УДК 616-053.5:616-089.5-037

КОМПЛЕКСНЫЙ РЕГИОНАРНЫЙ БОЛЕВОЙ СИНДРОМ: ОЦЕНКА ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОГО СТАТУСА

Кузнецова Н.Л.[1], Золотушкин М.Л. [1], Мензорова Н.В.[2]

[1] ФГУ «Уральский научно-исследовательский институт травматологии и ортопедии им. В.Д. Чаклина» Минздравсоцразвития России

[2] ГУЗ СО Детская клиническая больница восстановительного лечения Научно-практический центр «Бонум»

Проведено исследование психоэмоционального статуса у больных с КРБС, результаты которого подтвердили, что оно сопровождается явлениями тревоги и депрессии различной степени. Выявленные изменения корректированы с помощью криологического и медикаментозного лечения и учтены при составлении индивидуального протокола пациента с КРБС. Это позволило, наряду со снижением болевого синдрома, получить положительные результаты самооценки больных по всем шкалам.

Ключевые слова: комплексный регионарный болевой синдром, оценка психоэмоционального статуса.

COMPLEX REGIONAL PAIN SYNDROME: EVALUATION OF PSYCHOSOMATIC STATUS

Kuznetsova N.L.[1], Zolotushkin M.L.[1], Menzorova N.V.[2]

[1] Federal State Institution "V.D. Chaklin Ural Scientific Research Institute for Traumatology and Orthopedics", Russian Ministry of Public Health and Social Development

[2] Region State Health Care Institution Children's Hospital and Clinics for Medical Rehabilitation Scientific and Practical Centre "Bonum"

The study of psychosomatic status in patients with CRPS, the results of which confirmed that it is accompanied by the phenomena of anxiety and depression varying degrees. Identified changes to adjust with kriologicheskogo and medical treatment and taken into account in an individual patient protocol with CRPS. This allowed, together with the reduction of pain, to obtain positive results self-assessment of patients on all scales.

Keywords: complex regional pain syndrome, evaluation of mental and emotionalstatus.

Актуальность проблемы

Комплексный регионарный болевой синдром (далее КРБС) или Синдром Зу́дека, рефлекторная симпатическая дистрофия (РСД), – разновидность нейропатической боли, патологическое состояние, вызванное воспалением или повреждением мягких тканей, нервов, костей и суставов, наиболее ярким проявлением которого являются остро развивающаяся выраженная костная атрофия (остеопороз), нарушения местного кровотока, с последствиями в виде тугоподвижности (контрактур) суставов, ограничение их функции [1, 2]. Нередко описанная клиническая картина развивается на неблагоприятном психосоматическом фоне: характерны тревож-

ность, ипохондрия, склонность к депрессии, эмоциональная лабильность, особенно на фоне длительного болевого синдрома и дисфункции конечности. Возможно наличие суицидальных тенденций [3]. Уточнение особенностей психоэмоционального статуса у больных с КРБС может быть полезна для разработки протокола лечения пациентов данного профиля.

Цель исследования

Уточнение субъективных показателей болевого синдрома и некоторых аспектов психоэмоционального статуса у больных с КРБС с помощью тестирования по шкалам самооценки боли VAS и психометрическим: Бека, Цунга, Спилбергера.

Материалы и методы

В исследование включено 85 пациентов с КРБС, жителей г. Екатеринбурга и Свердловской области травматологического профиля.

Для оценки состояний тревоги и депрессии у больных использованы психометрические шкалы Спилбергера, Цунга и Бека. Шкала оценки тревоги как состояния и черты характера (State-Trait Anxiety Inventory), разработанная Спилбергером с соавторами, позволяет оценивать как конституциональную тревожность (тревожность как черту личности), так и клинически выраженную тревогу (тревога как состояние) [4]. Возможность четкой дифференциации этих двух типов тревоги является бесспорным преимуществом этой шкалы. Формулировки пунктов шкалы составлены на основе серии психологических интервью с пациентами, страдавшими тревожными расстройствами, и конституционально тревожными испытуемыми. Наиболее релевантные симптомы и признаки тревоги сформулированы в виде доступных для понимания пациента утверждений. Шкала состоит из двух подшкал: «Тревога как состояние» (пункты 1 – 20) и «Тревога как черта личности» (пункты 21 – 40). Пункты первой подшкалы ориентируют пациента на описание своего состояния в данный момент, а пункты второй нацелены на описание привычного модуса самоощущения. При этом пункты второй подшкалы включались авторами в шкалу, если только они обнаруживали значимые корреляции с показателями других шкал, измеряющих конституциональную тревожность, оказывались устойчивыми во времени и не зависели от интенсивности текущего стресса. Шкала заполняется самим пациентом, оценивается в баллах. Балл определяется в соответствии с 4 градациями степени выраженности симптома по каждому пункту. Максимальный сум-

марный балл по каждой подшкале составляет 80. Индекс выраженности тревоги (как состояния и как черты) рассчитывается делением полученного при обследовании пациента на максимально возможный суммарный балл (80). Установленное в итоге значение десятичной дроби сопоставляется со средним значением стандартной оценки тяжести депрессии, составляющим до начала лечения – 0,74; по завершении лечения – 0,39.

Шкала Цунга [5] предназначена для самооценки депрессии. Шкала включает 20 пунктов, каждый из которых определяет субъективную частоту («крайне редко», «редко», «часто», «большую часть времени или постоянно») симптомов депрессии. Пункты 1, 3, 4, 7, 10, 13, 15, 19 оцениваются в баллах от 1 до 4 в прямой, остальные (пункты 5, 6, 11, 12, 16, 17, 18, и 20) – в обратной последовательности. При заполнении бланка шкалы пациент отмечает крестиком ячейки тех вариантов ответов, которые наиболее точно соответствуют его состоянию. При интерпретации данных необходимо внести поправку на удельный вес каждого из используемых в шкале симптомов, выражаемую специальным коэффициентом (SDS). Последний рассчитывается как дробь, числитель которой составляет сумму баллов, полученную при заполнении больным шкалы, знаменатель – максимально возможный суммарный показатель – 80 баллов.

Опросник депрессии Бека [6] является субъективной шкалой, разработанной для оценки тяжести депрессивного синдрома, выраженности отдельных симптомов, его составляющих, и изменения тяжести состояния в результате терапии. Шкала включает в себя 21 категорию симптомов и жалоб. Каждая категория состоит из 4 – 5 утверждений, соответствующих специфическим проявлениям депрессии. В соответствии со степенью выраженности симптома каждому пункту присвоены значения от 0 (симптом отсутствует, или выражен минимально) до 3 (максимальная выраженность симптома). Каждый симптом оценивается от 0 до 3 баллов в соответствии с нарастанием тяжести симптома. Суммарный балл составляет от 0 до 62 и снижается в соответствии с улучшением состояния. В оригинальном исследовании установлено соотношение между суммарным показателем (+ стандартное отклонение) и согласованной экспертной оценкой тяжести депрессии: 11+8 = «отсутствие депрессии»; 19+10 = «легкая депрессия»; 26+10 = «умеренная депрессия»; 30+10 = «тяжелая депрессия».

Результаты клинических и объективных методов исследований обрабатывались с помощью специализированного пакета статистических программ «Statgraphics» на персональном компьютере IBM PC/AT 486. При оценке значимости различий между группами количественных показателей применен критерий Стьюдента. Мерой центральной тенденции данных служило среднее арифметическое (M), мерой рассеяния – среднее квадратичное отклонение (σ) и стандартная ошибка (m). Проводились регрессионный и дискриминантный анализы. Достоверность изменений средних признавалась при вероятности ошибки (p) меньше или равной 0,05.

Результаты

Шкала самооценки боли (VAS) применена для обследования 85 пациентов с КРБС (рис. 1).

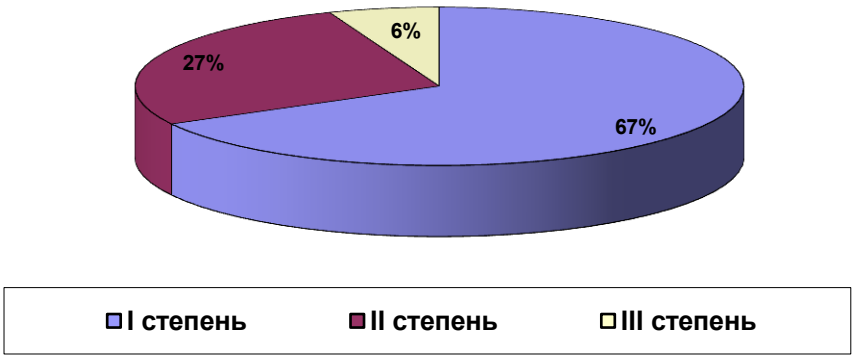


Рис. 1. Распределение больных с КРБС по шкале VAS

Выявлено, что боль легкой степени беспокоила 67% обследованных (57 чел.), средняя степень боли наблюдалась у 27% (23 чел.) и тяжёлая степень – у 6 % больных (5чел.).

Результаты обследования 85 больных с КРБС с помощью опросника депрессии Бека отражены на рисунке 2.

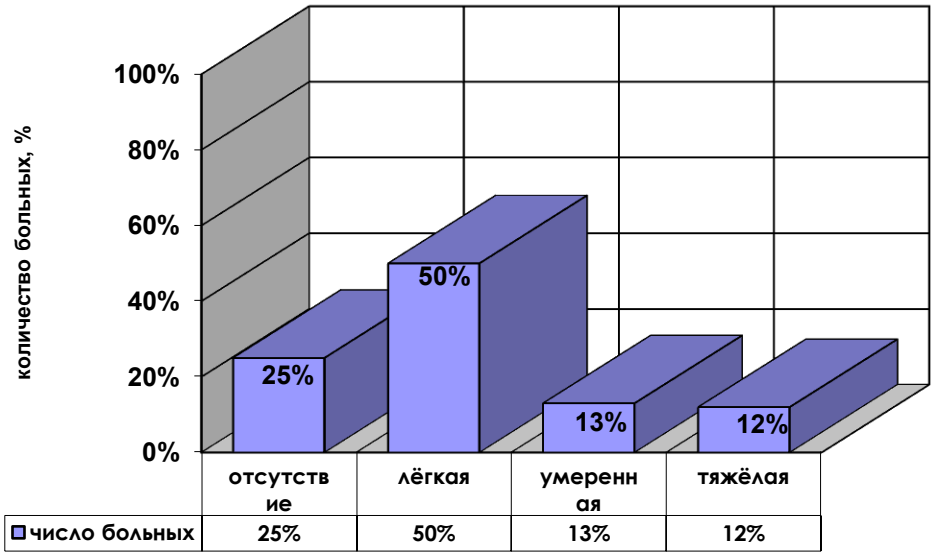


Рис. 2. Распределение больных с КРБС по степени депрессии согласно опроснику Бека

Установлено отсутствие депрессии у 21 человек (25%). Остальные обследованные распределились согласно степеням депрессии следующим образом: легкая – 38 чел. (50%); умеренная – 14 чел. (13%); тяжелая – 12 чел. (12%). Результаты обследования 85 больных с КРБС по шкале тревоги Спилбергера отражены на рисунке 3.

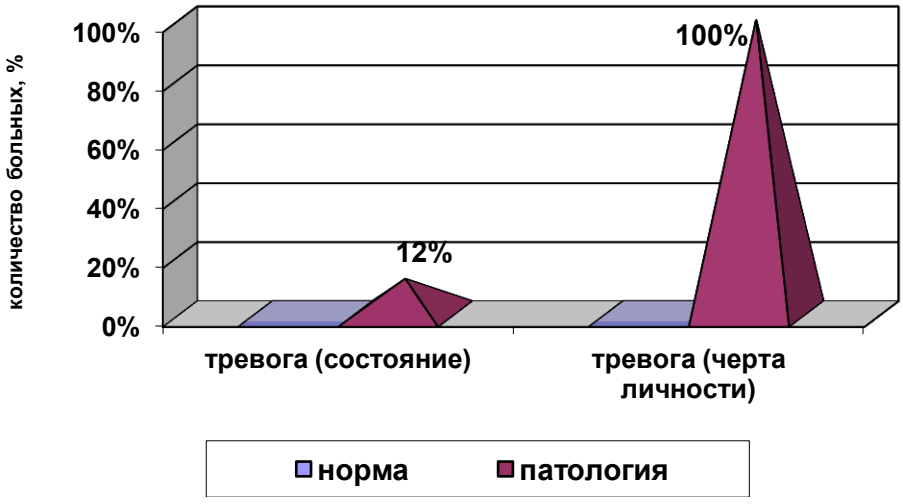


Рис. 3. Тревога у больных с КРБС по шкале Спилбергера

Установлено наличие тревоги, как состояния у 28 человек (12%). Тревога, как черта личности, выявлена у 100% обследованных.

На наш взгляд, результаты исследования характеризуют нарушение подкорковых образований – серотонинэргических структур (состояние депрессии) и коры больших полушарий головного мозга (состояние тревоги).

В комплексном лечении больных с КРБС использован способ криологического воздействия. Нами разработан «Способ лечения КРБС» (патент № 2010109638 РФ. Приоритетная справка 15.03.2010г.), отличающийся простотой и малой травматичностью. При периартериальной криосимпатодеструкции (ПКСД) использован технический прием десимпатизации периферической артерии с помощью криокаутера и экспозиция воздействия. В послеоперационном периоде проводилось криотерапевтическое воздействие в течение 5 минут, в количестве 10 сеансов. После операции всем больным рекомендовалось комплексное медикаментозное лечение. Оно было направлено на улучшение периферического кровотока, коррекцию вегетативных нарушений и патологических изменений психоэмоционального статуса.

Динамическое наблюдение за пациентами, перенесшими ПКСД, проводилось через неделю и далее через один, два, три месяцев.

Использование ПКСД в комплексном лечении больных с КРБС позволяет добиться положительных результатов в 96% наблюдений. При хирургическом невролизе периферических нервов у половины больных в связи с сохраняющейся декомпенсацией периферического кровотока и вегетативного профиля эффективность вмешательства не превышает 50% случаев.

Оценка динамики тревоги и депрессии после криологического лечения у пациентов с КРБС отражена в таблице.

Таблица

Сводная балльная оценка тревоги и депрессии по шкалам Бека, Цунга, Спилбергера до и после лечения при использовании ПКСД и локального воздействия у больных с КРБС

Методика	Бека				Цунга		Спилбергера	
Баллы	3 балла	2 балла	1 балл	0 баллов	0 баллов	-1 балл	0 баллов	-1 балл
До лечения	21	38	14	12	15	70	16	69
Через 90 суток после лечения	48	24	13	0	31	54	16	69

Отмечено, что через три месяца после криологического и медикаментозного лечения установлена положительная динамика оценки пациента своего психоэмоционального состояния. Выявлено, что эффективнее всего криологиче-

ское лечение было в группе пациентов с меньшей давностью патологического процесса и легкой степенью боли. При нарастании болевого синдрома и длительности течения заболевания, увеличивалось время для достижения положительного результата, а также степени полноты компенсации организма по состоянию тревожности и депрессии.

Обсуждение

Проведенное исследование психоэмоционального статуса позволило выяснить, что развитие КРБС сопровождается явлениями тревоги и депрессии различной степени. Выявленные изменения учтены при составлении индивидуального протокола пациента с КРБС, что позволило, наряду со снижением болевого синдрома, получить положительные результаты самооценки больных по всем шкалам.

Список литературы

1. Sumitani M. Development of comprehensive diagnostic criteria for complex regional pain syndrome in the Japanese population / M. Sumitani, M. Shibata, G. Sakaue. // Research Group. Pain. - PMID: 20451323.
2. Большая медицинская энциклопедия, 3-е изд. - М.: Советская энциклопедия, 1978. - Т 8. - С. 526 - 527.
3. Li Z. Complex regional pain syndrome after wrist surgery/ Z. Li, B.P. Smit // Hand Clin. – 2010. - N 26. – P 281 - 289.
4. Ханин Ю.Л. Краткое руководство к шкале реактивной и личностной тревожности Ч. Д. Спилбергера / Ю.Л. Ханин — Л., 1976.— 18 с.
5. Zung W.W.K. A self-rating depression scale / W.W.K Zung., N.C. Durham // Arch Gen Psychiatry. – 1965. - N 12. – P. 63 - 70.
6. Beck A. T. An Inventory for Measuring Depression / A. T. Beck, C.H. Ward., M. Mendelson [et all.] // Archives of General Psychiatry.- 1961.- Vol.4

Кузнецова Наталия Львовна - д.м.н., проф., зам. главврача по научной работе ФГУ «УНИИТО им. В.Д. Чаклина Росмедтехнологий», 620014, г. Екатеринбург, ул. пер. Банковский, 7г. Екатеринбург, тел. 8-912-67-67-500, факс (343)3711998, e-mail katyona@bk.rul