

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 персистирования 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. Vaulicheva.

The article discusses the actual issue of backache chronization. The method of expertise is proposed to evaluate the perspective 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 возможностях 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.

Материал и методы. Для достижения указанной цели проведено проспективное исследование хронизации боли в спине у мужчин трудоспособного возраста (все без исключения больные работали). Обследовано 100 больных мужского пола (от 19 до 63 лет; средний возраст $39,51 \pm 9,38$ года), страдающих острыми болями в нижней части спины.

В исследование включали пациентов с острым болевым синдромом нижней половины спины с давностью не более 4 нед, как впервые возникшим, так и возникавшим ранее и появившимся в настоящий момент после длительной ремиссии. Интенсивность болевого синдрома соответствовала показаниям для стационарного лечения пациента. Пациентов с вторичными болями в спине в исследование не включали.

Клиническое обследование пациентов включало анализ развития заболевания, истории жизни (с учетом семейного, образовательного, социального статуса, занятий спортом, травматизма, количества ранее перенесенных болевых эпизодов), неврологическое и психологическое обследование. Для изучения болевого синдрома [1] использовались визуальная аналоговая шкала (ВАШ) и болевой опросник Мак-Гилла, опросник нейропатической боли DN4. Также уделялось более пристальное внимание характеристикам болевого синдрома, таким как пробуждение от боли, динамика боли в течение болевого эпизода, характер боли. Больным проводилось исследование нейровизуализационными методами: МРТ поясничного отдела позвоночника и спинного мозга в стандартных последовательностях в T1- и T2-взвешенном изображении, использовалась компьютерная томография (КТ) позвоночника. Всем пациентам проводилась рентгенография пояснично-крестцового отдела позвоночника в двух проекциях.

Больным в остром периоде проводилось комплексное лечение [3] согласно медицинским экономическим стандартам, включающее в себя назначение нестероидных противовоспалительных средств (НПВС), миорелаксантов, нейротрофических, сосудистых средств, а при длительности болевого синдрома свыше 4 нед назначались антидепрессанты. Также больным проводили физиотерапевтическое лечение и кинезиотерапию.

Всех пациентов интервьюировали по телефону через 3 мес после возникновения острого болевого эпизода. По наличию болевого синдрома по прошествии этого времени все пациенты были разделены на 2 группы: 1-ю группу составили пациенты с хронической болью (боль существует свыше 3 мес после острого эпизода); 2-ю — пациенты, не испытывавшие боли в течение катарического периода после проведенного курса лечения (полный регресс боли после острого эпизода). Далее проводился сравнительный анализ ретроспективных данных в выделенных группах и статистическая обработка полученных результатов (численными методами) с выделением факторов, ассоциируемых с хронической болью. Статистический анализ полученных данных проводили с использованием стандартного программного пакета Statistica 6.0.

Результаты и обсуждение. Проведенное телефонное интервью показало, что болевой синдром сохранялся у 27% пациентов. Полученные результаты согласуются с известными данными по хронической боли в спине [2]. Возможным объяснением преваляирования болевого синдрома в обследованной выборке является одномоментный срез оценки хронической боли строго через 3 мес после появления боли. Согласно критерию сохранения боли свыше 3 мес, все пациенты разделялись на две группы. В 1-ю группу были включены 27% пациентов, во 2-ю — 73%.

Как показал сравнительный анализ, включающий демографические показатели, данные анамнеза, характеристики острого болевого синдрома, пациенты, испытывающие боли в спине свыше 3 мес, были более старшего возраста ($p = 0,03$) по сравнению с группой пациентов с успешным регрессом боли. Средний возраст пациентов в группе с хронизацией боли превышал 43 года. Обращает на себя внимание тот факт, что в группе с регрессом боли (около половины пациентов) доход пациентов был ниже среднего, что достоверно отличалось

($p = 0,03$) от группы с сохраняющимся болевым синдромом, где доход ниже среднего отмечался всего лишь у трети пациентов, это также отличается от ранее проведенных исследований зарубежных авторов [8]. В то же время такие показатели, как семейный статус, уровень образования, наличие и количество детей, индекс массы тела, которые могут влиять на персистирование боли, в выделенных группах не различались. Среди анамнестических характеристик значимую роль в поддержании болевого синдрома играли следующие факторы: физическая активность, травматизация, частота болевых эпизодов. В группе с регрессом боли достоверно чаще встречались пациенты, физически активные вне профессиональной деятельности ($p = 0,037$). В группе пациентов с сохраняющимся болевым синдромом достоверно чаще встречались лица, имевшие в анамнезе единичные и множественные (больше 2) травмы различной локализации ($p < 0,0001$) по сравнению с группой больных с регрессом боли. Пациенты, имевшие в анамнезе больше двух госпитализаций по поводу боли, составляли большинство группы с сохраняющейся болью ($p = 0,006$). Также в группе с сохраняющимся болевым синдромом преваляировали пациенты, имевшие более трех болевых эпизодов в анамнезе ($p = 0,009$). При сравнительном анализе собственно болевого эпизода в острый период также выявлены межгрупповые отличия. В частности, достоверные отличия найдены по длительности периода интенсивной боли (более 5 баллов по ВАШ), который в группе с регрессом болевого синдрома составил $23,9 \pm 13,55$ дня, а в группе с сохраняющимся болевым синдромом — $33,7 \pm 18,37$ дня ($p = 0,011$). Соответственно, длительность пребывания на больничном листе в данных группах также существенно различалась ($p = 0,005$). Достоверные различия также были получены по степени регресса боли по ВАШ. В группе с катарическим без болевого синдрома регресс боли на 21-й день составил $6,98 \pm 1,78$ балла, что достоверно выше, чем в группе с сохраняющимся болевым синдромом, где по ВАШ степень регресса составила $5,55 \pm 1,64$ балла ($p = 0,001$).

Радикулопатия в неврологическом статусе преваляировала в группе с сохраняющимся болевым синдромом ($p = 0,001$). По-видимому, именно высокой представленностью радикулопатии объясняется преваляирование нейропатической боли в острый период в группе с хронической болью. В груп-

Факторы риска хронизации боли в нижней половине спины

Фактор	Число баллов
Возраст старше 43 лет	1
Отсутствие физических нагрузок вне профессиональной деятельности	1
Наличие травм в прошлом:	
0—1 травма	0
2 травмы	2
Более трех болевых эпизодов в анамнезе	2
Более двух госпитализаций по поводу боли в анамнезе	1
Наличие радикулопатии в настоящем болевом эпизоде	1
Отсутствие двух и более пораженных корешков	1

пе пациентов с персистирующим болевым синдромом частота встречаемости грыж межпозвонковых дисков была выше ($p = 0,002$), преобладающими были грыжи межпозвонковых дисков на уровне L_4-S_1 . Напротив, в группе с регрессом болевого синдрома достоверно преобладал уровень $L_{IV}-L_V$. Группа с персистированием боли отличалась возрастом старше 43 лет, наличием болевого опыта (по количеству ранее перенесенных острых болевых эпизодов, а также госпитализаций, связанных с болью), травм в прошлом, низкой приверженностью к физической нагрузке, наличием радикулопатии в период острого эпизода.

По результатам данного проспективного исследования наиболее значимым факторам риска хронизации боли присвоены баллы в зависимости от величины (p) достоверности различий. Два балла было присвоено факторам с $p < 0,0001$ (см. таблицу).

На основании ранжированных факторов риска разработана система оценки риска хронизации боли. Индивидуальный суммарный счет по наличию факторов риска от 0 до 2 баллов характеризует низкий риск хронизации боли; 3–4 балла — умеренный и свыше 5 баллов — высокий. Для проверки предложенной стратификации проведена оценка индивидуального риска хронизации боли обследованных больных. Как показывают результаты оценки, 93% пациентов с персистированием боли имели умеренный и высокий риск хронизации боли в острый период. Напротив, 80% пациентов с последующим регрессом боли в острый период имели низкий риск хронизации боли.

Заключение

Предложенная система стратификации больных в зависимости от факторов риска хронизации боли позволяет в острый период боли в спине прогнозировать исход острого эпизода боли, а также оптимизировать активные терапевтические и реабилитационные стратегии, направленные на профилактику хронизации боли у больных с индивиду-

альным умеренным и высоким риском персистирования боли.

ЛИТЕРАТУРА

1. Белова А. Н., Щенетова О. Н. Шкалы, тесты и опросники в медицинской реабилитологии. — М., 2001.
2. Воробьева О. В., Акарачкова Е. С. Роль депрессии в хронизации дорсалгии: подходы к терапевтической коррекции // Журн. неврол. и психиатр. — 2004. — № 8. — С. 46–50.
3. Камчатнов П. Р., Глушков К. С., Карлов А. В. Лечение пациента с острой болью в нижней части спины: эффективность и безопасность // Consilium Medicum. Неврология. — 2008. — № 2. — С. 70–74.
4. Павленко С. С., Денисов В. Н., Фокин Г. И. Организация медицинской помощи больным с хроническими болевыми синдромами. — Новосибирск, 2002.
5. Яхно Н. Н., Подчуфарова Е. В. Хроническая боль. Патогенез, клиника, лечение: Пособие для врачей. — М., 2007.
6. Breivik H., Collett B., Ventafridda V. et al. Survey of chronic pain in Europe: Prevalence, impact on daily life, and treatment // Eur. J. Pain. — 2006. — Vol. 10. — P. 287–333.
7. Coste J., Delecoeuillerie G., Cohen de Lara A. et al. Clinical course and prognostic factors in acute low back pain: an inception cohort study in primary care practice // Br. Med. J. — 1994. — № 308. — P. 577–580.
8. Greene H., Cholewicki J., Galloway M. T. et al. A history of low back injury is a risk factor for recurrent back injuries in varsity athletes // Am. J. Sport Med. — 2001. — Vol. 29. — P. 795–800.
9. Luo X., Pietrobon R., Sun S. X. et al. Estimates and patterns of direct health care expenditures among individuals with back pain in the United States. (Phila Pa 1976) // Spine. — 2004. — Vol. 29, N 1. — P. 79–86.
10. Truchon M., Fillion L. Biopsychosocial determinants of chronic disability and low back pain: a review // J. Occup. Rehabil. — 2000. — Vol. 10. — P. 117–142.
11. Univers of Florida patients with low back pain or injury — medical practice guidelines. // J. Back Musculoskelet. Rehabil. — 1999. — Vol. 12. — P. 35–36.
12. Waddell G. The Back Pain Revolution. — Edinburgh, 1998.

Поступила 29.11.11

Сведения об авторах:

Вауличева Александра Леонидовна, аспирант каф. нервных болезней факультета послевузовского профессионального образования врачей ГОУ ВПО "Первый московский государственный медицинский Университет им. И. М. Сеченова". 107150, Москва, ул. Лосиноостровская, вл. 43. Телефон: 8 (499) 966-95-17.