

Терегулова Д.Р.¹, Ахмадеева Л.Р.², Шаймухаметова Ф.Х.³, Липатова Е.Е.⁴

Подходы к реабилитации пожилых пациентов с болевыми синдромами с учетом их восприятия заболевания

1 - Городская клиническая больница №5, Уфа, 2 - кафедра неврологии с курсами нейрохирургии и медицинской генетики, 3 - отделение неврологии Клиники БГМУ, 4 - кафедра педагогики и психологии с курсом ИПО ГБОУ ВПО «Башкирский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Уфа

Teregulova D.R., Ahmadeeva L.R., Shajmuhametova F.H., Lipatova E.E.

Rehabilitation strategies for older patients with pain syndromes based on their perceptions of their conditions

Резюме

У пожилых пациентов чаще, чем в других возрастных группах, встречаются боль в сочетании с тревожно-депрессивными расстройствами. Цель исследования: выявление частоты встречаемости боли у пожилых пациентов многопрофильного стационара и ее сочетания с тревогой и депрессией для оптимизации реабилитационных подходов и индивидуального подхода к терапии с учетом восприятия пациентом своего заболевания. Материалы и методы: исследовано 60 пациентов стационара старше 60 лет и 119 в качестве группы контроля (возраст от 18 до 60 лет). Комплексная оценка боли проведена с помощью анкеты – опросника, наличие тревожных и/или депрессивных расстройств определялось с помощью Госпитальной шкалы тревоги и депрессии (HADS), шкалы депрессии Бэка, теста Спилбергер-Ханина. Результаты: Боль на момент исследования испытывали 80% пожилых пациентов; высокий уровень реактивной тревожности отмечен у 53,33%, личностной – у 76,67% пожилых пациентов. По шкале HADS симптомы тревоги выявлены у 76,67%, депрессии - у 58,33%, а по шкале Бэка депрессия была у 90% пожилых пациентов. Пациенты, испытывавшие боль каждый день, в 91,67% случаев имели проявления тревоги, у большинства из них отмечались высокие уровни реактивной и личностной тревожности (63,8% и 88,89% соответственно). Большая часть пациентов (69,44%), испытывавших боль каждый день в течение последних трех месяцев, имели тяжелые, выраженные и умеренные показатели депрессии по шкале Бэка. Заключение: С учетом того, что пожилые пациенты имеют высокий уровень тревожности, могут более остро реагировать на болезнь, склонны к катастрофизации своего состояния, при диагностике и лечении болевого синдрома у них необходимо всегда учитывать особенности психического статуса. Каждому пожилому пациенту с хроническим болевым синдромом мы рекомендуем проводить диагностику тревожно-депрессивных состояний и учитывать полученные результаты при разработке индивидуальной стратегии реабилитации. **Ключевые слова:** реабилитация, пожилые, боль, тревога, депрессия

Summary

Elderly patients more often than other age groups have pain in combination with anxiety and depressive disorders. Objective: to define the frequency of pain and its combination with anxiety and depression in older patients treated in multidisciplinary hospital for optimization of rehabilitation strategies and individual approach to therapy based on the patient's perception of their illness. Materials and methods: we included 60 hospitalized patients older than 60 years and 119 patients as a control group (ages 18 to 60 years). A comprehensive pain assessment estimated by the questionnaire, anxiety and / or depressive disorders were studied using Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS), Beck Scale of Depression and test of Spielberger- Khanin. Results: 80% of older patients experienced pain at the moment of the study, 53.33% of patients showed highly elevated reactive anxiety, 76.67% of cases had high scores of personal anxiety. Depression according to HADS was detected in 58.33%, according to Beck Depression Scale – in 90% of older patients. Anxiety symptoms were revealed in 76.67% of older patients. Patients who suffered from pain every day, in 91.67% cases had anxiety symptoms, most of them showed high scores of reactive and personal anxiety (63.8% and 88.89% accordingly). Most of the patients (69.44%), who experienced pain every day during last three months, had severe and moderate symptoms of depression according to Beck scale. Conclusion : Elderly patients have higher levels of anxiety, can be more sensitive to the disease and prone to disasterization their condition. Assessment of psychological status should be considered in pain management of older patients. We recommend to assess anxiety-and-depressive disorders for every old patient with chronic pain and use her/his personal results in individual rehabilitation strategy. **Key words:** rehabilitation, elderly, pain, depression, anxiety

Введение

Боль – это основная жалоба, заставляющая человека обратиться к врачу. В последнее время проблемам боли уделяется большое внимание во всём мире, поскольку она влечет за собой снижение качества жизни, нарушает сон, повседневную физическую и социальную активность человека, мешает нам жить. Наиболее часто врачам приходится встречаться с проблемой терапии боли у людей пожилого возраста, так как доля лиц пожилого возраста составляет огромный растущий сегмент в мировой популяции в связи со старением населения Земли. Старческий возраст имеет свои специфические проблемы – перемена образа жизни, потеря близких, утрата остроты целого ряда очень важных биологических и психологических феноменов, что существенно снижает качество жизни человека [1, 2]. Старость отражается на психологии человека. Неустройство, одиночество, болезни способствуют возникновению депрессивных состояний [3, 4]. Возникающие с возрастом атрофические процессы в головном мозге, сопровождающиеся биохимическими изменениями, также способствуют изменениям психики. [5] Человек испытывает боль в любом возрасте, но особенно страдают от нее пожилые люди. Экспертами проекта «Оценка качества оказания медицинской помощи пожилым пациентам из группы риска» (ACOVE) было выделено 35 болезненных состояний, наиболее часто встречающихся среди людей пожилого возраста, где лечение боли находилось на пятнадцатом месте по степени важности, занимая более высокое положение, чем пневмония, грипп, нарушение питания и остеоартрит. [6, 7]

Болезнь, какую бы систему ни затронула, является не болезнью отдельного органа, а всего организма. В медицине исторически закрепилось правило: лечить следует не болезнь, а больного. Однако часто как в России, так и в мире, до сих пор медицина строится преимущественно на принципах органной или системной патологии. Говоря о реабилитации, как об одном из важнейших направлений современной медицины, нам следует вспомнить о целостности и обратиться к Международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья (МКФ), которая описывает домены здоровья с позиций организма, индивида и общества посредством двух основных перечней: 1) функции и структуры организма, 2) домены социальной активности и участия в общественной жизни. МКФ является стандартом ВОЗ в области измерения состояния здоровья и инвалидности как на уровне индивида, так и на уровне населения. МКФ была официально одобрена всеми странами-членами ВОЗ на пятьдесят четвертой сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения 22 мая 2001 года (резолюция WHA 54,21). В отличие от своей предшественницы, МКФ была одобрена для применения в странах-членах ВОЗ в качестве международного стандарта для описания и измерения степени нарушений здоровья.

Любая соматическая болезнь, если она не сопровождается разрушительными процессами в ЦНС, снижает качество жизни и вызывает личностную, психологиче-

скую реакцию больного на болезнь (влияние страхов, волнений больного за исход болезни, на трудовую и социальную адаптацию) [8, 9]. Данные реакции сугубо индивидуальные, и их диапазон колеблется от адекватных до патологических (аутопсихогения, «вторичный» стресс и т.д.).

Фиксация медицинского работника только на проявлениях патологического процесса приводит к восприятию больного как носителя симптоматики вне индивидуального своеобразия личности и его эмоций, что отрицательно влияет на эффективность терапии.

Очень часто дезорганизация социальной жизни пациента, вызываемая болезнью, острее переживается, чем расстройства органы. Поэтому личностный подход в медицине, направленный на мобилизацию психологических возможностей больного, позволяет достичь лучших результатов в лечении [10, 11].

В последнее время больше уделяется внимания тревожно-депрессивным расстройствам у лиц пожилого возраста, поскольку данная патология у них протекает тяжелее, на фоне множества соматических заболеваний, играет свою роль в большинстве случаев и социальная незащищенность пожилых людей, и нейронимунные механизмы [12]. Депрессия у пожилых часто сочетается с тревогой [13, 14].

Тревога может проявляться во всех аспектах жизни: в эмоциональной сфере – чувство нехватки воздуха, напряженности, невозможности расслабиться; в когнитивной – нарушения концентрации и внимания, трудности в принятии решений. Тревога часто проявляется множеством соматических симптомов, одним из которых является боль, и иногда бывает трудно различить – боль вызвана соматическими нарушениями или тревогой. [15]. Пожилые пациенты имеют худший прогноз при диагностированном генерализованном тревожном расстройстве [16, 17]. Необходимо выделить и такое понятие, как тревожность. Тревожность – индивидуальная психологическая особенность человека, черта характера, проявляющаяся в склонности впадать в состояние повышенного беспокойства и тревоги в тех ситуациях жизни, которые, по мнению данного человека, несут в себе психологическую угрозу для него и могут обернуться для него неприятностями, неудачами или фрустрацией [18].

У каждого человека есть свой оптимальный уровень тревожности – так называемая «полезная» тревожность, помогающая нам успешно преодолевать стрессовые ситуации. Пожилые пациенты в большинстве случаев характеризуются повышенной тревожностью, что отрицательно влияет на течение болезни и исход лечения.

Особо стоит отметить хроническую боль, так как она часто бывает сопряжена с депрессией. Эти два явления тесно взаимосвязаны и могут усиливать друг друга, формируя порочный круг: депрессия может быть вызвана болью, а может и сама стать причиной развития хронической боли, а также во многих случаях способствовать хронизации острой боли, возникшей в результате тех или иных причин. Чаще всего хронический болевой синдром является «маской» депрессии. Врач должен разглядеть

эту маску, чтобы правильно назначить лечение, ведь эффективность антидепрессантов при хронических болевых синдромах составляет 75%. [19]. Хроническая боль и её неадекватное лечение связаны с целым рядом последствий для пожилых людей, включая более выраженные функциональные ограничения, склонность к падениям, замедленную реабилитацию, аффективные нарушения, снижение аппетита, затруднение сна [20].

Если бы пациенты с хроническими болями на этапе первичной медицинской помощи обследовались на предмет наличия коморбидной депрессии, то 60% всех депрессивных расстройств в популяции могли бы быть диагностированы врачами общей практики [21].

Целью нашей работы было выявление частоты встречаемости боли у пожилых пациентов стационара и ее сочетания с тревогой и депрессией для оптимизации реабилитационных подходов и индивидуального подхода к терапии с учетом восприятия пациентом своего заболевания.

Материалы и методы

Исследование проведено на базе Клиники Башкирского государственного медицинского университета в 7 отделениях терапевтического, неврологического и хирургического профиля. Всем пациентам, давшим информированное согласие на участие в исследовании, предлагалось заполнить анкету и ответить на вопросы трех опросников для выявления депрессии, тревоги и тревожности.

Для комплексной оценки болевого синдрома в анкету были включены вопросы о наличии боли у пациента в данный момент и за последние 3 месяца с оценкой её выраженности по числовой ранговой шкале (Numerical Rating Scale, NRS): пациенты оценивали свои болевые ощущения цифрами от 0 (нет боли) до 10 (максимально возможная боль) [22]. Также пациент на изображении схемы тела человека отмечал локализацию боли и оценивал степень ограничения повседневной жизнедеятельности из-за болевого синдрома по следующим критериям: «не ограничивала», «ограничивала незначительно», «ограничивала значительно». Основной и сопутствующий диагнозы пациентов были взяты из историй болезни.

Для оценки восприятия заболевания мы исследовали депрессивные и тревожные расстройства с помощью валидизированных в России методик [23, 24]. Всего было применено 3 шкалы, которые заполнялись пациентами самостоятельно:

1) Шкала депрессии Бэка (Beck Depression Inventory, BDI) – для скрининга и оценки степени тяжести депрессивного состояния;

2) Госпитальная шкала тревоги и депрессии (the Hospital Anxiety and Depression Scale, HADS) — для скрининга и субъективной оценки тревоги и депрессии у пациента;

3) Шкала Спилбергера-Ханина (Spielberger State-Trait Anxiety Inventory, STAI) – для самооценки уровня тревожности в данный момент, реактивной тревожности как состояния, и личностной тревожности как устойчивой характеристики человека.

Обработка полученных данных проводилась с использованием программы SPSS 11.0 (SPSS Inc, США).

Результаты и обсуждение

Одномоментный скрининг проведен с участием 60 пациентов в возрасте старше 60 лет, из них 33 женщины (55%) и 27 мужчин (45%). Средний возраст пациентов составил $67,9 \pm 5,07$ лет. Среди основных диагнозов пациентов преобладали сердечно-сосудистые заболевания (33,3%), острая хирургическая патология (16,6%), хронические заболевания желудочно-кишечного тракта (11,7%), опорно-двигательного аппарата (8,3%). Сопутствующей более чем у половины пациентов была сердечно-сосудистая патология (58,33).

В качестве контрольной группы нами исследовано 119 пациентов того же стационара в возрасте от 18 до 60 лет: мужчин 45 (37,8%), женщин 74 (62,2%), средний возраст $44,6 \pm 17,9$ лет.

Самооценка болевого синдрома пациентами

Наличие боли на момент опроса испытывали 48 человек (80%). (Рисунок 1). Оценка выраженности боле-



Рис.1. Боль на момент опроса (%)

Боль в течение трех месяцев (%)

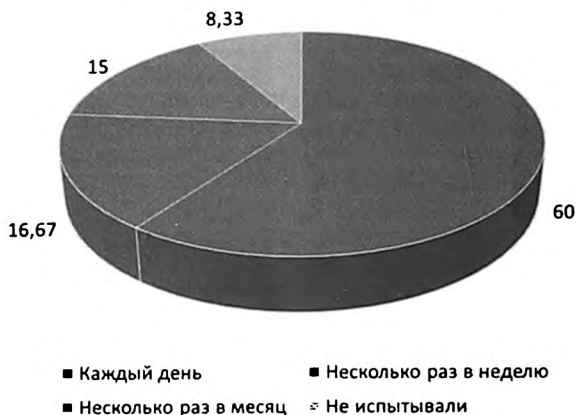


Рис. 2. Боль в течение трех месяцев (%)

вого синдрома у пожилых пациентов по шкале NRS на момент опроса составила $5,5 \pm 2,6$ балла из 10. В течение последних 3 месяцев боль испытывали 55 (91,7%) опрошенных, при этом ежедневные боли отмечали более половины – 36 пациентов (60%), остальные отмечали боли несколько раз в неделю – 10 (16,7%), несколько раз в месяц – 9 человек (15%) (Рисунок 2). Количественная оценка боли, которую пожилые пациенты испытывали в течение последних 3 месяцев, по шкале NRS составила $6,3 \pm 2,7$ балла из 10. При этом в 51 (85%) случаях боль влияла на повседневную активность пациентов: значительно ограничивала практически у половины пациентов – 28 (46,7%), незначительно – у 23 (38,3%). Чаще всего на момент опроса пациенты испытывали боли в спине (32,8%), головные боли (26,9%), суставные боли (23,9%). Это было характерно для отделений как хирургического, так и терапевтического профиля. В отделениях терапии пациенты также часто жаловались на боли в сердце (19,0%). В отделениях хирургии преобладали боли в животе (34,4%). Локализация болей за последние три месяца у пациентов существенно не отличалась от локализации боли на момент опроса.

Отмечена связь между силой боли, которую испытывал пациент, и частотой её возникновения в течение последних 3 месяцев: чем чаще испытывал пациент боль, тем выше была ее выраженность, оцененная по числовой ранговой шкале NRS. Коэффициент корреляции составил 0,4 ($p < 0,01$). Различия между наличием болевого синдрома и силой его выраженности по числовой ранговой шкале у мужчин и женщин оказались статистически незначимы ($p > 0,05$).

Восприятие своего состояния пациентами

По шкале HADS признаки тревоги выявлены у 46 пациентов (76,7%), причем у половины тревога была клинически выраженной – 30 (50%), у четверти пациентов – 16 (26,7%) отмечались симптомы субклинической тревоги. Симптомы депрессии были выявлены более чем у по-

ловины – 35 пациентов (58,3%), клинические симптомы депрессии выявлены чаще – 21 (35%), чем субклинические – 14 (23,3%) (Таблица 1). По шкале Бэка депрессия различной степени тяжести выявлена у 90% пожилых пациентов – 54 человек: у каждого четвертого (25%) она была выраженной (15 человек), у каждого третьего – легкой (33,3%) (Таблица 2).

Показатели реактивной тревожности были высокими более чем у половины – 32 пациентов (53,3%) в данной возрастной группе, а личностная тревожность была высокой у большинства – 46 пожилых пациентов (76,7%). Не выявлено ни одного пациента с низким уровнем личностной тревожности, а с низким уровнем реактивной тревожности – только 5 пациентов (8,3%). У половины – 30 (50%) пациентов оба показателя были высокими (Таблица 3).

Связь между наличием болевого синдрома и восприятием заболевания

При сравнении между показателями, полученными по шкале депрессии Бэка, и наличием у пациента болевого синдрома, как на момент опроса, так и в течение последних трех месяцев, было выявлено, что пациенты, не отмечавшие наличие боли, в основном не имели признаков депрессии по шкале Бэка, либо они были менее выраженными. Большая часть пациентов (69,4%), испытывавших боль каждый день в течение последних трех месяцев, имели тяжелые, выраженные и умеренные показатели депрессии по шкале Бэка (Таблица 4).

Пациенты, которые не испытывали боль в течение последних трех месяцев, не имели симптомов депрессии по шкале HADS. Лица, отмечавшие ежедневную боль, более чем в половине случаев (66,7%) имели клинические и субклинические симптомы депрессии по шкале HADS.

Пациенты, которые не испытывали боль в течение последних трех месяцев, в 80% случаев не имели симптомов тревоги по шкале HADS. Также у этих пациентов отмечались низкие и умеренные уровни реактивной

Таблица 1. Выраженность признаков тревоги и депрессии по шкале HADS

	нет Т* абс.(%)	суб**.Т абс.(%)	кл.Т абс.(%)	нет Д^^ абс.(%)	суб.Д абс.(%)	кл.Д абс.(%)
Пожилые пациенты (n=60)	14 (23,33)	16 (26,67)	30 (50)	25 (41,67)	14 (23,33)	21 (35)
Группа контроля (n=119)	53 (44,54)	30 (25,21)	36 (30,25)	79 (66,39)	21 (17,65)	19 (15,96)

*Т** – тревога *суб*** – субклиническая
кл.^ - клинически выраженная *Д^^* - депрессия

Таблица 2. Выраженность депрессии пациентов по шкале депрессии Бэка

	Нет Д* абс.(%)	Легкая Д абс.(%)	Умерен.Д абс.(%)	Выраж.Д абс.(%)	Тяж.Д абс.(%)
Пожилые пациенты (n=60)	6 (10)	20 (33,33)	13 (21,67)	15 (25)	6 (10)
Группа контроля (n=119)	54 (45,38)	27 (22,69)	12 (10,08)	23 (19,33)	3 (2,52)

*Д- депрессия

Таблица 3. Оценка уровней тревожности по тесту Спилбергера-Ханина

	Реактивная тревожность			Личностная тревожность		
	низкая абс.(%)	умерен. абс.(%)	высокая абс.(%)	низкая абс.(%)	умерен. абс.(%)	высокая абс.(%)
Пожилые пациенты (n=60)	5 (8,33)	23 (38,33)	32 (53,33)	0 (0)	14 (23,33)	46 (76,67)
Группа контроля (n=119)	21 (17,64)	50 (42,02)	48 (40,34)	2 (1,68)	51 (42,85)	66 (55,46)

Таблица 4. Связь между болевым синдромом в течение последних трех месяцев и показателями по шкале депрессии Бэка.

Боль	Уровни депрессии по шкале Бэка					N
	Нет абс.(%)	Легкая абс.(%)	Умеренная абс.(%)	Выраженная абс.(%)	Тяжелая абс.(%)	
Каждый день	1 (2,78)	10(27,78)	8 (22,22)	12(33,33)	5(13,89)	36
Несколько раз в неделю	0	5 (50)	1 (10)	3 (30)	1 (10)	10
Несколько раз в месяц	2(22,22)	3 (33,33)	4 (44,44)	0	0	9
Нет	3 (60)	2(40)	0	0	0	5
Всего (N)	6 (10)	20(33,33)	13 (21,67)	15 (25)	6 (10)	60

Таблица 5. Связь между показателями тревожности и наличием болевого синдрома в течение последних трех месяцев.

Боль в течение 3 месяцев	Уровни РТ абс. (%)			Уровни ЛТ абс. (%)			Всего
	низкая	средняя	высокая	низкая	средняя	высокая	
Каждый день	1(2,78)	12(33,33)	23(63,89)	0	4(11,11)	32(88,89)	36
Несколько раз в неделю	1 (10)	2 (20)	7 (70)	0	1 (10)	9 (90)	10
Несколько раз в месяц	1 (11,11)	6 (66,67)	2 (22,22)	0	4 (44,44)	5 (55,55)	9
Нет	2 (40)	3 (60)	0	0(0)	5 (100)	0	5
Всего	5 (8,33)	23 (38,33)	32 (53,33)	0	14 (23,33)	46 (76,67)	60

Таблица 6. Связь между болевым синдромом в течение последних трех месяцев и показателями тревоги по шкале HADS.

Боль	Уровни тревоги по шкале HADS			всего
	нет тревоги абс. (%)	субклиническая тревога абс. (%)	клиническая тревога абс. (%)	
Каждый день	3(8,33)	9 (25)	24 (66,67)	36
Несколько раз в неделю	3 (30)	2(20)	5(50)	10
Несколько раз в месяц	4 (44,44)	4 (44,44)	1 (11,11)	9
Нет	4 (80)	1(20)	0	5
Всего (N)	14 (23,33)	16 (26,27)	30 (50)	60

и личностной тревожности. Пациенты, испытывавшие боль каждый день, в 91,7% случаев имели клинические и субклинические проявления тревоги по сравнению с остальными, при этом у большинства из них отмечались высокие уровни реактивной и личностной тревожности (63,8% и 88,9% соответственно) (Таблицы 5, 6).

По данным литературы, не менее 20% лиц старше 60 лет страдают хронической болью, длящейся более 6 месяцев. Жалобы на боли отмечаются у 25-50% проживающих дома пожилых людей и от 45% до 80% находящихся в учреждениях, в которых им предоставляется длительный уход [25]. При сравнении двух исследованных нами возрастных групп было выявлено, что у пожилых пациентов на момент опроса болевым синдромом встречался чаще (80%), чем у пациентов в других возрастных группах (68,1%); разница в оценке интенсивности боли по NRS была незначительной ($5,5 \pm 2,6$ против $5,1 \pm 2,3$). Боли в течение последних трех месяцев отмечались с одинаковой частотой в этих группах, но пожилые пациенты в два раза чаще (60%) страдали от ежедневных болей по сравнению с лицами других возрастов (27,7%), при

этом интенсивность боли по NRS у них была выше ($6,3 \pm 2,7$ против $5,5 \pm 2,4$). По шкале HADS у пожилых пациентов чаще выявлялись признаки тревоги (76,7% против 55,5%) и депрессии (58,3% против 33,6%), при этом являясь более выраженными. Значительная часть пожилых пациентов имела признаки депрессии разной степени выраженности по шкале Бэка (90%) по сравнению с остальными пациентами стационара (54,6%). Вероятно, частота встречаемости симптомов депрессии оказалась выше по шкале Бэка по сравнению со шкалой HADS в связи с тем, что чувствительность её для выявления депрессии выше по данным многих исследований [26].

Оценивая показатели тревожности, стоит отметить, что у включенных в данное исследование пожилых пациентов стационара преобладают высокие показатели как личностной (76,7%), так и реактивной тревожности (53,3%). Это следовало прогнозировать на основании предыдущих результатов исследований [27, 28]. Учитывая, что наш охват данным скринингом был 48,2% (согласились участвовать лишь 179 пациентов из 380), возможно, показатели тревожно-депрессивного восприятия

заболевания имеют еще большую выраженность. Мы предполагаем, что значительная часть отказавшихся принять участие в исследовании имели более яркую картину аффективных расстройств.

Заключение

Пожилые пациенты стационара в 4 из 5 случаев страдают от боли. При этом ежедневные хронические боли испытывают более половины пациентов, а у каждого второго эти боли значительно ограничивают повседневную активность. Выраженная депрессия отмечалась у каждого четвертого пациента, а у каждого второго – выраженная тревога. Личностная тревожность являлась высокой у большинства пациентов, а у каждого второго отмечались высокие показатели как личностной, так и реактивной тревожности. В связи с повышенной тревожностью, поведенческой и эмоциональной расторможенностью у пожилых пациентов эмоциональная реакция на болевые ощущения меняется и часто склонна к катастрофизации. Поскольку тревога в большинстве случаев

имеет соматические проявления, необходимо уметь различать, что является первичным – органичные или психотические изменения [29]. В связи с этим каждому пожилому пациенту с хроническим болевым синдромом мы рекомендуем проводить клиническую и инструментальную диагностику тревожно-депрессивных состояний и учитывать полученные результаты при разработке индивидуальной стратегии реабилитации. ■

Д.Р.Терегулова, д.м.н., проф. Л.Р.Ахмадеева, к.м.н. Ф.Х.Шаймухаметова, к.м.н. доц. Е.Е.Липатов, клиническая больница №5, Уфа, кафедра неврологии с курсами нейрохирургии и медицинской генетики, отделение неврологии Клиники БГМУ, кафедра педагогики и психологии с курсом ИПО ГБОУ ВПО «Башкирский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Уфа; Автор, ответственный за переписку - Ахмадеева Лейла Ринатовна, г.Уфа, 450000, ул. Ленина, 3, email: la@ufaneuro.org

Литература:

1. Ахмадеева Л.Р., Закирова Э.Н., Сетченкова Н.М., Магжанов Р.В. Оценка качества жизни при наиболее частых формах первичных цефалгий и дорсалгий. Российский журнал боли 2008; 1 (18): 20-24.
2. Ахмадеева Л.Р., Абдрашитов Т.М., Самигуллина Г.Д., Липатова Е.Е., Султанбаев А.В. От чего зависит качество жизни пациента после инсульта. Российский семейный врач 2004; 8(4): 26-29.
3. Кутлубаев М.А., Насретдинова А.Ф., Фаткуллина Л.К., Воеводина В.А., Ахмадеева Л.Р. Депрессия у пациентов с постинсультной афазией: диагностика и клинические особенности. Практическая медицина 2014;3(79):112-5.
4. Кутлубаев М.А., Ахмадеева Л.Р. Постинсультная апатия. Журнал неврологии и психиатрии им. С.С.Корсакова 2012; 4: 99-102.
5. Kaye A.D., Baluch A., Scott J.T. Pain management in the elderly population: a review. Oschner J.2010 ; 10(3):179 -187.
6. Wenger N.S., Shekelle P.G. The ACOVE investigators group. Assessing care of vulnerable elders: ACOVE project overview. Ann Intern. Med.2001;135:638 – 642.
7. Рекомендации Американского общества гериатров (2009г.). Медикаментозное лечение хронической боли у пожилых людей. Рациональная фармакотерапия 2010;4: 66 – 68.
8. Ахмадеева Л.Р., Воеводина В.А., Закирова Э.Н., Кутлубаев М.А. Качество жизни больных с различными головными болями. Успехи современного естествознания Медицина 2004; 12: 39-41.
9. Ахмадеева Л.Р., Магжанов Р.В., Закирова Э.Н., Абдрашитов Т.М., Самигуллина Г.Д. Качество жизни пациентов с первичными цефалгиями, инсультами и миотонической дистрофией. Журнал неврологии и психиатрии им. С.С.Корсакова 2008; 11: 72-75.
10. Кутлубаев М.А., Ахмадеева Л.Р. Стрессовое расстройство после инсульта: частота, факторы риска, подходы к профилактике и лечению. Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика 2014; 2: 70-74.
11. Новик А. А., Матвеев С. А., Ионова Т. И. и соавт. Оценка качества жизни больного в медицине. Клиническая медицина 2000; 2: 5 - 10.
12. Кутлубаев М.А., Ахмадеева Л.Р. Нейроиммунные механизмы в развитии постинсультной депрессии. Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова 2013; 2: 76-79.
13. Гарганеева Н.П., Шакурова Н.И., Счастливый Е.Д. Расстройства депрессивного спектра в позднем возрасте: общая проблема в терапевтической и психиатрической практике. Сибирский вестник психиатрии и наркологии 2009; 3: 78-73.
14. Капустенская Ж.И., Пустозеров В.Г., Ананьев А.А., Ковалева Л.П. Тревожные и депрессивные расстройства у лиц пожилого и старческого возраста с хронической церебральной ишемией. Сибирский медицинский журнал 2009; 7:186-188.
15. Porzycz K., Kudziora-Kornatowska K., Porzycz M., Polak A., Motyl J Depression and anxiety in elderly patients as a challenge for geriatric therapeutic team Ann. Ac. Medicae Bialostocensis 2005; 50 (Suppl 1): 200-207.
16. Иванец Н. Н., Сысоева В. П., Кинкулькина М. А., Авдеева Т. И. Тревожные расстройства у больных пожилого возраста: психопатологическая характеристика, диагностика, сходство и отличия от тревожных депрессий. Жур. невр. псих. им. С.С. Корсакова 2014; 5: 4-11.
17. Yohannes A.M., Balwin R.C., Connolly M.J Prevalence of depression and anxiety symptoms in elderly patients admitted in post-acute intermediate care. Int J Geriatr Psychiatry 2008; 23:1141 -4.
18. Титаренко А.И., Николаичев Б.О. Моральные ценности и личность. М.: МГУ; 1994.175.
19. Вейн А.М., Вознесенская Т.Г., Голубев В.Л., Дюкова Г.М. Депрессия в неврологической практике. М.: Медицина; 2000. 20-30, 66-84.
20. Ахмадеева Л.Р., Загидуллин Н.Ш. (ред.) Боль в клинической практике. Уфа: Вагант;2011. 160-162.
21. Овчинников А.А., Ракоутская Н.Ю. Тревожные (панические) расстройства в общемедицинской практике: диагностика и терапия. Медицина и образование в Сибири 2009; 2:3-3.
22. Breivik H., Borchgrevink P.C., Allen S.M. et al. Assessment of Pain. British Journal of Anaesthesia 2008; 101(1): 17-24.

23. Смулевич А.Б. Депрессии в общей медицине. М: Медицина;2007. 18-19,100-107, 191-233, 326-329.
24. Дьяконов И.Ф., Овчинников Б.В. Психологическая диагностика в практике врача. С-Пб: СпецЛит; 2008.54-56.
25. American Geriatrics Society Panel. Pharmacological management of persistent pain in older persons. JAGS 2009; 57: 1331-1346.
26. Aben I., Verhey F., Lousberg R. et al Validity of the Beck Depression Inventory, Hospital Anxiety and Depression Scale, SCL-90, and Hamilton Depression Rating Scale as Screening Instruments for Depression in Stroke Patients. Psychosomatics 2002; 43:386-393.
27. Ахмадеева Л.Р., Ахмадеева Э.Н., Вейцман Б.А. и соавт. Боль как междисциплинарная проблема от периода новорожденности до пожилого возраста. Практическая медицина 2013; 1 (66):70-76.
28. Кутлубаев М.А., Ахмадеева Л.Р. Делирий в клинической практике врача-терапевта. Терапевтический архив. 2014;3:83-7.
29. Ахмадеева Л.Р., Терегулова Д.Р. Тревожные и депрессивные состояния и их связь с болевым синдромом у пациентов, находящихся на стационарном лечении. Проблемы женского здоровья 2012;7(2): 23-28.