

Efekty rehabilitacji u osób w wieku 40-60 lat z zespołem bólowym kręgosłupa lędźwiowo-krzyżowego i towarzyszącymi zaburzeniami depresyjnymi – badanie wstępne

Rehabilitation effects in patients 40 to 60 years of age with low back pain and associated depression disorders

MARTA WOLANIN^{1/}, ANETA RYBCZYŃSKA^{2/}, RAFAŁ SAPUŁA^{3/}, ADAM TOPOLSKI^{1/}, ANTONI WOLANIN^{4/}

^{1/} Zamojska Klinika Rehabilitacji, Wyższa Szkoła Zarządzania i Administracji w Zamościu

^{2/} Katedra Fizjoterapii, Wyższa Szkoła Zarządzania i Administracji w Zamościu

^{3/} Wyższa Szkoła Informatyki i Zarządzania w Rzeszowie

^{4/} Oddział Kardiochirurgii, Samodzielny Publiczny Szpital Wojewódzki im. Papieża Jana Pawła II w Zamościu

Wprowadzenie. Między zaburzeniami depresyjnymi, a przewlekłymi dolegliwościami bólowymi istnieje silny związek. Nasilenie bólu powoduje pogorszenie stanu psychicznego pacjenta (nasilenie objawów depresyjnych oraz lękowych) i odwrotnie – im gorszy stan psychiczny, tym dolegliwości bólowe odczuwane są mocniej.

Cel. Określenie wpływu zaburzeń depresyjnych na efekty rehabilitacji w zespołach bólowych kręgosłupa lędźwiowo-krzyżowego (L-S).

Materiały i metody. Przebadano 62 osoby w wieku 40-60 lat z zespołem bólowym kręgosłupa L-S. Grupę badaną stanowiło 31 osób (średnia wieku 50,74±6,42 lat) z towarzyszącymi zaburzeniami depresyjnymi. W badaniach wykorzystano: kwestionariusz Niepełnosprawności Roland-Morris (RMDQ), kwestionariusz Niepełnosprawności Oswestry (ODI), wizualno-analogową skalę bólu (VAS).

Wyniki. Zastosowana rehabilitacja wpłynęła istotnie na poprawę w zakresie funkcjonowania badanych podczas wykonywania poszczególnych czynności, w grupie badanej jak i kontrolnej. Przebyta rehabilitacja również istotnie wpłynęła na zmniejszenie odczuwania dolegliwości bólowych mierzonych skalą VAS, w grupie badanej i kontrolnej. Współistnienie zaburzeń depresyjnych nie spowodowało takiej poprawy w funkcjonowaniu chorych, jaką odnotowano w grupie kontrolnej. W grupie badanej – zarówno przed rehabilitacją, jak i po rehabilitacji były osoby, które należało zakwalifikować jako pacjenta okaleczonego lub z dużym stopniem niepełnosprawności (wg ODI) lub z wysokim czy średnim stopniem niepełnosprawności (wg RMDQ).

Wnioski. Zastosowana rehabilitacja u osób w wieku 40-60 lat z rozpoznanyim zespołem bólowym kręgosłupa L-S była skuteczna zarówno w grupie osób z zaburzeniami depresyjnymi, jak i bez zaburzeń depresyjnych, jednakże istniejące zaburzenia depresyjne prawdopodobnie były czynnikiem zmniejszającym efekt rehabilitacji.

Słowa kluczowe: zespół bólowy kręgosłupa L-S, zaburzenia depresyjne, rehabilitacja, stopień niepełnosprawności

Introduction. There is a strong relationship between depressive disorders and chronic pain. The severity of the pain causes deterioration of mental state (severity of depressive symptoms and anxiety), and vice versa – the worse the mental state, the stronger the pain.

Aim. The impact of depression on the effects of rehabilitation in pain syndromes of lumbar spine.

Material and method. It involved 62 people aged 40 to 60 years. The study included 31 patients (mean age 50.74±6.42 years) with low back pain and accompanying depression. The control group also included 31 people (mean age 51.71±6.49 years) with low back pain without depression. Documentation: Questionnaire Disability Roland Morris (RMDQ), Oswestry Disability Questionnaire (ODI), visual-analog pain scale (VAS).

Results. After rehabilitation a statistically significant improvement was reported in the study group and the control group. The rehabilitation also significantly influenced the decrease in feeling pain measured by VAS, both in the study and the control group. There was a significant increase in the number of people with a minimum degree of disability (by ODI) or lack of disability (by RMDQ). The coexistence of depressive disorders did not result in such improvement in patients' functioning as reported in the control group. Both before and after rehabilitation there were patients classified as severely or severely disabled (ODI) or with high or low disability (RMDQ).

Conclusion. The applied rehabilitation in people aged 40-60 years diagnosed with L-S pain syndrome was effective in both depressive and depressive disorders, but the existing depressive disorders were probably a factor reducing the rehabilitation effect.

Key words: low back pain, depression disorders, rehabilitation, disability level

Wprowadzenie

W świetle najnowszej literatury, między zaburzeniami depresyjnymi, a przewlekłymi dolegliwościami bólowymi istnieje silny związek. Rysiak i wsp. wskazują na konieczność interdyscyplinarnego leczenia bólu, które obejmuje podejście nie tylko fizyczne, ale także obejmujące aspekty psychiczne. Autorzy podkreślają fakt, iż stan psychiczny pacjenta odgrywa niezwykle istotną rolę w codziennym funkcjonowaniu i powrocie do zdrowia. Istotne wydaje się, że niezbędne jest diagnozowanie pacjentów z przewlekłym bólem kręgosłupa lędźwiowo-krzyżowego (L-S) w kierunku depresji przed rozpoczęciem procesu usprawnienia [1]. Autorzy wielu prac podkreślają fakt, iż nasilenie bólu powoduje pogorszenie stanu psychicznego (nasilenie objawów depresyjnych oraz lękowych) i odwrotnie – im gorszy stan psychiczny, tym dolegliwości bólowe odczuwane są mocniej. Ból ma też wpływ na obecność myśli samobójczych – wraz z nasileniem się dolegliwości bólowych wzrasta ich częstość oraz intensywność [2, 3].

Bóle odcinka L-S kręgosłupa są obecnie jedną z najczęściej występujących dolegliwości w populacji osób dorosłych. Wiele osób przynajmniej raz w życiu leczyło się z powodu zespołu bólowego kręgosłupa L-S, a u niektórych pacjentów dolegliwości bólowe powracały jeszcze w tym samym roku mimo zastosowanego leczenia. Obecnie istnieje wiele metod rehabilitacyjnych stosowanych w terapii zespołów bólowych kręgosłupa L-S [4]. Mało jest natomiast prac, poruszających temat zależności efektów rehabilitacji osób z bólami kręgosłupa L-S z towarzyszącymi zaburzeniami depresyjnymi. W dobie istnienia problemu wielochorobowości, zgłębienie tego tematu wydaje się być jak najbardziej uzasadnione i potrzebne.

Cel

Określenie wpływu zaburzeń depresyjnych na efekty rehabilitacji u osób w wieku 40-60 lat z rozpoznaniem zespołem bólowym kręgosłupa L-S.

Materiały i metody

Badanie o charakterze prospektywnym przeprowadzono w Zamojskiej Klinice Rehabilitacji Wyższej Szkoły Zarządzania i Administracji w Zamościu od lipca do października 2015 r. Przebadano 62 osoby w wieku 40-60 lat. Grupę badaną stanowiło 31 osób (20 kobiet i 11 mężczyzn) z zespołem bólowym kręgosłupa L-S oraz zaburzeniami depresyjnymi; średnia wieku $50,74 \pm 6,42$ lat. Grupę kontrolną stanowiło 31 osób (15 kobiet i 16 mężczyzn); średnia wieku $51,71 \pm 6,49$ lat. Były to osoby z zespołem bólowym kręgosłupa L-S, bez potwierdzonych zaburzeń depresyjnych. W grupie badanej 87% osób pochodziło

z miasta, podczas gdy w kontrolnej 58%. Średni czas trwania dolegliwości bólowych w grupie badanej wynosił $12,79 \pm 7,25$ lat, podczas gdy w kontrolnej $9,7 \pm 9,2$ lat. W grupie badanej 52% osób korzystało z rehabilitacji raz do roku, 29% raz na pół roku, 16% raz na 3 miesiące i 3% raz w miesiącu, a w grupie kontrolnej (odpowiednio): 45,2; 48, 4; 3,2 oraz 3,2%.

Kryterium włączenia do badań: osoby z rozpoznaniem przez lekarza specjalistę zmianami zwyrodnieniowymi kręgosłupa L-S, świadoma zgoda pacjenta na udział w badaniu.

Kryterium wyłączenia z badań: brak zgody pacjenta na przeprowadzenie badania, nie unormowane nadciśnienie tętnicze (ciśnienie tętnicze skurczowe powyżej 140 i rozkurczowe powyżej 90, mimo zażywania leków, wynikające z braku systematycznych kontroli u lekarza specjalisty, brak leczenia podwyższonego ciśnienia wynikającego z niewiedzy pacjenta o takiej konieczności), osoby leczone z powodu toczącego się procesu nowotworowego, które nie uzyskały zgody onkologa prowadzącego na zabiegi fizykalne, osoby z zaburzeniami równowagi i zawrotami głowy niewiadomego pochodzenia, osoby z przeciwwskazaniami do zabiegów fizykalnych, np. z rozrusznikiem serca.

Badania prowadzono w pierwszym i ostatnim dniu rehabilitacji po uprzednim uzyskaniu zgody dyrekcji ośrodka rehabilitacyjnego, a także po uzyskaniu zgody każdego pacjenta. Zabiegi rehabilitacyjne wykonywano jedynie na odcinek L-S kręgosłupa. Turnus rehabilitacyjny trwał 15 dni. Wszyscy pacjenci otrzymali zabiegi z zakresu fizykoterapii – laseroterapia (długość fali 808 nm, 2 J/cm^2 , czas trwania jednego punktu: 20-30 s), ultradźwięki ($0,6 \text{ W/cm}^2$, czas zabiegu: 6 min), krioterapia parami azotu (czas zabiegu: 1-3 min); kinezyterapii – ćwiczenia czynne w odciążeniu (czas trwania ćwiczeń: 15 min), ćwiczenia izometryczne mięśni brzucha i grzbietu (czas skurczu 5 s, odpoczynek 10 s; liczba powtórzeń: 6-10) oraz masaż leczniczy kręgosłupa L-S (czas masażu: 20 min).

W badaniach wykorzystano:

- kwestionariusz Niepełnosprawności Roland-Morris (*Roland Morris Disability Questionnaire – RMDQ*) – powszechnie stosowany do oceny stopnia niepełnosprawności osób z zespołem bólowym dolnego odcinka kręgosłupa; składa się z 24 pytań, na które pacjent odpowiada: 'nie' (0 pkt.) – 'tak' (1 pkt): brak niepełnosprawności (do 3 pkt.), stopień niski (4-10 pkt.), średni (11-17 pkt.) i wysoki (18-24 pkt.);
- kwestionariusz Niepełnosprawności Oswestry (*Oswestry Disability Index – ODI*) – pozwala na ocenę niepełnosprawności u osób z dolegliwościami bólowymi dolnego odcinka kręgosłupa; zawiera pytania dotyczące: nasilenia bólu, samodzielności,

podnoszenia przedmiotów, chodzenia, siedzenia, stania, spania, życia towarzyskiego, aktywności seksualnej oraz podróżowania. Odpowiedzi na pytania (skala 0-5) pozwalają sklasyfikować, jak bardzo ograniczone jest funkcjonowanie chorego podczas wykonywania poszczególnych czynności. Zbiorczy wynik przedstawia się w skali punktowej (0-50 pkt.) lub w skali procentowej (0-100%), gdzie ODI: 0-20% – niepełnosprawność minimalna, 21-40% – umiarkowana, 41-60% – duża, 61-80% – pacjent okaleczony, 81-100% – pacjent leżący;

- wizualno-analogową skalę bólu (*Visual Analog Scale* – VAS) – określa subiektywne odczucie bólu w danej chwili; pacjent oznacza nasilenie bólu od '0' – zupełny brak bólu, do '10' – najsilniejszy wyobrażalny ból.

Wyniki

Wyniki uzyskane za pomocą kwestionariusza ODI wskazują, że zarówno w grupie kobiet, jak i mężczyzn w grupie badanej (z zaburzeniami depresyjnymi) i kontrolnej, wystąpiła istotna poprawa w zakresie funkcjonowania badanych podczas wykonywania poszczególnych czynności po zastosowanej rehabilitacji. Takiej istotności nie zaobserwowano jedynie w grupie badanej (osoby z zaburzeniami depresyjnymi) wśród osób zamieszkałych na wsi, u których dolegliwości bólowe ze strony kręgosłupa L-S występowały nie dłużej niż 4 lata. Również częstotliwość korzystania z rehabilitacji w obu grupach istotnie wpływała na poprawę funkcjonowania chorych po zastosowanej rehabilitacji (tab. I).

Wyniki uzyskane za pomocą kwestionariusza RMDQ wskazują, że zarówno w grupie badanej (osoby z zaburzeniami depresyjnymi), jak i w grupie kontrolnej, istotnie zmniejszył się stopień niepełnosprawności po zastosowanej rehabilitacji. Jedynie nie odnotowano takiej istotności w grupie badanej wśród kobiet, osób zamieszkałych na wsi, jak i tych u których dolegliwości bólowe występowały ponad 10 lat i które korzystały z rehabilitacji tylko raz w roku (tab. I).

Przeprowadzone badania ze pomocą skali VAS wykazały, że na stopień subiektywnego odczuwania bólu u osób z zespołem bólowym kręgosłupa L-S nie wpływały istotnie istniejące zaburzenia depresyjne. Jednak zastosowanie rehabilitacji wpływało istotnie na zmniejszenie odczuwania dolegliwości bólowych wśród kobiet, jak i mężczyzn. Również czas trwania dolegliwości bólowych ze strony kręgosłupa L-S, jak i częstotliwość korzystania z rehabilitacji istotnie wpływał na zmniejszenie odczuwania dolegliwości bólowych. Jedynie tylko u osób mieszkających na wsi w grupie badanej (z istniejącymi zaburzeniami depresyjnymi) zastosowana rehabilitacja nie wpłynęła

istotnie na zmniejszenie odczuwana dolegliwości bólowych (tab. I).

W porównaniu do grupy kontrolnej stan pacjentów przed rehabilitacją był porównywalny, jak w grupie badanej (ODI: $p=0,53$; RMDQ: $p=0,22$). Dolegliwości bólowe odczuwane w grupie badanej były porównywalne, jak w grupie kontrolnej (VAS: $p=0,84$). Stan pacjentów po rehabilitacji w grupie badanej był istotnie gorszy niż w grupie kontrolnej (ODI: $p=0,01$; RMDQ: $p<0,001$). Dolegliwości bólowe odczuwane w grupie badanej i kontrolnej były porównywalne (VAS: $p=0,06$) (tab. II).

W grupie kontrolnej po zastosowanej rehabilitacji nie odnotowano żadnej osoby, która kwalifikowałaby się do dużego stopnia niepełnosprawności (wg wyników kwestionariusza ODI) lub średniego (wg RMDQ), a odnotowano znaczący wzrost liczby osób z minimalnym stopniem niepełnosprawności (wg ODI) lub brakiem niepełnosprawności (wg RMDQ). Uzyskane wyniki, zarówno przy zastosowaniu kwestionariusza ODI, jak i RMDQ wskazały, że zastosowana rehabilitacja u osób z zespołem bólowym kręgosłupa L-S, ale bez obecności zaburzeń depresyjnych, wpłynęła istotnie ($p<0,001$) na poprawę w zakresie funkcjonowania badanych podczas wykonywania poszczególnych czynności, co spowodowało zmniejszenie stopnia niepełnosprawności. Takiej zależności nie odnotowano w grupie badanej ($p>0,05$), gdzie istniejące zaburzenia depresyjne – mimo prowadzonej rehabilitacji – nie spowodowały takiej poprawy w funkcjonowaniu chorych, jaką odnotowano w grupie kontrolnej. W grupie badanej – zarówno przed rehabilitacją, jak i po rehabilitacji były osoby, które należało zakwalifikować jako pacjenta okaleczonego lub z dużym stopniem niepełnosprawności (wg ODI) lub z wysokim czy średnim stopniem niepełnosprawności (wg RMDQ) (tab. III).

Dyskusja

Zespoły bólowe kręgosłupa L-S są coraz częstszym problemem XXI w. [5, 6]. Wraz ze wzrostem niepełnosprawności (z powodu dyskopatii) oraz towarzyszącym mu bólem kręgosłupa obniża się jakość życia i pojawiają się zaburzenia o charakterze depresyjnym [11]. Jak podaje Pawłowska, Stubbs i wsp., dolegliwościom tym współtowarzyszy zjawisko depresji. Osoby z przewlekłymi bólami kręgosłupa L-S charakteryzuje znacząco wyższy poziom depresji niż osoby zdrowe [7, 8]. Według badań Emslie, McKillop i wsp., od 10 do 50% osób z przewlekłym zespołem bólowym kręgosłupa L-S, cierpi na depresję [9, 10]. Pereira i wsp. podkreślają, iż szczególną uwagę należy zwrócić na młode osoby dorosłe, u których stwierdzano w przeszłości lub stwierdza się obecnie myśli i zachowania samobójcze, a także na osoby z występującymi aktualnie lub w prze-

Tabela I. Ocena efektów rehabilitacji osób z zespołem bólowym kręgosłupa L-S z towarzyszącymi zaburzeniami depresyjnymi i bez zaburzeń depresyjnych – według płci, miejsca zamieszkania, czasu trwania dolegliwości, częstotliwości korzystania z rehabilitacji (M±SD)

Table I. Effects of rehabilitation of patients with lower back pain syndrome with accompanying depressive disorders and without depressive disorders (M±SD)

Test	Parametr /Parameter	Grupa badana /Study group					Grupa kontrolna /Control group					P
		przed rehabilitacją /before rehabilitation		po rehabilitacji /after rehabilitation		p	przed rehabilitacją /before rehabilitation		po rehabilitacji /after rehabilitation		p	
		M	SD	M	SD		M	SD	M	SD		
ODI	K /W	20,00	7,71	16,05	8,70	0,004	17,73	8,45	8,40	5,58	<0,001	0,031
	M /M	22,73	9,18	14,45	7,27	<0,001	21,50	7,38	13,13	5,88	<0,001	
	Ogółem /Total	20,97	8,22	15,48	8,14	<0,001	19,68	8,01	10,84	6,13	<0,001	
RMDQ	K /W	8,85	4,59	7,85	5,77	0,210	6,53	3,62	2,73	1,62	0,001	0,003
	M /M	8,64	4,97	5,36	4,13	<0,001	8,06	5,26	3,38	2,58	<0,001	
	Ogółem /Total	8,77	4,65	6,97	5,31	0,004	7,32	4,53	3,06	2,16	<0,001	
VAS	K /W	5,75	1,92	4,75	1,83	<0,001	5,13	2,20	3,33	1,45	0,002	0,06
	M /M	6,36	2,06	4,36	1,91	<0,001	6,56	1,21	4,25	1,44	<0,001	
	Ogółem /Total	5,97	1,96	4,61	1,84	<0,001	5,87	1,88	3,81	1,49	<0,001	
ODI	miasto /city	20,78	8,14	15,96	8,14	<0,001	19,56	9,00	10,94	6,48	<0,001	0,031
	wieś /village	22,25	9,95	12,25	8,46	0,068	19,85	6,74	10,69	5,86	<0,001	
	Ogółem /Total	21,52	9,05	14,11	8,30	0,009	19,71	7,87	10,82	6,17	<0,001	
RMDQ	miasto /city	9,07	4,66	7,22	5,49	0,009	7,17	4,53	2,89	2,17	<0,001	0,003
	wieś /village	6,75	4,65	5,25	4,03	0,103	7,54	4,72	3,31	2,21	0,001	
	Ogółem /Total	7,91	4,66	6,24	4,76	0,009	7,36	4,63	3,10	2,19	<0,001	
VAS	miasto /city	5,89	2,04	4,56	1,91	<0,001	6,06	1,89	4,06	1,47	<0,001	0,06
	wieś /village	6,50	1,29	5,00	1,41	0,103	5,62	1,89	3,46	1,51	<0,001	
	Ogółem /Total	6,20	1,67	4,78	1,66	0,009	5,84	1,94	3,76	1,49	<0,001	
ODI	do 4 lat /up to 4 years	17,75	10,34	10,25	5,74	0,128	16,40	8,51	8,60	4,79	0,005	0,031
	5-10 lat /5-10 years	20,22	5,33	11,78	4,21	0,003	21,50	6,67	10,50	6,69	<0,001	
	ponad 10 lat /over 10 years	22,06	9,10	18,50	8,91	0,004	20,89	8,82	13,78	6,10	0,003	
RMDQ	do 4 lat /up to 4 years	9,25	4,79	6,50	4,04	0,010	5,10	4,15	2,70	2,26	0,037	0,003
	5-10 lat /5-10 years	8,56	3,61	5,78	3,49	0,030	6,92	4,14	2,17	1,75	<0,001	
	ponad 10 lat /over 10 years	8,78	5,28	7,67	6,32	0,193	10,33	4,18	4,67	1,80	0,001	
VAS	do 4 lat /up to 4 years	5,25	2,87	3,25	2,22	0,016	5,00	2,58	3,40	1,26	0,045	0,06
	5-10 lat /5-10 years	5,44	2,46	3,78	1,86	0,005	6,50	1,00	3,58	1,68	<0,001	
	ponad 10 lat /over 10 years	6,39	1,42	5,33	1,46	<0,001	6,00	1,66	4,56	1,33	0,001	
ODI	dwa razy w roku lub częściej /twice a year or more often	23,20	6,83	17,67	7,22	0,003	19,47	9,59	11,35	7,00	<0,001	0,031
	raz na rok /once a year	18,88	9,05	13,44	8,63	0,001	19,93	5,89	10,21	5,06	<0,001	
	Ogółem /Total	21,04	7,94	15,56	8,43	0,002	19,70	7,74	10,78	6,03	<0,001	
RMDQ	dwa razy w roku lub częściej /twice a year or more often	9,40	4,91	7,20	4,93	0,022	7,88	5,06	3,24	2,44	<0,001	0,003
	raz na rok /once a year	8,19	4,46	6,75	5,80	0,089	6,64	3,88	2,86	1,83	<0,001	
	Ogółem /Total	8,79	4,69	7,00	5,37	0,022	7,26	4,47	3,05	2,14	<0,001	
VAS	dwa razy w roku lub częściej /twice a year or more often	6,13	1,51	4,80	1,52	0,002	6,00	2,12	3,94	1,60	<0,001	0,06
	raz na rok /once a year	5,81	2,34	4,44	2,13	<0,001	5,71	1,59	3,64	1,39	<0,001	
	Ogółem /Total	6,02	1,93	4,62	1,73	0,002	5,85	1,86	3,79	1,50	<0,001	

Tabela II. Różnice między wynikami uzyskanymi za pomocą kwestionariusza ODI, RMDQ i VAS – przed i po rehabilitacji w grupie badanej i kontrolnej

Kwestionariusz /Questionnaire	przed rehabilitacją /before rehabilitation			po rehabilitacji /after rehabilitation			p
	grupa badana /study group	grupa kontrolna /control group	p	grupa badana /study group	grupa kontrolna /control group	p	
	M±SD	M±SD		M±SD	M±SD		
ODI	20,97±8,22	19,68 ± 8,01	0,53	15,48±8,14	10,84±6,13	0,01	0,031
RMDQ	8,77±4,65	7,32±4,53	0,22	6,97±5,31	3,06±2,16	<0,001	0,003
VAS	5,97±1,96	5,87±1,88	0,84	4,61±1,84	3,81±1,49	0,06	NS

Tabela III. Zmiany stopnia niepełnosprawności mierzone kwestionariuszem ODI oraz RMDQ po zastosowanej rehabilitacji w grupie badanej i kontrolnej
Table III. Changes in degree of disability by ODI and RMDQ after rehabilitation in study and control group

Test	Stopień niepełnosprawności /Degree of disability	Grupa badana /Study group n=31			Grupa kontrolna /Control group n=31		
		przed rehabilitacją /before rehabilitation	po rehabilitacji /after rehabilitation	p	przed rehabilitacją /before rehabilitation	po rehabilitacji /after rehabilitation	p
ODI	minimalny /minimum	3	8	NS	5	20	<0,001
	umiarkowany /moderate	11	14		14	11	
	duży /large	13	8		12		
	pacjent okaleczony /disabled patient	4	1				
RMDQ	brak /lack	6	9	NS	5	18	<0,001
	niski /low	12	15		18	13	
	średni /average	11	6		8		
	wysoki /high	2	1				

szłości zaburzeniami nastroju, ponieważ na podstawie licznych badań można oczekiwać, że współistniejąca depresja może zwiększyć ryzyko takich zachowań u pacjentów z przewlekłym bólem [3]. Według Larnart-Domki i wsp., u wielu pacjentów zaburzenia depresyjne współistniejące z przewlekłym bólem nie są rozpoznawane i właściwie leczone mimo, że występują często i mają negatywny wpływ na sprawność chorych w życiu codziennym. Zbyt rzadko wykorzystuje się działanie analgetyczne leków przeciwdepresyjnych w leczeniu przewlekłych zespołów bólowych L-S w codziennej praktyce klinicznej [12]. Wang wskazuje na konieczność leczenia depresji u pacjentów z bólami kręgosłupa L-S, co może przyczynić się do poprawy jakości snu [13]. Według Turkiewicz-Maligranda odkrycie wpływu i wzajemnych zależności między osobowością, tendencją do emocjonalnego reagowania w sytuacjach chorobowych oraz wpływem tych zmiennych na percepcję bólu, może przynieść konkretne wskazówki dotyczące całościowego leczenia i pomocy osobom z zespołami bólowymi kręgosłupa [14].

Topolski i wsp. twierdzi, że depresja nasila się wraz z wiekiem i często towarzyszy zespołowi bólowemu kręgosłupa L-S. Autorzy wskazują na konieczność równoczesnego leczenia psychologicznego osób z zespołem bólowym kręgosłupa L-S, u których stwierdzono współistnienie depresji [15]. Tezę ta potwierdzają badania Rysiak i wsp., którzy podkreślają rolę interdyscyplinarnego leczenia bólu, które obejmuje podejście nie tylko fizyczne, ale także aspekty psychiczne [2]. Według Szkutnik-Fiedler wczesna diagnoza depresji u pacjenta z przewlekłym bólem, pozwoliłaby odpowiednio wcześniej zalecić pacjentowi lek, który byłby skuteczny w leczeniu obu tych chorób [16]. Badania Tsuji z 2016 r. wskazują na konieczność badań przesiewowych w kierunku wykrywania depresji u osób z bólami przewlekłymi kręgosłupa L-S [17].

Jak wykazały przeprowadzone badania rehabilitacja osób między 40 a 60 r.ż. jest skuteczna, zarówno w grupie osób z towarzyszącą depresją, jak i bez

depresji. Niemniej jednak, efekty rehabilitacji osób z towarzyszącą depresją okazały się gorsze od efektów rehabilitacji osób bez towarzyszącej depresji. Można przypuszczać, że to współistnienie depresji powoduje pogorszenie efektów rehabilitacji w grupie badanej.

Wiele artykułów potwierdza fakt osłabienia efektów rehabilitacji osób z towarzyszącą depresją. Ponadto wskazuje na rehabilitację, jako czynnik zmniejszający nasilenie depresji u osób z bólami odcinka szyjnego kręgosłupa [18]. Masaż klasyczny w połączeniu z masażem wibracyjnym punktów spustowych jest efektywną techniką, przy wykorzystaniu której można osiągnąć złagodzenie objawów zespołu bólowego kręgosłupa oraz towarzyszącego mu obniżenia nastroju u osób starszych [19].

Obecność zaburzeń depresyjnych może osłabić efekt procedur medycznych, ponieważ mają one wpływ na: czynniki prozapalne, oś podwzgórzowo-przysadkową i autonomiczny układ nerwowy. W badaniach Katon wykazano, że leczenie zaburzeń depresyjnych jest skutecznym sposobem działania w przypadku, gdy towarzyszą one innej chorobie przewlekłej [20]. Należy więc poszukiwać skutecznych metod rehabilitacji osób, nie tylko w przypadku istnienia jednej choroby [21, 22], ale również w przypadku współistnienia zaburzeń depresyjnych [18].

Wnioski

Zastosowana rehabilitacja u osób w wieku 40-60 lat z rozpoznaniem zespołem bólowym kręgosłupa L-S była skuteczna zarówno w grupie osób z zaburzeniami depresyjnymi, jak i bez zaburzeń depresyjnych, jednakże istniejące zaburzenia depresyjne prawdopodobnie były czynnikiem zmniejszającym efekt rehabilitacji.

Źródło finansowania: Praca nie jest finansowana z żadnego źródła.

Konflikt interesów: Autorzy deklarują brak konfliktu interesów.

Piśmiennictwo / References

1. Rysiak E, Jakubów P, Drągowski P i wsp. Ocena nasilenia objawów depresyjnych u pacjentów z bólem przewlekłym niespecyficznym dolnego odcinka kręgosłupa. *Psychiatr Psychoter* 2016, 12(2): 3-19.
2. Wasilewski D, Wojnar M, Chatizow J. Depresja a ból: ogólnopolskie badanie epidemiologiczne. *Psychiatr Pol* 2010, 44(3): 435-445.
3. Pereira A, Conwell Y, Gitlin MJ, Dworkin RH. Suicidal ideation and behavior associated with antidepressant medications: implications for the treatment of chronic pain. *Pain* 2014, 155(12): 2471-2475.
4. Mikołajczyk E, Jankowicz-Szymańska A, Janusz M, Bakalaz J. Wpływ tradycyjnej fizjoterapii oraz metody Medical Taping na dolegliwości bólowe i stopień dysfunkcji pacjentów z zespołem bólowym odcinka lędźwiowo-krzyżowego kręgosłupa. *Prz Med Uniw Rzesz Inst Leków* 2012, 2: 223-237.
5. Kułak W, Kondzior D. Dyskopatia kręgosłupa odcinka lędźwiowo-krzyżowego w korelacji z natężeniem bólu, depresją i akceptacją choroby. *Probl Hig Epidemiol*, 2010, 91(1): 153-157.
6. Czenczek-Lewandowska E, Przysada G, Brotoń K. Wpływ rehabilitacji na stan funkcjonalny oraz dolegliwości bólowe pacjentów z zespołem przeciążeniowym kręgosłupa. *Prz Med Uniw Rzesz* 2014, 3: 243-252.
7. Pawłowska B, Tarczyńska M, Gawęda K i wsp. Symptoms of anxiety and depression in patients with chronic low back pain syndrome. *Zdr Publ* 2013, 123(2): 148-152.
8. Stubbs B, Koyanagi A, Thompson T, et al. The epidemiology of back pain and its relationship with depression, psychosis, anxiety, sleep disturbances, and stress sensitivity: Data from 43 low- and middle-income countries. *Gen Hosp Psychiatry* 2016, 43: 63-70.
9. Emslie GJ, Kennard BD, Mayes TL, et al. Fluoxetine versus placebo in preventing relapse of major depression in children and adolescents. *Am J Psychiatry* 2008, 165(4), 459-467.
10. McKillop AB, Carroll LJ, Jones CA, Battié MC. The relation of social support and depression in patients with chronic low back pain. *Disabil Rehabil* 2017, 39(15): 1482-1288.
11. Czaja E. Jakość życia pacjentów z dyskopatią odcinka lędźwiowo-krzyżowego kręgosłupa. *Pieleg Neurol Neurochir* 2012, 1(3): 92-96.
12. Lenart-Domka E, Bejer A, Probachta M. Zaburzenia depresyjne u pacjentów rehabilitowanych z powodu przewlekłego zespołu bólowego kręgosłupa w odcinku L-S. *Young Sport Science of Ukraine* 2010, 14(3): 100-106.
13. Wang HY, Fu TS, Hsu SC, Hung CI. Association of depression with sleep quality might be greater than that of pain intensity among outpatients with chronic low back pain. *Neuropsychiatr Dis Treat* 2016, 12: 1993-1998.
14. Turkiewicz-Maligranda A, Rymaszewska J. Lęk i depresja a odczuwany ból u osób z chorobą dyskową odcinka krzyżowo-lędźwiowego charakteryzujących się różnym stylem przywiązania. *Piel Zdr Publ* 2012, 2(4): 277-286.
15. Topolski A, Sapuła R, Topolska M i wsp. Częstość występowania depresji u osób z zespołem bólowym dolnego odcinka kręgosłupa. *Zamojskie Studia Mat* 2012, 1(35): 21-25.
16. Szkutnik-Fiedler D, Grzeškowiak E, Wyrowski Ł. Ból przewlekły i depresja. *Farm Współcz* 2014, 7: 14-17.
17. Tsuji T, Matsudaira K, Sato H, Vietri J. The impact of depression among chronic low back pain patients in Japan. *BMC Musculoskelet Disord* 2016, 17(1): 447.
18. Chrzan S, Sapuła R, Topolska M i wsp. Wpływ rehabilitacji na występowanie depresji u osób z bólami szyjnego odcinka kręgosłupa. *Zamojskie Studia Mat* 2012, 1(35): 27-32.
19. Chochowska M, Marcinkowski JT, Raglewska P, Babiak J. Masaż klasyczny i masaż wibracyjny punktów spustowych bólu w leczeniu zespołu bólowego kręgosłupa z towarzyszącym mu obniżeniem nastroju – u osób starszych. *Probl Hig Epidemiol* 2011, 92(3): 428-435.
20. Katon WJ. Epidemiology and treatment of depression in patients with chronic medical illness. *Dialogues Clin Neurosci* 2011, 13(1): 7-23.
21. Bojczuk T, Przysada G, Strzępek Ł. Wpływ ćwiczeń leczniczych na wskaźniki jakości życia u pacjentów z bólem dolnego odcinka kręgosłupa. *Prz Med Uniw Rzesz* 2010, 1: 66-72.
22. Antczak A, Haor B, Głowacka M, Biercewicz M. Jakość życia pacjentów z zespołem bólowym odcinka lędźwiowego kręgosłupa po zastosowaniu leczenia sanatoryjnego – doniesienie wstępne. *Piel Zdr Publ* 2014, 4(1): 19-25.