

8. Gurgan T. et al. Pregnancy and assisted reproduction techniques in men and women after cancer treatment // *Placenta*. — 2008. — Vol. 29, Suppl. B. — P. 152—159.

Поступила 29.11.11

Сведения об авторах:

Паянни Ю. Г., д-р мед. наук, проф. отд-ния гинекологии РОНЦ

им. Н. Н. Блохина РАМН; Жордания К. И., д-р мед. наук, проф., вед. науч. сотр. отд-ния гинекологии РОНЦ им. Н. Н. Блохина РАМН; Коржевская Е. В., канд. мед. наук, гинекологическое отд-ние РОНЦ им. Н. Н. Блохина РАМН.

Для контактов:

Жордания Кирилл Иосифович, 115478, Москва, Каширское шоссе, 24. Телефон: 324-24-40.

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2011

УДК 616.72-002.77-39-06:616.71-001.5]-07

М. М. Подворотова, И. С. Дыдыкина, Т. Н. Гавва, К. А. Маслова, Е. Л. Насонов

ОПРЕДЕЛЕНИЕ РИСКА ПЕРЕЛОМОВ — СПОСОБ ПОВЫШЕНИЯ КАЧЕСТВА ЛЕЧЕБНО-РЕАБИЛИТАЦИОННЫХ МЕРОПРИЯТИЙ У БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ

Учреждение РАМН "Научно-исследовательский институт ревматологии РАМН", Москва

Авторы определяли значение абсолютного риска возникновения переломов у больных ревматоидным артритом (РА) с помощью метода FRAX. В исследование были включены 624 женщины старше 40 лет с диагнозом РА, которых протестировали с помощью FRAX. 54,0% больных РА имеют высокий или средний риск переломов. Использование метода FRAX для оценки абсолютного риска возникновения переломов у больных РА позволило выявить пациентов с повышенным риском остеопоротических переломов и своевременно рекомендовать лечебно-профилактические и реабилитационные мероприятия.

Ключевые слова: ревматоидный артрит, риск переломов, FRAX

THE ESTIMATION OF BONE FRACTURES RISK AS A MEAN TO ENHANCE THE QUALITY OF CURATIVE REHABILITATIVE MEASURES APPLIED TO PATIENTS WITH RHEUMATOID JOINT INFLAMMATION

M.M. Podvorotova, I.S. Dydykhina, T.N. Gavva, K.A. Maslova, E.L. Nasonov.

The study was implemented to determine the absolute risk of bone fractures in patients with rheumatoid arthritis using FRAX technique. The sample included 624 patients out of 834 women from National Rheumatoid Institute aged 40 years and older with diagnose of rheumatoid joint inflammation. All patients were tested with FRAX technique. The study revealed that 54,0% of patients had high or medium risk of bone fractures. The application of FRAX technique to evaluate the absolute risk of bone fracture occurrence in patients with rheumatoid arthritis permits to detect patients with higher risk of osteoporotic bone fractures and timely to recommend treatment, prevention and rehabilitation activities.

Key words: rheumatoid joint inflammation, bone fractures risk, FRAX.

Ревматоидный артрит (РА) — хроническое воспалительное заболевание неизвестной этиологии, характеризующееся деструктивным полиартритом и системным поражением внутренних органов. Количество зарегистрированных в России больных составляет свыше 300 тыс. человек, а заболеваемость превышает 30 тыс. больных в год. Поражаются все возрастные группы, включая детей. Пик начала болезни приходится на 30—55 лет. Заболевание приводит к снижению функциональной способности суставов, инвалидизации, уменьшает продолжительность жизни на 3—7 лет [1].

Ранним и серьезным осложнением РА является генерализованная потеря костной ткани, вследствие которой могут возникать переломы костей скелета различной локализации. По имеющимся данным, частота переломов у больных РА превышает общепопуляционную в 1,5—2 раза [10, 13, 15]. Наиболее неблагоприятен прогноз при переломах проксимального отдела бедренной кости и позвонков торако-люмбального отдела [4, 9, 12], риск которых, по данным зарубежных авторов, более чем в 2 раза выше [3, 5, 11, 15]. К основным факторам риска переломов при РА относят снижение минеральной плотности кости (МПК), причем его роль в последние годы подвергается сомнению [3, 8, 14].

Рентгеновская денситометрия в течение многих лет была способом диагностики остеопороза (ОП), методом определения прогноза и выбора дальнейшей тактики лечебно-профилактических и реабилитационных мероприятий по предотвращению переломов. Однако в 2005 г. S. A. Wainwright представил данные, согласно которым 50% женщин в возрасте 50 лет и старше имеют переломы проксимального отдела бедренной кости при отсутствии ОП по данным денситометрии [16]. Следует отметить, что многократно предпринимались попытки выделить более чувствительные факторы риска ОП и переломов, чем характеристика МПК. Разработано несколько моделей расчета риска переломов, однако большинство из них не протестированы на когортах [6].

В 2002 г. британскими учеными во главе с J. A. Kanis предложен FRAX (Fracture assessment tool) — инструмент для оценки 10-летнего риска переломов у человека, учитывающий эпидемиологические особенности регионов (случаи переломов, смертность). Основой для алгоритма расчета послужили результаты серии метаанализов, использовавших первичные данные 9 популяционных когортных исследований Северной Америки, Азии, Европы и Австралии [6].

Оценивая риск переломов методом FRAX, учитывают пол, возраст, переломы в анамнезе, переломы бедра у родителей, курение в настоящее время, диагноз РА, прием глюкокортикостероидов (ГК), более 3 единиц алкоголя в сутки, вторичный ОП. МПК шейки бедра может не учитываться. FRAX нельзя использовать у пациентов, получающих противоопоротическую терапию, в возрасте моложе 40 и старше 90 лет. FRAX — это система шкал и таблиц. Имеется электронный вариант, результат рассчитывается автоматически в виде процентного значения риска перелома шейки бедра и общего риска переломов костей (предплечья, плеча, позвонков, бедренной кости). FRAX адаптирован для большинства стран Европы, Азии, США и др. Для России метод находится в состоянии разработки, поэтому ВОЗ рекомендовано применение финской модели FRAX, так как эпидемиология остеопоротических переломов в России наиболее близка к данным Финляндии.

Материал и методы. В соответствии с поставленной целью для оценки абсолютного риска переломов методом FRAX в исследование включены 624 женщины в возрасте старше 40 лет с диагнозом РА, проживающие в Москве и Московской области, у которых имелись сведения, необходимые для применения FRAX, из 834 включенных в базу данных для динамического наблюдения по итогам анкетирования последовательной серии больных РА, госпитализированных в клинику НИИР РАМН в 2004 г.

Помимо калькулятора FRAX (интернет-версия для Финляндии) при оценке риска переломов мы использовали графическую схему отношения "показатель риска FRAX (%) — возраст (годы)" [7]. Распределение в группу низкого, среднего или высокого риска переломов и выбор дальнейшей тактики ведения осуществлялись в зависимости от показателя FRAX. Так, лица, имеющие низкий риск переломов, не нуждаются в противоопоротической терапии. При определении среднего риска переломов необходима оценка МПК, после чего решается вопрос о необходимости профилактики и лечения. При высоком риске переломов лечебные и реабилитационные мероприятия назначаются без дополнительного обследования.

Результаты и обсуждение. В соответствии со значением показателя абсолютного риска возникновения переломов по FRAX больные РА распределены в 3 группы. Группу с высоким риском переломов составили 104 (17%) человека, со средним — 233 (37%), с низким — 287 (46%). В табл. 1 представлена сравнительная характеристика групп, включающая основные антропомет-

рические показатели, возраст начала и длительность менопаузы, наличие переломов в анамнезе.

Средний возраст больных в группах с высоким и средним риском переломов составил 60,9 и 62,0 года соответственно, а в группе с низким риском — 53,8 года. В первых двух группах преобладали пациенты с нормальным значением индекса массы тела (ИМТ), а в группе с низким риском переломов большинство больных были с избыточной массой тела или ожирением. На момент включения пациентов в базу данных менопауза наступила у 83,7, 85,8 и 77,7% женщин в группах высокого, среднего и низкого риска соответственно. Длительность менопаузы у 39% женщин в последней группе не превышала 5 лет, в то время как в группах с высоким и средним риском давность ее у более чем 40% больных составляла свыше 15 лет.

В табл. 2 представлена сравнительная клиническая характеристика больных РА. Из таблицы видно, что во всех группах преобладали пациенты с РА, начавшимся после 45 лет. Так, 59,0% женщин из группы среднего риска и 58% — высокого риска переломов заболели после наступления менопаузы, в то время как 53% женщин из группы с низким риском переломов диагноз РА установлен до ее наступления.

Показатель продолжительности болезни был наименьшим в группе низкого риска (7,8 года) и наибольшим — в группе среднего риска (9,4 года). У 24,5% больных в группе с высоким риском переломов установлена высокая активность заболевания, в то время как в группе с низким и средним риском этот показатель составил 14,5 и 20,3% соответственно. Анализ рентгенологических проявлений РА выявил следующую закономерность: в группе высокого риска распределение пациентов по II, III и IV рентгенологическим стадиям было равномерным (31,7, 33,7 и 31,7% соответственно), а в группе с низким риском преобладали пациенты со II (38,6%), реже с III и IV рентгенологическими стадиями (32,6 и 25,6% соответственно). ФН, по оценке лечащего врача, у большинства пациентов (64,0%) была умеренно выраженной и соответствовала II степени. ФН III степени была у 19,4% пациентов в группе высокого риска, у 15,7% — среднего и у 10,1% — низкого. И наоборот, ФН I степени была у 16,5% пациентов в группе высокого риска, у 19,6% — среднего и у 25,6% — низкого.

Таблица 1

Характеристика больных РА в зависимости от степени риска возникновения переломов методом FRAX

Показатель	Риск переломов		
	высокий	средний	низкий
Число больных (%)	104 (17)	233 (37)	287 (46)
FRAX (%)	7,8–51 (22,0 ± 9,4)	5,1–35 (12,9 ± 5,9)	1,7–16 (4,7 ± 2,2)
Возраст, годы	41–78 (60,9 ± 9,2)	42–84 (62,0 ± 11,4)	40–80 (53,8 ± 8,6)
Масса тела, кг	39–92 (64,3 ± 11,2)	40–100 (66,9 ± 12,0)	40–120 (73,9 ± 15,8)
Рост, см	150–176 (159,7 ± 11,8)	139–176 (160,5 ± 11,3)	125–178 (161,7 ± 5,8)
Число больных в менопаузе (%)	87 (83,7)	200 (85,8)	223 (77,7)
Возраст начала менопаузы, годы	48,4 ± 5,0	48,5 ± 4,6	48,1 ± 4,7
Число больных с длительностью менопаузы (%)			
< 5 лет	22 (25)	38 (19)	87 (39)
> 15	35 (40)	91 (45)	52 (24)
Число больных с переломами в анамнезе (%)	88 (85)	98 (42)	37 (13)

Таблица 2

Сравнительная клиническая характеристика больных РА с высоким, средним и низким риском возникновения переломов

Показатель	Риск переломов		
	высокий	средний	низкий
Возраст дебюта РА, годы	14–77 (48,8 ± 13,8)	12–77 (48,5 ± 13,8)	7–82 (44,5 ± 12,6)
Начало РА после менопаузы, % больных	58	59	47
Длительность РА, годы	0–40 (8,5 ± 9,4)	0–41 (9,4 ± 9,3)	0–59 (7,8 ± 8,5)
Число больных с РФ (%)	75 (73)	174 (75)	184 (64)
Активность РА (% больных)			
0	0	0	1 (0,3)
I	27 (26,5)	47 (20,7)	80 (28,3)
II	50 (49,0)	134 (59,0)	161 (56,9)
III	25 (24,5)	46 (20,3)	41 (14,5)
Рентгенологическая стадия РА (% больных)			
I	3 (2,9)	3 (1,3)	9 (3,2)
II	33 (31,7)	81 (35,4)	110 (38,6)
III	35 (33,7)	84 (36,7)	93 (32,6)
IV	33 (31,7)	61 (26,6)	73 (25,6)
Степень ФН (% больных)			
0	0	1 (0,4)	3 (1,1)
1	17 (16,5)	45 (19,6)	73 (25,6)
2	66 (64,1)	148 (64,3)	180 (63,2)
3	20 (19,4)	36 (15,7)	29 (10,1)
Число больных с внесуставными проявлениями (%)	48 (46)	103 (44)	94 (33)

Примечание. РФ — ревматоидный фактор, ФН — функциональная недостаточность.

Аналогичная закономерность отмечена при сопоставлении больных с различным риском переломов и группами инвалидности. Так, 454 (72,8%) женщины были нетрудоспособны и имели группу инвалидности. У большинства была II группа инвалидности. В группе высокого риска переломов инвалидов I группы было 15,4%, в группе среднего риска — 10,7%, низкого — 4,9%. Пациентов, не имеющих группы инвалидности, напротив, было 23,1, 24,5 и 31,0% в группах высокого, среднего и низкого риска переломов соответственно. Частота обнаружения РФ в сыворотке у больных с высоким риском составила 73%, со средним — 75%, с низким — 64%. Внесуставные проявления РА также чаще выявлялись в группе с высоким и средним риском переломов (46 и 44% соответственно), существенно реже — среди больных с низким риском (33%).

В табл. 3 приведена характеристика ГК-терапии у больных РА. Анализ данных показал, что 91% больных в группе с высоким риском против 21% в группе с низким риском принимали ГК на момент обследования. Продолжительность приема ГК в группах высокого и среднего риска была выше и составила 47,6 и 44,7 мес соответственно, а в группе низкого риска — 29,4 мес. Средняя суточная доза ГК была сопоставима во всех группах и составила 8,9 мг/сут у пациентов с высоким риском,

8,6 мг/сут — со средним, 9,7 мг/сут — с низким риском переломов.

По данным анамнеза, клинические переломы различной локализации имели 85% пациентов группы высокого риска, 42% — среднего и 13% — низкого.

Изучение абсолютного риска возникновения переломов у больных РА методом FRAX позволило сделать следующее заключение: большинство включенных в исследование имеют высокий или средний риск переломов. У этих больных ниже ИМТ, а продолжительность менопаузы дольше, более половины заболели РА после менопаузы; течение РА сопровождалось более высокой активностью, внесуставными проявлениями, обнаружением РФ в сыворотке крови у большинства больных, более частым и продолжительным назначением ГК. Длительность болезни также была выше, чаще определялись III и IV рентгенологические стадии заболевания, II и III степени ФН, большое число больных имели клинические переломы костей различной локализации.

В доступной нам литературе найдено несколько работ посвященных клиническому применению FRAX у больных РА, в том числе исследование ученых из Великобритании, целью которого также была оценка риска переломов у больных РА [2] и которое включало 349 женщин в возрасте от 40 до

Таблица 3

Характеристика ГК-терапии у больных РА с высоким, средним и низким риском возникновения переломов

Показатель	Риск переломов		
	высокий	средний	низкий
Число больных, получающих терапию ГК (%)	95 (91)	120 (51)	61 (21)
Длительность приема ГК, мес	0,25–288 (47,6 ± 67,0)	0,25–480 (44,7 ± 73,8)	0,25–360 (29,4 ± 45,1)
Доза ГК, мг/сут	5–30 (8,9 ± 4,4)	2,5–40 (8,6 ± 4,4)	2,5–50 (9,7 ± 7,5)

85 лет из госпитальной базы данных. Авторы сообщили, что 93 (26,7%) пациентки имели высокий риск переломов (> 20%). Число больных с высоким риском переломов увеличивалось с возрастом: 4,5% в группе 40—54 лет и 59,3% — в группе старше 75 лет. По нашим данным, риск переломов > 20% имели 77 (12,3%) женщин, из которых 26 человек отнесены к группе со средним риском, а 51 — к группе с высоким риском переломов, который также увеличивался с возрастом и составил 0% в возрасте от 40 до 54 лет, 5,9% — от 55 до 64 лет, 29,3% — от 65 до 74 лет и 73,1% — старше 75 лет. По данным анамнеза, 41% британских против 35% российских женщин с РА имели нетравматические переломы различной локализации, частота которых зависела от возраста (27% — в возрасте от 40 до 54 лет, 50% — старше 75 лет). Следует отметить, что авторы цитируемой работы при оценке риска переломов располагали данными о МПК шейки бедра, сведениями о переломах проксимального отдела бедра у родственников. На результат анализа существенное влияние оказал возраст больных. Так, у них 32,4% были в возрасте от 65 до 74 лет, в то время как у нас преобладали (42,3%) пациенты в возрасте от 40 до 54 лет.

В другой работе, выполненной канадскими учеными, дана характеристика риска переломов в группе больных с ранними артритом, использован метод FRAX. В исследование включено 238 человек. Данные МПК не учитывались. Высокий риск переломов выявлен у 13% пациентов. Авторами отмечена статистически значимая корреляция между повышением риска переломов и приемом ГК ($p = 0,012$), а также наличием эрозий ($p = 0,040$). Активность воспалительного процесса (по DAS28) была существенно выше у больных с высоким риском переломов, чем у тех, кто имел низкий риск. Данные этого исследования сопоставимы с полученными нами.

Следует отметить работу российских исследователей (2009 г.), которая посвящена определению клинического значения десятилетнего риска остеопоротических переломов у соматических больных. В исследование включено 372 пациента по обращаемости обоих полов (мужчины и женщины 1:4) в возрасте от 50 до 65 лет ($56,2 \pm 3,2$ года), проживающих в Москве. Критериями исключения при формировании выборки были наличие заболеваний крови, соединительной ткани, злокачественных новообразований, оперативных вмешательств на желудке или кишечнике. По данным авторов, риск переломов составил $14,6 \pm 4,7\%$ в группе лиц, которым не проводилась денситометрия (172 человека) и $19,1 \pm 9,7\%$ в группе, где МПК шейки бедра учитывалась (200 человек). У большинства обследованных риск переломов в составил от 10 до 20%, а у каждого пятого — более 30%. У наших больных средний риск переломов ниже и составил $10,7 \pm 8,4\%$, а риск переломов более 30% имели 3,7% обследованных. Большинство больных РА (389 человек) имели риск переломов в диапазоне от 1 до 10%, но, несмотря на это, многие из них включены в группу с высоким или средним риском переломов, так как абсолютные значения FRAX могут трактоваться и оцениваться по-разному в зави-

симости от возраста. Более высокий показатель риска переломов у большего количества соматических больных по сравнению с нашими данными можно объяснить следующим: курение как фактор риска отмечен у 40,1 и 56,0% в 1-й и 2-й группах соответственно, а злоупотребление алкоголем — у 36,1 и 12,0% соответственно. У значительного количества больных учитывались значения МПК. Среди больных, включенных в наше исследование, курила на момент обследования 41 (6,6%) женщина, злоупотребляющих алкоголем не было.

Заключение

Метод FRAX при оценке абсолютного риска возникновения переломов позволяет выявить пациентов с повышенным риском остеопоротических переломов и своевременно рекомендовать лечебно-профилактические и реабилитационные мероприятия. В настоящее время имеется достаточное количество лекарственных средств, приспособлений, комплексов по реабилитации для пациентов с ОП, позволяющих снизить риск возникновения переломов. FRAX можно использовать с/без данных денситометрии. В то же время оценка методом FRAX может служить показанием к определению МПК. Таким образом, внедрение шкалы FRAX (простого, удобного и доступного метода) в клиническую практику позволит повысить качество, снизить экономические затраты на лечебно-профилактические и реабилитационные мероприятия у пациентов с риском возникновения переломов, в том числе у больных РА.

ЛИТЕРАТУРА

1. Эрдес Ш., Фоломеева О. М. Ревматические заболевания и инвалидность взрослого населения Российской Федерации // Науч.-практ. ревматол. — 2007. — № 4. — С. 5—9.
2. Al-Shakarchi I., Louise Dolan A., Powell L., Karim J. Is the FRAX Tool Useful in Assessing Fracture Risk in Female Rheumatoid Arthritis Patients? Интернет URL <http://acr.confex.com/acr/2009/webprogram/Paper14367.htm>
3. Baskan B. M., Sivas F., Alemdaroglu E. et al. Association of bone mineral density and vertebral deformity in patients with rheumatoid arthritis // Rheumatol. Int. — 2007. — Vol. 27, N 6. — P. 579—584.
4. Black D. M., Arden N. K., Palermo L. et al. Prevalent vertebral deformities predict hip fractures and new vertebral deformities but not wrist fractures: Study of Osteoporotic Fractures Research Group // J. Bone Miner. Res. — 1999. — Vol. 14. — P. 821—828.
5. Cooper C., Coupland C., Mitchell M. Rheumatoid arthritis, corticosteroid therapy and hip fracture // Ann. Rheum. Dis. — 1995. — Vol. 54. — P. 49—52.
6. Kanis J. A., Johnell O., Oden A. et al. FRAX and the assessment of fracture probability in men and women from the UK // Osteoporos. Int. — 2008. — Vol. 19. — P. 385—397.
7. Kanis J. A., McCloskey E. V., Johansson H. et al. Development and use of FRAX® in osteoporosis // Osteoporos. Int. — 2010. — Vol. 21, N 2. — P. S407—S413.
8. Kay L. J., Holland T. M., Platt P. N. Stress fractures in rheumatoid arthritis: a case series and case-control study // Ann. Rheum. Dis. — 2004. — Vol. 63. — P. 1690—1692.
9. Kaz Kaz H., Johnson D., Kerry S. et al. Fall-related risk factors and osteoporosis in women with rheumatoid arthritis // Rheumatology. — 2004. — Vol. 43. — P. 1267—1271.
10. Kim S. Y., Schneeweiss S., Liu J. et al. Risk of osteoporotic fracture in a large population-based cohort of patients with rheumatoid arthritis // Arthr. Res. Ther. — 2010. — Vol. 12. — P. R154.

11. Lems W. F., Dijkmans B. A. Should we look for osteoporosis in patients with rheumatoid arthritis? // Ann. Rheum. Dis. — 1998. — Vol. 57. — P. 325—327.
12. Peel N. F. A., Moore D. J., Barrington N. A. et al. Risk of vertebral fracture and relationship to bone mineral density in steroid treated rheumatoid arthritis // Ann. Rheum. Dis. — 1995. — Vol. 54. — P. 801—806.
13. Solomon D. H., Finkelstein J. S., Shadick N. et al. The relationship between focal erosions and generalized osteoporosis in postmenopausal women with rheumatoid arthritis: The Osteoporosis in Rheumatoid Arthritis (OPiRA) Cohort Study // Arthr. & Rheum. — 2009. — Vol. 60. — P. 1624—1631.
14. Spector T. D., Hall G. M., McCloskey E. V., Kanis J. A. Risk of vertebral fracture in women with rheumatoid arthritis // Br. Med. J. — 1993. — Vol. 306. — P. 558.
15. Van Staa T. P., Geusens P., Bijlsma J. W. J. et al. Clinical assessment of the long-term risk of fracture in patients with rheumatoid arthritis // Arthr. and Rheum. — 2006. — Vol. 54. — P. 3104—3112.
16. Wainwright S. A., Marshall L. M., Ensrud K. E. et al. Hip fracture in women without osteoporosis // J. Clin. Endocrinol. — 2005. — Vol. 90, N 5. — P. 2787—2793.

Поступила 29.11.11

Сведения об авторах:

Подворотова М. М., аспирант НИИ ревматологии РАМН; Дыдыкина И. С., канд. мед. наук, ст. науч. сотр. лаб. безопасности антиревматических препаратов НИИ ревматологии РАМН; Гавва Т. Н., канд. мед. наук, врач 4-го ревматологического отделения НИИ ревматологии РАМН; Маслова К. А., канд. мед. наук, специалист по продукции ЗАО "Рош-Москва"; Насонов Е. Л., д-р мед. наук, проф., акад. РАМН, дир. НИИ ревматологии.

Для контактов:

Подворотова Марина Михайловна, 115522, Москва, Каширское шоссе, д. 34а. Телефон: 8-903-79-99-475.

© А. Л. ВАУЛИЧЕВА, 2011

УДК 617.546-009.7-055.1-07-036.865

А. Л. Вауличева

ЭКСПЕРТНАЯ ОЦЕНКА РИСКА ХРОНИЗАЦИИ БОЛИ В СПИНЕ У МУЖЧИН ТРУДОСПОСОБНОГО ВОЗРАСТА

ГОУ ВПО "Первый московский государственный медицинский университет им. И. М. Сеченова"

Рассмотрен сохраняющий свою актуальность вопрос хронизации боли в спине. Предложен метод экспертной оценки перспективы перехода острой боли в хроническую, позволяющий клиницисту проводить первичную стратификацию больных с индивидуальным умеренным и высоким риском персистенции боли, а также в острый период боли в спине прогнозировать его исход.

Ключевые слова: боль в спине, факторы хронизации боли

THE EXPERTISE OF RISK OF CHRONIZATION OF BACKACHE IN MALES OF ABLE-BODIED AGE

A.L. Vaulitcheva.

The article discusses the actual issue of backache chronization. The method of expertise is proposed to evaluate the prospective of transformation of backache from acute in chronic form. This approach permits to apply primary stratification of patients with individual mild and high risk of backache persistence and to assess the outcome in the case of acute backache.

Key words: backache, factors of backache chronization

В настоящее время боль в спине является одним из наиболее распространенных состояний в структуре обращаемости за медицинской помощью. В России к 30 годам около 90% населения имеют болевой синдром в спине. Около 80% людей испытывают боли, локализованные в пояснично-крестцовой области, у 80—90% больных они регрессируют в течение 6 нед [4, 5], однако у 10—20% больных развиваются хроническая боль и инвалидизация. Эта группа пациентов имеет неблагоприятный прогноз для выздоровления и представляет важнейшую медико-социальную проблему, так как на нее приходится до 80% затрат здравоохранения на лечение болей в спине [5]. К примеру, расходы здравоохранения на боли в спине в Соединенных Штатах в 1998 г. достигли 90 700 млн долларов [9].

По результатам изучения эпидемиологии болевых синдромов, распространенность хронических болевых синдромов у взрослого населения России составляет в среднем 34,3 на 100 опрошенных [5].

Анализ проспективных исследований [2, 5—7] позволяет выделить медицинские, эргономиче-

ские, психосоциальные, а также социодемографические факторы хронической инвалидизации. К ним относятся: иррадиация боли в ногу, предшествующие эпизоды боли в поясничной области, требовавшие обращения за медицинской помощью; психосоциальные аспекты труда, особенно представление пациента о трудности выполняемой работы и собственных возможностей с ней справиться, убеждение больного, что боль связана с условиями труда; негативное мнение относительно прогноза заболевания; желание получить финансовую компенсацию [2]. Однако, несмотря на многообразие патогенетических факторов и вариантов формирования хронических болевых синдромов [10—12] пояснично-крестцовой локализации, а также в связи с недостаточной эффективностью лечения и реабилитации этой группы больных, актуальной является комплексная оценка взаимоотношений структурных и психологических изменений при данной патологии с целью разработки и оптимизации дифференцированного терапевтического подхода и прогноза заболевания.