

Материалы 5-й Межрегиональной научно-практической конференции «Актуальные вопросы неврологии»

## Некоторые особенности депрессивных расстройств при болевом синдроме после оперативного лечения грыж межпозвонковых дисков

Федянин С.А., Федянин А.С., Смагина И.В., Личенко Ю.В.,  
Дорохова Е.А.

### Some features of depressive disorders under the pain syndrome after the herniation of intervertebral disk surgical treatment

Fedyanin S.A., Fedyanin A.S., Smagina I.V., Lichenko Yu.V.,  
Dorokhova Ye.A.

ГУЗ «Алтайская краевая клиническая больница», г. Барнаул

© Федянин С.А., Федянин А.С., Смагина И.В. и др.

Обследовано 215 больных с рецидивом болевого синдрома в отдаленном периоде дискэктомии. Средний возраст составил  $(45,6 \pm 0,6)$  года. Проведены исследования неврологического статуса, рентгенография поясничного отдела позвоночника, магнитно-резонансная томография. Депрессия определялась с помощью тестирования по шкале Цунга. Установлено, что депрессивные расстройства развиваются в 47% случаев. Преобладает легкая и маскированная депрессия. Депрессивные расстройства преимущественно встречаются при рецидивах грыж межпозвонковых дисков в оперированных и смежных с ними позвоночно-двигательных сегментах, стенозе позвоночного канала и рубцово-спаечном эпидурите. Проведение реабилитационных мероприятий у больных с рецидивом болевого синдрома в отдаленном послеоперационном периоде необходимо проводить с учетом депрессивных расстройств.

Checkup of 215 patients with pain syndrome relapse in the late period of the diskectomy. Middle age  $(45,6 \pm 0,6)$  years. The patients were examined: neurological status, lumbar spine radiography, magnetic resonance imaging procedure. Depression revealed by Zung scale. Revealed depressive disorders occur in 47% patients. Mild and masked depression predominates. Depressive disorders occur mainly in the disk herniation relapse in operated and adjacent segments, by spinal canal stenosis and cicatricial-commissural epiduritis. Post-discharge adjustment in patients with pain syndrome relapse in the late postoperative period must be carry out consider depressive disorders.

### Введение

Проблема дистрофических заболеваний позвоночника постоянно находится в центре внимания практических врачей и научных работников, занимающихся неврологией, нейрохирургией, ортопедией, внутренними болезнями, физиотерапией, что обусловлено ее высокой медико-биологической и социально-экономической значимостью. Традиционно изучение этиологии и патогенеза болей в спине сосредоточено на поражении межпозвонковых дисков — остеохондрозе как проявлении дегенеративно-дистрофического процесса [1, 4, 6, 7]. Одним из основных проявлений остеохондроза считается грыжа межпозвонкового диска. В настоящее время

именно больные с грыжами межпозвонковых дисков и признаками диско-радикулярного конфликта составляют основную часть пациентов неврологических и нейрохирургических отделений [5]. Около 35% таких больных имеют показания для оперативного вмешательства [8]. Общий эффект от оперативного лечения при грыжах межпозвонковых дисков впечатляет. При острых болях непосредственный результат операции более эффективен по сравнению с другими методами лечения [10]. Однако у 15–60% больных в течение нескольких месяцев, лет или сразу после операции вновь возникает обострение заболевания [8]. Известно, что болевые ощущения в таких случаях могут приобре-

Федянин С.А., Федянин А.С., Смагина И.В. и др. *Некоторые особенности депрессивных расстройств при болевом синдроме...*

тать хронический характер [3]. Хронический болевой синдром, в свою очередь, способен провоцировать тревожные и депрессивные расстройства.

Цель настоящего исследования — выявление депрессивных расстройств у больных в отдаленном периоде оперативного лечения грыж межпозвонковых дисков, оперированных задним доступом посредством ламинэктомии и гемиламинэктомии.

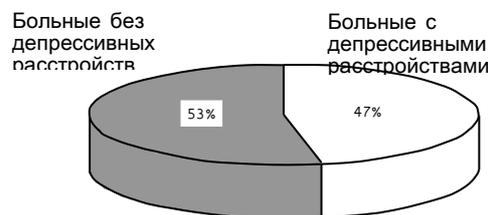
## Материал и методы

Обследовано 215 больных. Среди них мужчин было 116 (54%), женщин — 99 (46%). Средний возраст пациентов составил  $(45,6 \pm 0,6)$  года. Срок от момента операции колебался от 1,5 года до 28 лет, в среднем  $(7,4 \pm 0,4)$  года. Больным проводился классический неврологический осмотр, рентгенография поясничного отдела позвоночника в двух проекциях, магнитно-резонансная томография, ультразвуковое исследование позвоночного канала, оперированных и смежных с ними межпозвонковых дисков. Для выявления депрессии проводилось тестирование по шкале Цунга. Оценка выраженности депрессии определялась в зависимости от суммы набранных баллов. При сумме баллов менее 50 диагностировалось отсутствие депрессии, от 51 до 59 — легкая депрессия, от 60 до 69 — субдепрессивное состояние, или маскированная депрессия, более 70 баллов — депрессивное состояние.

## Результаты

У 84 (39,1%) больных рецидив был обусловлен грыжей межпозвонкового диска на уровне оперированного позвоночно-двигательного сегмента. Грыжи межпозвонковых дисков в смежных с оперированными позвоночно-двигательных сегментах имелись у 48 (22,3%) пациентов. У 38 (17,7%) больных болевой синдром развился вследствие спондилоартроза и спондилеза. У 36 (16,7%) больных установлен стеноз позвоночного канала, у 9 (4,2%) человек причиной болевого синдрома выступал рубцово-спаечный эпидурит.

Признаки депрессивных расстройств обнаружены у 101 (47%) больного (рисунок).



Наличие депрессивных расстройств при рецидиве болевого синдрома в отдаленном периоде дискэктомии

В 62 (61,4%) случаях диагностирована легкая депрессия, у 35 (35,4%) — субдепрессивное состояние, у 4 (3,2%) больных — депрессия (табл. 1).

Таблица 1  
Депрессивные расстройства у больных в отдаленном периоде оперативного лечения грыж межпозвонковых дисков

Число больных	Легкая депрессия	Субдепрессивное состояние	Депрессия
Абс.	62	35	4
%	61,4	35,4	3,2

Основными жалобами при депрессивных расстройствах были жалобы на астению, снижение настроения и жизненной активности, утрату интересов и полового влечения, пессимистические настроения и расстройства сна, а также идеи собственной никчемности и снижение самооценки.

Распространенность и выраженность депрессивных расстройств отличались у пациентов с различными причинами болевого синдрома. При рецидивах грыж межпозвонковых дисков изменения психологического статуса были установлены в 45 (53,6%) случаях: депрессия диагностирована у 2 (2,4%) больных, субдепрессивные состояния у 14 (16,7%), а маскированная депрессия — у 29 (34,5%). У пациентов с грыжами межпозвонковых дисков, в смежных с оперированными позвоночно-двигательных сегментах изменения психологического статуса зарегистрированы в 18 (37,5%) случаях. Депрессии в данной группе пациентов не выявлялись. Субдепрессивные состояния имелись у 4 (8,3%) больных, маскированная депрессия — у 14 (29,1%). В группе больных со стенозом позво-

ночного канала изменения психологического статуса определялись у 23 (60,5%) пациентов: депрессия была выявлена у 1 (2,6%) больного, субдепрессивное состояние — у 10 (26,3%), признаки легкой, маскированной депрессии диагностировались у 12 (31,6%) больных. У пациентов со спондилезом и спондилоартрозом психологический статус изменялся в 9 (25%) случаях: субдепрессивное состояние обнаружено у 4 (11,1%) больных, а признаки легкой депрессии у 5 (13,9%). У больных с рубцово-спаечным эпидуритом изменения психологического статуса диагностировались в 6 (66,7%) случаях: депрессии — в 1 (11,1%) случае, субдепрессивные состояния — в 3 (33,3%) и легкая депрессия — в 2 (22,2%) (табл. 2).

Таблица 2

Распространенность депрессивных расстройств среди больных с различными причинами рецидива болевого синдрома

Причина	Число обследованных больных	Число больных с депрессивными расстройствами, абс. (%)
Рецидив межпозвонковой грыжи	84	45 (53,6)
Межпозвонковая грыжа в смежном с оперированным диске	48	18 (37,5)
Стеноз позвоночного канала	38	23 (60,5)
Спондилез и спондилоартроз	36	9 (25,0)
Асептический эпидурит	9	6 (66,7)

## Обсуждение

Депрессивные расстройства развиваются у 47% пациентов с рецидивом боли в отдаленном периоде оперативного лечения грыж межпозвонковых дисков. Такая распространенность депрессивных расстройств, возможно, обусловлена наличием хронического болевого синдрома. Это связано с тем, что в процесс вовлекаются не только периферические, но и центральные нейроны [2]. Кроме того, определенную роль играют боязнь нового оперативного вмешательства, не оправдавшиеся ожидания пациента в отношении результатов операции. Основными проявлениями депрессии у обсле-

дованных больных выступают типичные признаки: астения, снижение настроения, снижение жизненной активности, утрата прежних интересов.

## Выводы

При рецидиве болевого синдрома у пациентов, оперированных по поводу грыж межпозвонковых дисков, депрессивные расстройства определялись в 47% случаев. Преимущественно у них развивается легкая (61,4%) и маскированная (35,4%) депрессия. Депрессия была диагностирована только у 3,2% больных. Чаще всего депрессивные расстройства возникают у больных с рецидивом грыжи межпозвонкового диска, в смежных оперированным позвоночно-двигательных сегментах, при стенозе позвоночного канала и рубцово-спаечном эпидурите. Такие результаты могут быть связаны с неблагоприятным течением этих процессов и выраженностью болевого синдрома. Проведение реабилитационных мероприятий у больных с рецидивом болевого синдрома в отдаленном послеоперационном периоде необходимо проводить с учетом депрессивных расстройств.

## Литература

1. Антонов И.П., Недзведь Г.К., Ивашина Е.Н. // Клиника, лечение и профилактика заболеваний нервной системы. Казань, 1988. С. 65—70.
2. Григорьева В.Н. Психосоматические аспекты нейрореабилитации. Хронические боли. Н. Новгород, 2004. 420 С.
3. Джулай Л.В., Симонович Б.М., Доронин Б.М. и др. // Сибирский консилиум. 2006. № 4 (51). С. 81—84.
4. Каменев Ю.Ф. Боль в пояснице при остеохондрозе позвоночника. Петрозаводск, 2004. 99 с.
5. Краснов Д.Б., Горенштейн А.Е., Ларюклин Н.В., Иванов П.А. // Поленовские чтения: Материалы конф. СПб., 2006. С. 103—104.
6. Кузнецов В.Ф. Справочник по вертеброневрологии: Клиника, диагностика. Минск: «Беларусь», 2000. 351 С.
7. Латышева В.Я. Актуальные вопросы невропатологии и нейрохирургии. Минск, 1977. С. 52—57.
8. Омар Р.О., Борода Ю.И., Драгун В.М. и др. // Поленовские чтения: Материалы конф. СПб., 2006. С. 106—107.
9. Попелянский Я.Ю. Ортопедическая неврология (вертебрология): Руководство для врачей. М., 2003. 672 С.
10. Andrew D.W., Lavigne M.H. // Spine. 1990. V. 15. P. 329—

*Федянин С.А., Федянин А.С., Смагина И.В. и др. Некоторые особенности депрессивных расстройств при болевом синдроме...*

335.