

Zaangażowanie Autorów

- A – Przygotowanie projektu badawczego
B – Zbieranie danych
C – Analiza statystyczna
D – Interpretacja danych
E – Przygotowanie manuskryptu
F – Opracowanie piśmiennictwa
G – Pozyskanie funduszy

Author's Contribution

- A – Study Design
B – Data Collection
C – Statistical Analysis
D – Data Interpretation
E – Manuscript Preparation
F – Literature Search
G – Funds Collection

Jolanta Wilmańska^{1(A,B,C,D,E,G)}, Ewa Gułaj^{1(C,E,F)}

Klinika Geriatrii, Akademia Medyczna, Białystok

Współistnienie choroby zwyrodnieniowej narządu ruchu i depresji u starszych pacjentów – implikacje terapeutyczne *Coincidence of arthrosis and depression in elderly patients – therapeutic implications*

Słowa kluczowe: niepełnosprawność, jakość życia, dolegliwości bólowe
Key words: disability, quality of life, pain

STRESZCZENIE

Wstęp. Choroba zwyrodnieniowa narządu ruchu dotyka ponad połowę osób w wieku powyżej 60 lat. Bóle i ograniczenie ruchomości stawów i kregostupa często są przyczyną upośledzenia stanu funkcjonalnego, ograniczają samodzielność i są powodem niedołęstwa osób starszych. Celem pracy była ocena współwystępowania choroby zwyrodnieniowej narządu ruchu i depresji wśród starszych pacjentów Poradni Geriatrycznej oraz wpływu tych schorzeń na sprawność funkcjonalną, odczuwanie dolegliwości bólowych i samoocenę stanu zdrowia. Próbowano również określić związek różnorodnych zmiennych, takich jak wiek, płeć, poziom wykształcenia, sytuacja materialna, samoocena stanu zdrowia z występowaniem choroby zwyrodnieniowej narządu ruchu.

Materiał i metody. Badaniem objęto 70 osób w wieku 60 lat i powyżej będących pacjentami Poradni Geriatrycznej przy Klinice Geriatrii AM w Białymstoku. Narzędziem badawczym był kwestionariusz ankietowy własnej konstrukcji oceniający m.in. sytuację środowiskową, stan kliniczny i sprawność funkcjonalną badanych osób starszych. W badaniu wykorzystano również Geriatryczną Skalę Oceny Depresji (GDS), Test Oceny Upośledzenia Funkcji Poznawczych (Mini Mental State Examination) oraz skrócony test oceny Podstawowej Aktywności Dnia Codziennego (PADL).

Wyniki. Wyniki badań wskazują na częstsze występowanie depresji wśród pacjentów, u których stwierdzono chorobę zwyrodnieniową narządu ruchu ze współistniejącymi dolegliwościami bólowymi. W badanej grupie starszych pacjentów 92% chorych ze zmianami zwyrodnieniowymi narządu ruchu wykazywało cechy różnie nasilonej depresji. Stwierdzono również wysoką znamienność statystyczną pomiędzy obecnością depresji a występowaniem przewlekłych dolegliwości bólowych ($p=0,000$). Te osoby cechują się również bardziej zaawansowaną niesprawnością zarówno w zakresie podstawowych czynności dnia codziennego (PADL), jak też lokomocji.

Wnioski. Biorąc pod uwagę fakt częstszego występowania zaburzeń emocjonalnych w badanej grupie osób starszych ze współistniejącą chorobą zwyrodnieniową oraz doniesienia dotyczące korzystnego wpływu leczenia przeciwdepresyjnego na odczuwanie dolegliwości bólowych w chorobach układu ruchu, należy zwrócić większą uwagę na problem diagnozowania depresji u pacjentów geriatrycznych, a co za tym idzie włączenia (w uzasadnionych przypadkach) leczenia przeciwdepresyjnego do kompleksowej terapii choroby zwyrodnieniowej. Właściwe rozpoznanie współistniejących schorzeń ukierunkowuje proces leczenia i umożliwia zintegrowaną terapię, co przyczynia się do poprawy stanu zdrowia, jakości życia i niezależności osób starszych.

SUMMARY

Background. More than half of elderly adults over 60 years old suffer from arthrosis. The pain and mobility reduction associated with this disease reduce their independence and increase their physical disability. The aim of our study was to estimate the coincidence of arthrosis and depression in a population of outpatients from our Geriatric Clinic, and to assess the influence of each disease on functional ability, pain and self-appraisal of health. Furthermore, we tried to evaluate the relationship between age, sex, education, financial position, self-appraisal of health, and the presence of arthrosis.

Material and methods. The study group consisted of 70 elderly adults over 60 years old, outpatients from the Geriatric Department of the Medical University in Białystok. Social and demographic data were gathered and the clinical diagnosis was evaluated using an authorial questionnaire. We also used the Geriatric Depression Scale (GDS), the Mini Mental State Examination (MMSE), and the Personal Activities of Daily Living scale (PADL).

Results. Depression was observed more frequently in patients with arthrosis associated with pain. Symptoms of depressions were found in 92% of the group with arthritis. The relation between depression and chronic joint pain was highly significant ($p=0,000$). A relationship was also found between difficulties in performing everyday activities, mobility and arthrosis.

Conclusions. Given the data suggested that emotional disorders in our group of elderly adults are associated with arthrosis, and publications about the positive effect of antidepressive treatment on pain susceptibility in rheumatological diseases, we should pay more attention to diagnosis and treatment of depression (in reasonable cases) in elderly patients in comprehensive therapy of arthrosis. The proper recognition of coincident diseases directs treatment and enables a comprehensive approach to medical care. It results in better health, quality of life and independence for elderly persons.

Liczba słów/Word count: 3455

Tabele/Tables: 1

Ryciny/Figures: 4

Piśmiennictwo/References: 18

Adres do korespondencji / Address for correspondence

dr Jolanta Wilmańska

Klinika Geriatrii AMB

15-471 Białystok, ul. Fabryczna 27, tel./fax: (0-85) 869-45-67, e-mail: wilma@osiedle.net.pl

Otrzymano / Received

12.05.2006 r.

Zaakceptowano / Accepted

28.10.2006 r.

WSTĘP

Rozpowszechnienie zarówno zaburzeń afektywnych, jak i choroby zwyrodnieniowej narządu ruchu jest w populacji osób starszych bardzo wysokie. Zaburzenia depresyjne stanowią coraz większy problem zdrowotny w populacji geriatrycznej.

Według Krzysińskiego ich występowanie zwiększa się do 8 dekady życia. Także poczucie zagrożenia wśród ludzi starych wskazuje stałą tendencję wzrostową [1,2]. Już przed ponad 30 laty Kierman przewidywał epidemiczne występowanie depresji u schyłku XX wieku wśród ludzi starych [3]. Zgodnie z danymi Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) depresja urasta do rangi poważnego problemu międzynarodowego. Szacuje się, że w roku 2020 zajmie ona drugie miejsce na liście najpoważniejszych chorób prowadzących do niepełności [4]. Depresja często występuje razem z przewlekłym bólem. Dane z piśmiennictwa pokazują, że stwierdza się ją u około 50% chorych zgłaszających stałe utrzymywanie się dolegliwości bólowych, a prawdopodobieństwo wystąpienia depresji rośnie wraz ze zwiększaniem się liczby skarg na dolegliwości fizyczne [5,6].

Niniejsza praca dotyczy problemu współistnienia zaburzeń depresyjnych i choroby zwyrodnieniowej narządu ruchu wśród starszych pacjentów. Starzenie biologiczne jest powszechne, nieodwracalne i w swoim przebiegu destrukcyjne. Dotyczy komórek, tkanek, narządów i organizmu jako całości. Dlatego wiek podeszły jest wspólnym czynnikiem ryzyka występowania chorób somatycznych (w tym choroby zwyrodnieniowej narządu ruchu) i zespołów depresyjnych. Związek pomiędzy nimi może być wieloraki:

1. Choroba somatyczna jest czynnikiem wywołującym depresję (jako reakcję na przewlekłą chorobę i stałe utrzymujące się dolegliwości).
2. Depresja przyczynia się do wystąpienia choroby somatycznej poprzez nasilenie zaburzeń homeostazy organizmu.
3. Związek między tymi chorobami jest „przypadkowy” i wynika z częstszego występowania w wieku podeszłym zarówno depresji, jak i choroby somatycznej [7].

Dane epidemiologiczne dotyczące rozpowszechnienia depresji w starszej populacji wykazują dość duże zróżnicowanie. Jest to spowodowane stosowaniem różnych kryteriów rozpoznawczych oraz nie uwzględnianiem przez stosowane klasyfikacje specyfiki starości. Częstość występowania „dużej depresji” oceniana jest przez różnych autorów na 2-14%, zaś „małej” na 4-24%. Częstość depresji u chorych somatycznie określana jest na 10-45%. Zachorowal-

ność kobiet jest 3-4 krotnie większa od zachorowalności mężczyzn. Zapadalność na depresję zmniejsza się u mężczyzn po 70 roku życia, a u kobiet po 80. Jednak mimo malejącej zapadalności rozpowszechnienie depresji wraz z wiekiem zwiększa się w związku z efektem sumowania [1,8].

Także kryterium wieku określające umowny początek starości jest w wielu przekrojowych badaniach środowiskowych, statystycznych i klinicznych podawane w sposób nieprecyzyjny jako 60 lub 65 lat. Przysparza to pewnych kłopotów w porównywaniu badań różnych autorów. W prezentowanej pracy, zgodnie ze stanowiskiem Polskiego Towarzystwa Gerontologicznego, Kolegium Lekarzy Specjalistów Geriatrii i Konsultanta Krajowego w tej dziedzinie za granicę wieku podeszłego przyjęto ukończenie 60 roku życia [9]. W tej grupie wiekowej znacząco wzrasta częstotliwość występowania przewlekłych stanów chorobowych i zespołów geriatrycznych wpływających na obniżenie jakości życia starszych pacjentów. Zarówno depresja, jak i choroba zwyrodnieniowa narządu ruchu są u tych chorych częstą przyczyną znacznego pogorszenia stanu funkcjonalnego, nasilenia niepełności i uzależnienia od innych. Biorąc pod uwagę powyższe wydaje się, że podjęcie tematu współistnienia tych chorób u pacjentów w wieku podeszłym i wynikających z tego implikacji terapeutycznych jest celowe i uzasadnione.

MATERIAŁ I METODY

Badania dotyczyły pacjentów Specjalistycznej Poradni Geriatrycznej przy Klinice Geriatrii Akademii Medycznej w Białymstoku, w której zgodnie ze standardami świadczenia usług medycznych w specjalności geriatrycznej leczone są osoby po przekroczeniu 60 roku życia [9]. Objęły one grupę 70 osób kolejno zgłaszających się do Poradni w określonym dniu tygodnia (wtorek) w okresie VII-IX 2005, które wyraziły zgodę na udział w badaniu i były zdolne do odpowiedzi na zadawane pytania. Większość badanych, bo aż 70% (49 osób) stanowiły kobiety, pozostałe 30% (21 osób) to mężczyźni. Wskaźnik odpowiedzi (response rate) wynosił 93%. Dwie osoby odmówiły udziału w próbie, trzy nie zostały zakwalifikowane ze względu na głębokie zaburzenia otępienne uniemożliwiające udzielenie odpowiedzi. Badani byli w wieku 60 lat i powyżej. Średnia wieku wynosiła 76 lat, dla kobiet 78 lat, dla mężczyzn 74 lata.

Prezentowana praca jest częścią większego badania ankietowego dotyczącego związku pomiędzy występowaniem depresji a różnymi czynnikami zdrowotnymi (występowanie niektórych schorzeń, przewlekłe dolegliwości bólowe, niepełność, farmako-

terapia), środowiskowymi (zmiana miejsca zamieszkania, utrata bliskiej osoby, konieczność korzystania z pomocy innych), psychospołecznymi (utrata pełnienia ról społecznych, brak wsparcia społecznego) wśród starszych chorych. Narzędziem badawczym był kwestionariusz ankietowy umożliwiający ocenę

- Stanu emocjonalnego (Geriatryczna Skala Depresji)
- Stanu funkcji poznawczych i sprawności umysłowej (Test Mini Mental State Examination)
- Sprawności fizycznej (Testy wykonywania czynności dnia codziennego -ADL-Activities of Daily Living)
- Stanu klinicznego pacjentów (badanie podmiotowe i przedmiotowe, dane z dokumentacji medycznej)
- Szczegółowych aspektów zdrowia oraz uwarunkowań pozazdrowotnych tj. środowiskowych i psychospołecznych mogących mieć wpływ na wystąpienie depresji.

Projekt uzyskał zgodę Komisji Etycznej Akademii Medycznej w Białymstoku.

Analizę statystyczną prowadzono przy użyciu programu Statistica w wersji 6.0. Do oceny różnic między grupami stosowano test Chi² Pearsona. Za różnice znamienne statystycznie przyjęto poziom istotności $p=0.05$.

WYNIKI

Charakterystyka demograficzna badanej grupy

Wśród osób biorących udział w próbie znaczącą większość (70%) stanowiły kobiety, pozostałe 30% to mężczyźni. Najmłodszy badany miał 63 lata, najstarszy 98. Średnia wieku wynosiła 78 lat. Do analizy statystycznej pacjenci zostali podzieleni na trzy grupy wiekowe. W najmłodszej (60-69 lat) znalazło się 15 osób (21%), w średniej (70-79 lat) – 28 osób – 40%, w najstarszej – 80 lat i powyżej pozostało 27 osób (39%).

Znaczna większość badanych – 71% pochodziła z miasta. W najstarszej grupie aż 85% stanowili mieszkańcy miasta. Zasadniczym źródłem utrzymania przeważającej większości badanych osób starszych (91%) była emerytura lub renta.

Stan cywilny i wykształcenie badanych osób wykazywały charakterystyczne różnice zależne od płci i wieku. W związkach małżeńskich pozostawało aż 95% mężczyzn i jedynie 38% kobiet. Wśród kobiet przeważały wdowy – 55% ($p=0,000$). Wraz z zaawansowaniem wieku wzrastał procent osób owdowiałych, od 13% w grupie najmłodszej do 59% wśród osób powyżej 80 roku życia ($p=0,06$).

Osoby z wykształceniem średnim stanowiły jedynie 44% wszystkich badanych. Lepiej wykształceni byli mężczyźni, wśród których 67% posiadało wykształcenie średnie, a 5% wyższe. Natomiast tylko 35% kobiet legitymowało się wykształceniem średnim ($p= 0,009$). 100% mężczyzn i 71% kobiet zamieszkuje wspólnie z najbliższą rodziną, najczęściej ze współmałżonkiem lub z dziećmi. 8% kobiet mieszka z dalszą rodziną i aż 16% samodzielnie. Zastanawiający jest fakt, że wśród kobiet mieszkających samotnie aż 75 % stanowiły te, które miały powyżej 80 lat.

Ocena sprawności funkcjonalnej, lokomocyjnej i samoocena stanu zdrowia

Badane osoby należały raczej do osób umiarkowanie niesprawnych fizycznie. Sprawność funkcjonalna, oceniana jako zdolność do wykonywania podstawowych czynności dnia codziennego (Personal Activities of Daily Living – PADL) okazała się być na prawidłowym poziomie dla 59% badanych. Obserwowano znamienne statystycznie różnice w zależności od grupy wieku. W najmłodszym przedziale 93% należało do osób sprawnych w zakresie podstawowego ADL, w grupie wieku 70-79 lat 64%, a wśród najstarszych już tylko 33% ($p=0,004$). Oceniano również sprawność lokomocyjną, ponieważ wyraźnie rzutuje ona na całokształt aktywności człowieka i jego niezależność. W miarę zaawansowania wieku zmniejszał się odsetek osób poruszających się swobodnie w domu i poza domem (I grupa lokomocji wg Piotrowskiego), a zwiększał procent osób poruszających się poza domem z trudnością (II grupa wg Piotrowskiego) i nie wychodzących samodzielnie z domu (III grupa). Różnice były znamienne statystycznie ($p=0,02$). Powyższe dane prezentuje Tab 1.

Obserwowano również zależność sprawności lokomocyjnej od płci. Lepszą sprawnością lokomocyjną cechowali się mężczyźni ($p=0,0006$). Oni również nieco lepiej ocenili swój stan zdrowia. 61% mężczyzn w porównaniu do 53% kobiet uznało go za przeciętny, porównywalny ze zdrowiem rówieśników, 14% za dobry (versus 4% kobiet)

Najlepiej swój stan zdrowia oceniły osoby z najstarszej grupy wieku: 11% jako dobry (odpowiednio 7% w grupie 60-69 i 4% w grupie 70-79), 63% jako przeciętny (versus 53% i 50%) i 25% jako zły (odpowiednio 40% w grupie 60-69 i 47% w grupie 70-79). Nie były to jednak różnice istotne statystycznie.

Występowanie depresji, choroby zwyrodnieniowej narządu ruchu i dolegliwości bólowych

Do rozpoznania zaburzeń emocjonalnych wykorzystano Geriatryczną Skalę Depresji Yesavage'a

Tab. 1. Sprawność lokomocyjna a wiek badanych ($p=0,002$)Tab. 1. Relationship between efficiency of locomotion and age ($p=0.002$)

WIEK	I grupa lokomocji wg Piotrowskiego	Lokomocja -II grupa	Lokomocja -III grupa
60-69	53,3%	46,7%	0,0%
70-79	21,4%	60,7%	17,9%
80 i powyżej	7,4%	51,8%	40,8%
Ogół (% z całości)	22,9%	54,3%	22,8%

Grupy lokomocji:

I - osoby swobodnie poruszające się w domu i poza domem

II-osoby poruszające się swobodnie w domu, poza domem z trudnością

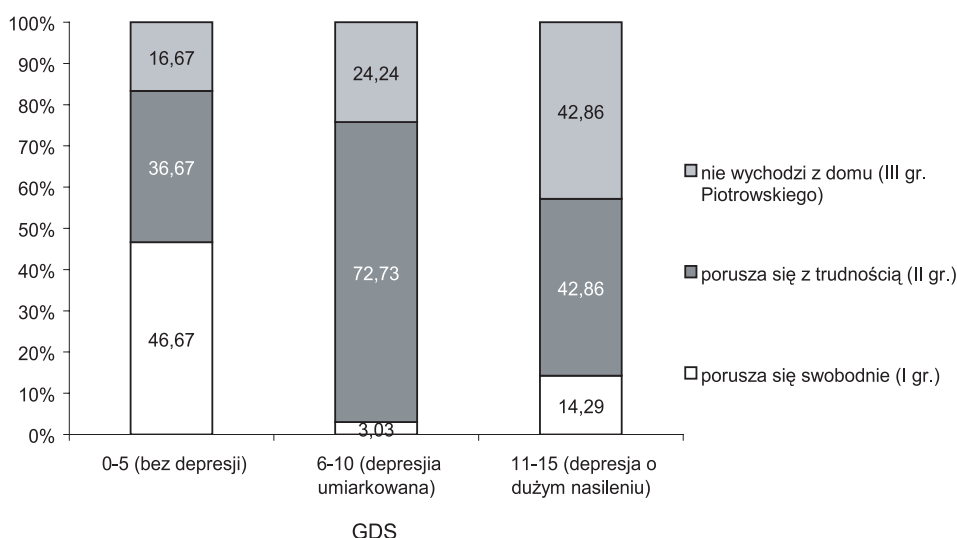
III- osoby poruszające się z trudnością, nie wychodzące samodzielnie z domu

w wersji 15 punktowej. Jest to najczęściej stosowana przesiewowa skala oceny depresji w wieku starszym. W opisywanym badaniu wynik prawidłowy (0-5punktów), świadczący o braku zaburzeń emocjonalnych stwierdzono u 43% badanych. 47% wykazywało depresję o umiarkowanym nasileniu (6-10 punktów) i 10% głębokie zaburzenia depresyjne (11-15 punktów). Najczęściej stwierdzano obecność depresji w przedziale wieku 70-79 lat, jednak bez istotności statystycznej ($p=0,07$). Zaobserwowano natomiast wysoce istotne statystycznie zróżnicowanie stanu emocjonalnego w zależności od płci ($p=0,004$). Depresję stwierdzono u 70% kobiet i jedynie u 28% mężczyzn. Obecność depresji miała wpływ na samoocenę sprawności lokomocyjnej. 97% chorych z umiarkowanie nasiloną depresją i 86% z głęboką depresją zgłaszało upośledzenie sprawności w przemieszczaniu się. Wśród osób poruszających się swo-

obodnie w domu i poza domem 87% stanowili ludzie starsi bez zaburzeń depresyjnych ($p=0,0007$). Powyższe dane prezentuje Ryc 1.

Stwierdzono również wysoką zmienność statystyczną pomiędzy obecnością depresji a występowaniem przewlekłych dolegliwości bólowych ($p=0,0000$). W grupie pacjentów z zaawansowaną depresją wszyscy zgłaszali stałe (57%) lub częste (43%) dolegliwości bólowe ze strony stawów. Natomiast nikt spośród badanych, którzy mieli prawidłowy wynik w GDS, nie zgłaszał stałe występujących bólów. Wyniki przedstawia Ryc 2.

Biorąc pod uwagę całą badaną populację dolegliwości bólowe zgłaszało 59% (stałe – 22% i częste – 37%). Pacjenci z rozpoznaną chorobą zwyrodnieniową narządu ruchu częściej odczuwali przewlekłe bóle stawów (88%). 40% podawało stałe, a 48% częste występowanie dolegliwości bólowych. Dla po-

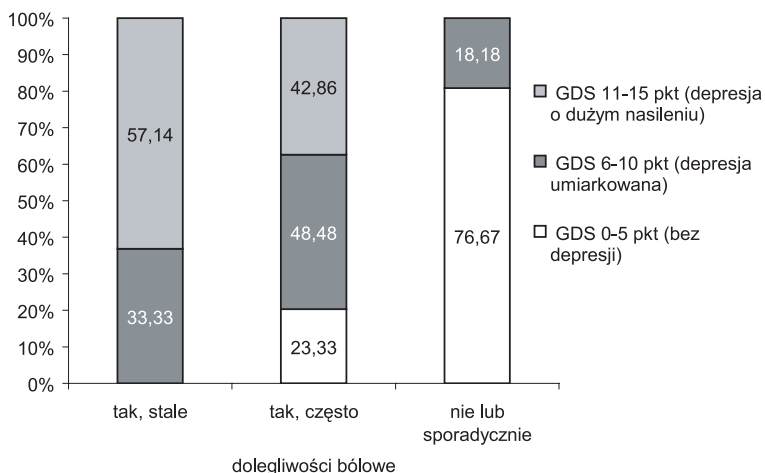
Ryc. 1. Występowanie depresji a upośledzenie sprawności lokomocyjnej w badanej grupie osób starszych ($p=0,0007$)Fig. 1. Relationship between the prevalence of depression and locomotor dysfunction in the study group of elderly patients ($p=0.0007$)

równania należy podać, że jedynie 11% pacjentów bez rozpoznanej choroby zwyrodnieniowej zgłaszało stale występowanie bólów. Zależność ta wykazuje wysoką znamienność $p=0,0004$. Przedstawione dane pokazują Ryc 3.

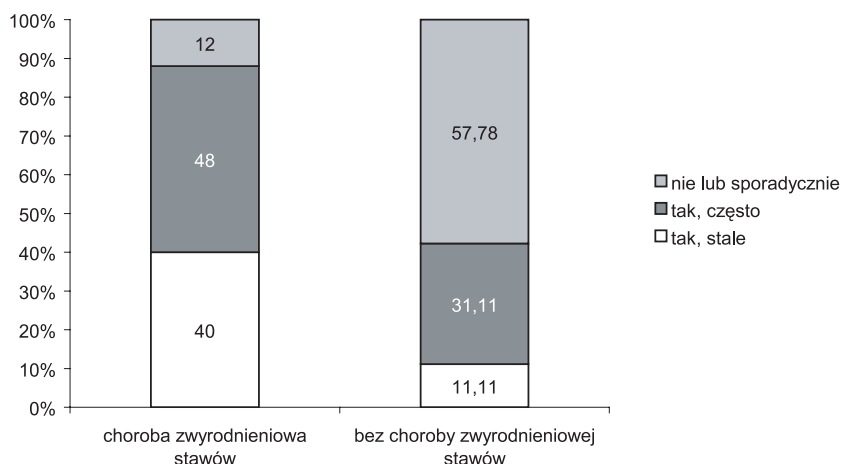
Częstość występowania choroby zwyrodnieniowej narządu ruchu (ocenianej na podstawie badania klinicznego, zdjęć radiologicznych oraz posiadanej przez chorych dokumentacji medycznej) stwierdzono u 36% badanych. Najczęściej były to uogólnione, zaawansowane zmiany zwyrodnieniowe dotyczące kręgosłupa, stawów biodrowych i kolanowych. Stwierdzono wysoce znamienne statystycznie różnice występowania artrozy w zależności od płci osób biorących udział w badaniu. Choroba zwyrodnieniowa układu ruchu występowała u 47% kobiet i jedynie u 10% mężczyzn ($p=0,002$). Nie wykazano znamiennych różnic zależnych od zaawansowania wieku.

Istotnym problemem jest współistnienie choroby zwyrodnieniowej i depresji. W przypadku istnienia choroby somatycznej można przeoczyć depresję endogenną, z kolei depresja może agrawować dolegliwości spowodowane chorobą somatyczną, w tym wypadku skargi na odczuwanie bólu. W badanej grupie starszych pacjentów 92% chorych ze zmianami zwyrodnieniowymi narządu ruchu wykazywało cechy różnie nasilonej depresji. Odwrotnie, znaczącą większość wśród pacjentów bez depresji (93%) stanowiły osoby, u których nie stwierdzono choroby narządu ruchu ($p=0,0004$). Dokładniejsze zależności prezentuje Ryc 4.

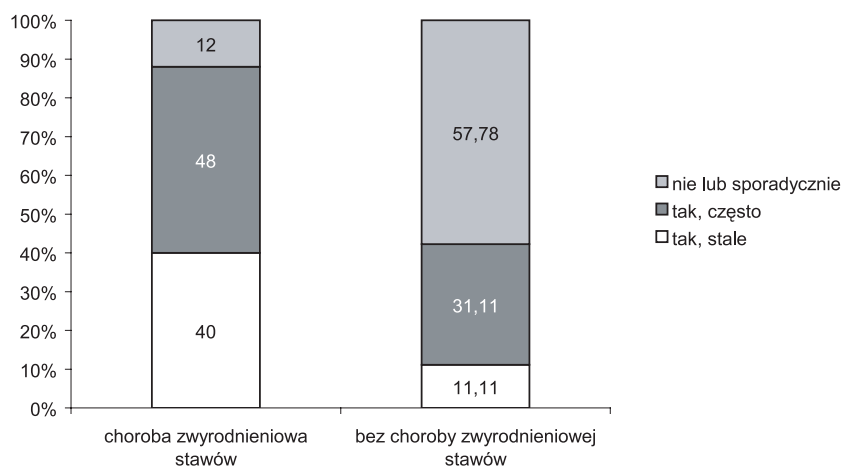
Pomimo częstego występowania zaburzeń nastroju i ich wpływu na nasilenie dolegliwości somatycznych i obniżenie jakości życia, znaczny procent pacjentów z depresją i wskazaniami do farmakoterapii nie stosował żadnego leczenia. Antydepresanty przy-



Ryc. 2. Obecność depresji a występowanie przewlekłych dolegliwości bólowych ($p=0,0000$)
 Fig. 2. Coincidence of depression and chronic pain ($p=0,0000$)



Ryc. 3. Dolegliwości bólowe a obecność choroby zwyrodnieniowej narządu ruchu ($p=0,0004$)
 Fig. 3. Coincidence of arthrosis and chronic pain ($p=0,0004$)



Ryc. 4. Współistnienie depresji i choroby zwyrodnieniowej narządu ruchu ($p=0.00004$)

Fig. 4. Coincidence of depression and arthrosis ($p=0.00004$)

mowało jedynie 36% badanych, a depresję wymagającą leczenia stwierdzono u 70% pacjentów. Nie obserwowano znamienych różnic w zależności od płci, chociaż nieco częściej farmakoterapię stosowały kobiety.

DYSKUSJA

Efektywne leczenie i rehabilitacja schorzeń układu ruchu powinno być postępowaniem kompleksowym i wielospecjalistycznym – szczególnie w odniesieniu do starszych pacjentów. Właśnie w geriatrici obowiązuje zasada tzw. „pełnej lub całościowej oceny geriatrycznej” Comprehensive Geriatric Assessment – CAG, która umożliwia precyzyjne określenie możliwości i ograniczeń człowieka starszego w sferze medycznej, psychospołecznej i funkcjonalnej przy użyciu różnych instrumentów oceny [10,11].

Znaczna część osób w wieku podeszłym ma problemy funkcjonalne prowadzące do niedoświeta i uzależnienia. Jedną z najważniejszych przyczyn niesprawności są patologie w obrębie narządu ruchu [12]. Przedstawiona praca wskazuje na istotny problem współistnienia często nierozpoznanej depresji z chorobą zwyrodnieniową stawów u osób starszych. Pacjenci, którzy zgłaszają się do lekarza z powodu objawów somatycznych, w rzeczywistości często chorują na depresję. Dolegliwości bólowe są czułym wskaźnikiem depresji. Utrzymywanie się objawów somatycznych w postaci silnych bólów zaburzających codzienne czynności pozwala na przewidywanie depresji [13]. W prezentowanym badaniu stwierdzono wysoką znamienność statystyczną pomiędzy występowaniem depresji a obecnością przewlekłych dolegliwości bólowych wśród badanych osób starszych

($p=0,0001$), jak również pomiędzy obecnością artrozy i dolegliwości bólowych ($p=0,0004$) oraz współistnieniem choroby zwyrodnieniowej i zaburzeń depresyjnych ($p=0,0004$). Wiele opracowań analizuje związek pomiędzy depresją a przewlekłym bólem. Dokładną, wieloaspektową analizę opublikowanych na ten temat danych przedstawił Bair [14]. Aby podkreślić związek pomiędzy depresją i bólem niektórzy autorzy używają nawet określenia zespół depresyjno-bólowy, aby zaznaczyć, że zaburzenia te często występują łącznie, nasilają się wzajemnie i reagują na zbliżone leczenie [15]. Podobne obserwacje dotyczą również omawianej grupy starszych pacjentów, gdzie w znaczącej ilości przypadków depresja współistniała z przewlekłym bólem.

Dane z piśmiennictwa podają, że depresja ma większy niż inne czynniki o charakterze klinicznym wpływ na przebieg choroby i rokowanie u starszych chorych z dolegliwościami bólowymi, szczególnie jeśli chodzi o sprawność funkcjonalną [16]. W dużym, prospektywnym, kohortowym badaniu wykazano, że epizody depresji mogą być dobrymi wskaźnikami prognostycznymi wystąpienia bólów kręgosłupa, karku oraz uogólnionych bólów mięśniowo-stawowych. Powyższe dane jednoznacznie wskazują, że depresja ma negatywny wpływ na przebieg schorzeń współistniejących i zakłóca funkcjonowanie osób w wieku podeszłym. Biorąc pod uwagę duży odsetek koincydencji depresji z różnymi schorzeniami somatycznymi, ustalenie nasilenia każdej z nich i jej odpowiedzialności za utratę sprawności jest konieczne do zaplanowania racjonalnej terapii. Dotychczasowe badania wykazały również korzystny wpływ skutecznego leczenia depresji na odczuwanie bólu stawów, poziom sprawności, ogólny stan zdrowia i jakość ży-

cia starszych chorych na reumatoidalne zapalenie stawów [17]. Wyniki przytoczonych badań nie określają związków przyczynowo-skutkowych, wykazują jednak, że objawy somatyczne i zaburzenia psychiczne często ze sobą współwystępują. Dane z piśmiennictwa podkreślają zarówno zmniejszenie skuteczności leczenia farmakologicznego depresji współistniejącej z przewlekłymi dolegliwościami bólowymi, jak i trudności farmakoterapii bólu u pacjentów z depresją.

Coraz więcej informacji przemawia za tym, że mechanizmy neurochemiczne wspólne dla bólu i depresji związane są z neuroprzekazywaniem serotonergicznym i noradrenergicznym. Leki przeciwdepresyjne łączące w sobie działanie na wychwyty zwrotne noradrenaliny i serotoniny mogą być skuteczniejsze w leczeniu depresji z bólami niż selektywne inhibitory wychwyty zwrotnego serotoniny. Leki o takim podwójnym działaniu mogą być skuteczne w terapii dolegliwości bólowych, nawet u osób, u których nie stwierdza się depresji [18].

WNIOSKI

1. Biorąc pod uwagę fakt częstszego występowania zaburzeń emocjonalnych w badanej grupie osób starszych ze współistniejącą chorobą zwyrodnieniową oraz doniesienia dotyczące korzystnego wpływu leczenia przeciwdepresyjnego na odczuwanie dolegliwości bólowych w chorobach układu ruchu należy zwrócić większą uwagę na problem diagnozowania depresji u pacjentów z przewlekłymi bólami stawowymi, a co za tym idzie włączenia (w uzasadnionych przypadkach) leczenia przeciwdepresyjnego do kompleksowej terapii choroby zwyrodnieniowej.
2. Właściwe rozpoznanie współistniejących schorzeń ukierunkowuje proces leczniczy i umożliwia zintegrowaną, racjonalną terapię, co przyczynia się do poprawy stanu zdrowia, jakości życia i niezależności osób starszych.

PIŚMIENNICTWO

1. Krzywiński S. Zaburzenia psychiczne wieku podeszłego. Warszawa: PZWL; 1993: 33-80.
2. Klus-Stańska D. Poczucie zagrożenia osób w starszym wieku. W: Staręga-Piasek J, Synak B. red. Społeczne aspekty starzenia się i starości. Warszawa: CMKP; 1990. 109-125.
3. Kierman GL. Age and clinical depression. J Gerontology 1976; 31: 3-8.

4. Murray CJL, Lopez AD, redd. The Global Burden of Disease: A Comprehensive Assessment of Mortality and Disability From Diseases, Injuries and Risk Factors in 1990 and Projected to 2020. Cambridge, Mass: Harvard University Press; 1996.
5. Ruoff GB. Depression in the patient with chronic pain. J Fam Pract 1996; 43 (suppl 6): 825-833.
6. Kroenke K, Spitzer RL, Williams JE i wsp. Physical symptoms in primary care: predictors of psychiatric disorders and functional impairment. Arch Fam Med 1994; 3: 774-779.
7. Parnowski T. Depresje w chorobach somatycznych wieku podeszłego. Post. Psych. i Neurol. 1998; 7 (supl. I) 60: 25-33.
8. Bilikiewicz A. Depresja u ludzi w wieku podeszłym. Lęk i Depresja 1996; 3: 332-340.
9. Derejczyk J, Grodzicki T, Jakrzewska-Józwiak i wsp. Standardy świadczenia usług medycznych w specjalności geriatry. Stanowisko Polskiego Towarzystwa Gerontologicznego Kolegium Lekarzy Specjalistów Geriatrii i Konsultanta Krajowego w dziedzinie Geriatrii. Gerontologia Polska 2005; 13: 2: 67-83.
10. Hedrick SC. Comprehensive geriatric assessment: Assessment techniques. W: Rubeenstein LZ, Wielend D, Baarnabei R, editors. Geriatric assessment technology: The State of the Art. Milano: Edrice Kurtis; 1995. str. 27-39.
11. Wojszel B, Bień B, Wilmańska J. Kwestionariusz EASY-Care jako system oceny ludzi starszych w praktyce leczenia podstawowego. Gerontologia Polska 2000; 8: 4: 49-53.
12. Mor V, Murphy S, Masterson-Allen A. Risk of functional decline among well elders. Journal Clin Epidemiol 1989; 42: 895-904.
13. Von Korff M, Simon G. The relationship between pain and depression. Br J Psychiatry 1996; 168: 101-108.
14. Bair MJ, Robinson RL, Katon W, Kroenke K. Depression and Pain Comorbidity. A Literature Review. Arch Intern Med 2003; 163 (20): 2433-2445.
15. Lindsay PG, Wyckoff M. The depression-pain syndrome and its response to antidepressants. Psychosomatics 1981; 22: 576-573.
16. Lamb SE, Guralnik JM, Buchner DM i wsp. Factors that modify the association between knee pain and mobility limitation in older women: the Women's Health and Aging Study. Ann Rheum Dis 2000; 59: 331-337.
17. Lin EHB, Katon W, Von Korff M i wsp. Effect of improving depression care on pain and functional outcomes among older adults with arthritis. A randomized controlled trial. JAMA 2003; 290: 2428-2434.
18. O'Malley PG, Jackson JL, Santoro J i wsp. Antidepressant therapy for unexplained symptoms and symptom syndromes. J Fam Pract 1999; 48: 980-990.

Praca finansowana przez KBN w ramach prac statutowych w roku 2005 Nr 3-01469P