PATIENTS SUFFERING  
FROM CHRONIC RADICULOPATHIES OF VERTEBROGENIC GENESIS**

N. S. KUFTERINA

**The results of studying the emotional disorders in young patients suffering from chronic vertebral radiculopathy of the lumbosacral localization have been presented. These patients were found to have asthenic, anxiety and depressive disorders, the frequency and severity of which depended on the duration of the pain syndrome.**

*Key words: chronic vertebral lumbosacral radiculopathies, asthenic, anxious, depressive disorders, young patients.*

Надійшла 14.01.2020