

© Смолко Д.Г.

УДК: 616.89-008.19-053.9

Смолко Д.Г.

Кафедра нервових хвороб з курсом нейрохірургії Вінницького національного медичного університету імені М.І.Пирогова (вул. Пирогова, 109, м.Вінниця, 21005, Україна,)

КОРЕКЦІЯ ТРИВОЖНО-ДЕПРЕСИВНИХ РОЗЛАДІВ ТА ЯКІСТЬ ЖИТТЯ ХВОРИХ ІЗ ХРОНІЧНОЮ ЦЕРЕБРАЛЬНОЮ ІШЕМІЄЮ

Резюме. Обстежені 142 пацієнта від 53 до 72 років з I-II стадіями хронічної ішемії головного мозку; 64 хворих основної групи отримували антидепресант з групи селективних інгібіторів зворотного захоплення серотоніну та норадреналіну (венлафаксин), 78 хворих контрольної групи - тільки базисну терапію. Початково і через 3 місяці лікування у хворих оцінювали скарги, неврологічний статус, рівень тривожно-депресивних розладів, якість життя за опитувальником SF-36. Після лікування у пацієнтів основної групи в порівнянні з контрольною достовірно знизився рівень депресії, ситуаційної та особистісної тривожності, покращилася якість життя.

Ключові слова: хронічна ішемія головного мозку, депресивні розлади, лікування, венлафаксин, якість життя.

Вступ

Неврологічні, когнітивні й емоційні розлади є результатом структурних змін головного мозку при хронічній ішемії головного мозку (ХІМ) та складають ядро клінічної картини захворювання [Huang et al., 2011]. Ризик захворюваності на депресію в похилому віці значно підвищується внаслідок наявності соматичних захворювань, певного фізіологічного дефіциту інтелектуальних функцій.

Y.Winter зі співавторами [2011] виявили наявність достовірного прямого зв'язку важкості депресивних розладів із старечим віком, чоловічою статтю й зворотного зв'язку - з вираженістю когнітивних порушень. Порушення емоційної сфери у вигляді тривоги та депресії різного ступеня вираженості визнані однією з провідних детермінант негативної динаміки якості життя цих хворих [Сальникова, 2003; Сосницкая, Байдина, 2012; Winter et al., 2010]. У зв'язку з цим покращення якості життя пацієнтів з хронічною ішемією головного мозку є дуже важливим компонентом лікування і може розглядатися як проміжна кінцева точка оцінки ефективності лікування хворих даної категорії.

Мета роботи - дослідити ефективність застосування препарату венлафаксин для лікування тривожно-депресивних розладів у пацієнтів з ХІМ.

Матеріали та методи

Виходячи з мети дослідження нами було проведено нерандомізоване відкрите контрольоване клінічне випробування. У ньому взяли участь 142 (59 чоловіків, 83 жінок) хворих з I-II стадією ХІМ, котрих спостерігали і лікували у КЗ "Вінницькій обласній психоневрологічній лікарні ім. акад. О.І.Ющенко". Вік пацієнтів коливався від 53 до 72 років (середній вік склав $61,49 \pm 6,13$ роки; $M \pm StD$). Медіана віку склала 61,5 роки. Критеріями включення до дослідження були: 1) наявність клінічних ознак ХІМ [Гусев і др., 2009]; 2) наявність лакунарних та/або територіальних інфарктів або дифузних змін білої речовини (лейкоареозу) на МРТ; 3) наявність критеріїв депресивного розладу за МКБ-10; 4) оцінка за Шкалою короткого дослідження психічного статусу (Mini Mental

State Examination - MMSE) від 30 до 24 балів; 5) інформована згода хворого на участь в дослідженні.

У відповідності з метою та основними завданнями роботи нами були виділені 2 клінічні групи. Першу групу (контроль) склали 78 хворих з ХІМ, котрим проводилось тільки базисне лікування. До другої (основної) групи увійшли 64 хворих, які, крім базисного (стандартного) лікування, отримували антидепресант з групи селективних інгібіторів зворотного захоплення серотоніну та норадреналіну (венлафаксин) початковою добовою дозою 75 мг з наступним індивідуальним підбором дозування. Хворим з ХІМ, котрі відповідали критеріям включення у дослідження, було запропоновано пройти інтерв'ювання (анамнез життя, анамнез теперішнього захворювання, сімейний анамнез), стандартне клініко-неврологічне та психометричне обстеження.

Для виявлення тривожно-емоційних розладів та їх динаміки в процесі лікування ми використали батарею стандартизованих тестів, оскільки існує ряд відмінностей між ними за цими показниками, що можуть вплинути на результати дослідження. Всі використані тести мали найбільш високі характеристики валідизації та надійності, що підтверджують численні дослідженнями.

Емоційні порушення (кількісна вираженість тривоги і депресії) оцінювали до курсового лікування і після його закінчення із застосуванням: шкали оцінки вираженості депресії Центра епідеміологічних досліджень США (Center for Epidemiological Studies Depression Scale - CESD); шкали оцінки вираженості депресії Гамільтона (Hamilton Depression Rating Scale - HDRS); шкали депресії Монтгомері-Асберг (Montgomery-Asberg Depression Scale - MADRS), госпітальної шкали оцінки тривоги і депресії (Hospital Anxiety and Depression Scale - HADS); шкали вираженості тривоги Гамільтона (Hamilton Anxiety Rating Scale - HARS); шкали тривожності Спілбергер-Ханіна (The Spielberger-Hanin Test).

Усім пацієнтам проведено визначення показників якості життя за допомогою Короткої Версії Опитувальника Здоров'я-36 (The MOS 36-item Short Form Health Survey - SF-36). Цей опитувальник містить 36 питань,

котрі згруповані у 8 основних аспектів здоров'я: фізичне функціонування (ФФ), рольове фізичне функціонування (РФФ), інтенсивність болю (ІБ), загальний стан здоров'я (ЗСЗ), життєва активність (ЖА), соціальне функціонування (СФ), рольове емоційне функціонування (РЕФ), емоційний стан та психічне здоров'я (ПЗ).

Обстеження, ідентичне первинному, проводили через 3 місяці. Всі пацієнти завершили дослідження згідно запланованого протоколу.

Результати дослідження аналізувались за допомогою статистичних методів, з використанням пакету програм SPSS 13 (@SPSS Inc.). Статистично значущими вважались відмінності при $p < 0,05$ (95%-й рівень значущості).

Результати. Обговорення

Емоційні порушення є стійкими супутніми розладами, властивими ХІМ. Важкість депресії у більшості досліджуваних хворих (72,5%) відповідала легкому та помірному ступеням за критеріями МКХ-10. Коморбідність депресивної симптоматики та тривожних розладів виявлена в 68 (47,9%) випадках.

Згідно результатів попередніх наших досліджень, зростання вираженості тривожно-депресивних порушень (шкала HADS) асоціюється з негативною динамікою якості життя у хворих з ХІМ, зниженням не лише психічних її складових, а й фізичних показників (рис. 1-А, Б), що співвідноситься з даними інших дослідників [Сальникова, 2003; Сосницькая, Байдина, 2012; Winter et al., 2010].

Як видно з рисунку 1, збільшенням рівня тривожно-депресивних розладів до клінічно значущого рівня супроводжується тенденцією до істотного погіршення оцінки якості життя практично за всіма компонентами, котрі складають концепцію "якості життя" протоколу SF-36.

Учасники нашого дослідження були розділені на 2 групи, котрі були зіставними за віком, статтю, стадіями ХІМ. Не виявлено достовірної різниці між групами щодо частоти артеріальної гіпертензії, перенесеного інфаркту міокарда, інсульту, минулого порушення мозкового кровообігу в анамнезі, цукрового діабету 2 типу, застосування статинів або інших ліпідознижуючих препаратів ($p > 0,05$), вираженістю когнітивного розладу за MMSE (табл. 1), а також оцінками психічного статусу показниками якості життя (табл. 2, 3).

При порівнянні даних психометричного дослідження до курсового лікування і після його закінчення в основній групі, котра отримувала венлафаксин за допомогою тесту Вілкохон для 2 залежних вибірок доведено значущі відмінності щодо ступеня вираженості депресивної та тривожної симптоматики за CESD ($|z| = 2,7$; $p = 0,007$); шкалою депресії Гамільтона ($|z| = 2,29$; $p = 0,022$); за шкалою депресії Монтгомері-Асберг ($|z| = 2,7$; $p < 0,001$); за HADS ($|z| = 2,02$; $p = 0,043$); шка-

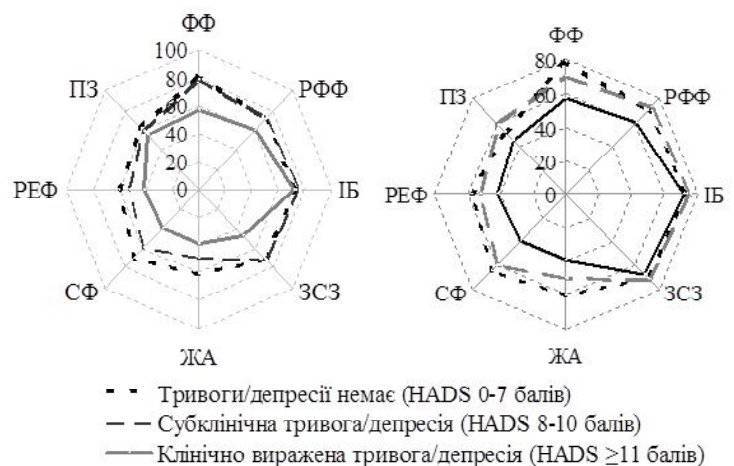


Рис. 1. Вихідні показники якості життя (опитувальник SF-36) хворих з хронічною ішемією мозку в залежності від наявності та ступеня вираженості тривожності (А) та депресії (Б) (шкалою HADS).

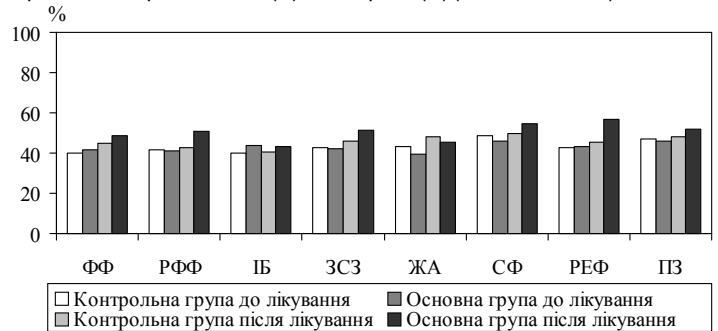


Рис. 2. Порівняння динаміки показників якості життя (опитувальник SF-36) хворих з хронічною ішемією мозку до і після лікування в основній ($n = 64$) та контрольній ($n = 78$) групі.

лою тривоги Гамільтона ($|z| = 2,21$; $p = 0,027$) (табл. 2). Достовірно знизився рівень ситуаційної та особистісної тривожності за шкалою Спілбергера-Ханіна у хворих основної групи після проведеного лікування із застосуванням базисної терапії та венлафаксина ($|z| = 2,35$; $p = 0,004$ та $|z| = 1,97$; $p = 0,037$ відповідно). При застосуванні тільки базисної терапії у хворих контрольної групи достовірної зміни зазначених показників після лікування не відмічалось (табл. 3).

У процесі порівняння отримано значущі відмінності кінцевих і початкових показників за цими шкалами у пацієнтів з контрольної групи, котрим проводили тільки базисне (стандартне) лікування, та основної групи, яка, крім базисної терапії отримувала венлафаксин (див. табл. 2).

На тлі лікування венлафаксином в основній групі хворих зниження показників як ситуаційної, так і особистісної тривожності за шкалою Спілбергера-Ханіна також було достовірно значущим, порівняно з контрольною групою ($p = 0,008$ та $p = 0,046$ відповідно) (табл. 3).

Аналіз результатів, отриманих через 3 місяці в основній групі хворих, показав виразне підвищення суб'єктивного відчуття якості життя в порівнянні з попереднім станом та усіх показників якості життя, за винят-

Таблиця 1. Порівняльна характеристики досліджуваних груп.

Характеристика хворих	Контрольна група (n=78)	Основна група (n=64)
Вік, років	62,8±10,4	61,5±9,3
Стать, ч/ж	33/45	26/38
Стадії ХІМ, ІІ/ІІІ	37/41	29/35
Інсульт, минуле порушення мозкового кровообігу в анамнезі, %	48 (61,5%)	35 (54,7%)
Інфаркт міокарда в анамнезі, %	11 (14,1%)	17 (26,6%)
Цукровий діабет 2-го типу, %	8 (10,3%)	11 (17,2%)
Супутні захворювання, %	61 (78,2%)	47 (73,4%)
Артеріальна гіпертензія чи застосування гіпотензивних препаратів, %	49 (62,8%)	39 (60,9%)
Підвищення тригліцеридів у плазмі крові ≥1,7 ммоль/л, %	31 (39,7%)	20 (31,2%)
Зниження рівня холестерину ліпопротеїдів високої щільності: чоловіки <1 ммоль/л, жінки <1,3 ммоль/л, %	37 (47,4%)	24 (37,5%)
Підвищення рівня глюкози у плазмі крові натще ≥5,6 ммоль/л або застосування гіпоглікемічних препаратів, %	32 (41,0%)	28 (43,7%)
Застосування статинів або інших ліпідознижуючих препаратів, %	24 (30,8%)	19 (29,7%)
MMSE, % легкі когнітивні порушення помірні когнітивні порушення початкова деменція	45 (57,7%) 29 (37,2%) 4 (5,1%)	37 (57,8%) 26 (40,6%) 1 (1,6%)

Примітка. У таблиці наведено середні арифметичні значення досліджуваних показників (M) і стандартні квадратичні відхилення (δ).

ком ФФ та ІБ, які достовірно не змінилися. Найбільш значуще покращення показників якості життя зафіксовано у ЗСЗ ($|z|=2,7$; $p=0,007$), СФ ($|z|=2,8$; $p=0,01$) та РЕФ ($|z|=2,7$; $p<0,001$) (збільшення відповідно на 18,1; 18,7 та 23,6%), котрі характеризують переважно психічний компонент здоров'я. В контрольній групі достовірно значуще покращення спостерігалось тільки за субшка-

лами ФФ ($|z|=2,02$; $p=0,041$), ($|z|=3,5$; $p=0,017$) та ЗСЗ ($|z|=2,21$; $p=0,023$).

За більшістю компонентів, котрі складають концепцію "якості життя" протоколу SF-36, після проведеного лікування показники в основній групі хворих були вищими за відповідні показники контрольної групи, які не отримували венлафаксин. Так, при оцінці фізичного компонента здоров'я по завершенню курсу лікування виявлені достовірні відмінності за такими показниками: ФФ (основна група - 48,9±10,4; контрольна група - 44,8±13,2; $p=0,045$) і РЕФ (основна група - 50,6±12,5; контрольна група - 42,5±13,0; $p<0,001$). ЗСЗ, тобто оцінка хворим свого стану здоров'я на теперішній момент і перспектив лікування, також була достовірно вищою в основній групі хворих: 51,4±12,8 проти 46,2±12,4 в групі контролю, $p=0,016$.

Застосування венлафаксину у складі комплексної терапії призвело до більш виразного збільшення компонентів психічного компонента здоров'я а саме: СФ (основна група - 54,8±9,4; контрольна група - 49,7±14,4; $p=0,018$) і РЕФ (основна група - 56,9±10,4; контрольна група - 45,4±13,0; $p<0,001$). В основній групі з'ясовано більш значущу зміну психічного компоненту здоров'я (ПКЗ), ніж фізичного (ФКЗ): показники ПКЗ склали 33,9±9,6% на початку терапії та 38,4±9,2% після лікування ($p=0,011$); показники ФКЗ - відповідно 34,8±7,2% та 37,9±9,1% ($p=0,034$). Позитивна динаміка ФКЗ і ПКЗ в основній групі була більш вираженою (37,9±9,1% і 38,4±9,2%), ніж в контрольній (35,1±7,6% і 35,3±8,9%).

Таким чином, для хворих з ХІМ, особливо пацієнтів старших вікових категорій, емоційні порушення є стійкими супутніми розладами, властивими [Копчак, 2012; Barnes et al., 2006; Huang et al., 2011; Winter et al., 2011], котрі відіграють певну патогенетичну роль у клінічному оформленні цереброваскулярної патології та негативно впливають на перебіг останньої. Якість життя таких хворих є зниженою, при цьому, згідно наших даних, такі показники, як фізичне функціонування, рольове (фізичне) функціонування, загальне здоров'я, життєздатність, соціальне функціонування, психічне здоров'я, рольове (емоційне) функціонування є значно гіршими при триповно-депресивній симптоматиці, що підтверджують і

Таблиця 2. Динаміка показників депресії та тривоги досліджуваних груп (батарея тестів).

Тривожно-депресивні розлади	Контрольна група (n=78)			Основна група (n=64)		
	До лікування	Після лікування	p	До лікування	Після лікування	p
	M±δ	M±δ		M±δ	M±δ	
CESD, бали	23,9±6,1	22,7±3,7	0,07	24,1±6,4	21,5±5,3*	0,007
HDRS, бали	13,1±7,9	11,6±4,0	0,07	12,6±9,39	9,4±7,1*	0,022
MADRS, бали	18,5±4,8	18,3±2,9	0,38	17,3±4,4	16,2±2,6**	<0,001
HADS, бали	10,1±6,3	8,7±4,2	0,05	9,3±7,9	7,2±5,4 *	0,043
HARS, бали	12,7±5,9	11,3±4,9	0,06	12,3±9,8	9,3±6,7 *	0,027

Примітки: 1. У таблиці наведено середні арифметичні значення досліджуваних показників (M) і стандартне квадратичне відхилення (δ); 2. Рівень значущості відмінностей показників після проведеного лікування порівняно з контрольною групою: * - $p<0,05$; ** - $p<0,01$.

Таблиця 3. Динаміка рівня тривожності досліджуваних груп за шкалою Спілбергера-Ханіна.

Тривожність, бали	Контрольна група (n=78)			Основна група (n=64)		
	До лікування	Після лікування	p	До лікування	Після лікування	p
	M±δ	M±δ		M±δ	M±δ	
Ситуаційна	48,6±11,8	46,4±9,1	0,59	47,7±11,5	41,9±10,9 **	0,004
Особистісна	46,1±12,4	45,8±8,1	0,86	46,6±10,7	42,2±13,1 *	0,037

Примітки: У таблиці наведено середні арифметичні значення досліджуваних показників (M) і стандартне квадратичне відхилення (δ); 1. Рівень значущості відмінностей показників після проведеного лікування порівняно з контрольною групою: * - p<0,05; ** - p<0,001.

результати інших дослідників [Сальникова, 2003; Winter et al., 2010; Сосницкая, Байдина, 2012].

Використана нами батарея міжнародних психологічних шкал показала, що в результаті застосування венлафаксина ступінь тривожно-депресивних розладів у хворих з I-II стадіями ХІМ достовірно знижувалась. Практично за всіма позиціями клінічних проявів тривоги та депресії відмічена достовірна динаміка покращення стану пацієнтів, порівняно з хворими, які приймали тільки базисну терапію. Найбільш значущі результати, як і в дослідженні ефективності препарату "Тенотен" [Доронин, Грибачева, 2009], отримані нами при використанні шкали Монтгомери - Асберг, котра призначена для моніторингу динаміки помірних проявів депресії при спостереженні за хворими (для основної групи p<0,001; для контрольної групи p=0,38).

Ефективний вплив на тривожно-депресивну симптоматику сприяв покращенню якості життя хворих з I-II ХІМ, особливо значно зниженого на початку дослідження психічного показника здоров'я. Отримані дані дозволяють рекомендувати лікування препаратом венлафаксин тривожно-депресивних станів у хворих з I-II стадіями ХІМ.

Висновки та перспективи подальших розробок

1. Наявність тривожно-депресивних розладів у хворих з ХІМ сприяє виникненню та поглибленню негатив-

ної динаміки якості життя цих хворих.

2. Корекцію тривожно-депресивних розладів у хворих з I-II стадіями ХІМ ефективно забезпечує препарат венлафаксин початковою добовою дозою 75 мг з наступним індивідуальним підбором дозування.

3. Ефективний вплив на тривожно-депресивну симптоматику сприяв покращенню якості життя хворих з I-II ХІМ: достовірно збільшилися усі показники, що вивчали, за винятком фізичного функціонування та інтенсивності болю, котрі достовірно не змінилися. Найбільш значущі покращення показників якості життя зафіксовано в оцінці загального стану здоров'я (p=0,007), соціальному функціонуванні (p=0,01) та рольовому емоційному функціонуванні (p<0,001) (збільшення, відповідно, на 18,1; 18,7 та 23,6%), котрі характеризують переважно психічний компонент здоров'я. Більш значущими були зміни психічного компоненту здоров'я ніж фізичного.

4. Лікування тривожно-депресивних розладів у пацієнтів із ХІМ має бути включене до низки обов'язкових заходів для корекції якості життя.

Отримані висновки та рекомендації мають стати підґрунтям для подальших досліджень можливості впливу на якість життя хворих з ХІМ. Це, в свою чергу, дозволить визначити напрямки удосконалення клінічного ведення хворих даної категорії та розробити медичну, соціальну й психотерапевтичну програму реабілітації відповідно до потреб конкретного пацієнта.

Список літератури

- Доронин Б.М. Психологическая составляющая качества жизни у больных дисциркуляторной энцефалопатией I-II степени при лечении препаратом "Тенотен" /Б.М.Доронин, И.А.Грибачева //Лечащий врач.- 2008.- №6.- С.23-25.
- Копчак О.О. Особливості депресивних розладів та когнітивних порушень у хворих із дисциркуляторною енцефалопатією /О.О.Копчак //Укр. мед. часопис.- 2012.- №6.- С.129-132.
- Неврология: национальное руководство /под ред. Е.И.Гусева, А.Н.Коновалова, В.И.Скворцовой, А.Б.Гехт.- М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009.- 1040с.
- Сальникова Г.С. Факторы, определяющие качество жизни у больных с дисциркуляторной энцефалопатией и их коррекция: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.00.13 /Сальникова Галина Сергеевна; Рос. гос. мед. ун-т.- Москва, 2003.- 24с.
- Сосницкая Д.М. Особенности депрессивного синдрома у больных дисциркуляторной энцефалопатией старческого возраста / Д.М. Сосницкая, Т.В. Байдина // Бюллетень медицинских Интернет-конференций. - 2012.- Т. 2, № 92.- С. 643-645.
- Association of depressed mood and mortality in older adults with and without cognitive impairment in a prospective naturalistic study /H.Lavretsky, L.Zheng, M.W.Weiner [et al.] //Am. J. Psychiatry.- 2010.- Vol.167, №5.- P. 589-597.
- Cognitive function and risk for depression in old age: a meta-analysis of published literature /C.Q.Huang, Z.R.Wang, Y.H.Li [et al.] //Int. Psychogeriatr.- 2011.- Vol.23, №4.- P.516-525.
- Depression in elderly patients with Alzheimer dementia or vascular dementia and its influence on their quality of life / Y.Winter, A.Korchounov, T.V.Zhukova[et al.] //J. Neurosci. Rural Pract.- 2011.- Vol.2, №1.- P.27-32.
- Depressive symptoms, vascular disease, and mild cognitive impairment: findings from the Cardiovascular Health Study /D.E.Barnes, G.S.Alexopoulos, O.L.Lopez [et al.] // Arch. Gen. Psychiatry.- 2006.- Vol.63, №3.- P.273-279.
- Longitudinal study of the socioeconomic burden of Parkinson's disease in Germany /Y.Winter, M.Balzer-Geldsetzer, A.Spotte [et al.] //Eur. J. Neurol.- 2010.- Vol.17, №9.- P.1156-1163.

Смолко Д.Г.

КОРРЕКЦІЯ ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНИХ РАСТРОЙСТВ И КАЧЕСТВО ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ ЦЕРЕБРАЛЬНОЙ ИШЕМИЕЙ

Резюме. *Обследованы 142 пациента от 53 до 72 лет с I-II стадиями хронической ишемии головного мозга. 64 больных основной группы получали антидепрессант из группы селективных ингибиторов обратного захвата серотонина и норадреналина (венлафаксин); 78 больных контрольной группы - только базисную терапию. Исходно и через 3 месяца лечения у больных оценивали жалобы, неврологический статус, уровень тревожно-депрессивных расстройств, качество жизни по опроснику SF-36. После лечения у пациентов основной группы по сравнению с контрольной достоверно снизился уровень депрессии, ситуационной и личностной тревожности, улучшилось качество жизни.*

Ключевые слова: *хроническая ишемия головного мозга, депрессивные расстройства, лечение, венлафаксин, качество жизни.*

Smolko D.G.

CORRECTION OF ANXIETY-DEPRESSIVE DISORDERS AND THEIR INFLUENCE ONTO THE QUALITY OF LIFE IN PATIENTS WITH CHRONIC BRAIN ISCHEMIA

Summary. *142 patients, aged from 53 to 72 years, with the 1st and 2nd stages of chronic cerebral ischemia have been investigated. 64 of the main group received an antidepressant from the group of selective serotonin reuptake inhibitors and norepinephrine (venlafaxine) and 78 patients of the control group received only basic treatment. The following characteristics were assessed at baseline and after 3 months of treatment: complaints, neurological status, anxiety and depression level, quality of life (SF-36). To the end of treatment, there were the significant decrease of depression, state and trait anxiety, improvement of quality of life.*

Key words: *chronic cerebral ischemia, depressive disorders, treatment, venlafaxine, quality of life.*

Стаття надійшла до редакції 21.05.2014 р.

Смолко Дмитро Геннадійович - к. мед. н, доцент кафедри нервових хвороб з курсом нейрохірургії ВНМУ ім.М.І.Пирогова; +38 066 410-18-01; psychvin@gmail.com

© Цибульська В.П.

УДК: 617.559 - 009.76:616 - 08

Цибульська В.П.

Кафедра нервових хвороб Вінницького національного медичного університету імені М.І.Пирогова (вул. Пирогова, 56, м.Вінниця, 21018, Україна)

ЯКІСТЬ ЖИТТЯ ТА СЕНСОРНО-АФЕКТИВНІ СКЛАДОВІ ЗАГОСТРЕННЯ ПОПЕРЕКОВОГО БОЛЬОВОГО СИНДРОМУ ПІД ЧАС ЛІКУВАННЯ В СТАЦІОНАРІ

Резюме. *Представлена оцінка сенсорних та афективних складових больових відчуттів та якості життя пацієнтів під впливом комплексного лікування загострення поперекового больового синдрому з використанням препарату катадолон.*

Ключові слова: *біль в спині, катадолон, ефективність, якість життя.*

Вступ

В Україні, як і в усьому світі, біль у спині залишається провідною причиною звернення за медичною допомогою [Товажнянская, Михайлов, 2010]. Цей синдром через значну поширеність, суттєве погіршення працездатності та якості життя пацієнта представляє, як і раніше, велике медичне та соціальне значення [Centers for Disease Control and Prevention, 2009].

У різних країнах частота хронічного болю у спині становить від 35 до 80% [Aartun et al., 2014]. У віці від 30 до 45 років болю в спині є однією з найбільш частих причин втрати працездатності. Так, у 10-20% хворих розвиваються хронічний біль та інвалідизація. Ця група пацієнтів має несприятливий прогноз для одужання. При цьому до 80% витрат охорони здоров'я припадає на лікування болів у спині [Ной et al., 2014]. Більш ніж 40% людей, що страждають хронічним болем у спині, вказують на те, що біль серйозно знижує їх якість життя [Adorno, Brasil-Neto, 2013]. При хронічному болю в спині

ступінь вираженості больових відчуттів, інвалідизація і больова поведінка часто не відповідають об'єктивним порушенням, котрі можуть бути представлені лише мінімально. Хронічний біль та інвалідизація в значній мірі пов'язані з емоційним дистресом, депресією, невдалими лікуваннями і "адаптацією до ролі хворого" [Воробьева, Акарачкова, 2004].

Патогенетичними засобами лікування гострого і хронічного болю, пов'язаного з тканинним пошкодженням і запаленням, є нестероїдні протизапальні препарати. На сьогодні на фармацевтичному ринку представлені не-селективні інгібітори циклооксигенази - ЦОГ-1 і ЦОГ-2 (диклофенак, ібупрофен, лорноксикам, ін.), селективні інгібітори ЦОГ-2 (коксиби: целекоксиб, еторикоксиб, вальдекоксиб, ін.; мелоксикам, німесулід, набуметон, етодолак) та селективний інгібітор ЦОГ-1 (ацетилсаліцилова кислота в низьких дозах) [Товажнянская, 2013].

Особливе значення в патогенезі болю поперекової