

ՄԻՏԻԹԱՐ ՀԵՐԱՑՈՒ ԱՆՎԱՆ ԵՐԵՎԱՆԻ ՊԵՏԱԿԱՆ ԲԺՇԿԱԿԱՆ ՀԱՄԱԼՍԱՐԱՆ

ԱՎԵՏԻՍՅԱՆ ԱՎԵՏԻՍ ԵՆՈՔԻ

**ՆԵՅՐՈՊԱԹԻԿ ՑԱՎԱՅԻՆ ՀԱՄԱԽՏԱՆԻՇԻ
ԱԶԴԵՑՈՒԹՅՈՒՆԸ ՀԻՎԱՆԴՆԵՐԻ ԿՅԱՆՔԻ
ՈՐԱԿԻ, ԴԵՊՐԵՍԻԱՅԻ, ՏԱԳՆԱՊԻ ՈՒ ՔՆԻ ՎՐԱ**

**ԺԴ.00.07 «Նյարդաբանություն, հոգեբուժություն և
թմրաբանություն» մասնագիտությամբ բժշկական
գիտությունների թեկնածուի գիտական աստիճանի
հայցման ատենախոսության**

ՍԵՂՄԱԳԻՐ

ԵՐԵՎԱՆ – 2018

Ատենախոսության թեման հաստատվել է Մխիթար Հեռացու անվան Երևանի պետական բժշկական համալսարանում:

Գիտական ղեկավար՝

բ.գ.դ., պրոֆեսոր Հ.Մ. Մանվելյան

Պաշտոնական ընդդիմախոսներ՝

բ.գ.դ., պրոֆեսոր Գ.Ա. Հովհաննիսյան

բ.գ.թ., դոցենտ Մ.Է. Հակոբյան

Առաջատար կազմակերպություն՝

«Կուրորտաբանության և ֆիզիկական բժշկության ԳՀԻ»

Պաշտպանությունը կայանալու է 2018թ. հունիսի 28-ին՝ ժամը 14:30, Մխիթար Հեռացու անվան ԵՊԲՀ-ի 028 - «Թերապիա» մասնագիտական խորհրդի նիստում:

Հասցե՝ 0025, Երևան, Կորյունի 2:

Ատենախոսությանը կարելի է ծանոթանալ Մխիթար Հեռացու անվան Երևանի պետական բժշկական համալսարանի գրադարանում:

Սեղմագիրն առաքված է 2018թ. մայիսի 26-ին:

**Մասնագիտական խորհրդի
գիտական քարտուղար՝**



բ.գ.դ. Լ.Գ. Թունյան

ԱՇԽԱՏԱՆՔԻ ԸՆԴՀԱՆՈՒՐ ԲՆՈՒԹԱԳԻՐԸ

Խնդրի արդիականությունը

Ներդրաբաթիկ ցավային համախտանիշը (այսուհետ՝ ՆՑ) ժամանակակից նյարդաբանության արդի խնդիրներից է և հատկապես ուշադրության է արժանացել վերջին երեք տասնամյակների ընթացքում: Ըստ ցավի հետազոտման միջազգային միության ժամանակակից սահմանման, այն ցավ է, որը հաջորդում է կենտրոնական կամ ծայրամասային սուստոսենտր համակարգի ախտահարմանը կամ հիվանդությանը [Treede R. et al., 2008]: ՆՑ հիվանդների քանակն աստիճանաբար ավելանում է, ինչը պայմանավորված է ցավային ներդրաբաթիաներով ընթացող վարակիչ և ոչ վարակիչ հիվանդությունների աճով, ՆՑ բնագավառում գիտական և գործնական ձեռքբերումներով և հետևաբար նաև վերջինիս առավել բարձր ախտորոշելիությամբ [Reda H., 2013; Torrance N. et al., 2014]: Եվրոպայում, խրոնիկական ցավով տառապող անձանց 7-8%-ի մոտ, ցավը պարունակում է ներդրաբաթիկ բաղադրիչներ [Torrance N. et al., 2007; Bouhassira D. et al., 2008]: ՆՑ ունի բազմաթիվ կլինիկական դրսևորումներ, որոնք հիվանդների կողմից ընկալվում և նկարագրվում են ամենատարբեր բառերով՝ «այրոց, ծակոց, կրակոց, մրմուռ, թմրածություն, տաք կամ սառը ցավ» [Attal N. et al., 2011]: Բացի հիվանդի գանգատներից և հիվանդության պատմության հավաքագրումից, ուղղորդված նյարդաբանական գնումից, հարկլինիկական՝ մասնավորապես ներթֆիզիոլոգիական հետազոտությունների իրականացումից, ստեղծվել են նաև բազմաթիվ ախտորոշիչ սկրինինգային հարցախույզեր, որոնք միտված են հայտնաբերելու ցավի ներդրաբաթիկ բաղադրիչը [Bennett M., 2001; Bouhassira D. et al., 2005; Freynhagen R., 2006]: Այդպիսի հարցաշարերի կիրառման միջոցով կարելի է գնահատել նաև ՆՑ հիվանդների կյանքի որակը (այսուհետ՝ ԿՈ), որը որպես կանոն ցածր է: Հետևաբար ՆՑ հիվանդի արդյունավետ բուժման համար բացի ցավից, պետք է գնահատել և կառավարել ինչպես ֆիզիկական, այնպես էլ հոգեկան առողջության բազմաթիվ ցուցանիշներ [Davies M. et al., 2006; Smith B. et al., 2007; Daniel H. et al., 2008]:

Ժամանակակից գրականության վերլուծությունը փաստում է, որ ՆՑ խնդիրը գիտական հասարակության ուշադրության կենտրոնում է: Այդուհանդերձ ՆՑ վերաբերյալ բազմաթիվ հարցեր մնում են չպարզաբանված: Հայաստանի Հանրապետությունում դեռևս բացակայում են տարբեր էթիոլոգիայի ՆՑ ախտորոշման, բուժման և կանխարգելման ազգային ուղեցույցները, ուստի ՆՑ զարգացումը հաճախ չի կանխարգելվում, կամ ախտորոշվում և բուժվում է թերի,

Եթե ընդհանրապես ախտորոշվում է: Դա նպաստում է հիվանդության խրոնիկացիային և հանգեցնում լրացուցիչ խնդիրների՝ ցածր ԿՈ, անաշխատունակություն, ֆինանսական դժվարություններ և այլն:

Վերոնշյալ բոլոր խնդիրների առկայությունը հիմք է հանդիսացել տվյալ հետազոտության իրականացման համար:

Հետազոտության նպատակը

Հետազոտության նպատակն է հանդիսանում ՆՑ կլինիկական բազմակողմանի ուսումնասիրությունը, որը թույլ կտա բացահայտել դրա բաղադրիչ մասերի կազմը, հիվանդության սոցիալական բեռը և հիվանդների կյանքի որակի (այսուհետ՝ ԿՈ) փոփոխման աստիճանը:

Հետազոտության խնդիրները

1. ՆՑ հատուկ հարցաշարի թարգմանություն և վավերացում,
2. ՆՑ քանակական և որակական բնութագիր,
3. ՆՑ հիվանդների ԿՈ գնահատում,
4. ՆՑ հիվանդների մոտ դեպրեսիայի, տագնապի և քնի գնահատում,
5. ՆՑ հիվանդների մոտ հիվանդության ընթացքի առանձնահատկությունների, էթիոլոգիական գործոնի, ԿՈ, դեպրեսիայի, տագնապի և քնի խանգարումների միջև հնարավոր հարաբերակցությունների հայտնաբերում:

Հետազոտության տեսակը

Տվյալ կլինիկական հետազոտությունը «միակենտրոն, առաջահայաց», ըստ նպատակի՝ «սկրինինգային», ըստ տիպի՝ «դիտարկումային» ոչ փորձարարական» (Observational Study) և «լայնակի» (Cross-Sectional Study) հետազոտություն է:

Գիտական նորություն

1. Առաջին անգամ կատարվել է ՆՑ հիվանդների համալիր ուսումնասիրություն՝ ընդգրկելով ցավի էթիոլոգիական տեսակը, ուժգնությունը, բնույթը և դրա ազդեցությունը ԿՈ, դեպրեսիայի, տագնապի ու քնի վրա:
2. Առաջին անգամ ստեղծվել է հայալեզու հետազոտական գործիք՝ տարբեր հարցաշարերի համակցման ճանապարհով:
3. Ստեղծվել են հստակ գիտական հիմունքներ, որոնք թույլ կտան վերանայել ՆՑ հիվանդների ախտորոշման և բուժման «ավանդական» մոտեցումները:

Գործնական նշանակությունը

Ստեղծվել է ՆՅ գնահատման հայալեզու հարցաշարերի գործիքակազմ, որը թույլ է տալիս կատարել ՆՅ տարբեր կլինիկական տեսակների քանակական ու որակական բնութագիր, ինչպես նաև գնահատել ՆՅ ազդեցությունը հիվանդների ԿՈ, դեպրեսիայի, տագանայի ու քնի վրա: Փաստորեն, հնարավորություն է ստեղծվում ՆՅ յուրաքանչյուր հիվանդի առողջության ցուցանիշների լայն սպեկտրի գնահատում, ախտորոշման հստակեցում, ինչից կախված է արդյունավետ բուժման ընտրությունը և հիվանդության պատշաճ կառավարումը:

Ատենախոսության նախնական փորձաքննություն

Ատենախոսության նախնական փորձաքննությունը կայացել է 08.02.2017թ.ԵՊԲՀ գիտակոորդինացիոն խորհրդի նիստի շրջանակներում:

Հեղինակի հրատարակած աշխատություններում հետազոտման արդյունքների ընդգրկման լիարժեքությունը

Ատենախոսության թեմայով տարբեր պարբերականներում տպագրվել է 9 գիտական աշխատանք՝ 6 հոդված, որոնցից երկուսն առանց համահեղինակների, և 3 թեզիս: Դրանցում լիարժեք ներկայացված են Ավետիս Ենոքի Ավետիսյանի ատենախոսական հետազոտության արդյունքները: Հոդվածների նյութերի հավաքագրումը, մշակումը, վերլուծությունը, եզրակացությունները անձամբ ասպիրանտի գիտական աշխատանքի արդյունքն են:

Ատենախոսության ծավալը և կառուցվածքը

Ատենախոսությունը շարադրված է համակարգչային տեքստի 120 էջերում և բաղկացած է բովանդակությունից, հապավումների ցանկից, ներածությունից, երեք գլուխներից, որոնցում արտացոլված են գրականության սկզբնաղբյուրների վերլուծությունը, հետազոտության նյութը և մեթոդները, ստացված արդյունքները և դրանց վերլուծությունը, ամփոփումը, եզրակացությունները, գործնական առաջարկները, գրականության ցանկը՝ բաղկացած 115 աղբյուրներից: Աշխատանքը պատկերազարդված է 61 աղյուսակների և 21 գծապատկերների միջոցով:

Հետազոտության պլանավորման և վիճակագրական վերլուծության ժամանակ մեթոդաբանական աջակցություն է եղել պրոֆեսոր Ռուբեն Հովհաննիսյանի և վիճակագիր, պրոֆեսոր Վասիլի Լեոնովի կողմից:

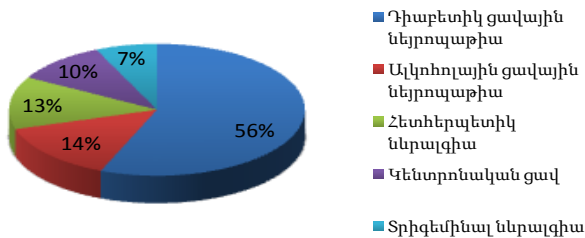
ՀԵՏԱԶՈՏՈՒԹՅԱՆ ՆՅՈՒԹԸ ԵՎ ՄԵԹՈՂՆԵՐԸ

Հետազոտության մեջ ընդգրկվել է 178 հիվանդ՝ 2013-2015թթ. դիմած ԵՊԲՀ նյարդաբանության ամբիոնի կլինիկական բազա՝ ամբուլատոր կամ ստացիոնար պայմաններում հետազոտման և բուժման նպատակով: Տղամարդիկ՝ 81 հոգի (45.5%), կանայք՝ 97 հոգի (54.5%): Վերջնական ընտրանքում (n=178) հիվանդները, ըստ ՆՑ էթիոլոգիայի, բաժանվել են 5 խմբի՝ դիաբետիկ ցավային նեյրոպաթիա (այսուհետ՝ ԴՑՆ) (n=100), ալկոհոլային ցավային նեյրոպաթիա (այսուհետ՝ ԱԼՑՆ) (n=25), հետհերպետիկ ներալգիա (այսուհետ՝ ՀՀՆ) (n=23), կենտրոնական ցավ (այսուհետ՝ ԿՑ) (n=18), տրիգեմինալ ներալգիա (այսուհետ՝ ՏՆ) (n=12):

Աղյուսակ 1.

Ընտրանքի (n=178) բնութագիրը ըստ ՆՑ էթիոլոգիական խմբերի

ՆՑ տեսակը: N (%)	ԴՑՆ	ԱԼՑՆ	ՀՀՆ	ԿՑ	ՏՆ	Ընդհանուր
Հիվանդներ	100 (56.18%)	25 (14.04%)	23 (12.92%)	18 (10.11%)	12 (6.74%)	178 (100%)
Տղամարդիկ	39 (39.0%)	20 (80.0%)	6 (26.09%)	11 (61.1%)	5 (41.67%)	81 (45.5%)
Կանայք	61 (61.0%)	5 (20.0%)	17 (73.91%)	7 (38.89%)	7 (58.33%)	96 (54.5%)
Տարիքը (18-75) M±SD	61.07±8.52	56.36±10.45	56.09±12.92	58.33±13.09	58.83±10.31	59.27±9.88
Տղամարդիկ Կանայք	23.0-75.0	37.0-72.0	32.0-75.0	31.0-72.0	34.0-70.0	23.0-75.0
Տղամարդիկ Կանայք	60.365±10.53	54.75±10.53	58.83±6.97	57.73±13.75	64.20±4.38	58.74±10.04
Ցավի սկզբնական M±SD	61.52±7.00	62.80±7.12	55.12±14.51	59.29±12.98	53.29±11.15	59.71±9.77
Ցավի սկզբնական M±SD	4.58±3.02	4.36±2.14	1.83±1.19	2.89±2.00	3.75±3.08	3.97±2.80
Սկզբնական M±SD	1.0-10.0	2.0-10.0	1.0-5.0	1.0-7.0	1.0-11.0	1.0-11.0



Գծապատկեր 1. Ընդհանուր ընտրանքում տարբեր էթիոլոգիայի ՆՑ բաշխվածությունը

Կիրառված սկրինինգային հարցաշարեր

Նեյրոպաթիկ ցավ՝ «PainDETECT», ԿՈ՝ «Health Related Quality of Life Short Form (SF-36)», դեպրեսիա՝ «Beck Depression Inventory II (BDI-II)», տագնապ՝ «Generalized Anxiety Disorder 7 (GAD-7)», քուն՝ «Sleep Scale from the Medical Outcomes Study (MOS-Sleep): «PainDETECT, GAD-7 և MOS-Sleep» հարցաշարերի հայալեզու տարբերակները նախապես վավերացվել են:

Կիրառված վիճակագրական մեթոդներ և փաթեթներ

Հետազոտության նյութի վիճակագրական վերլուծությունն իրականացվել է «Statistica 10» և «GraphPad Prism 5» ծրագրային փաթեթների միջոցով: Կիրառվել են վիճակագրական վերլուծության հետևյալ մեթոդները և մոդելները. «նկարագրական վիճակագրություն, փոփոխականների բաշխում ըստ Կոլմոգորով-Սմիրնովի, Լիլիֆորսի և Շապիրո-Ուիլկի W թեստեր, Կրոնբախի ալֆա գործակցի որոշում, Սպիրմենի ոչ պարամետրիկ հարաբերակցական թեստերով վերլուծություն, բազմաթիվ անկախ խմբերի ոչ պարամետրիկ վերլուծություն ըստ Կրասկել-Ուոլլիսի թեստի, ռեգրեսիոն վերլուծություն, կլաստերային վերլուծություն, 2way ANOVA դիսպերսիոն վերլուծություն»:

ՍՏԱՑՎԱԾ ԱՐՂՅՈՒՆՔՆԵՐԸ ԵՎ ԴՐԱՆՑ ՎԵՐԼՈՒԾՈՒԹՅՈՒՆԸ

«Pain DETECT» հարցաշարի միջոցով նախնական ընտրանքում (n=178) որոշվել են երեք ցուցանիշներ.

1. «Ցավը տվյալ պահին՝ VAS-Current (6.4±1.5)»
2. «Վերջին մեկ ամսվա ընթացքում առկա վատթարագույն ցավը՝ VAS-Worst (8.4±1.3)»
3. «Վերջին մեկ ամսվա ընթացքում միջին ցավը՝ VAS-Average (6.2±1.3)»:

Աղյուսակ 2.

«PainDETECT» հայալեզու հարցաշարը և դրա բնօրինակը

	Ներկա հետազոտություն (n=178)	PainDETECT բնօրինակ* (n=392)
PainDetect հարցաշար	M±SD	M±SD
VAS-Current; M±SD Ընթացիկ ցավ	6.4±1.5	5.5±2.4
VAS- Worst; M±SD Ամենից սաստիկ ցավ	8.4±1.3	7.6±2.0
VAS-Average; M±SD Միջին ցավ	6.2±1.3	5.9±2.0
		*Freyenhagen R et al; 2006

Մեր դիտարկման համաձայն հարցաշարն ունի բարձր վստահելիություն և կարելի է ընդունել որպես բնօրինակի հավաստի թարգմանություն:

Աղյուսակ 3.

«PainDETECT» աղապտացված հարցաշարի «Cronbach's alpha» ցուցանիշները

PainDetect հարցաշար	Ներկա հետազոտություն (n=178)	PainDetect կիրառման օրինակ* (n=392)	PainDetect կիրառման օրինակ** (n=221)	PainDetect կիրառման օրինակ*** (n=252)
Cronbach's Alpha Կրոնբախի ալֆա ցուցանիշ	0.83	0.83	0.76	0.86

* Freynhagen R. et al; 2006; ** Cappelleri J, et al; 2014; ***Andrés J, et al; 2012

Աղյուսակ 4.

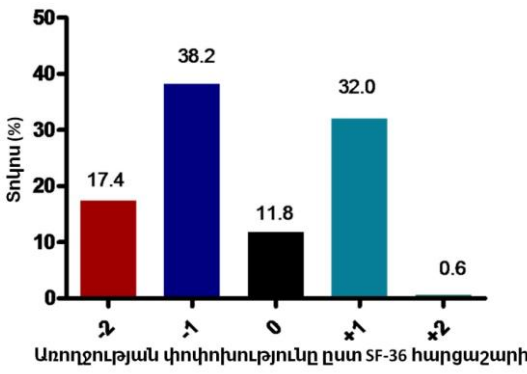
«SF-36» հարցաշարի կիրառմամբ ստացված տվյալները

	Ներկա հետազոտություն (n=178)	ՆՑ հիվանդներ* (n=126)	Ընդհանուր պոպուլյացիա** (n=8930)
SF-36 հարցաշար	M±SD	M±SD	M±SD
Ֆիզիկական գործունեություն	40.6±25.5	61.7±24.3	87.9±19.6
Role Physical (RP)			
Ֆիզիկական խնդիրների դերը	28.7±31.1	29.9±36.1	83.2±31.8
Body Pain (BP)			
Ցավեր մարմնում	36.3±19.9	35.6±16.7	74.8±26.1
General Health (GH)			
Ընդհանուր առողջություն	36.8±12.8	55.2±21.0	75.8±22.2
Vitality (VT)			
Կենսունակություն	41.5±16.1	42.3±21.6	68.8±22.8
Social Functioning (SF)			
Սոցիալական գործունեություն	46.5±22.8	67.6±24.4	88.6±20.3
Role Emotional (RE)			
Հուզական խնդիրների դերը	43.3±35.4	46.4±39.5	85.7±29.2
Mental Health (MH)			
Հոգեհուզական բարեկեցություն	47.4±16.6	68.1±22.2	80.9±18.9

*Rosberg K, et al; 2001; *Sullivan M, et al; 1995

ՆՑ տառապող հիվանդների և առողջ անհատների ԿՈ համեմատական ուսումնասիրություն կատարելիս պարզվեց, որ ԿՈ բոլոր ցուցանիշները ըստ «SF-36» հարցաշարի էականորեն (միջինում մոտ 2 անգամ) ցածր են առողջ մարդկանց ԿՈ ցուցանիշների համեմատ: ՆՑ տառապող հիվանդների շրջանում կատարված մեկ այլ հետազոտության հետ համեմատելիս պարզվեց, որ սանդղակների կեսը միջին արժեքներով իրար մոտ են, սակայն սույն հետազոտության շրջանակներում, ԿՈ-ի՝ «Ֆիզիկական գործունեություն, ընդհանուր առողջություն, սցիալական գործունեություն և հոգեհուզական բարեկեցություն» ցուցանիշները էականորեն ցածր են ստացվել (Աղյուսակ 4):

Գծապատկեր 2-ում ներկայացված է նաև վերջին 1 տարվա ընթացքում առողջության փոփոխության գնահատականը արտահայտող «Առողջության փոփոխություն» ցուցանիշը ընդհանուր ընտրանքի բոլոր հիվանդների համար:



Գծապատկեր 2. Հիվանդների կողմից վերջին 1 տարվա ընթացքում ընդհանուր առողջության փոփոխության գնահատականը ըստ «SF-36» հարցաշարի «Առողջության փոփոխություն» սանդղակի

Հաջորդիվ կատարվել է ՆՑ հիվանդների մոտ դեպրեսիայի և տագնապի գնահատում և պարզվել է, որ ընդհանուր ընտրանքում բոլոր հիվանդներն ունեն այս կամ այն աստիճանի դեպրեսիա. «Նվազագույն՝ 1.7% (n=3), թեթև՝ 7.9% (n=14), միջին՝ 51.2% (n=91) և ծանր՝ 39.3% (n=70)» (Աղյուսակ 5):

Աղյուսակ 5.

«BDI-II» հարցաշարի միջոցով ստացված տվյալները

Դեպրեսիան՝ ըստ BDI-II հարցաշարի (n=178) (100%); M±SD			
Նվազագույն դեպրեսիա (0-13 միավոր); n=3 (1.7%)	Թեթև աստիճանի դեպրեսիա (14-19 միավոր); n=14 (7.9%)	Միջին աստիճանի դեպրեսիա (20-28 միավոր); n=91 (51.2%)	Ծանր աստիճանի դեպրեսիա (29-63 միավոր) n=70 (39.3%)
8.7±3.2	16.2±1.7	23.2±2.6	40.1±6.4

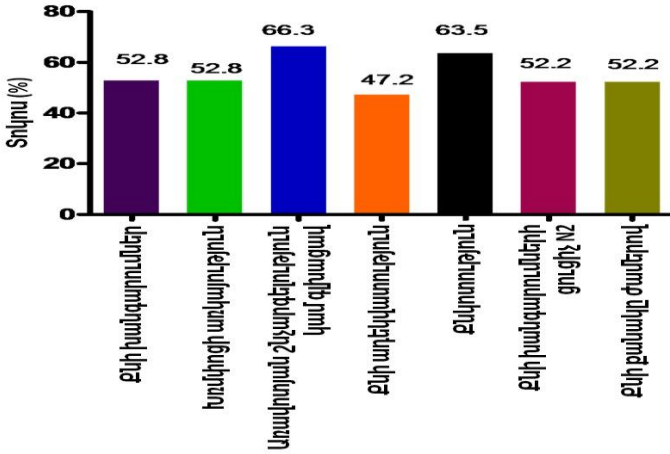
Ըստ «GAD-7» հարցաշարի, ՆՅ հիվանդների ընդհանուր ընտրանքում (n=178), հիվանդների միայն 1.2%-ն է (n=2), որ տագնապ չունի: Մնացած 98.8%-ի (n=176) մոտ հայտնաբերվել է թեթևից մինչև ծանր աստիճանի տագնապ, որը բաշխված է հետևյալ կերպ. 27%՝ (n=48) թեթև աստիճանի, 47.6%՝ (n=85) միջին աստիճանի, 24.2%՝ (n=43) ծանր աստիճանի (Աղյուսակ 6):

Աղյուսակ 6.

«GAD-7» հարցաշարի միջոցով ստացված տվյալները

Տագնապը՝ ըստ GAD-7 հարցաշարի (n=178) (100%); M±SD			
Նորմա (0-4 միավոր) n=2 (1.12%)	Թեթև (5-9 միավոր) n=48 (26.97%)	Միջին (10-14 միավոր) n=85 (47.75%)	Ծանր (15-21 միավոր) n=43 (24.16%)
2.9±1.2	6.9±1.4	11.7±1.6	17.1±2.5

Պարզվել է, որ բոլոր հիվանդները (100%) ունեն քնի խանգարում քնի առնվազն մեկ ցուցանիշով, մասնավորապես. «Քնի խանգարումներ»՝ 82 հիվանդ (46.1%), «Խոնհոնցի առկայություն»՝ 86 (48.3%), «Առավոտյան շնչարգելություն կամ գլխացավ»՝ 60 (33.7%), «Քնի աղեկվատություն»՝ 92 (51.7%), «Քնկոտություն»՝ 61 (34.3%), «Քնի խանգարումների ցուցիչ N2»՝ 76 (42.7%), «Քնի քանակը ժամերով»՝ 50 (28.1%) (Գծապատկեր 3):



Գծապատկեր 3. Հիվանդների ընդհանուր ընտրանքում քնի խանգարումները ըստ MOS-Sleep հարցաշարի տարբեր ցուցանիշների

Ընտրանքից ձևավորված 5 էթիոլոգիական խմբերից յուրաքանչյուրի համար ուսումնասիրվել են համապատասխան հարցաշարերի օգնությամբ ստացված տվյալները, որոնց հիման վրա կատարվել է համեմատական վերլուծություն ըստ էթիոլոգիական խմբերի:

Աղյուսակ 7.

Տարբեր ծագման ՆՅ քանակական և որակական բնութագիրը ըստ «PainDetect» հարցաշարի

PainDetect	ԴՆՆ*	ԱԼՆՆ*	ՀՀՆ*	ԿՑ*	ՏՆ*	Kruskal-Wallis Test	Median Test
VAS-Current Ընթացիկ ցավ	6.3±1.5	6.0±1.6	6.6±1.5	7.1±1.2	6.8±1.7	p=0.1021	p=0.3106
VAS-Worst Ամենից սաստիկ ցավ	8.2±1.4	8.2±1.5	9.0±1.0	8.9±0.9	8.7±0.9	p=0.0296	p=0.1981
VAS-Average Միջին ցավ	6.3±1.3	5.9±1.1	6.3±1.4	6.0±1.1	5.9±1.2	p=0.5052	p=0.4487
Ընդամենը	26.1±5.7	28.8±5.8	28.3±5.2	28.1±5.9	27.7±3.7	p=0.0716	p=0.0173

Այսպիսով, «PainDETECT» հարցաշարով ստացված 3 ցուցանիշների մասով բոլոր խմբերում կային ցավի ուժգնության համանման միջին արժեքներ: Վերջինս չի բացառում խմբերում առկա տարբերությունների նշանակալիությունը, ինչը ևս մեկ անգամ հաստատում է խմբերում ՆՑ որակական ու քանակական տարբերությունների առկայությունը: Վերոնշյալը համապատասխանում է ՆՑ մասին ժամանակակից պատկերացումներին: Տարբեր ծագման ցավային նեյրոպաթիաները, տարբեր ժամանակահատվածում կարող են ունենալ տարբեր ուժգնություն և ցավի մասին չի կարելի կարծիք կազմել միանվագ զննման հիման վրա:

Աղյուսակ 8.

Տարբեր ծագման ՆՑ ազդեցությունը ԿՈ վրա ըստ «SF-36» հարցաշարի

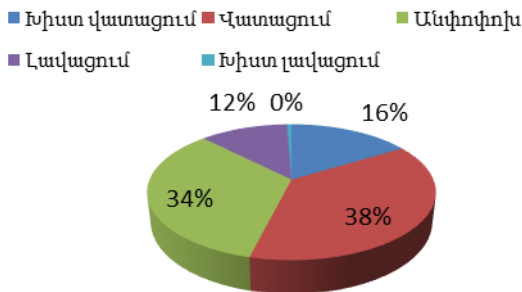
SF-36	ԴՑՆ*	ԱԼՑՆ*	ՀՀՆ*	ԿՑ*	ՏՆ*	Kruskal-Wallis Test	Median Test
PF	36.5±21.8	48.0±25.2	53.5±25.4	25.0±28.5	58.8±29.8	p=0.0001	p=0.0010
RP	38.0±30.9	17.0±27.7	27.2±31.0	0.0±0.0	20.8±29.8	p=0.0000	p=0.0000
BP	40.8±19.8	35.9±16.9	34.8±19.9	24.4±19.2	23.3±16.4	p=0.0104	p=0.1946
GH	38.7±11.4	33.8±9.5	38.7±10.6	30.8±22.0	33.3±12.9	p=0.0500	p=0.1877
VT	46.9±15.0	36.0±12.3	38.9±16.7	28.3±16.4	32.9±10.3	p=0.0000	p=0.0000
SF	49.4±20.4	49.8±22.3	44.0±25.3	32.4±29.7	42.5±21.9	p=0.0960	p=0.6363
RE	42.7±30.0	54.7±39.5	58.0±42.9	16.8±28.6	36.1±41.3	p=0.0021	p=0.0277
MH	53.0±15.1	43.7±15.2	42.4±17.6	34.7±15.0	37.3±13.3	p=0.0000	p=0.0000
PCS	40.1±15.9	34.1±12.9	38.6±16.3	21.7±14.8	33.8±13.8	p=0.0009	p=0.0043
MCS	46.1±13.8	43.6±15.0	44.4±17.4	28.6±17.7	36.4±16.1	p=0.0028	p=0.0195
TH	43.2±15.6	39.9±14.9	42.2±18.2	24.0±15.5	35.6±16.3	p=0.0008	p=0.0050

Տվյալ հետազոտության խնդիրներից էր հանդիսանում բացահայտել տարբեր ծագման ՆՑ ազդեցությունը ԿՈ տարբեր բաղադրիչների վրա: ՆՑ բոլոր էթիոլոգիական խմբերում ԿՈ առանձին ցուցանիշների տարբերությունները հավաստի են: «Ֆիզիկական գործունեություն» ցուցանիշի օրինակով կներկայացվի հետազոտության արդյունքում ստացված ԿՈ տարբեր ցուցանիշների տարբերությունները տարբեր էթիոլոգիական խմբերում:

Այսպիսով, ԿՈ միջին արժեքը ամենից բարձրը ՏՆ խմբում է (58.8±29.8), մինչդեռ ԿՑ հիվանդների խմբում այն անհամեմատ ցածր է՝ ամենից ցածրը բոլոր խմբերում (25.0±29.8): ՀՀՆ դեպքում այն կազմում է (53.5±25.4), ԱԼՑՆ՝ (48.0±25.2) և ԴՑՆ՝ (36.5±21.8): ՏՆ այս ցուցանիշի մասով ունի ամենից բարենպաստ ընթացքը,

ինչը վկայում է, որ ֆիզիկական գործունեությունը կախված չէ միայն ցավի ուժգնությունից ու քանի որ ՏՆ բնորոշ է նույնպես ցավը, ապա ցավից դուրս, հիվանդները կարող են ունենալ բավարար ֆիզիկական գործունեություն, ինչը չենք կարող պնդել օրինակ՝ ԿՑ հիվանդների համար, որոնց դեպքում, ֆիզիկական գործունեության նման ցածր ցուցանիշը պայմանավորված է ընդհանուր ֆիզիկական բարձր հաշմանդամությամբ: Նման պատկեր դիտվում է նաև ԴՑՆ հիվանդների խմբում, որտեղ ինչպես ԿՑ դեպքում, առկա է շաքարային դիաբետ, որի հարաճուն ընթացքը անխուսափելիորեն բերում է հաշմանդամության: ԱԼՑՆ հիվանդները ուղեկցող այլ հիվանդություններ չեն ունեցել, ինչպես և ՀՀՆ հիվանդների մեծ մասը: Եթե նույնիսկ հաշվի առնենք, որ ԱԼՑՆ հիվանդները տառապում են ակոհոլիզմով և շատ հաճախ նրանց ֆիզիկական գործունեության սահմանափակումը կարող է լինել ուղղակիորեն ոչ սթափ լինելու հետևանք, ապա ՀՀՆ խմբում ֆիզիկական գործունեության սահմանափակումը հիմնականում պայմանավորված է ցավով: Խմբերում առկա տարբերությունները վիճակագրորեն հավաստի են ($p=0.0001$):

Ընդհանուր ընտրանքում ($n=178$) վերջին 1 տարվա ընթացքում ինքնազգացողության կամ առողջական վիճակի գնահատման ցուցանիշը՝ «Առողջության փոփոխություն» հիվանդների կողմից գնահատվել է հետևյալ կերպ. 16.3% ($n=29$)՝ խիստ վատացում, 37.6% ($n=67$)՝ վատացում, 33.7% ($n=60$)՝ անփոփոխ, 11.8% ($n=21$)՝ լավացում, 0.6% ($n=1$)՝ խիստ լավացում (Գծապատկեր 4):



Գծապատկեր 4. Ընդհանուր ընտրանքում «Ընդհանուր առողջություն» ցուցանիշը

Այսպիսով, չնայած որ առողջական վիճակի, հետևաբար նաև ԿՈ փոփոխության գնահատականը սուբյեկտիվորեն տրվում է հիվանդի կողմից, այնուամենայնիվ պետք է նկատել, որ հիվանդների կեսից ավելին (53.9%) նշում է առողջության վատացում, որոնցից 16.3% այդ բացասական դինամիկան բնորոշում է «խիստ վատացում» արտահայտությամբ:

Աղյուսակ 9-ում ներկայացված են «BDI-II» և «GAD-7» հարցաշարերով տարբեր խմբերում կատարված ուսումնասիրության արդյունքները, որտեղ ամենից բարձր ցուցանիշն ունեն ՏՆ հիվանդները՝ (36.9±12.1): Երկրորդ տեղում են ԿՑ հիվանդները (34.2±13.7), ինչը բացատրվում է այս խմբում ներառված հիվանդների ուղեկցող ծանր խրոնիկական նյարդաբանական հիվանդություններով: Երրորդ տեղում են ԱԼՑՆ հիվանդները (32.2±13.2): Այս երեք խմբերում հիվանդների մեծ մասի մոտ առկա է ծանր դեպրեսիա: Միջին աստիճանի դեպրեսիա հայտնաբերվել է ԴՑՆ և ՀՀՆ խմբերում՝ համապատասխանորեն 28.3±10.5 և 25.9±9.5 միավոր: Ակնհայտ է, որ ՆՑ բուժումն արդյունավետ չի լինի, եթե չկառավարվի ուղեկցող դեպրեսիան: Հետազոտության արդյունքում պարզվել է, որ հետազոտվող խմբերից 5-ում (Աղյուսակ 9) առկա է միջին աստիճանի տագնապայնություն, ընդ որում ամենից ցածր ցուցանիշը՝ ԴՑՆ խմբում (11.2±3.6): Համանման տագնապայնության ցուցանիշներ են հայտնաբերվել ԱԼՑՆ (11.4±4.0) և ՀՀՆ (11.7±4.2) խմբերում, ինչպես նաև՝ ՏՆ (14.4±2.9) և ԿՑ (14.3±4.5) խմբերում: Նույնությամբ անհրաժեշտ է հայտնաբերել և բուժել ՆՑ ուղեկցվող տագնապը:

Աղյուսակ 9.

Տարբեր ծագման ՆՑ-երի կապը դեպրեսիայի և տագնապի հետ

	ԴՑՆ*	ԱԼՑՆ*	ՀՀՆ*	ԿՑ*	ՏՆ*	Kruskal-Wallis Test	Median Test
BDI-II	28.3±10.5	32.2±13.2	25.9±9.5	34.2±13.7	36.9±12.1	p=0.0126	p=0.4630

GAD-7	11.2±3.6	11.4±4.0	11.7±4.2	14.3±4.5	14.4±2.9	p=0.0071	p=0.0307
--------------	----------	----------	----------	----------	----------	-----------------	-----------------

*=M±SD

178 հիվանդներից բաղկացած ընտրանքում բոլոր հիվանդները այս կամ այն չափով ունեն քնի խանգարումներ: Հետաքրքիր է այն փաստը, որ հետազոտվող խմբերից 4-ում քնի քանակական ցուցանիշը՝ «*Քնի քանակը ժամերով*» չի հատում 7 ժամի շեմը: Բացառություն է կազմում միայն ՏՆ, որտեղ հիվանդները միջինում քնում են (7.7±0.9) ժամ: Երկրորդ տեղում է ՀՀՆ՝ (6.5±1.5) ժամ: Այս երկու խմբերում էլ ՆՑ բուժման համար լայնորեն կիրառվում են հակացնցումային պրեպարատներ, որոնք ունեն արտահայտված քնաբեր ազդեցություն, և երկար քնելը պայմանավորված է բացառապես դրանց կողմնակի ազդեցությամբ, քանի որ հիվանդները նշում են, որ իրենք բավարարված չեն իրենց քնի որակով: Նրանք ցերեկային ժամերին քնկոտ են, ոչ ակտիվ և մշտապես նիրհում են: ԿՑ հիվանդները քնում են ամենից կարճը (3.4±1.3): Այս հանգամանքը ևս բացատրելի է, քանի որ այս խմբի հիվանդներն արդեն իսկ հակված են անքնության:

Այսպիսով, կատարվեց ՆՑ տարբեր էթիոլոգիական խմբերում ցավի ուժգնության, բնույթի, ԿՈ, դեպրեսիայի, տագնապի և քնի որակի գնահատում և դրանց համեմատական վերլուծություն: Ակնհայտ է, որ ՆՑ էականորեն ազդում է ԿՈ տարբեր բաղադրիչների վրա, բերում է դեպրեսիայի, տագնապի, քնի խանգարումների, ընդ որում դրանք կարող են ունենալ տարբեր դրսևորումներ և էականորեն տարբերվել ՆՑ տարբեր կլինիկական տեսակների դեպքում: Բժիշկ-մասնագետի արհեստավարժությունը կայանում է նրանում, որ բազմաթիվ գանգատների մեջ հայտնաբերի քողարկված խնդիրները և կարողանա ընտրել ՆՑ բուժման ճիշտ մարտավարություն:

ՆՑ տևողությունը՝ հիվանդության վաղեմությունը, եղել է տարբեր և տատանվել 1-11 տարվա միջակայքում (միջինում մոտ 4 տարի), ուստի հիվանդները բաժանվել են երկու խմբի. առաջին խմբում ցավի տևողությունը եղել է մինչև 4 տարի, իսկ երկրորդում՝ ավելի քան 4 տարի: Ընդհանուր ընտրանքում, ցավի տևողության և ուժգնության, ինչպես նաև մյուս ցուցանիշների միջև վիճակագրորեն հավաստի տարբերություններ չեն հայտնաբերվել:

Ժամանակակից հետազոտությունների տվյալները փաստում են, որ ՆՑ էականորեն ազդում է ԿՈ վրա: Ըստ տրամաբանության, որքան տևական լինի ՆՑ, այնքան պետք է ցածր լինի ԿՈ, սակայն վիճակագրական տվյալները փաստում են, որ դա բնավ այդպես չէ: Եթե համեմատական անցկացնենք խրոնիկական ցավի հետ և հիշենք, որ խրոնիկական ցավի դեպքում ցածր ԿՈ պայմանավորում է հիմնականում հենց ցավի տևողությունը, ապա կհասկանանք, որ ՆՑ, լինելով խրոնիկական ցավի տեսակ, տարբերվում է նաև այս հատկանիշով: Ցավի

տևողությունը էական ազդեցություն չունի ուժգնության վրա, մինչդեռ ուժգնությունն է, որ էականորեն ազդում է ԿՈ, այսինքն՝ ընդհանուր առողջության ցուցանիշների վրա: Փաստորեն, հիվանդը, ով ավելի, քան 10 ունի ցածր ուժգնության ՆՑ, կունենա ավելի բարձր ԿՈ, քան հիվանդը, ում ցավն ուժգին է, սակայն ունի 1 տարվա վաղեմություն: Այնուամենայնիվ մշտապես պետք է հաշվի առնել, որ ցանկացած ցավի գնահատումը հիվանդի կողմից սուբյեկտիվ է, կախված է նրա խառնվածքից, անձի հոգեհուզական առանձնահատկություններից:

«PainDETECT» հարցաշարի հիման վրա ստացված՝ ցավի ուժգնության ցուցանիշները, հիվանդների ընդհանուր ընտրանքում դիտարկվել են նաև ըստ սեռի: Տղամարդկանց և կանանց մոտ ցավի ուժգնության տարբեր ցուցանիշները վիճակագրական ոչ պարամետրիկ թեստերի համաձայն չեն տարբերվում: Կանայք և տղամարդիկ առանձին հետազոտվել են նաև ԿՈ, դեպրեսիայի, տագնապի, քնի որակի տարբերությունների հայտնաբերման նպատակով և պարզվել է, որ դրանցում ևս վիճակագրորեն հավաստի տարբերություններ չկան:

Այսպիսով, հետազոտության արդյունքների վիճակագրական վերլուծության արդյունքում կատարվել են հետևյալ եզրակացությունները և գործնական առաջարկությունները:

ԵԶՐԱԿԱՅՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐ

1. ՆՅ բացահայտման և բազմակողմանի գնահատման հայալեզու հարցաշարերի փաթեթը հետազոտողի համար հանդիսանում է վստահելի, կիրառելի և զգայուն գործիք:
2. ՆՅ քանակական և որակական բնութագրում, ըստ պատճառագիտության, մեծամասնություն են կազմում՝ ԴՑՆ (56%), ԱԼՑՆ (14%), ՀՀՆ (13%), ԿՑ (10%) և ՏՆ (7%):
3. ՆՅ բոլոր հիվանդների մոտ ԿՈ իջած է և ուղղակիորեն կապված է ցավի ուժգնության հետ: ԿՈ նվազագույն ցուցանիշները հայտնաբերվել են ԿՑ հիվանդների խմբում և կազմել 24.0 ± 15.5 միավոր, առավելագույնը՝ ԴՑՆ հիվանդների խմբում (43.2 ± 15.6 միավոր):
4. ՆՑ հիվանդների մոտ հայտնաբերվել են տարբեր աստիճանի դեպրեսիա, տագնապ և քնի խանգարումներ: Դեպրեսիայի և տագնապի ամենից ցածր ցուցանիշներ դիտվել են ՏՆ խմբում, որտեղ համապատասխանորեն կազմում են 36.9 ± 12.1 և 14.4 ± 2.9 միավոր: Քնի տևողությունը և որակը համապատասխանորեն ամենից կարճն ու ցածրն են ԿՑ հիվանդների խմբում:
5. ՆՑ տառապող հիվանդների ԿՈ, դեպրեսիան, տագնապը, քնի խանգարումները առավելապես կախված են բուն ցավի (ընթացիկ, առավելագույն, միջին) ուժգնությունից: Այդ ցուցանիշները գտնվում են միջինից մինչև բարձր աստիճանի հարաբերակցային կապերի մեջ: ԿՈ, դեպրեսիայի, տագնապի ու քնի խանգարումների և հիվանդության տևողության միջև հավաստի հարաբերակցային կապեր հայտնաբերված չեն:

ԳՈՐԾՆԱԿԱՆ ԱՌԱՋԱՐԿՆԵՐ

1. ՆՑ համար ստեղծված է հայալեզու, վստահելի, փորձարկված գործիք՝ ադապտացված «PainDETECT» հարցաշարի տեսքով:
2. ՆՑ հիվանդի վիճակի կլինիկական գնահատումը պետք է ընդգրկի դեպրեսիայի և տագնապի աստիճանի որոշումը՝ հետագա արդյունավետ ֆարմակոթերապիայի ընտրության նպատակով:
3. Անկախ ՆՑ էթիոլոգիայից, բոլոր հիվանդների մոտ անհրաժեշտ է բարելավել քնի որակը, ֆիզիկական ակտիվությունը, սոցիալական ադապտացիան և համապատասխանորեն ԿՈ:

**ԱՏԵՆԱԽՈՍՈՒԹՅԱՆ ԹԵՄԱՅՈՎ ՀՐԱՏԱՐԱԿՎԱԾ
ԳԻՏԱԿԱՆ ԱՇԽԱՏԱՆՔՆԵՐԻ ՑԱՆԿԸ**

1. Ավետիսյան Ա.Ե., Բարսեղյան Վ.Ռ.: Ներդրապթիկ ցավի ազդեցությունը դեպրեսիայի, տագնապի և քնի խանգարումների վրա՝ հեմոդիալիզային թերապիա ստացող հիվանդանոցների մոտ: ՏԵՄԱԿԱՆ ԵՎ ԿԼԻՆԻԿԱԿԱՆ ԲԺՇԿՈՒԹՅԱՆ ՀԱՐՑԵՐ գիտագործնական հանդես, Երևան, 2015թ., հատոր 18, N4 (100), էջեր՝ 49-56:
2. Ավետիսյան Ա.Ե.: Ներդրապթիկ ցավը որպես ժամանակակից առողջապահական խնդիր՝ ապացուցողական բժշկության ուշադրության կիզակետում: ԱՊԱՑՈՒՑՈՂԱԿԱՆ ԲԺՇԿՈՒԹՅՈՒՆ. տեսությունից պրակտիկա. 2-րդ միջազգային գիտաժողովի նյութերի ժողովածու. Երևան, (սեպտեմբերի 24-26, 2015թ.), էջեր՝ 130-141:
3. Ավետիսյան Ա.Ե., Բարսեղյան Վ.Ռ.: Հեմոդիալիզային թերապիա ստացող հիվանդանոցների շրջանում ներդրապթիկ ցավի և կյանքի որակի միջև փոխկապակցությունները: ԲԺՇԿՈՒԹՅՈՒՆ ԳԻՏՈՒԹՅՈՒՆ ԵՎ ԿԼԻՆԻԿԱԿԱՆ ԳԻՏԱՏԵԽՆԻԿԱԿԱՆ ՀԱՆԴԵՍ, Երևան, ՀՈՒՆԻՄ-2015թ., թ. 21, ISSN 1829-1775, էջեր՝ 120-127:
4. Ավետիսյան Ա.Ե.: Ներդրապթիկ ցավի գնահատման և ախտորոշման հարցաշարերը: ժամանակակից մասնագիտական գրականության համակարգված վերլուծություն: ԲԺՇԿՈՒԹՅՈՒՆ ԳԻՏՈՒԹՅՈՒՆ ԵՎ ԿԼԻՆԻԿԱԿԱՆ ԳԻՏԱՏԵԽՆԻԿԱԿԱՆ ՀԱՆԴԵՍ, Երևան, ՀՈՒՆԻՄ-2015թ., թ. 21, ISSN 1829-1775, էջեր՝ 131-135:
5. Ավետիսյան Ա.Ե., Մանվելյան Հ.Ս.: Տարբեր ծագման ներդրապթիկ ցավային համախտանիշների ազդեցությունը հիվանդանոցների կյանքի որակի վրա: ՏԵՄԱԿԱՆ ԵՎ ԿԼԻՆԻԿԱԿԱՆ ԲԺՇԿՈՒԹՅԱՆ ՀԱՐՑԵՐ, գիտագործնական հանդես, Երևան, 2016թ., հատոր 19, N6 (110), էջեր՝ 71-80:
6. Ավետիսյան Ա.Ե., Մանվելյան Հ.Ս.: Ներդրապթիկ ցավային համախտանիշի կապը դեպրեսիայի, տագնապի և քնի հետ: ՏԵՄԱԿԱՆ ԵՎ ԿԼԻՆԻԿԱԿԱՆ ԲԺՇԿՈՒԹՅԱՆ ՀԱՐՑԵՐ, գիտագործնական հանդես, Երևան, 2017թ., հատոր 20 N 1 (111), էջեր՝ 24-34:

**Влияние нейропатического болевого синдрома на качество жизни
больных, депрессию, тревогу и сон**

РЕЗЮМЕ

Нейропатический болевой синдром является одним из актуальных проблем современной неврологии. Научные данные за последние десятилетия изменили общее представление о нейропатической боли (далее НБ), тем самым способствуя новому подходу для определения, пониманию этиологии, патофизиологии, классификации и эпидемиологии разных НБ, а так же диагностике, лечению и профилактике. Кроме анамнеза, неврологического осмотра, нейрофизиологических и лабораторных тестов, для диагностики НБ в клинической практике эффективно использование опросников (скрининговых инструментов). Однако, обзор современной литературы показывает, что в многих странах НБ остается недиагностированной и не леченной. Это приводит к хронизации НБ, таким образом, действуя на качество жизни (далее КЖ) больных, за счет снижения физического и ментального здоровья. Серьезные экономические, финансовые проблемы возникают при НБ и для пациента, и государства. Республика Армении не является исключением.

Целью исследования являлся многостороннее клиническое наблюдение НБ разных этиологий, что позволит открыть строение его составных частей, социальный груз болезни и степень поражения КЖ больных. В исследование были вовлечены 178 больных с НБ, которые за 2013-2015гг. обратились с целью исследования и лечения (амбулаторно или в условиях стационара) в клиническую базу кафедры неврологии Ереванского Государственного Медицинского Университета.

Исходя из этиологии НБ больные были разделены на 5 групп: диабетическая болевая нейропатия (далее ДБН, n=100), алкогольная болевая нейропатия (далее АлБН, n=25), посгерпетическая невралгия (далее ПГН, n=23), центральная боль (далее ЦБ, n=18), тригеминальная невралгия (далее ТН, n=12).

В перекрестном исследовании использовались разные скрининговые инструменты. НБ оценивалась посредством опросника PainDETECT, КЖ - Health Related Quality of Life Short Form (SF-36), депрессия - Beck Depression Inventory II (BDI-II), тревога - Generalized Anxiety Disorder 7 (GAD-7), сон - Sleep Scale from the Medical Outcomes Study (MOS-Sleep). Варианты опросников PainDETECT, GAD-7 и MOS-Sleep на армянском языке были валидизированы. Статистический анализ исследования был произведен с помощью программ "Statistica 10" и "GraphPad Prism 5". Все показатели оценивались как в общем отборе больных, так и в образованных этиологических группах с дальнейшим межгрупповым сравнением.

В общем отборе больных разные этиологические группы больных с НБ были распределены следующим путем: ДБН (56%), АлБН (14%), ПГН (13%), ЦБ (10%) и ТН (7%). КЖ у всех больных с НБ было снижено и напрямую связано с интенсивностью боли. Самые низкие показатели КЖ были обнаружены в группе больных с ЦБ и составили 24.0 ± 15.5 единиц, наивысшие - 43.2 ± 15.6 единиц в группе больных ДБН. У больных с НБ были обнаружены депрессия, тревога и расстройства сна разной степени. В группе больных с ТН самые низкие показатели депрессии и тревоги, что соответственно составляет 36.9 ± 12.1 и 14.4 ± 2.9 единиц. В группе больных с ЦБ продолжительность и качество сна соответственно самые короткие и низкие. КЖ, депрессия, тревога и расстройства сна у больных с НБ в большей степени зависят от интенсивности боли.

Между продолжительностью боли и КЖ, депрессией, тревогой, расстройствами сна достоверных корреляционных связей не обнаружено как у мужчин, так и у женщин.

Клиническая оценка больных с НБ должна включить определение степени депрессии и тревоги с целью выбора дальнейшей продуктивной фармакотерапии. Несмотря на то, что клиническая картина отличается при разных этиологических формах НБ, у всех больных нужно улучшить качество сна, физическую активность, социальную адаптацию и соответственно КЖ. Полученные данные соответствуют современным понятиям о НБ.

AVETIS Y. AVETISYAN

Impact of Neuropathic Pain Syndrome on Patients' Quality of Life, Depression, Anxiety and Sleep

SUMMARY

Neuropathic Pain (NP) Syndrome is one of the actual problems of contemporary Neurology. The scientific data of the recent decades changed the overall understanding of NP thus promoting new approach to definition, aetiology, pathophysiology, classification and epidemiology of NPs as well as their diagnosis, pharmacotherapy and prophylaxis. Besides disease history, neurological examination, neurophysiological and laboratory tests the usage of questionnaires (screening tools) for the assessment of NP are efficient in the clinical practice. However, the review of current literature shows that NP remains improperly diagnosed and treated in many countries. This leads to chronic NP, thus affecting the Quality of Life (QoL) due to impairment of physical and mental health. Serious economic, financial problems are caused by NP burden both for patient and the state. The Republic of Armenia is also facing this issue.

The aim of this study is the comprehensive clinical investigation of Neuropathic Pain (NP) Syndrome of different aetiology, which will disclose its constituent parts, the social burden of the disorder and the level of Quality of Life (QoL) in patients with NP. This study involved 178 patients with definite diagnosis of NP who were consulted for medical examination and treatment in either outpatient or inpatient unit at the Clinical Base of Neurology Department, Yerevan State Medical University during 2013-2015 years. Based on NP aetiology patients were classified into 5 groups: Diabetic Painful Neuropathy (DNP; n=100), Alcohol Induced Painful Neuropathy (AIPN; n=25), Postherpetic Neuralgia (PHN; n=23), Central Pain (CP; n=18), Trigeminal Neuralgia (TN; n=12).

In the cross-sectional study different screening tools were used. NP was estimated by PainDETECT, QoL – Health Related Quality of Life Short Form

(SF-36), Depression – Beck Depression Inventory II (BDI-II), Anxiety – Generalized Anxiety Disorder 7 (GAD-7), Sleep – Sleep Scale from the Medical Outcomes Study (MOS-Sleep). Armenian versions of the PainDETECT, GAD-7 and MOS-Sleep questionnaires were validated. The statistical analysis of the investigation was performed by “Statistica 10” and “GraphPad Prism 5”. All the parameters were estimated both in the general selection of the patients and in the different aetiological groups with further group comparison.

The distribution of NP patients of different aetiology in the general selection was as follows: DNP (56%), AIPN (14%), PHN (13%), CP (10%) and TN (7%). QoL was decreased in all patients with NP and was directly associated with the intensity of pain. The lowest scores of QoL were found in the group of CP and were estimated 24.0 ± 15.5 points. The highest scores were found in the DNP group (43.2 ± 15.6 points). Varied degrees of Depression, Anxiety and Sleep were found among NP patients. The lowest scores of Depression and Anxiety were observed in the TG group, which estimated 36.9 ± 12.1 and 14.4 ± 2.9 points respectively. The lowest sleep rates were described in the CP group. QoL, Depression, Anxiety, Sleep disorders in patients with NP mainly depend on the intensity of pain which was statistically reliable. Any reliable statistical differences between disease duration and various indicators of QoL, Depression, Anxiety and Sleep disorder both in male and female patients were not detected.

We conclude that the clinical evaluation of NP patients should include the assessment of the level of Depression and Anxiety for the purpose to choose further efficient pharmacotherapy. Although NP aetiologies varied clinically, there is a need for all the patients to improve their quality of sleep, physical activity, social adaptation and, accordingly, QoL. The obtained results are relevant to contemporary understanding of NP.

