



Analiza objawów depresyjnych u pacjentów z dyskopatią lędźwiową leczonych zachowawczo bądź operowanych

Analysis of depressive symptoms in patients with lumbar discopathy receiving conservative therapy or surgical treatment

KRZYSZTOF ROCH-RADZISZEWSKI

Z Kliniki Rehabilitacji Wojskowego Szpitala Klinicznego w Bydgoszczy

STRESZCZENIE

Cel. Związek bólu z depresją jest powszechnie uznawany. Pacjenci z dyskopatią lędźwiową narażeni są na przewlekłe dolegliwości bólowe kręgosłupa, mogące być przyczyną stanów depresyjnych. Ocena poziomu depresji umożliwia optymalizację procesu terapeutycznego. Może również stanowić pośrednią ocenę skuteczności leczenia. Celem pracy była analiza objawów depresyjnych u pacjentów z dyskopatią lędźwiową leczonych wyłącznie zachowawczo bądź operowanych.

Metody. Badaniami objęto 665 pacjentów w wieku od 16 do 76 lat z dyskopatią na poziomach L4-L5, L5-S1 – 348 pacjentów leczono wyłącznie zachowawczo, 317 pacjentów przebyło zabieg operacyjny. Obserwacją objęto okres hospitalizacji oraz ponad dziesięcioletni okres po opuszczeniu Kliniki. Analizowano trzy grupy wiekowe: osób młodych (do 30 roku życia), w wieku średnim (31–50 lat) oraz w wieku starszym (powyżej 50 roku życia). Poziom depresji oceniono na podstawie testu analizującego częstość występowania objawów depresyjnych opracowanego na podstawie skali samooceny depresji.

Wyniki. Wykazano, że pacjenci z dyskopatią lędźwiową ujawniali wysoki poziom zaburzeń depresyjnych: szczególnie zaburzeń snu, zaburzeń koncentracji, zdolności podejmowania decyzji. Poziom depresji korelował z oceną bólu kręgosłupa oraz oceną „jakości życia” pacjentów. Objawy depresyjne u pacjentów nasilały się wraz z czasem trwania choroby, osiągały wyższy poziom u pacjentów w wieku młodym i średnim niż u starszych oraz u leczonych zachowawczo w porównaniu z leczonymi operacyjnie.

Wnioski. Względnie wysoki poziom depresji u osób leczonych z powodu dyskopatii lędźwiowej korelował z oceną poziomu bólu kręgosłupa oraz jakością życia chorych. Wykazywał też zależność depresji od wieku chorych, czasu trwania dyskopatii oraz zastosowanego jej leczenia.

SUMMARY

Objectives. A relationship between pain and depression is commonly recognized. Patients with lumbar discopathy suffer from chronic spinal pain that may lead to depressive states. An assessment of depression severity not only enables to optimize the therapeutic process, but also may serve as an indirect measure of treatment efficacy. The aim of the study was to analyze depressive symptoms in patients with lumbar discopathy receiving either conservative therapy only or surgical treatment.

Methods. The sample studied consisted of 665 patients aged 16 to 76 years, suffering from lumbar discopathy at the L4-L5 and L5-S1 levels. Conservative therapy only was provided to 348 patients, while 317 underwent surgical treatment. The patients were examined during their hospitalization and at an over 10-year follow-up. Three age groups were analyzed: of young (under the age of 30 years), middle-aged (31–50 years) and elderly (over the age of 50 years) patients. Depression severity was assessed using a self-report rating scale of depressive symptoms frequency.

Results. Patients with lumbar discopathy manifested severe depressive symptoms, particularly sleep disturbances, and impairment of concentration and decision-making ability. Depression severity was correlated with spinal pain ratings and with evaluation of the patients' "quality of life". Their depressive symptoms severity increased with the duration of lumbar discopathy. More severe symptoms were found in younger and middle-aged patients than in the elderly, and in patients receiving conservative therapy as compared to those after surgery.

Conclusions. A relatively high level of depression severity in patients treated for lumbar discopathy was correlated with their self-rated spinal pain and quality of life. Moreover, depression severity was related to the patient's age, duration of the condition, and type of treatment used.

Słowa kluczowe: dyskopatia lędźwiowa / depresja / leczenie zachowawcze / leczenie operacyjne

Key words: lumbar discopathy / depression / conservative therapy / surgical treatment

Pacjenci z bólami kręgosłupa stanowią poważny problem diagnostyczny ponieważ u części z nich, pomimo stosowania najnowszych metod diagnostycznych, często nie udaje się znaleźć organicznej przyczyny dolegliwości. Brak precyzyjnej diagnozy w połączeniu z nieskutecznością w leczeniu istniejącego bólu często prowadzi do poważnych problemów natury psychiatrycznej [1, 2, 3, 4, 5]. Krótkotrwały ostry ból charakteryzuje się adekwatnością

odpowiedzi wegetatywnej do intensywności bólu. Stały, przewlekły ból powoduje stan przyzwyczajenia w odpowiedzi wegetatywnej [6, 7]. Pacjenci z przepukliną jądra miazdzywego (pjm) niewątpliwie narażeni są na rozwinięcie się zespołu bólu przewlekłego, leżącego u podstaw stanów depresyjnych. [1, 2, 8]. Najczęściej stwierdzane objawy depresji dotyczą zaburzeń snu, obniżonego apetytu, libido, drażliwości, odwracania się od aktywności zawodowej,

osłabienia potrzeby kontaktów interpersonalnych [9, 10, 11]. Ostry ból stymuluje pacjenta do działań w kierunku eliminowania lub zmniejszania stymulacji nocycyptywnej [6, 12, 13]. Pacjenci z bólem przewlekłym charakteryzują się większą biernością w dążeniu do eliminowania źródła bólu [9, 14, 15]. Uzyskanie poprawy jakości życia przez chorego dotkniętego przewlekłymi bólami krzyża jest uzależnione w dużym stopniu od uzyskania wiary w siebie w celu maksymalnego zmniejszenia uzależnienia od osób trzecich [17, 18].

Skuteczność leczenia pacjentów z pjm w istotnym stopniu zależy od właściwej oceny ich stanu psychicznego. Doznania bólowe wynikające ze schorzeń organicznych potęgowane są przez stres i zaburzenia psychiczne [1, 13, 16]. Obok bólu ściśle psychogenego może występować, zwłaszcza w przewlekłym okresie choroby, ból psychogeny nawarstwiony, często zniekształcający obraz choroby. Na percepcję bólu i zachowanie pacjenta, oprócz reakcji nocycyptywnej z uszkodzonej tkanki, mają wpływ: czynniki poznawcze (modyfikujące sposób interpretacji doznań bólowych i poziom sprawności), czynniki środowiskowe (miejsce pracy, rodzina), oraz psychofizjologiczne (związane z typową reakcją na stres) [2, 10, 17, 18]. Im wyższy poziom postrzeganej niesprawności, tym większe ograniczenie funkcjonalne wprowadza pacjent w system swoich zachowań [3, 21]. Wpływ czynników psychospołecznych na ból jest tym większy, im ból jest dłużej obecny. Na ból ostry główny wpływ wywierają bodźce somatosensoryczne. Nie wiadomo dlaczego u części pacjentów bóle ostre przechodzą w bóle przewlekłe. Wg Holmsa i Wolfa przyczyna związana jest z przewlekłym napięciem i nieprawidłowym wzorcem angażowania mięśni szkieletowych, który może wynikać z silnej chęci pracy i przypodobania się otoczeniu [5]. Pacjent stara się za cenę akceptacji i uznania nie zmieniać swojej aktywności ruchowej przez co przyczynia się do podtrzymania chronicznego bólu spowodowanego przeciążeniem i mikrouszkodzeniami mięśni. W przypadku bólu przewlekłego zachowania i sposób przeżywania cierpienia w dużo większym stopniu modulowane są przez czynniki psychofizyczne. Dochodzi do rozwoju zjawisk biologicznych w centralnym układzie nerwowym utrwalających ból oraz do powstania objawów towarzyszących, jak: lęk, bezsenność, utrata zdolności radzenia sobie w różnych sytuacjach życiowych [4, 14].

CEL

Celem pracy była porównawcza analiza objawów depresyjnych pacjentów z dyskopatią lędźwiową, leczonych wyłącznie zachowawczo bądź operowanych.

BADANI PACJENCI

Badaniami objęto 665 pacjentów (301 kobiet i 364 mężczyzn) w wieku od 16 do 76 lat z dyskopatią na poziomach L4-L5, L5-S1 leczonych w Klinikach Neurologii i Neurochirurgii Wojskowego Szpitala Klinicznego w Bydgoszczy w latach 1985–2004. Pacjenci byli w zbliżonym stanie neurologicznym (z obecnością objawów konfliktu korzeniowego, bez objawów zespołu ogona końskiego i stenozy kanału kręgowego) z wywiadem chorobowym nie dłuższym niż 6 miesięcy. W ocenianej grupie 348 pacjentów (160 kobiet i 188 mężczyzn) było leczonych wyłącznie zachowawczo 317 pacjentów (141 kobiet i 176 mężczyzn) przebyło zabieg operacyjny. Badani zostali losowo wybrani z spośród 1058 osób spełniających kryteria włączenia do grupy. Losowanie pacjentów do próby przeprowadzono w oparciu o tablice liczb losowych.

METODY

Badanie obejmowało okres hospitalizacji oraz pięć okresów po opuszczeniu Kliniki: bezpośredni (1–3 miesięcy), krótki (od 6 miesięcy do 2 lat), średni okres (3–4 lata), długi (od 5 do 10 lat) i bardzo długi (ponad 10 lat). Początek obserwacji stanowił okres pierwszej hospitalizacji w Klinice, w trakcie którego ustalono rozpoznanie. Rozpoznanie ustalono na podstawie badania klinicznego potwierdzonego badaniem neuroobrazowym (radikulografia, TK, MRI). Zebrany materiał przeanalizowano w trzech grupach wiekowych: osób młodych (do 30 roku życia), osób w wieku średnim (31–50 lat) oraz osób w wieku starszym (powyżej 50 roku życia).

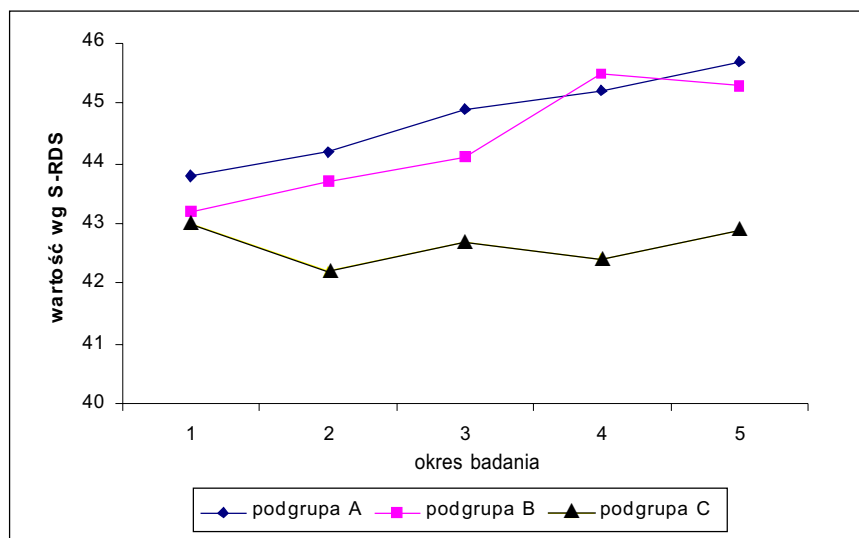
Poziom depresji oceniono na podstawie skali samooceny występowania objawów depresyjnych opracowanej na podstawie *Self-Rating Depression Scale* (S-RDS) Zung'a [22]. Konstrukcja narzędzia pozwala na określenie nasilenia zaburzeń depresyjnych na podstawie odpowiedzi na dwadzieścia zadanych pytań (p. aneks). Poziom depresji może przyjmować wartości w zakresie 20–80 punktów. Poziom 20 punktów oznacza stan pełnego komfortu psychicznego. Można obliczyć „współczynnik depresji” (stosunek uzyskanych w badaniu punktów do liczby maksymalnej 80 punktów). Współczynnik dla osób zdrowych mieści się w granicach od 0,25 do 0,43 (średnio 0,33).

WYNIKI

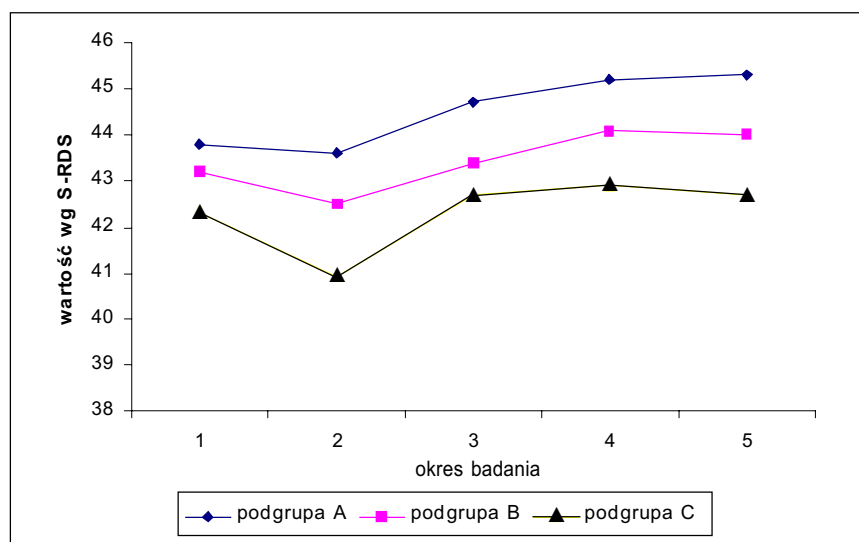
Współczynnik depresji przyjmował wartości od 0,54 (w badaniu wyjściowym i bezpośrednim) do 0,57 w badaniu odległym. W kolejnych badaniach następowało nasilenie

Tablica 1. Poziom objawów depresji u pacjentów leczonych zachowawczo (wg *Self-Rating Depression Scale*)

Wiek	Badanie					
	wyjściowe	I	II	III	IV	V
A. do 30 lat	43,6 ± 4,6	43,5 ± 3,2	44,2 ± 4,3	44,9 ± 4,2	45,2 ± 3,6	45,7 ± 5,6
B. 31–51 lat	43,9 ± 3,8	43,2 ± 5,5	43,7 ± 3,3	44,1 ± 5,2	45,3 ± 4,9	45,3 ± 5,9
C. ponad 50 lat	43,6 ± 2,5	43,4 ± 4,6	44,8 ± 4,6	44,7 ± 9,0	45,4 ± 6,7	46,0 ± 7,5
Razem	43,7 ± 4,2	43,3 ± 2,0	44,5 ± 4,0	44,5 ± 6,7	45,3 ± 5,4	45,8 ± 6,4



Rysunek 1. Analiza objawów depresyjnych u pacjentów leczonych zachowawczo z uwzględnieniem wieku badanych (A – do 30 lat; B – 31–50 lat; C – ponad 50 lat)



Rysunek 2. Analiza objawów depresyjnych pacjentów leczonych operacyjnie z uwzględnieniem wieku badanych (A – do 30 lat; B – 31–50 lat; C – ponad 50 lat)

objawów depresyjnych. Nie stwierdzono istotnej korelacji nasilenia objawów depresyjnych z badanymi wskaźnikami oceny zaburzeń somatycznych: bólem kończyny, stanem neurologicznym, stanem motorycznym. Istotna korelacja dotyczyła jedynie oceny bólów kręgosłupa ($r = 0,496$; $p < 0,05$).

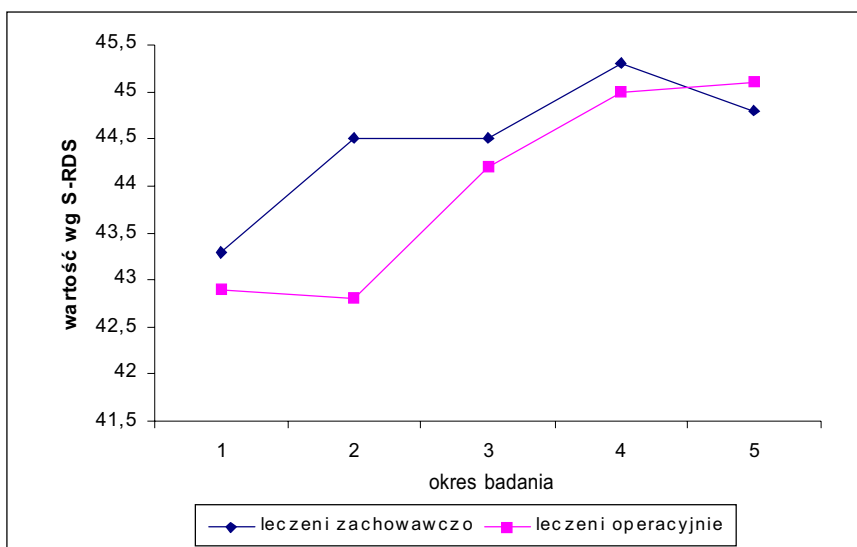
Najniższy poziom objawów depresji obserwowano w podgrupie osób po 51 roku życia (C). Ocena objawów depresyj-

nych pacjentów z podgrup osób młodszych (A i B) przyjmowały zbliżone wartości we wszystkich ocenianych okresach.

Pacjenci leczeni operacyjnie, najbardziej nasilone objawy obniżonego nastroju, prezentowali w okresie przedoperacyjnym oraz odległym. Współczynnik depresji w tych badaniach wynosił odpowiednio 0,55 oraz 0,56. W okresie II i III badania (6 miesięcy do 4 lat), optymalnym ze względu

Tablica 2. Poziom objawów depresji u pacjentów leczonych operacyjnie (wg *Self-Rating Depression Scale*)

Wiek	Badanie					
	wyjściowe	I	II	III	IV	V
A. do 30 lat	44,5 ± 4,6	43,8 ± 4,5	43,6 ± 6,3	44,5 ± 4,2	45,2 ± 6,3	45,3 ± 4,1
B. 31–50 lat	44,3 ± 3,8	43,2 ± 7,3	42,5 ± 3,5	43,4 ± 4,2	44,1 ± 4,2	44,0 ± 10,8
C. ponad 50 lat	43,7 ± 2,5	42,3 ± 4,4	40,9 ± 5,2	42,7 ± 6,0	42,9 ± 8,6	42,7 ± 8,1
Razem	44,1 ± 4,2	42,9 ± 2,1	42,8 ± 3,8	44,2 ± 5,3	45,0 ± 8,2	45,1 ± 9,6



Rysunek 3. Analiza porównawcza objawów depresyjnych pacjentów leczonych zachowawczo i operacyjnie

na stwierdzany stan psychiczny pacjentów, współczynnik depresji wynosił 0,52. Ocena stanu psychicznego korelowała z bólem kręgosłupa ($r = 0,347$).

Najwyższy współczynnik depresji stwierdzono podgrupie najmłodszej (A), najniższy w podgrupie najstarszej (C). W kolejnych latach trwania choroby stwierdzano tendencję do obniżania nastroju. Różnice nie były istotne statystycznie.

W początkowym okresie leczenia (do 5 lat) pacjenci leczeni operacyjnie wykazywali mniej nasilone objawy depresji. W badaniu odległym poziom depresji pacjentów leczonych operacyjnie i zachowawczo nie wykazywał istotnych różnic.

OMÓWIENIE

Objawy depresyjne chorych z dyskopatią lędźwiową są przedmiotem analiz licznych publikacji.[1, 2, 4, 5, 8, 9, 14, 17, 23]. Levy stwierdza, że na ocenę wyników leczenia istotnie wpływa poziom depresji badanych [4]. Stopień depresji pacjentów z dyskopatią kręgosłupa lędźwiowego silnie koreluje ze stopniem upośledzenia funkcjonalnego, obniżonym wskaźnikiem jakości życia mierzonym wg *Short-Form 36-Item Health Survey*, czasem trwania objawów, niższym poziomem wykształcenia, pozostających w stanie wolnym [19]. Depresja częściej obserwowana jest u osób pobierających rentę, stanu wolnego, gorzej wykształconych. [4]. Pacjenci z objawami depresji wykazują niższy wskaźnik satysfakcji z wyników leczenia.[3, 21].

Ocena objawów depresyjnych, dokonana wg *Self-Rating Depression Scale* [22] wykazała, że pacjenci z dyskopatią lędźwiową prezentowali wysoki poziom zaburzeń depresyjnych: szczególnie zaburzeń snu, zaburzeń koncentracji, zdolności podejmowania decyzji, oceny własnej wartości, psychosomatycznych zaburzeń czynności narządów (zaparcia, kołatania serca). Najczęściej obserwowanym objawem zaburzeń depresyjnych pacjentów z dyskopatią lędźwiową były zaburzenia snu.

Objawy depresyjne badanych chorych w stosunkowo niskim stopniu korelowały z oceną stanu somatycznego.

Współczynnik depresji silniej korelował ze wskaźnikiem „jakości życia”, oceną aktywności zawodowej, długotrwałością objawów, poziomem wykształcenia, ocenami skuteczności leczenia.

Objawy depresyjne pacjentów leczonych zachowawczo nasilały się wraz z czasem trwania choroby. Objawy depresyjne pacjentów operowanych były istotnie niższe w okresie 2–3 lat po operacji niż w okresie przedoperacyjnym. Stwierdzono wyższy poziom zaburzeń depresyjnych wśród pacjentów w wieku młodym i średnim niż pacjentów starszych co może świadczyć, że w okresie pełnej aktywności choroba jest wyraźniej postrzegana jako istotne zagrożenie dla zdrowia, życia rodzinnego, społecznego i zawodowego. Wskaźnik depresji przyjmował niższe wartości w grupie pacjentów operowanych niż leczonych zachowawczo.

W przypadku bólu przewlekłego, często towarzyszącego pacjentom z dyskopatią lędźwiową, zachowanie i sposób przeżywania cierpienia w znacznym stopniu modulowane są przez czynniki psychofizyczne. Zespół przewlekłego bólu krzyża stanowi wynik interakcji wielu czynników wynikających z zaburzenia procesów biologicznych, upośledzenia czynności różnych struktur tkankowych oraz reakcji emocjonalnych i behawioralnych. Skuteczne oddziaływanie na wszystkie czynniki bólu umożliwia jego zmniejszenie oraz poprawę funkcji. Wskazuje to na potrzebę kompleksowego, niekiedy interdyscyplinarnego podejścia do pacjentów z dyskopatią lędźwiową, z uwzględnieniem w programach leczenia objawów depresyjnych.

WNIOSKI

1. Objawy depresyjne u pacjentów z chorobą dyskową kręgosłupa lędźwiowego nasilają się wraz z czasem trwania choroby.
2. Poziom zaburzeń depresyjnych wśród pacjentów w wieku młodym i średnim jest wyższy niż u pacjentów w wieku starszym.
3. Pacjenci operowani wykazują niższy poziom zaburzeń depresyjnych niż leczeni zachowawczo.

PIŚMIENNICTWO

- Hasenbring M, Marienfeld G, Kuhlendahl D, Soyka D: Risk factors of chronicity in lumbar disc patients. A prospective investigation of biologic, psychologic and social predictors of therapy outcome. *Spine*. 1994; 15, 19 (24): 2759–65.
- Karpowicz-Kulesza D: Ból neuropatyczny i korzeniowy – czyli zespoły bólowe neurogenne. *Postępy Psychiatrii i Neurologii*. 1998; 7 (1): 61–67.
- Kjellby-Wendt G, Styf JR, Carlsson SG: The predictive value of psychometric analysis in patients treated by extirpation of lumbar intervertebral disc herniation. *J. Spinal Disord*. 1999; 12 (5): 375–79.
- Levy HI, Hanscom B, Boden SD: Three-question depression screener used for lumbar disc herniations and spinal stenosis. *Spine*. 2002; 1, 27 (11): 1232–37.
- Wolfe F: The American College of Rheumatology 1990. Criteria for classification of fibromyalgia. *Arth. Rheum*. 1990; 33, 160–72.
- Domżał TM: Bóle krzyża. *Przew. Lek*. 2001; 11: 106–110.
- Schmidt RF: Aspekty fizjologiczne i patofizjologiczne bólu. *Farmakoterapia bólu*. PZWL; 1992. s 17–49.
- Jodzio K, Nyka W, Tomczak H: Depresja u pacjentów z zespołami bólowymi okolicy lędźwiowo-krzyżowej leczonych ambulatoryjnie. *Psychiatr. Pol*. 1995, 29 (6): 809–18.
- Alaranta H, Rytokoski U, Rissanen A: Intensive physical and psychosocial training program for patients with chronic low back pain. A controlled clinical trial. *Spine*. 1994; 19, 1339–49.
- Tajchman W: Wpływ komponenty psychogennej na proces rehabilitacji u pacjentów z zespołem bólowym kręgosłupa szyjnego: praca doktorska. Akademia Medyczna w Łodzi. 2001.
- Waddell G, Main EW, Di Paola M: Chronic low back pain, psychological distress and illness behavior. *Spine*. 1984; 9: 209–15.
- Domżał TM.: Ból – fizjologia czy objaw medyczny. *Neurol. Neurochir. Pol*. 1999; 33, (supl. 6): 15–18.
- Domżał TM: Ból – objaw, zespół czy choroba kręgosłupa. *Valetudinaria – Post. Med. Klin. i Wojsk*. 2001; 6 (1/2): 7.
- Altmaier E, Lehmann T, Russel D: The effectiveness of psychological interventions for the rehabilitation of low back pain: a randomized controlled trial evaluation. *Pain*. 1992; 49: 329–35.
- Main CJ: The modified somatic perception questionnaire (MSPQ). *J. Psychosom. Res*. 1983; 27: 503–14.
- Gargdeła G: Wartość wspomagającego leczenia imipraminą w lędźwiowo-krzyżowym zespole bólowym. *Pol. Tyg. Lek*. 1991; 46 (30/31): 544–546.
- Friedrich M, Gittler G, Arendasy M, Friedrich KM: Long-term effect of a combined exercise and motivational program on the level of disability of patients with chronic low back pain. *Spine*. 2005; 1, 30 (9): 995–1000.
- Żelazny S: Zespoły bólowe neurologiczne kręgosłupa i rdzenia jako problem społeczny. *Med. Rodz*. 2001; 4 (1): 10–11.
- Pużyński S: Depresja i ból. *Postępy Psychiatrii i Neurologii*. 1998; 7 (1): 31–37.
- Radziszewski KR: Kompleksowa rehabilitacja w bólach krzyża. *Valetudinaria*. 1999; 41(1–2): 65–69.
- Kohlboeck G, Greimel KV, Piotrowski WP, Leibetseder M, Krombholz-Reindl M, Neuhofer R, Schmid A, Klinger R: Prognosis of multifactorial outcome in lumbar discectomy: a prospective longitudinal study investigating patients with disc prolapse. *Clin. J.Pain*. 2004; 20 (6): 455–61.
- Zung WWK: A self-rating depression scale. *Arch Gen Psychiatry*. 1965; 12: 63–70.
- Lanes TC, Gauron EF, Spratt KF: Long-term follow-up of patients with chronic back pain treated in multidisciplinary rehabilitation program. *Spine*. 1995; 20: 801–7.

Adres: Dr Krzysztof Radziszewski, Klinika Rehabilitacji Wojskowego Szpitala Klinicznego, ul. Powstańców Warszawy 5, 85-901 Bydgoszcz, e-mail: radziszewski@wp.pl

ANEKS

Skala zaburzeń depresyjnych (na podstawie *Self-Rating Depression Scale*)

Pytanie	Czasami	Bardzo rzadko	Często	Bardzo często
Czuję się przygnębiona/y i smutna/y	1	2	3	4
Rano czuję się bardzo dobrze	4	3	2	1
Miewam okresy płaczu lub ochotę na płacz	1	2	3	4
Mam kłopoty ze snem	1	2	3	4
Mam normalny apetyt (jem tyle co dawniej)	4	3	2	1
Mam ochotę na sex	4	3	2	1
Tracę na wadze	1	2	3	4
Mam zaparcia	1	2	3	4
Mam napady częstego bicia serca	1	2	3	4
Męcę się bez powodu	1	2	3	4
Mój umysł jest jasny, nie mam kłopotów z koncentracją	4	3	2	1
Pracę wykonuję z normalną łatwością	4	3	2	1
Czuję niepokój i dyskomfort	1	2	3	4
Jestem optymistką/tą	4	3	2	1
Jestem bardziej drażliwa/y niż zwykle	1	2	3	4
Z łatwością podejmuję decyzje	4	3	2	1
Czuję się użyteczna/y i potrzebna/y	4	3	2	1
Żyję pełnią życia	4	3	2	1
Odnoszę wrażenie że świat bez mnie byłby lepszy	1	2	3	4
Potrąfię cieszyć się rzeczami jak dawniej	4	3	2	1