

Место антидепрессантов в лечении пациентов поликлиники, страдающих заболеваниями опорно-двигательного аппарата

Е. А. Григорьева, Н. В. Яльцева, Н. И. Коршунов, Ю. С. Филатова

Ярославская государственная медицинская академия, г. Ярославль

Депрессия неуклонно распространяется в цивилизованном обществе. В настоящее время, по данным литературы, 30-40% пациентов, обращающихся в территориальную поликлинику имеют депрессивное расстройство [2, 3, 4, 6, 8, 11]. Многие авторы говорят о диагностических трудностях при работе с данными пациентами, поскольку собственно депрессия часто «замаскирована» хронической болью. Это относится и к ревматологической, и к неврологической амбулаторной практике, где устанавливается до 37% депрессивных расстройств; в 88,2% они носят легкий или умеренный характер [16].

Цель исследования: выявление и лечение пациентов с депрессивными расстройствами при анализе контингента больных с дегенеративными заболеваниями опорно-двигательного аппарата, обратившихся за помощью к участковому терапевту.

Материал и методы исследования

Обследован 71 пациент с дегенеративными заболеваниями опорно-двигательного аппарата, коморбидными с депрессией. Все больные разделены на 2 группы: в первую вошли пациенты (51), которые согласились на консультацию психиатра и антидепрессивную терапию; во вторую (20) — согласившиеся на консультацию психиатра, но отказавшиеся от предложенного лечения антидепрессантами. Последние оценивались в качестве контроля. Среди 51 пациента первой группы было 40 женщин (78,4%) и 11 мужчин (21,6%) в возрасте от 22 до 54 лет (средний возраст $44,4 \pm 1,25$ лет). Длительность клинических признаков заболевания («остеохондроза») составила от 1 до 20 (в сред-

нем $8,1 \pm 0,62$) лет. Практически все пациенты (49 из 51 — 96,1%) были работающими, лишь один пациент являлся инвалидом и одна пациентка временно не работала.

Кроме клинической оценки состояния опорно-двигательного аппарата у всех пациентов обеих групп определялся уровень интенсивности боли в баллах; по визуальной аналоговой шкале (ВАШ); выявлялась длительность утренней тугоподвижности в минутах, индекс хронической нетрудоспособности по Вадделю (ИХН) [12, 13, 14, 15]. Психическое состояние оценивалось клинически, а также заполнялись шкалы оценки депрессии и тревоги Гамильтона (HDRS, HARS) до начала терапии, через 1, 2, 3 месяца от ее начала и через 3 месяца после завершения основного терапевтического курса (6 месяцев от начала терапии). Через 2 месяца терапии антидепрессантами результат расценивался как «очень хороший» (0-5 баллов по шкале HDRS); «хороший» (6-10 баллов); «удовлетворительный» (свыше 10 баллов, но сокращение количества баллов, по сравнению с исходным на 50% и выше); «неудовлетворительный» (свыше 10 баллов, но сокращение количества баллов, по сравнению с исходным, — ниже 50%). Статистическая значимость различий определялась по *t* критерию Стьюдента. Кроме того, использовались стандартные статистические показатели: среднее значение и стандартная ошибка.

Все пациенты без исключения предъявляли жалобы на боли в спине, что интерпретировалось участковым терапевтом (с учетом рентгенологических заключений и предшествующих консультаций невролога) как остеохондроз грудного и (или) чаще поясничного отдела позвоночника (в том числе и у относительно молодых лиц с гипермобильным синдромом). Кроме того, у 9 больных из 51 (17,6%), леченных антидепрессантами, можно было одновременно констатировать клинические и рентгенологические признаки остеоартроза крупных (тазобедренных, коленных) суставов, а у 12 (23,5%) лиц этой группы определялась узелковая форма остеоартроза суставов кистей. Учитывая одновременное наличие (сосуществование) различных форм

Н. В. Яльцева — доцент кафедры терапии факультета последипломного образования Ярославской государственной медицинской академии, к. м. н.

Е. А. Григорьева — профессор, д. м. н., зав. кафедрой психиатрии с курсом медицинской психологии, курсом психиатрии и наркологии ФПДО ЯГМА, заслуженный врач РФ;

Н. И. Коршунов — профессор, д. м. н., зав. кафедрой терапии ФПДО ЯГМА, заслуженный врач РФ;

Ю. С. Филатова — врач-ревматолог МСЧ ЯЗДА, аспирант кафедры терапии ФПДО ЯГМА.

Таблица 1. Диагностические категории депрессивных расстройств у пациентов, установленные после консультации психиатра

Диагностические категории МКБ-10	шифр	n	%
Расстройство адаптации: смешанная тревожная-депрессивная реакция	F 43.22	13	25,5
Расстройство адаптации: пролонгированная депрессивная реакция	F 43.21	13	25,5
Умеренный депрессивный эпизод с соматическими симптомами	F 32.11	7	13,7
Смешанное тревожно-депрессивное расстройство	F 41.2	9	17,6
Легкий депрессивный эпизод с соматическими симптомами	F 32.01	6	11,8
Рекуррентное депрессивное расстройство: текущий эпизод умеренной тяжести с соматическими симптомами	F 33.11	3	5,9
Всего	-	51	100

невоспалительных заболеваний опорно-двигательного аппарата, можно рассматривать эту группу как относительно однородную с преимущественным доминированием в клинической картине вариантов Low Back Pain (LBP).

Все больные первой группы были пролечены антидепрессантами в течение 3 месяцев. В качестве антидепрессантов использовались селективный ингибитор обратного захвата серотонина — флуоксетин 20 мг/сутки или тиа-нептин (коаксил 37,5 мг/сутки). Выбор антидепрессанта определялся психопатологической картиной заболевания, возрастом, настроенностью на лечение (что определяло кратность приема в сутки), финансовыми возможностями пациента и наличием препарата. Наряду с антидепрессантами проводилась терапия патологии опорно-двигательного аппарата, которая в поликлинических условиях не являлась однотипной и включала в зависимости от степени выраженности соответствующих клинических проявлений различные медикаментозные средства (аналгетики, нестероидные противовоспалительные средства, хондропротекторы), а также физиотерапию (диадинамические токи, электрофорез лекарственных веществ, аппликации теплоносителей и др.), а также в ряде случаев пациенты применяли различные методы альтернативной медицины. Несмотря на разнообразие терапевтических методов воздействия на костно-мышечный патологический процесс, использование антидепрессантов у этих больных является принципиально иным подходом, поэтому применение традиционной терапии и терапии с использованием антидепрессантов является правомочным. С одной стороны, у поликлинических больных имеет большое практическое значение сама по себе оценка эффективности терапии депрессии, как таковой, а с другой — не меньшее, а может, большее значение имеет оценка динамики соматических признаков при редукции депрессивных расстройств.

Вторая группа (20 больных) по клинической картине заболевания не отличалась от первой.

Большинство (18 из 20 — 90,0%) также составляли женщины; средний возраст — $42,6 \pm 2,20$ лет; средняя продолжительность заболевания была несколько меньшей — $5,3 \pm 0,71$ лет.

Результаты исследования и их обсуждение

В табл. 1 представлены диагностические категории депрессивных расстройств у пациентов с дегенеративными заболеваниями опорно-двигательного аппарата, прошедших курс терапии антидепрессантами в условиях территориальной поликлиники. Подавляющее большинство депрессий в данной работе более логично рассматривать в рамках нарушения адаптации, вызванной довольно тяжелым соматическим заболеванием. Определялась четкая временная связь между началом заболевания или серьезным его обострением и возникновением депрессии с чувством неспособности справиться с возникшей ситуацией (51,0%). В рамках расстройств адаптации выявлялись смешанные тревожно-депрессивные (25,5%) и пролонгированные (25,5%) депрессивные реакции, возникающие на фоне умеренно выраженного астенического симптомокомплекса. При смешанных тревожно-депрессивных реакциях временами тревога за свое здоровье, за будущее являлась доминирующей и сопровождалась у всех пациентов усилением разнообразных вегетативных проявлений, расстройствами сна, ипохондрическими сверхценными идеями.

Пролонгированные депрессивные расстройства в рамках расстройств адаптации возникали при длительном наличии соматического страдания и характеризовались практически постоянным чувством грусти, печали с эпизодами тревоги, тесно связанной с обострением соматического заболевания. Пессимистическая оценка касалась не только настоящего, но и будущего, которое казалось бесперспективным. Наиболее частыми высказываниями были: «Что ждать хорошего?», «Так долго болею, улучшения временные» и пр. Был более выраженный астенический и ангедонический компоненты депрессии, идеи самообвинения по типу сверхцен-

ных, ослабление положительного реагирования на приятные жизненные ситуации.

Диагноз умеренного или легкого депрессивного эпизода констатировался в 15 (29,4%) случаях. Естественно, этот диагноз условен. Речь идет не о чисто депрессивной болезни как таковой, здесь имеет место и соматический, и личностный, и психогенный факторы, но структура депрессии близка умеренному или легкому депрессивному эпизоду. Кроме того, при наличии явного соматического заболевания не всегда прослеживалась связь с его началом или обострением. Возможно, здесь, как и при рекуррентных депрессивных расстройствах (3 пациентов, 5,9%), возникших на фоне анализируемой соматической патологии, имел место эндогенный тип реагирования (Clark R., 2003 г.). По данным J. Neeleman, J. Ormel, R. V. Bift (2001 г.), это связано с общей для соматических и психических факторов уязвимостью. По В. Bondy (2003 г.), отсутствие прямого не исключает опосредованного взаимодействия соматического и психического через ряд общих факторов, включая генетические. М. Fava (2002 г.) ввел понятие «суперконтроллера», который включает в совместную работу ЦНС, гормональную и иммунную системы и регулирует как психическую, так и соматическую сферы. В этой группе пациентов плохое настроение (легкое, умеренное) протекало с ангедонией, повышенной утомляемостью, снижением концентрации внимания, снижением аппетита, пре-, интер-, постсомническими нарушениями, снижением полового влечения, в ряде случаев — снижением веса тела, т.е. доминировали общие и для психической, и для соматической сфер симптомы. В 20,0% случаев имел место «невротический суточный ритм»,

когда ухудшение состояния возникало с утра и к вечеру, в то время как днем больные чувствовали себя лучше. При умеренных депрессиях депрессивное настроение было более выраженным, с более четким периодически возникающим аффектом тоски, повторяющимися навязчивыми мыслями о смерти (далеко не всегда связанными с соматическим состоянием), затруднением в принятии решения, сверхценными идеями самоуничтожения. У пациентов определялись суточные колебания настроения: ухудшение в утренние часы, а также ранние пробуждения. Больные больше это связывали с ночным и утренним болевым синдромом, чем с депрессией. Сосуществующие физическая боль и депрессия («психическая боль») всегда усугубляют и усложняют друг друга. Усугублению расстройств настроения способствовал в наших исследованиях прием у этой категории пациентов нестероидных противовоспалительных средств, которые обладают не только анальгетическим эффектом, но и способствуют появлению и усилению депрессии (Вознесенская Т.Г., 2004 г.).

В табл. 2 представлена динамика уровня депрессии спустя 3 и 6 месяцев в основной и контрольной группах. Представленная динамика существенно различается при использовании антидепрессантов, через 3 месяца терапии и 6 месяцев наблюдения уровень депрессии в основной и контрольной группах достоверно различается ($p < 0,001$). Более детальное исследование уровня депрессии у больных, леченных с применением антидепрессантов выявило закономерное снижение уровня депрессии от месяца к месяцу на протяжении полугода.

У больных на фоне применения антидепрессантов наблюдалось достоверное снижение

Таблица 2. Динамика уровня депрессии (HDRS) у больных с заболеваниями опорно-двигательного аппарата без использования (контроль) и с использованием (основная группа) антидепрессантов

Параметр	Исходно	3 месяца	6 месяцев
Уровень депрессии	17,7±0,35	6,3±0,35***	3,8±0,29***
Уровень депрессии – контроль	16,1±0,30	13,1±0,64(*)^***	12,5±0,68^***
Уровень тревоги	16,6±0,43	6,8±0,50***	4,0±0,40***
Уровень тревоги – контроль	14,6±0,42	12,4±0,75(*)^***	11,8±0,71^***
Психическая тревога	9,3±0,23	3,7±0,25***	1,9±0,23***
Психическая тревога – контроль	8,4±0,31	6,8±0,56(*)^***	6,2±0,50^***
Соматическая тревога	7,4±0,25	3,1±0,29***	2,1±0,20***
Соматическая тревога – контроль	6,3±0,19	5,7±0,26^***	5,6±0,28^***

Примечание. * — достоверность с исходными данными ($p < 0,05$) через 3 месяца терапии; ** — достоверность с исходными данными ($p < 0,01$) через 3 месяца терапии; *** — достоверность с исходными данными ($p < 0,001$) через 3 месяца терапии; ^ — достоверность между 3 и 6 месяцев наблюдения ($p < 0,05$); ^* — достоверность между 3 и 6 месяцев наблюдения ($p < 0,01$); ^*** — достоверность между 3 и 6 месяцев наблюдения ($p < 0,001$); ^ — достоверность между основной группой и группой контроля; ^* — достоверность с исходными данными ($p < 0,05$); ^** — достоверность с исходными данными ($p < 0,01$); ^*** — достоверность с исходными данными ($p < 0,001$).

Таблица 3. Динамика некоторых показателей со стороны опорно-двигательного аппарата у больных, леченных антидепрессантами на протяжении 6 месяцев

Параметр	Исходно	3 месяца	6 месяцев
Интенсивность боли (в баллах) – поликлиника (n=51)	3,2±0,05	2,0±0,06***	1,9±0,05
Интенсивность боли (в баллах) – (контроль)	3,1±0,04	3,2±0,03^***	2,8±0,16(^) ^***
Уровень боли по визуальной аналоговой шкале – (n=51)	64,2±0,79	23,7±1,16***	16,7±1,29 ^{3***}
Уровень боли по визуальной аналоговой шкале – (контроль)	63,4±1,52	62,4±2,58 ^***	58,9±2,69 ^***
Длительность тугоподвижности – (n=51)	19,9±0,56	10,6±0,47***	7,5±0,48 ^{3***}
Длительность тугоподвижности – (контроль)	15,5±0,54	14,7±0,82 ^***	13,0±0,90(^) ^***
Индекс хронической нетрудоспособности по Вадделю (n=51)	5,8±0,12	2,6±0,13***	2,4±0,13
Индекс хронической нетрудоспособности по Вадделю – (контроль)	5,1±0,14	4,8±0,17 ^***	4,1±0,24(^) ^***

Примечание. * – достоверность с исходными данными ($p<0,05$) через 3 месяца терапии; ** – достоверность с исходными данными ($p<0,01$) через 3 месяца терапии; *** – достоверность с исходными данными ($p<0,001$) через 3 месяца терапии; 3* – достоверность между 3 и 6 месяцам наблюдения ($p<0,05$); 3** – достоверность между 3 и 6 месяцам наблюдения ($p<0,01$); 3*** – достоверность между 3 и 6 месяцам наблюдения ($p<0,001$); ^ – достоверность между основной группой и группой контроля; ^* – достоверность с исходными данными ($p<0,05$); ^** – достоверность с исходными данными ($p<0,01$); ^*** – достоверность с исходными данными ($p<0,001$).

уровня тревоги общей, и ее составляющих – психической и соматической тревоги на протяжении 6 месяцев (табл. 2).

В контрольной группе уровень общей тревоги (в основном за счет психической) после 3-х месяцев терапии также снизился, но с низкой степенью достоверности ($p<0,05$), соматическая тревога практически сохранялась на прежнем уровне.

Определенный интерес представляет динамика клинических проявлений со стороны опорно-двигательного аппарата. Она представлена в табл. 3. Эта динамика минимальна в контрольной группе. В то же время при использовании антидепрессантов такие показатели, как интенсивность боли в баллах, уровень боли по визуальной аналоговой шкале, продолжительность утренней тугоподвижности со стороны позвоночника, индекс хронической нетрудоспособности по Вадделю через 3 месяца терапии достоверно уменьшаются ($p<0,001$). При этом улучшение таких характеристик как уровень боли, измеренный по визуальной аналоговой шкале, длительность утренней тугоподвижности продолжают нарастать к шестому месяцу наблюдения ($p<0,001$), а показатели интенсивности боли в баллах и индекс хронической нетрудоспособности по Вадделю через полгода по сравнению с третьим месяцем наблюдения практически не изменяется.

Следовательно, наряду с положительной динамикой аффективных расстройств на фоне лечения антидепрессантами отмечается четкая положительная динамика клинической симптоматики, характеризующей соматическую болезнь – болезнь опорно-двигательного аппарата. Можно diskutieren, насколько во всех случаях у лиц данной группы (в меньшинстве, а может, в большинстве из них) аффективные

расстройства были ведущими в целом на измененном уровне и определяли таким образом, по сути, психосоматическую клинику или же, наоборот, болевые синдромы и нарушения функции суставов и позвоночника вызывали вторично соматопсихические расстройства. Однако, на контингенте поликлинических больных изначально данная задача не ставилась, да и решение ее вряд ли было бы достаточно корректным ввиду своей сложности. Клубок психосоматических и соматопсихических взаимосвязей у больных с заболеваниями опорно-двигательного аппарата, сопровождающимися хроническим болевым синдромом неоднороден. В любом случае антидепрессанты находят свою мишень, разрывая имеющийся порочный круг не только как антидепрессанты, но и как препараты, обладающие анальгетическим эффектом. Можно diskutieren также по поводу не меняющихся показателей у лиц контрольной группы: интенсивность боли в баллах, продолжительность утренней тугоподвижности, индекс хронической нетрудоспособности по Вадделю достигают достоверных различий ($p<0,05$) лишь к 6 месяцу наблюдения. Следует признать, что и через три, и через шесть месяцев самочувствие большинства больных с хронической патологией костно-мышечной системы и коморбидной депрессией без терапии антидепрессантами остается без существенной динамики.

Заключение

Таким образом, заболевания опорно-двигательного аппарата ассоциируются с большой частотой выявления депрессии на уровне первичного медицинского звена. Включение в процесс лечения антидепрессантов приводило к достоверному снижению не только уровня депрессии и тревоги, определяемых по шкалам

Гамильтона, но и таких показателей, как интенсивность боли, измеренная по визуальной аналоговой шкале, продолжительность утренней тугоподвижности и индекс хронической нетрудоспособности по Вадделю.

Литература

1. Вознесенская Т. Г. Хроническая боль и депрессия. Трудный пациент 2004; 2: 40-43.
2. Краснов В. Н. Организационная модель помощи лицам, страдающим депрессиями, в условиях территориальной поликлиники. Мет. рек. М., Минздрав РФ. 2000 20 с.
3. Смулевич А. Б. Психосоматическая медицина. Психические расстройства в общей медицине 2007; 1: 3-10.
4. Al-Windi A. Depression in general practice. Nord J Psychiatry 2005; 59: 272-7.
5. Bondy B. Общие генетические факторы риска психических и соматических заболеваний (расширенный вариант) Dialogues Clin. Neuroscience 2003; 5: 129-138.
6. Chapman DP, Perry GS, Strine TW. The vital link between chronic disease and depressive disorders. Prev Chronic Dis 2005; 2: 14.
7. Clark R. Subjective stress and coping resdercis interact to predict blood pressure reactivity in black colege students November 2003; 63: 239-247.
8. Granados D, Lefranc A, Reiter R, Gremy I, Spira A. Disability-adjusted life years: an instrument for defining public health priorities? Rev Epidemiol Sante Publique 2005; 53: 111-25.
9. Fava M. Somatic symptoms, depression and antidepressant treatment. Clin. Psychiatry 2002; 63: 305-7.
10. Neeleman J., Ormel J., Bift R.V. The distribution of psychiatric and somatic ill bealth: associations with personality and socioeconomic status. Psychosom Med 2001; 63: 239-247.
11. Ofman JJ, Badamgarav E, Henning JM, Knight K, Gano AD Jr, Levan RK, Gur-Arie S, Richards MS, Hasselblad V, Weingarten SR. Does disease management improve clinical and economic outcomes in patients with chronic diseases? A systematic review. Am J M. 2004; 117: 182-92.
12. Waddell G. A new clinical model for the treatment of low back pain. Spine 1987; 12 (7): 632-44.
13. Waddell G. Modern management of spinal disorders. J manipulative physiol ther 1995; 18 (9): 509-96.
14. Waddell G. The back pain revolution. Edinburgh. Churchill Livingstone. 1998. 439 p.
15. Waddell G., Pilowsky I, Bond M. Clinical assessment and interpretation of abnormal illness behaviour in low back pain. Pain 1989; 39: 41-53.
16. Wrodycka B, Chmielewski H, Gruszczyski W, Zytowski A, Chudzik W. Masked (atypical) depression in patients with back pain syndrome in outpatient neurological care. Pol Merkur Lekarski 2006; 21: 38-40.

Хирургическая тактика лечения и профилактика тяжелых форм постреанимационных стенозов трахеи и гортани

Н. А. Шекунова

МУ «Центральная городская клиническая больница № 23», г. Екатеринбург

Резюме

Целью работы явилось улучшение результатов лечебных мероприятий при постреанимационных стенозах трахеи и гортани за счет внедрения эффективных методов профилактики, ранней диагностики и хирургической тактики. При этом были использованы эндоскопический метод исследования и криовоздействие. В статье представлена хирургическая тактика лечения и профилактика тяжелых форм постреанимационных стенозов трахеи и гортани. Показано, что для их профилактики на этапе реанимационных мероприятий наиболее эффективна своевременная эндоскопическая оценка соответствия трубки и трахеи, и регулярные санационные фибробронхоскопии, которые позволяют также выявить ранние изменения в трахее. Для своевременной диагностики грануляционных изменений в трахее, выявления воспаления и проведения лечебных мероприятий, постреанимационные больные должны подлежать диспансерному наблюдению и эндоскопический осмотр трахеи, бронхов необходимо проводить при деканюляции, через 2-3 недели и 2-3 месяца после удаления трахеостомической канюли или интубационной трубки. Криохирургическое лечение больных в стадии ранних грануляций в комплексе с другими методами противовоспалительной терапии способствует своевременному созреванию грануляционной ткани, процессу организации.

Ключевые слова. Постреанимационные стенозы трахеи и гортани, криохирургическое лечение.

Актуальность

Частота возникновения рубцового стеноза трахеи после длительной интубации и трахеостомии по разным статистикам равна 45,2% и 54,8% соответственно [4, 9]. В неотложном по-

рядке в связи с нарушением аэродинамики дыхательных путей поступает до 80% пациентов [1, 6]. Появление тяжелых форм стеноза трахеи и гортани связано с отсутствием динамического, диспансерного наблюдения за паци-