

УДК 616.89-008.454:616.8 (575.2) (04)

РЕЗУЛЬТАТЫ ТЕРАПИИ ТРЕВОЖНЫХ РАССТРОЙСТВ ПРИ ВЕРТЕБРОГЕННОМ КОРЕШКОВОМ БОЛЕВОМ СИНДРОМЕ

М.А. Асимов, С.А. Нурмаганбетова, А.Ш. Давлетбакова

Представлены результаты проведенного исследования пациентов с болевыми синдромами в результате применения комбинированного метода лечения с использованием традиционного лечения, психофармакотерапии и психотерапии.

Ключевые слова: болевой синдром; психофармакотерапия; психотерапия; аффективные расстройства.

Исходя из теоретических данных о патогенезе развития тревожных расстройств, который опирается на моноаминовую теорию и взаимосвязи патогенеза тревожных расстройств и болевого синдрома [1], а также опираясь на многочисленные литературные данные, было решено включить в схему лечения пациентов с вертеброгенным корешковым болевым синдромом антидепрессанты, в частности коаксил. Исходя из полученных нами данных, что все выявленные тревожные расстройства в рамках МКБ-10 подразделяются на два больших синдрома: тревога с преимущественно соматическими проявлениями и тревога с преимущественно психотическими проявлениями, сделано предположение о различии в подходе лечения тревожных расстройств, а именно: использование транквилизаторов для коррекции соматической тревоги и антидепрессантов для коррекции психической тревоги.

Исходя из одинакового патогенеза развития болевых и тревожных расстройств, есть предположение, что уровень боли зависит от уровня тревоги [2]. С целью разработки эффективного метода лечения пациентов с вертеброгенным корешковым болевым синдромом, в схему лечения решено добавить методы психотерапии, в частности техники релаксации, относящиеся к трансовым методам психотерапии.

Цель настоящего исследования – выявить взаимосвязь клинической характеристики тревожных расстройств с неврологическими нарушениями у пациентов с болевыми синдромами вертеброгенной локализации и разработать эффективную схему лечения этих расстройств.

Задача нашего исследования – разработать эффективную схему лечения и обосновать подходы к дифференцировке терапевтической тактики у пациентов с вертеброгенными корешковыми болевыми синдромами.

Материалом исследования послужила группа из 128 пациентов с шейной, грудной и поясничной болями в качестве ведущих симптомов длительностью от полугода до трех лет и более с верифицированными неврологическими диагнозами. Для достижения поставленной цели и задач важно было отобрать испытуемых с длительными болевыми синдромами. Такие больные чаще всего относятся к разряду неврологических, поэтому за основу была взята такая нозология, как остеохондрозы. Больные находились на стационарном лечении на базе неврологического и реабилитационного отделений Городской клинической больницы № 1, а также неврологического и 1-го нейрохирургического спинального отделения Городской клинической больницы № 7 г. Алматы.

Критериями включения больных в исследование являлись следующие:

1. Информированное согласие.
2. Возрастной диапазон от 18 до 65 лет.
3. Наличие тревоги умеренной степени выраженности или выраженной.

Критерии исключения: инфекционные и воспалительные поражения позвоночника, опухолевые процессы, остеопороз.

Больные были разделены на три возрастные группы и далее на две группы в зависимости от проводимого лечения. В 1-ю контрольную группу вошло 30 (23 %) пациентов, которые получа-

Таблица 1

Средние значения лечения тревожных расстройств при вертеброгенном корешковом болевом синдроме после проведения ПТФ

ПФТ	Соматическая тревога		Психическая тревога		Показатели боли	
	до лечения	после лечения	до лечения	после лечения	до лечения	после лечения
Грандаксин	8,20	3,80	9,85	7,63	7,90	2,57
Коаксил	8,75	7,12	9,01	3,60	8,20	3,15

Таблица 2

Применение метода психотерапии в комбинации с психофармакотерапией у больных с вертеброгенным корешковым болевым синдромом

Соматическая тревога		Психическая тревога		Показатели боли	
до лечения	после лечения	до лечения	после лечения	до лечения	после лечения
8,48	5,5	9,43	5,62	8,05	2,86

ли традиционное противорецидивное лечение. 2-ю основную группу составили 98 (77 %) пациентов, которым к базисному лечению мы добавили психофармакотерапию и психотерапию.

Результаты исследования. Со всеми пациентами в день поступления в стационар проводили беседу для первичного предварительного отбора больных. Далее они были обследованы с помощью госпитальной шкалы тревоги и депрессии (HADS) для выявления наличия тревожных и депрессивных расстройств. Таким образом, в результате проведенного скрининга из общего количества больных были отобраны 98 пациентов с признаками тревожных расстройств (8 и более баллов по шкале HADS).

Пациенты с уже установленным диагнозом тревожного расстройства были протестированы далее для оценки тяжести тревожного синдрома по клинической шкале Гамильтона для оценки тревоги (HARS). Шкала состоит из 14 пунктов, 7 из которых относятся к соматическим проявлениям тревоги (соматическая тревога) и остальные 7 – к психическим проявлениям тревоги (психическая тревога). Все пациенты из основной группы больных (98 чел.) в зависимости от полученных результатов тестирования разделились на две подгруппы – с преобладанием соматических проявлений тревоги (52 чел.) и с преобладанием психических проявлений тревоги (46 чел.).

В каждой подгруппе половина больных, помимо основного восстановительного лечения, получала транквилизатор грандаксин, а другая половина – коаксил. При этом четным пациен-

там назначался грандаксин, нечетным – коаксил. В качестве психофармакотерапии были использованы два препарата из разных групп: грандаксин и коаксил. Грандаксин относится к группе транквилизаторов, а коаксил – к группе антидепрессантов.

Контрольная группа составила 30 пациентов, у которых представлена одна неврологическая нозология – компрессионно-ишемический синдромом. Эти пациенты получали стандартное восстановительное лечение по данному диагнозу (без добавления антидепрессантов и транквилизаторов, а также без использования психотерапевтических методов лечения).

Результаты исследования. Результаты лечения тревожных расстройств при вертеброгенном корешковом болевом синдроме после проведенной ПТФ (психофармакотерапия) (средние значения) представлены в табл. 1.

Из полученных результатов видно, что более эффективной схемой лечения при тревоге с преимущественно соматическими проявлениями оказывается применение грандаксина и коаксила при тревоге с преимущественно психическими проявлениями.

Использование метода психотерапии в комбинации с психофармакотерапией у больных с вертеброгенным корешковым болевым синдромом дало следующие результаты (табл. 2).

Таким образом, по полученным данным выявлено, что более эффективным будет сочетание психофармакотерапии и психотерапии в коррекции тревожных расстройств у больных с вертеброгенным корешковым болевым синдромом.

Таблица 3

Данные уровня тревоги по шкале Гамильтона до и после лечения

Группа пациентов	До лечения			После лечения		
	отсутствие тревожного состояния (до 7 балл)	симптомы тревоги (8–19 балл.)	тревожное состояние (больше 20 балл.)	отсутствие тревожного состояния (до 7 балл.)	симптомы тревоги (8–19 балл.)	тревожное состояние (больше 20 баллов)
С соматической тревогой (использовался грандаксин)	4	16	6	20	6	0
С соматической тревогой (использовался коаксил)	3	14	9	17	5	4
С психической тревогой (использовался грандаксин)	2	15	6	16	4	3
С психической тревогой (использовался коаксил)	3	13	7	20	3	0
Контрольная группа	5	17	8	16	8	6

Таблица 4

Средние значения уровня тревоги до и после лечения

Группа пациентов	До лечения	После лечения
	уровень тревоги по Гамильтону	уровень тревоги по Гамильтону
С соматической тревогой (использовался грандаксин)	12,8	3,4
С соматической тревогой (использовался коаксил)	10,8	7,8
С психической тревогой (использовался грандаксин)	11,7	8,1
С психической тревогой (использовался коаксил)	12,2	2,5
Контрольная группа	11,9	

Выше представлены данные по уровню тревоги по шкале Гамильтона, где были получены разные результаты у пациентов с соматической и психической тревогой. У пациентов, у которых применялся антидепрессант коаксил и у пациентов, у которых применялся транквилизатор – грандаксин, результаты отличались (табл. 3).

Согласно данным табл. 3 до лечения большинство пациентов проявляли симптомы тревоги (8–19 баллов по шкале Гамильтона), а после лечения у большинства пациентов мы наблюдаем положительную динамику.

Всем пациентам после проведенного лечения было проведено повторное психологическое тестирование, результаты которого представлены в табл. 4.

Как видно из табл. 4, после лечения уровень тревоги по Гамильтону снизился до 3,4 в группе больных соматической тревогой, получавших лечение грандаксином, а также до 2,5 в группе больных с психической тревогой, получавших лечение коаксилом. В остальных группах снижение уровня тревоги было не столь значительным.

Изменение уровня тревоги по Гамильтону в динамике показано на графике.

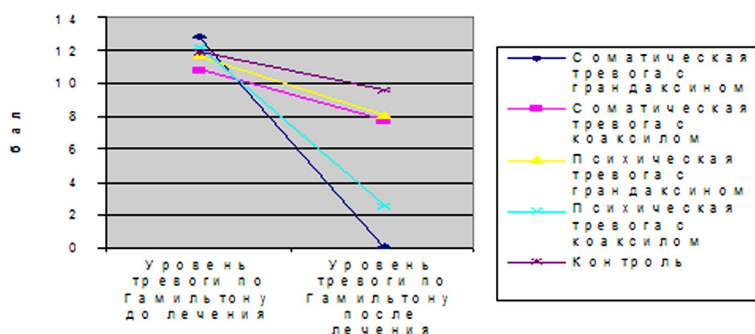


Рис. 1. Динамика уровня тревоги по Гамильтону

Таблица 5

Динамика болевого синдрома до и после лечения с применением ПФТ и ПТ

Группа пациентов	До лечения	После лечения
С соматической тревогой (использовался грандаксин)	7,8	2,8
С соматической тревогой (использовался коаксил)	7,5	5,2
С психической тревогой (использовался грандаксин)	7,1	3,94
С психической тревогой (использовался коаксил)	8,1	2,6
Контрольная группа	8,0	5,9

В табл. 5 показаны средние значения уровня боли до и после лечения.

Если до лечения слабая боль не наблюдалась ни у одного пациента, то после лечения многие пациенты стали расценивать боль как слабую, и лишь отдельные продолжали жаловаться на сильную боль.

Динамика уровня боли до и после лечения с применением ПФТ и методов ПТ (психотерапии) представлена на графике (рис. 2).

На графике видно, что заметнее всего динамика наблюдается в группах с соматической тревогой, получавших лечение грандаксином с психической тревогой, получавших лечение коаксилом.

В конце лечения было проведено психологическое тестирование, результаты которого показали динамику болевого синдрома до и после лечения с применением ПФТ и ПТ.

Под влиянием проведенной ПФТ и ПТ в группе больных с психической тревогой (в обеих подгруппах, получавших грандаксин и коаксил) полученные результаты оказались выше, чем в подгруппе больных с соматической тревогой (также в обеих подгруппах, получавших грандаксин и коаксил), но при этом в подгруппах больных с соматической тревогой, получавших транквилизатор грандаксин и в подгруппе психической тревоги, получавших антидепрессант коаксил, показатели боли оказались немного выше, чем в оставшихся двух подгруппах.

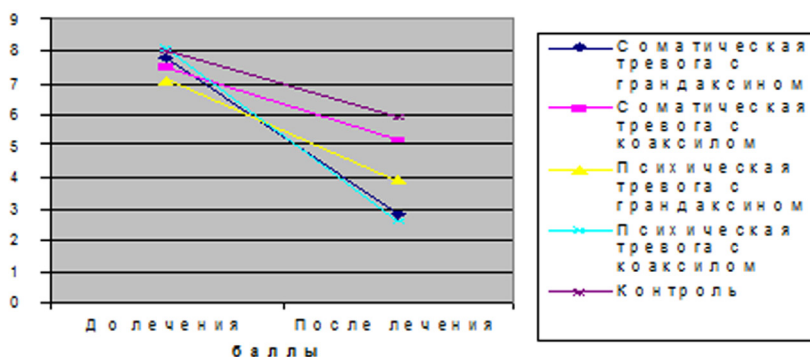


Рис. 2. Динамика уровня боли

Выводы

Таким образом, залогом эффективности терапии тревожных расстройств, коморбидных с хроническими болевыми синдромами, является раннее распознавание структуры психотических расстройств.

Представленные данные свидетельствуют, что аффективные расстройства, наблюдающиеся в неврологической практике, могут своевременно диагностироваться и эффективно купироваться. Усилия специалистов должны быть направлены на обучение врачей методам распознавания тревожных депрессий и способам осуществления их лечения.

По результатам исследования видно, что коаксил является эффективным препаратом с антидепрессивным действием. Его можно рекомендовать при лечении тревожных расстройств. Установлено, что коаксил наиболее эффективен при лечении тревожных расстройств с преимущественно психическими проявлениями.

Результаты исследования показали также, что грандаксин является эффективным препаратом с антидепрессивным/анксиолитическим действием. Его можно рекомендовать при лечении тревожных расстройств. Установлено, что грандаксин наиболее эффективен при лечении тревожных расстройств с преимущественно соматическими проявлениями.

Представляется, что результаты исследования могут способствовать преодолению существующих трудностей, связанных с индивидуализацией психофармакотерапии и обоснованием дифференцированных показаний к назначению антидепрессантов различных классов.

Литература

1. Левин О.С. Диагностика и лечение неврологических проявлений остеохондроза позвоночника // Консилиум. 2004. № 6. С. 547–554.
2. Левин О.С. Современные подходы к диагностике и лечению боли в спине // О.С. Левин. М., 2006. 62 с.