

УДК 616.8 – 009.7 – 079.8 – 08:616.895

*О.И. Серикова***ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕБНАЯ ТАКТИКА ПРИ ХРОНИЧЕСКИХ БОЛЕВЫХ СИНДРОМАХ ДЕПРЕССИВНОГО ПРОИСХОЖДЕНИЯ**

Институт неврологии, психиатрии и наркологии АМН Украины

Ключевые слова: хроническая боль, депрессивное расстройство

Исследования хронических болевых синдромов, являющихся маской эндогенно-процессуальных расстройств немногочисленны и касаются преимущественно «скрытой, маскированной депрессии» [1]. Психогенный хронический болевой синдром может наблюдаться при депрессии любой этиологии. Еще в 1901 году С.С.Корсаков писал: «...психическая гипералгезия аналогична телесной гипералгезии. Подобно тому, как в телесной области мы говорим об усилении болевой чувствительности, о гипералгезии, можно также говорить об усилении болевой чувствительности в области душевного чувства; при этом больной воспринимает все впечатления как болезненные

(болевые). Те впечатления, которые в нормальном состоянии вызывали даже приятное чувство, при этом состоянии начинают вызывать болевое чувство...» [2]. Сродство боли и депрессии в настоящее время можно объяснить прежде всего общими звеньями патогенеза: и при хронических болевых синдромах соматогенного происхождения и при депрессии определяется недостаточность серотонинергических систем мозга. Серотонинергическая теория депрессии в настоящее время является лидирующей, доказано также существенное значение дисфункции нисходящих серотонинергических противоболевых систем мозга и в формировании хронической боли [3].

Материалы и методы исследования

Нами было обследовано 217 больных, направленных на консультацию к психиатру врачами других специальностей, с жалобами на тягостные болевые ощущения в различных органах и частях тела. В 181 случае депрессия была первопричиной боли или основным механизмом хронификации болевого синдрома. Средний возраст пациентов составил 34±12,4 года, преобладали женщины (71%). Наблюдались различные варианты депрессий: 50 больных с текущим депрессивным эпизодом, умеренным или тяжелым, без психотических симптомов (F 32.11, F 32.2), 38 — с биполярным аффективным расстройством, текущим депрессивным эпизодом (F 31.3 — F 31.5), проявлявшиеся сочетанием соматических депрессивных симптомов с постоянной болью, не обусловленной органическими причинами. Невротическими, связанными со стрессом и соматоформными расстройствами (F 4) с преобладанием в клинической картине тревожно-депрессивного синдрома и хронической боли психогенного генезиса страдали 93 человека. При хронической боли соматического происхождения происходило значительное снижение качества жизни человека, что проявлялось в нарушении жизненных планов и стереотипов, приводящих к вторичной психогенной депрессии, для которой характерно было сочетание с тревогой и мышечным напряжением (F 41.2).

Наиболее частая локализация болевых ощущений — абдоминальная, вертебральная, урогенитальная, область сердца, чувство жжения кожных покровов и слизистых. Практически все проходили многочисленные обследования в различных клиниках. К направлению на консультацию к психиатру в начале большинство больных восприняли как попытку врачей избавиться от трудного больного, нежелание искать причину хронической боли. 83 (38,2%) обследованных больных с хронической болью психогенного происхождения перенесли различные диагностические и urgentные оперативные вмешательства, не обнаружившие органических причин боли.

В работе были использованы клинко-психопатологический, электрофизиологический, биохимический методы исследования. С целью объективизации выраженности и характера болевого ощущения применялись: числовая ранговая шкала, визуальная аналоговая шкала, вербальная ранговая шкала, Мак Гилловский опросник боли.

Результаты исследования и их обсуждение

Психическая составляющая хронических болевых синдромов при эндогенных депрессиях включала депрессивные нарушения, достигающие выраженного уровня, соматические эквиваленты тревоги и настойчивое стремление больных к хирургическому лечению. Характер болевого поведения и выраженность установки на оперативные вмешательства определялись соотношением глубины депрессии и тяжести астении. Характерна была и миграция болевых ощущений с постепенным превращением в паналгию. Хроническая боль при эндогенной депрессии чаще диффузная, монотонная, постоянная, больные не могут конкретизировать свои ощущения. При тестировании по Мак Гилловскому опроснику боли у этой категории больных преобладали дескрипторы аффективных характеристик — «утомляющая», «выматывающая», «наказывающая», «размазывающая» боль, среди дескрипторов сенсорных характеристик преобладали — «грызущая», «раздавливающая», «мозжащая», «ноющая», «тупая».

При инволюционной депрессии преобладали психогенные абдоминалгии, чувство жжения кожных покровов, «rain back».

При этих двух типах депрессии присутствовали практически все диагностические критерии депрессивных расстройств, однако, их диагностика оказалась сложной для врачей — не психиатров, поэтому больные длительно и безуспешно лечились у соматологов.

При атипичной (соматизированной) депрессии хроническая боль обычно имела множественную локализацию, что копировало различные соматоневрологические заболевания. Преобладала хроническая боль в области сердца, крупных суставов, головы. Длительно время больные имели неопределенные диагнозы — ганглионит, полирадикулопатия и т.п., неоднократно лечились в стационарах различного профиля. В поле зрения психиатра они попадали через 1-2 года после начала заболевания.

При наличии в клинической картине депрессии хронического болевого синдрома и их любом сочетании ведущее место в лечении отводилось антидепрессантам. Механизм противоболевого действия антидепрессантов объясняется тем, что при уменьшении депрессивных проявлений, маской которых служил болевой синдром, уменьшаются и проявления

боли, при вторичных по отношению к боли депрессиях улучшение настроения всегда приводит к ослаблению хронической боли. Антидепрессанты стимулируют аниноцицептивные нисходящие в основном серотонинергические системы мозга, что оказывает противоболевое действие. Кроме того, антидепрессанты потенцируют действие как экзогенных, так эндогенных анальгезирующих веществ. В настоящее время приоритетными при лечении хронической боли являются антидепрессанты, обладающие серотонинергической активностью: трициклические антидепрессанты - амитриптилин (триптизол), доксепин (синэксван), кломипрамин (анафранил); селективные серотонинергические антидепрессанты или ингибиторы обратного захвата серотонина в пресинаптической мембране — СИОЗС-флуоксетин, сертралин (золофт), пароксетин (паксил), флувоксамин (феварин). Наши исследования показали, что наиболее эффективными для лечения этих видов депрессии являются ингибиторы обратного захвата серотонина в пресинаптической мембране. Мы использовали циталопрама гидробромид (ципрамил) фирмы H.LUNDBECK (47 больных) и флуоксетин различных фармакологических фирм-производителей (68 больных). Остальные пациенты получали трициклические антидепрессанты по общепринятой схеме, в ряде случаев в сочетании с четырехциклическими (доксепин). Циталопрам и флуоксетин назначались в первой половине дня в начальной дозе 20 мг в сутки. При умеренных и тяжелых депрессиях без психотических симптомов их доза увеличивалась до 40–60 мг в сутки. Клинический анальгетический эффект наступает раньше, чем антидепрессивный. Побочных действий при применении даже 80 мг этих препаратов течение 6 недель ни у одного из пациентов не наблюдалось. Поддерживающая доза при эндогенных депрессиях составила 10–20 мг в сутки. В случаях невротических, связанных со стрессом и соматоформных расстройств с преобладанием в клинической картине тревожно – депрессивного синдрома и хронической боли психогенного генеза после купирования симптоматики отмена флуоксетина или циталопрама производилась одномоментно без развития синдрома отмены.

О.І.Серикова

ДИФЕРЕНЦІАЛЬНА ДІАГНОСТИКА ТА ЛІКУВАЛЬНА ТАКТИКА ПРИ ХРОНІЧНИХ БОЛЬОВИХ СИНДРОМАХ ДЕПРЕСИВНОГО ПОХОДЖЕННЯ

Інститут неврології, психіатрії і наркології АМН України

Розглянуто особливості плинну, діагностики і терапії, депресій з переваженням у клінічній картині хронічних больових відчуттів. (Журнал психіатрії та медичної психології. - 2002. - № 1 (9). - С. 43-45)

О.І. Serikova

DIFFERENTIAL DIAGNOSTICS AND MEDICAL TACTICS AT THE PATIENTS WITH CHRONIC PAINS OF PSYCHOGENIC ORIGINE

Institute of Neurology, Psychiatry and Narcology of AMS of Ukraine

It's considered features of current, diagnostics and therapy, depressions with prevalence in a clinical pattern of chronic pain sensations. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. - 2002. - № 1 (9). - P. 43-45)

Литература

1. Hodgkiss A. From lesion to metaphor: chronic pain in British, French and German medicalwritings. - Clio Med. - 2000. – 218 p.
2. Корсаков С.С. Курс психиатрии. – М., 1901. – 218 с.
3. Schmidl F. Psychosomatischen Ambulanz der Neurologischen Abteilung des Krankenhauses derStadt Wien-Lainz // Wien Med Wochenschr. – 2000.-V.150(13-14). – P. 295-299.

Поступила в редакцію 21.04.2002г.