

ОСТРЫЕ НЕСПЕЦИФИЧЕСКИЕ БОЛИ В ПОЯСНИЦЕ КАК МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ ПРОБЛЕМА

Ахмадеева Л.Р., Раянова Г.Ш.

ГБОУ ВПО «Башкирский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Уфа, e-mail: la@ufaneuro.org

Показана широкая распространенность и актуальность болей в спине, а именно – острых неспецифических люмбалгий. Проведен анализ клинических и психологических характеристик стационарных пациентов с болями в пояснице, их качества жизни и сопоставление полученных данных. В работе представлены данные комплексного клинико-психологического обследования 71 пациента неврологического стационара, страдающих острыми неспецифическими болями в нижней части спины. Делается вывод о том, что на качество жизни и трудоспособность оказывают существенное влияние как физические, так и эмоциональные факторы. Проводиться корреляционный анализ данных показателей с некоторыми основными факторами риска неспецифических болей в нижней части спины. Таким образом, оценка качества жизни может обеспечить повышение эффективности стационарного наблюдения пациентов с неспецифическими люмбалгиями.

Ключевые слова: боли в нижней части спины, люмбалгии, качество жизни, психологические характеристики.

ACUTE NON-SPECIFIC LOW BACK PAIN AS A MEDICAL AND SOCIAL PROBLEM

Ahmadeeva L.R., Rayanova G.Sh.

Bashkir State Medical University, Ufa, e-mail: la@ufaneuro.org

It is shown that the prevalence and relevance of back pain, namely acute nonspecific lumbalgia. The analysis of the clinical and psychological characteristics of patients with low back pain, their quality of life and comparison of the data are presented. The paper includes the results of our comprehensive clinical and psychological examination of 71 patients of neurological hospital suffering from acute non-specific low back pain. Conducted a correlation analysis of these indicators with some basic risk factors of non-specific low back pain. The conclusion is that both physical and emotional factors have a significant impact on the quality of life and ability to work. Thus the quality of life assessment can help to make the care of patients with nonspecific lumbalgia more efficient.

Keywords: low back pain, quality of life, psychological characteristics.

Боль в спине, длительность которой не превышает 6 нед., расценивается как острая. Острые боли в спине отмечаются практически у каждого человека, а в 8–10 % случаев они могут трансформироваться в хроническую боль. К болям в нижней части спины (БНС) относятся боли, локализующиеся между нижней границей 12-й пары ребер и ягодичными складками. В зависимости от причин возникновения боли в спине подразделяют на – специфические и неспецифические (нБНС). Как правило, неспецифические боли в спине носят доброкачественный характер и связаны с механической причиной – перегрузочным воздействием на связки, мышцы, межпозвонковые диски и суставы позвоночника. В МКБ-10 неспецифические боли в нижней части спины соответствуют шифру М54.5 – «боль в нижней части спины».

Актуальность проблемы болей в спине и конечностях неспецифической природы обусловлена, прежде всего, их широкой распространенностью. Ежегодно хотя бы один

эпизод боли в спине испытывает 16,8 % населения, у 90 % из них боль проходит самостоятельно в течение шести недель (в том числе у 50 % – в течение недели, у 75 % – в течение месяца), и лишь у 10 % пациентов боль в спине хронизируется, вызывая стойкую нетрудоспособность [4, 8]. Эпидемиологические исследования, проведенные в последнее время в ряде стран мира, показали высокую распространенность болевых синдромов среди взрослого населения. Например, в Европе, согласно широкомасштабному эпидемиологическому исследованию, хронической болью страдает около 20 % населения [6]. Боль в нижней части спины распространена столь же широко и в Российской Федерации, в 27,5 % случаях являясь причиной обращения больных трудоспособного возраста в поликлинику [9]. В соответствии с вышесказанным основная нагрузка по диагностике и лечению больных с болями в спине приходится на врача общей практики.

Количество больных с болью в спине значительно возросло за последние 30–40 лет [1, 3, 7]. Боль в пояснице становится основной причиной нетрудоспособности во многих странах, и на ее лечение приходится до 80 % затрат здравоохранения [8]. Считается, что до 90 % людей хотя бы раз в жизни испытывали БНС [7]. В настоящее время, по данным экспертов ВОЗ, в развитых странах БНС по масштабам сравнима с пандемией и является серьезной медицинской и социально-экономической проблемой. Болями в спине страдают различные группы населения. Литературные данные позволяют утверждать, что вне зависимости от возраста БНС чаще наблюдается у женщин с пиком болевых ощущений в возрасте 35–45 лет. Эпидемиологические исследования показали, что в возрасте от 20 до 64 лет от болей в спине страдают 24 % мужчин и 32 % женщин. Необходимо отметить, что 12–26 % детей и подростков жалуются на боль в пояснице. Экономический ущерб, связанный с нетрудоспособностью пациентов с БНС, в штате Калифорния составляет 200 млн долларов ежегодно. Известный специалист в области вертебрыологии G. Waddel в своей монографии рассматривает БНС как национальную проблему, так как прямые экономические затраты США, связанные с БНС, в 1990 году превысили 24 млрд долларов [10].

Известно, что болевой синдром нарушает социальную адаптацию пациентов, приводит к снижению качества их жизни, часто сопровождается психопатологическими изменениями. Образуется порочный круг, требующий адекватной коррекции его составляющих. Поэтому, на наш взгляд, интересным является детальное изучение этих характеристик больных. Качество жизни (КЖ), по определению Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), – это характеристика физического, психологического, эмоционального и социального функционирования, основанная на его субъективном восприятии (World Health Organization, 1996).

Целью данной работы явилось исследование некоторых клинических и психологических характеристик пациентов стационара с болями в нижней части спины, их качества жизни и сопоставление полученных данных.

Материалы и методы

Нами был обследован 71 пациент, находящийся на стационарном лечении в отделении неврологии клиники Башкирского государственного медицинского университета с октября 2008 по июль 2010 г. с жалобами на боли в нижней части спины. Критериями исключения служили: наличие корешкового компрессионного синдрома, очаговой неврологической симптоматики или других сопутствующих заболеваний, которыми могла бы быть объяснена боль. Исследование соответствовало этическим стандартам Хельсинкской декларации 1975 г. и ее пересмотренного варианта 1983 г. по проведению биомедицинских исследований на людях.

Всем исследуемым проводилось полное клиничко-неврологическое обследование. Уровень боли оценивался по 10-балльной цифровой рейтинговой шкале боли (ЦРШ). Оценку нарушений ежедневной активности вследствие БНС определяли по индексу нетрудоспособности, который оценивался с помощью русифицированной версии вопросника Освестри (Oswestry Disability Index). Качество жизни (КЖ) оценивалось с использованием русской, валидизированной компанией «Эвиденс-Клинико-фармакологические исследования», версией опросника MOS SF-36, который состоит из 36 пунктов, сгруппированных в 8 шкал. Для выявления депрессии мы применяли шкалу Бека, когда опросник дается самому пациенту. Уровень личностной и реактивной тревожности оценивался с помощью опросника Спилбергера – Ханина.

Статистическая обработка полученных результатов проводилась с помощью пакета программ SPSS 11.5 и Statistica 6.0. Достоверность различий параметрических показателей оценивали с помощью t-критерия Стьюдента, корреляцию показателей рассчитывали методом Спирмена.

Результаты и обсуждение. Был обследован 71 пациент с острыми неспецифическими болями в нижней части спины (54 % женщин и 46 % мужчин), в возрасте от 29 до 60 лет (средний возраст $47,3 \pm 0,7$ года). Все пациенты предъявляли жалобы на боли в нижней части спины.

Факторами, провоцирующими обострения, наиболее часто были физические нагрузки (52 больных – 73,3 %), переохлаждения (3 больных – 4,22 %), стрессы (5 больных – 7,04 %). У одного пациента могло отмечаться две или три возможные причины развития обострения заболевания. Одиннадцать больных (15,44 %) затруднялись указать какую-либо, известную им, причину возникновения обострения. Анализ анамнеза пациентов по факторам риска

показал, что длительность физической нагрузки у мужчин была продолжительнее – $19,9 \pm 2,2$ лет, чем у женщин – $14,6 \pm 1,6$ лет ($p=0,045$).

При оценке уровня депрессии по шкале Бека, было выявлено, что пациенты с острыми неспецифическими люмбагиями находятся в основном в состоянии субдепрессии: средний балл составляет $11,66 \pm 0,36$ ($M \pm SE$), 95% ДИ – 10,93-12,38. Уровень личностной тревожности (ЛТ) у пациентов с нБНС составил $34,70 \pm 0,82$ балла и был достоверно выше ($p < 0,001$) реактивной тревожности (РТ) – $27,97 \pm 0,54$ балла, что говорит о том, что это не только реакция на заболевание и на сложившуюся ситуацию, а больше – изначально высокие уровни тревожности данных больных.

По данным опросника MOS SF-36, качество жизни значительно снижено у пациентов с нБНС (таблица 1). Средние показатели были наименьшими по шкале VT – жизненная активность и BP – интенсивность боли. Это свидетельствует об утомлении пациента, снижении его повседневной деятельности, которая значительно ограничена физическим состоянием пациента. То есть, несмотря на то, что пациенты с нБНС не имеют выраженных двигательных дефектов, очаговой неврологической симптоматики, в физическом плане они дезадаптированы не менее чем больные, имеющие такие дефекты.

Как и следовало ожидать, интенсивность боли (BP) значительно ограничивает повседневную активность пациентов и снижает качество их жизни. Кроме того, с двумя описанными выше шкалами физического здоровья сопоставимы баллы шкалы психического здоровья, например, низкие показатели по шкале ролевого функционирования, обусловленного эмоциональным состоянием. Таким образом, ухудшение эмоционального состояния оказывает на повседневную активность пациентов с нБНС не менее значительное воздействие, чем уровень боли и физические показатели (таблица 1).

Таблица 1

Значение показателей качества жизни по шкалам опросника SF-36 у мужчин и женщин с острыми неспецифическими люмбагиями

Шкалы опросника	Мужчины	Женщины	p*
	M±SE	M±SE	
PF	38,6±4,4	33,9±3,4	0,032 ^t
RP	45,7±3,7	47,6±3,3	0,072 ^t
BP	18,5±5,7	32,6±6,4	0,015 ^t
GH	38,6±6,7	44,7±6,1	0,231 ^t
VT	42,2±2,7	44,5±2,0	0,018 ^t
SF	32,7±3,1	133,7±3,8	0,041 ^t
RE	35,6±2,9	34,7±2,5	0,850 ^t

МН	61,5±3,0	55,9±2,3	0,033 ^t
----	----------	----------	--------------------

t-критерий Стьюдента (t).

При оценке влияния пола больных люмбалгиями на КЖ (таблица 1) можно отметить некоторое различие по шкалам опросника. У женщин оказались более высокие показатели по шкалам: физическое функционирование (PF), ролевое функционирование, обусловленное физическим состоянием (RP), ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием (RE), социальное функционирование (SF), интенсивность боли (BP); у женщин ниже по шкалам: общее состояние здоровья (GH), жизненная активность (VT), психическое здоровье (MH). Однако необходимо отметить, что выявленные различия в некоторых показателях КЖ по шкалам опросника у мужчин и женщин статистически незначимы ($p>0,05$).

В таблице 2 представлены результаты оценки взаимосвязи показателей КЖ с некоторыми другими индексами всех больных с люмбалгиями. Отрицательная умеренная незначимая корреляционная связь КЖ по всем шкалам опросника с продолжительностью физической нагрузки пациентов с БНС показывает слабую взаимосвязь между этими показателями. При оценке влияния пола больных с люмбалгиями на КЖ можно отметить незначимое различие ($p>0,05$) у мужчин и женщин по шкалам опросника. Социальный статус больных определил незначимое ($p>0,05$) превышение показателей КЖ у служащих по семи шкалам опросника.

Таблица 2

Оценка взаимосвязи значений качества жизни по шкалам опросника SF-36 с некоторыми параметрами больных с острыми неспецифическими люмбалгиями

Шкалы опросника	Коэффициент корреляции - r			
	с возрастом	с индексом Кетле	с продолжительностью физической нагрузки	с ЦРШ до начала лечения
PF	-0,29	-0,33	-0,26	-0,47*
RP	-0,16	-0,23	-0,13	-0,58*
BP	-0,20	-0,31	-0,28	-0,72*
GH	-0,14	-0,34*	-0,18	-0,55*
VT	-0,17	-0,17	-0,13	-0,32
SF	-0,13	-0,42*	-0,14	-0,39*
RE	-0,08	-0,20	-0,12	-0,59*
MH	-0,01	-0,29	-0,08	-0,50*

* – коэффициент корреляции достоверен.

Результаты анкетирования всех пациентов с неспецифическими люмбагиями представлены в таблице 3.

Таблица 3

Результаты анкетирования всех пациентов с острыми неспецифическими люмбагиями нашей выборки

Характеристика	M±SE	95% доверительный интервал (ДИ)
Шкала Бэка	11,66±0,36	10,93-12,38
Индекс нетрудоспособности	33,77±1,01	31,76-35,78
РТ	27,97±0,54	26,89-29,05
ЛТ	34,70±0,82	32,42-35,71
SF-36		
Физическое функционирование PF	48,43±1,14	44,24-50,68
Ролевое (физическое) функционирование RP	39,29±2,41	30,32-41,73
Интенсивность боли BP	30,08±0,38	29,82-34,21
Общее состояние здоровья GH	33,26±1,49	30,32-36,94
Жизненная активность VT	30,30±1,25	29,86-33,29
Социальное функционирование SF	61,52±1,74	58,32-64,45
Ролевое (эмоциональное) функционирование RE	32,63±2,62	31,41-35,50
Психическое здоровье MH	43,49±1,04	40,52-45,19

Выводы

У всех пациентов с острыми неспецифическими люмбагиями в нашем исследовании отмечены значительно более низкие оценки КЖ по всем шкалам опросника SF-36, особенно по BP и VT. Оценивая влияние возраста на КЖ, можно отметить слабую и умеренную отрицательную корреляцию по всем шкалам опросника, на что указывают и другие исследователи при других заболеваниях [2]. Более плотная отрицательная корреляционная связь просматривается почти со всеми шкалами опросника и избыточной массой тела (индекс Кетле). Таким образом, избыточный вес ухудшает КЖ у пациентов с нБНС. При оценке влияния пола больных люмбагиями на КЖ можно отметить незначимое различие ($p>0,05$) по шкалам опросника. Социальный статус больных определил незначимое ($p>0,05$) превышение показателей КЖ у служащих по семи шкалам опросника. Наибольшее влияние на КЖ оказывает уровень боли по ЦРШ до начала лечения у больных нБНС. Между этими

показателями определяется значимая ($p < 0,05$) устойчивая отрицательная корреляционная связь.

Несмотря на изначально высокие уровни личностной тревожности, реактивная тревожность у пациентов с острыми неспецифическими люмбагиями снижена, и она уменьшается при уменьшении болевого синдрома. Выявлено статистически значимое снижение реактивной тревожности после проведенного лечения и сильная корреляционная связь с уровнем интенсивности боли. В исследовании обнаружена типичная ситуация корреляции боли и тревоги, характерная для многих психосоматических заболеваний. Суть в том, что у тревожных личностей, т.е. при изначально высоком уровне "базальной" или личностной тревожности, при утяжелении соматического состояния реактивная тревожность снижается, с психодинамических позиций – тревога как проявление внутреннего переживания боли и взаимозаменяемость соматической боли и психического эквивалента тревоги (собственно тревоги).

Исследование КЖ у больных с нБНС существенным образом дополняет традиционную методологию обследования больного и является адекватным инструментом, раскрывающим субъективное восприятие пациентом состояния своего здоровья, что подтверждается и другими авторами [1]. Информация о КЖ является ценной на групповом уровне, чтобы сравнить различные подходы к лечению нБНС. Она является важной, необходимой и дополняет клиническую оценку пациента. Оценка КЖ и его динамики может обеспечить повышение эффективности медико-социального наблюдения и помощи этой группе больных.

Список литературы

1. Ахмадеева Л.Р. Неспецифические боли в нижней части спины: клинико-психологическое исследование // Бюллетень сибирской медицины. – 2008. – № 5. – С.27-34.
2. Веселовский В.П. Практическая вертеброневрология и мануальная терапия / В.П. Веселовский. – Латвия: Рига, 1991. – 344 с.
3. Мелкумова К. А. Особенности когнитивных функций у пациентов с хронической болью в спине / К.А. Мелкумова, Е.В. Подчуфарова // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. – 2009. – № 11. – С. 20-24.
4. Новиков Ю.О. Обследование больных дорсалгиями / Ю.О. Новиков // Мануальная терапия. – 2001. – № 3. – С.64-67.

5. Павленко С.С. Боли в нижней части спины (эпидемиология, клинико-диагностическая классификация, современные направления в диагностике, лечении и стандартизации медицинской помощи. – Новосибирск: Сибмедиздат НГМУ, 2007. – 172 с.
6. Эрдес Ш.Ф., Дубинина Т.В., Галушко Е.А. Боли в нижней части спины в общеклинической практике // Терапевтический архив. – 2008. – № 5. – С. 59–66.
7. Яхно Н.Н. Неспецифическая боль в нижней части спины: диагностика, лечение, предупреждение: клинические рекомендации // Н.Н. Яхно., Е.Л. Насонов. – Москва, 2008. – 31-40 с.
8. Яхно Н.Н., Кукушкин М.Л. Хроническая боль: медико-биологические и социально-экономические аспекты // Вестник РАМН. – 2012. – № 9. – С. 54–58.
9. Breivik H., Collett B., Ventafridda V., Cohen R., Gallacher D. Survey of chronic pain in Europe: Prevalence, impact on daily life, and treatment // European Journal of Pain. – 2006. – V. 10. – P. 287–333.
10. Waddell G. Occupational health guidelines for the management of low back pain at work: evidence review /G. Waddell // Occup. Med. – 2001. – Vol.51, № 2. – P. 124–135.