

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ШЕЙНО-ГРУДНОГО И ПОЯСНИЧНО-КРЕСТЦОВОГО БОЛЕВЫХ СИНДРОМОВ

Л. Манвелов, кандидат медицинских наук,

Ю. Варакин, доктор медицинских наук, профессор,

Г. Горностаева, кандидат медицинских наук,

М. Прокопович, кандидат медицинских наук

Научный центр неврологии РАМН, Москва

E-mail: center@neurology.ru

Установленная при эпидемиологическом обследовании населения в возрасте 35–60 лет одного из административных районов Москвы распространенность шейно-грудного и пояснично-крестцового болевых синдромов суммарно составила 77,4%. Полученные в ходе исследования данные могут использоваться при модернизации медицинской помощи при болевом синдроме, а также при разработке соответствующих профилактических программ.

Ключевые слова: пояснично-крестцовый болевой синдром, шейно-грудной болевой синдром, распространенность, эпидемиологическое исследование.

Исследований, посвященных эпидемиологии шейно-грудного (ШГБС) и пояснично-крестцового (ПКБС) болевых синдромов, известно немного, а их результаты трудно сопоставимы из-за отсутствия единых общепризнанных критериев диагностики и различия представленных данных по репрезентативности. Большинство работ основаны на показателях обращаемости в медицинские учреждения или получены в отдельных стационарах и медико-санитарных частях, поэтому в них учтены только пациенты с болями, наблюдавшимися в момент обследования [4, 6–8]. Данные медицинской статистики не отражают истинную распространенность указанных болевых синдромов среди населения, так как многие пациенты занимаются самолечением, не обращаясь за медицинской помощью. В то же время при адекватной терапии можно не только купировать приступ боли, но и предотвратить ее повторное возникновение [4, 6, 7, 11]. Отсюда ясна необходимость эпидемиологических исследований, позволяющих активно выявлять больных, которых когда-либо беспокоили боли. Полученные результаты позволяют уточнить масштаб проблемы, объем лечебно-профилактического вмешательства, потребность в санаторно-курортном лечении, разработать более обоснованные научно-практические рекомендации как для врачей разного профиля, так и для пациентов [2, 3, 5, 10, 12, 14, 21].

При изучении распространенности болевых синдромов данные комплексных медицинских осмотров нельзя экстраполировать на все население, а результаты поквартирных обходов, почтовых и телефонных опросов, не подтвержденные при врачебном осмотре, позволяют получить лишь ориентировочную информацию.

Оптимальным эпидемиологическим методом определения распространенности различной патологии является скрининг, позволяющий исследовать открытую популяцию с выявлением выраженных, легких, компенсированных, а также отмечавшихся в прошлом форм. Достоверную информацию о популяции в целом можно получить при обследовании относительно небольшой выборки [9, 13, 22, 23].

Около 90% всех болевых синдромов наблюдаются в скелетно-мышечной системе, чаще у женщин, чем у мужчин. Даже в молодых возрастных группах не менее четверти опрошенных отмечали хроническую боль различной локализации [2, 5, 13].

Заболевания периферической нервной системы широко распространены в популяции; у лиц трудоспособного возраста они составляют 74,2%, существенно опережая многие другие заболевания нервной системы. По данным многолетнего мониторинга заболеваемости на крупных предприятиях Республики Беларусь (обследовано 56 тыс. работающих), оказалось, что заболевания периферической нервной системы заняли 4-е место среди всех обращений за медицинской помощью, при этом на долю ПКБС пришлось 85,4% [1].

Заболевания периферической нервной системы, частым проявлением которых служат боли, в частности, в шейно-грудном и пояснично-крестцовом отделах позвоночника, нередко протекают хронически и прогрессируют медленно. Поэтому ранняя диагностика этой патологии имеет решающее значение для успешного лечения с возможностью прекращения болевого синдрома или уменьшения степени его тяжести, а также вероятности возникновения рецидивов.

Отмечается значительный разброс данных о распространенности отдельных болевых синдромов в популяции: от 7 до 64%, в том числе для хронической боли — от 7,6 до 45,0% [2, 3, 5]. Ведущей локализацией боли при этом являются пояснично-крестцовый и шейно-грудной отделы позвоночника [4–6].

В большинстве исследований отмечается более высокая распространенность любых болевых синдромов у женщин, особенно в возрасте 17–44 лет: в пожилом и старческом возрасте эти различия уменьшаются [15–20, 24].

Данное исследование выполнено в ходе скрининга открытой популяции, проведенного для определения распространенности основных заболеваний нервной системы совместно с Государственным научно-исследовательским центром профилактической медицины РФ. На основе списков обязательного медицинского страхования с помощью таблицы случайных чисел была сформирована выборка, включавшая 0,2% неорганизованного населения в возрасте 35–60 лет, проживающего в одном из административных районов Москвы. Объем выборки составил 1035 человек, из которых было обследовано 726 (383 мужчины и 343 женщины). Таким образом, отклик пациентов превысил 70%, что соответствует правилам проведения эпидемиологических исследований [9].

В работе использовали подготовленный нами опросник, данные которого дополнялись целенаправленным неврологическим осмотром. Это позволило оценить распространенность ШГБС и ПКБС среди населения трудоспособного возраста, причем не только на момент осмотра или незадолго до него, но и в прошлом (более чем за 3 года до обследования).

Анализировали неврологические нарушения, проводимые лечебные мероприятия (амбулаторное, стационарное, нейрохирургическое, санаторно-курортное лечение). Оценивали также состояние трудоспособности больного,

особенности повседневной работы и возможность ее выполнения, а также активного проведения досуга наряду с другими членами семьи.

Создана компьютерная база данных, для анализа которой применялся пакет программ Statistica 6.0 (StatSoft, США). Для получения количественных признаков вычисляли средние величины (M) и средние квадратические отклонения (s). Для оценки распространенности болевых синдромов рассчитывали 95% доверительный интервал (95% ДИ). При сопоставлении результатов, полученных в разных группах, применяли критерий χ^2 с поправкой Йетса.

Обследованы 726 пациентов (383 мужчины и 343 женщины), средний их возраст составил $50,8 \pm 9,0$ лет. Болевой синдром в обследуемой популяции независимо от локализации (в пояснично-крестцовом или шейно-грудном отделе позвоночника) когда-либо наблюдался у 562 (77,4%) пациентов [74,2; 80,3]; преобладали женщины по сравнению с мужчинами – соответственно 82,5% [78,1; 86,1] и 72,8% [68,2; 77,1] ($p=0,003$).

Распространенность ПКБС составила 70,4%, ШГБС – 37,9%. Часто встречалось сочетание ШГБС и ПКБС, реже наблюдался изолированный ПКБС, еще реже – изолированный ШГБС (табл. 1).

В нашей работе была выделена группа больных, которые при обычном медицинском обследовании редко попадают в поле зрения врачей, поскольку болевой синдром прекратил беспокоить их как минимум в течение последних 3 лет. Доля пациентов с наблюдавшимся в прошлом ПКБС была достоверно ниже, чем при ШГБС, который, таким образом, оказался более стабильным (см. табл. 1).

Распространенность ПКБС и (в еще большей степени) ШГБС в целом оказалась выше среди женщин, при этом преобладало чередование обоих синдромов, ШГБС без болей в пояснично-крестцовой области одинаково часто наблюдался у мужчин и женщин, а изолированный ПКБС – у мужчин. Среди пациентов с прекращением ПКБС за 3 года до обследования оказалось больше мужчин, при ШГБС различий для мужчин и женщин не было (табл. 2).

Возраст начала ПКБС оказался достоверно более ранним, чем ШГБС (соответственно 38,8 и 41,7 года), при этом если ПКБС появлялись у женщин в достоверно более позднем возрасте, чем у мужчин (в 37,5 и 40,3 года соответственно), то для ШГБС различий не выявлено.

К моменту обследования оказалось, что длительность существования ПКБС была достоверно больше, чем ШГБС (11,2 и 9,5 лет; $p=0,03$). Указанные различия сохранялись как у мужчин (12,3 и 8,9 года; $p=0,0002$), так и у женщин (11,2 и 9,5 года; $p=0,03$; табл. 3). При этом относительно недавно (на протяжении 5 лет до обследования) пояснично-крестцовые боли начали беспокоить пациентов в 27,8% случаев, в шейно-грудном отделе позвоночника – 43,7% случаев.

Работу, связанную с подъемом и переносом тяжестей, мужчины выполняли достоверно чаще, чем женщины (соответственно 30,9 и 12,2%, $p=0,01$).

Как при ПКБС (511 больных), так и при ШГБС (355 пациентов) проводилось одинаковое лечение: амбулаторное (60,7 и 61,1%), стационарное (9,8 и 5,6%), хирургическое (1,2 и 0,3%), санаторно-курортное (12,7 и 14,4%). В связи с обострением ПКБС или ШГБС временно нетрудоспособными были признаны 47,4% пациентов, группу инвалидности получили 2,3% пациента. 62,2% больным боли мешали выполнять работу по дому, а также активному проведению досуга.

Таблица 1

Число больных с ШГБС и ПКБС в популяции

Локализация болевого синдрома	Число больных	p
ПКБС	70,4% (511/726) [66,9; 73,6]	
ШГБС	48,9% 355 [45,3; 52,5]	0,0001
Доля больных с ПКБС в прошлом	19,4% (99/511)	
Доля больных с ШГБС в прошлом	12,1% (43/355)	0,006
Изолированный ПКБС	28,5% (207/726)	0,0001
Изолированный ШГБС	7% (51/726)	0,0001
Сочетание ПКБС и ШГБС	41,9% (304/726)	0,0001

Примечание. Здесь и в табл. 2: в скобках – число больных (n), в квадратных скобках – 95% ДИ.

Таблица 2

Число больных с ШГБС и ПКБС среди мужчин и женщин

Локализация болевого синдрома	Мужчины	Женщины	p
Общее число больных с ПКБС	66,9% (256/383) [61,2; 71,4]	74,4% (255/343) [69,5; 78,7]	0,03
Общее число больных с ШГБС	37,9% (145/383) [33,1; 42,8]	61,2% (210/343) [56,0; 66,2]	0,0001
Доля больных с ПКБС в прошлом	23,4% (60/256)	15,3% (39/255)	0,01
Доля больных с ШГБС в прошлом	15,9% (23/145)	9,5% (20/210)	0,1
Изолированный ПКБС	35% (134/383)	21,3% (73/343)	0,003
Изолированный ШГБС	6% (23/383)	8,1% (28/343)	0,4
Сочетание ПКБС и ШГБС	31,8% (122/383)	53,1% (182/343)	0,0003

Таблица 3

Возраст начала болевого синдрома

Болевой синдром	Мужчины	Женщины	p (между мужчинами и женщинами)	Всего
ПКБС	37,5 \pm 11,3	40,3 \pm 10,6	0,002	38,8 \pm 10,5
ШГБС	41,8 \pm 9,7	41,6 \pm 9,7	0,9	41,7 \pm 9,2
Достоверность различия между ПКБС и ШГБС	$p=0,0001$	$p=0,2$		$p=0,0001$

Таким образом, проведенное эпидемиологическое исследование позволило уточнить распространенность и особенности течения ШГБС и ПКБС у населения трудоспособного возраста. Продемонстрирована высокая (77,4%) распространенность болевого синдрома в шейно-грудном и(или) пояснично-крестцовом отделе позвоночника; у женщин она

оказалась достоверно выше. Особенностью ШГБС было его развитие в более старшем возрасте. Обращаемость больных в лечебно-профилактические учреждения составила 63%; стационарное лечение получили 10% больных, санаторно-курортное — 13%.

Полученные данные помогут оценить масштаб проблемы спинальных болевых синдромов и могут быть использованы для определения объемов медицинской помощи, а также при разработке профилактических программ.

Литература

1. Антонов И.П., Барабанова Э.В. Профилактика неврологических проявлений поясничного остеохондроза: промежуточные итоги, нерешенные вопросы и некоторые методологические аспекты // Журн. неврол. и психиатр. — 1998; 12: 4–8.
2. Гусев Е.И., Виленский Б.С., Борисова Н.А. и др. О распространенности и степени компенсации заболеваний нервной системы // Журн. неврол. и психиатр. — 1991; 7: 3–6.
3. Ерохина Л.Г., Виленский Б.С., Кузнецов П.С. Основы организации неврологической помощи населению. — М.: Медицина, 1981. — 192 с.
4. Манвелов Л.С., Кадыков А.С. Поясничные боли // Лечащий врач. — 1999; 4: 28–33.
5. Павленко С.С. Эпидемиологическое исследование болевых синдромов в Новосибирске // Неврол. журн. — 1999; 8: 21–25.
6. Парфенов В.А. Диагноз и лечение при острой поясничной боли // Атмосфера. Нервные болезни. — 2009; 1: 25–28.
7. Подчуфарова Е. Диагностика и лечение боли в пояснично-крестцовой области // Врач. — 2008; 9: 33–37.
8. Попелянский Я.Ю. Болезни периферической нервной системы. — М.: Медицина, 1989. — С. 17–18.
9. Роуз Дж. и др.. Эпидемиологические методы изучения сердечно-сосудистых заболеваний. — Женева, ВОЗ, 1984. — 223 с.
10. Флетчер Р., Флетчер С., Вагнер Э. Клиническая эпидемиология (основы доказательной медицины) — М.: Медицина — Атмосфера, 1998. — С. 12.
11. Шостак Н.А., Клименко А.А. Лечение болей в спине по принципам доказательной медицины // Фарматека. — 2006; 6: 1–4.
12. Andersson H., Ejlertsson G., Leden I. et al. Chronic pain in geographically defined general population: studies of differences in age, gender, social class and pain localisation // Clin. J. Pain. — 1993; 9: 174–182.
13. Bassols A., Canellas M., Banos J. The prevalence of pain in a general population: a telephone survey in Catalonia (Spain) // World Congress on Pain, 8-th: Abstracts. — Seattle. — 1996. — P. 68.
14. Bowsher D., Rigge M., Sopp L. Prevalence of chronic pain in British population: a telephone survey of 1037 households // Pain Clin. — 1991; 4: 223–230.
15. Brattberg G., Thorslund M., Wikman A. The prevalence of Pain in a general population the results of a postal survey in a county of Sweden // Pain. — 1989; 37: 215–222.
16. Brattberg G., Parker M., Thorslund M. The prevalence of pain among the oldest old in Sweden // Pain. — 1996: 29–34.
17. Brody E.M., Kleban M.N. Day-to-day mental and physical health symptoms of older people a report on health logs // Gerontologist. — 1983; 23: 75–85.
18. Crook J., Rideont E., Browne G. The prevalence of pain complaints in a general population // Pain. — 1984; 18: 299–314.
19. Ferrell B., Ferrell B., Osterwell D. Pain in nursing home // J. Americ. Geriat. Soc. — 1990; 38: 409–414.
20. Roy R., Thomas M. A survey of chronic pain in the elderly population // Can. Fam. Phys. — 1986; 32: 513–516.
21. Smith B., Penny K., Punes A. et al. The Chronic Pain Grade questionnaire: validation and reliability in postal research // Pain. — 1997; 71: 141–147.
22. Sternbach R. Survey of pain in the United States the Nurpin Pain Report // Clin. J. Pain. — 1986; 2: 49–53.
23. Unruh M. Gender variations in clinical pain experience // Pain. — 1996; 2: 123–161.
24. Von Korff M., Dworkin S., Le Resche L. et al. An epidemiologic comparison of pain complaints // Pain. — 1988; 32: 173–183.

PREVALENCE OF THORACOCERVICAL AND LUMBOSACRAL PAIN SYNDROMES

L. Manvelov, Candidate of Medical Sciences; **Professor Yu. Varakin**, MD; **G. Gornostayeva**, Candidate of Medical Sciences; **M. Prokopovich**, Candidate of Medical Sciences

Neurology Research Center, Russian Academy of Medical Sciences
The prevalence of thoracocervical and lumbosacral pain syndromes established during an epidemiological survey of a 35-60-year-old population in one of the Moscow administrative districts was 77.4%.

The findings may be used in the modernization of medical care for pain syndrome and in the elaboration of appropriate prophylactic programs.

Key words: thoracocervical pain syndrome, lumbosacral pain syndrome, prevalence, epidemiological survey.

ВОССТАНОВИТЕЛЬНОЕ ЛЕЧЕНИЕ СТРЕССОГЕННЫХ РАССТРОЙСТВ

Л. Сmealкина, кандидат медицинских наук,

С. Шевцов, кандидат медицинских наук,

I МГМУ им. И.М. Сеченова

E-mail: smekalkinal@bk.ru

При расстройствах адаптации фитотерапия гиперацином в сочетании с интегративной психотерапией эффективнее, чем использование только экстракта зверобоя продырявленного или только краткосрочной психотерапии.

Ключевые слова: психотерапия, фитотерапия, гиперацин, расстройства адаптации, непсихотическая депрессия.

Методы комплексной терапии так называемых стрессогенных аффективных расстройств в последние годы изучаются очень активно во всем мире [1, 4, 8, 10]. В связи со сложностью классификации депрессивных расстройств непсихотического уровня и их диагностики как у подростков, так и у взрослых данные сравнительной оценки комплексного и раздельного применения при них психотерапии и фитотерапии остаются предметом дискуссии, особенно в том аспекте, который связан с лечением и реабилитацией больных методами только восстановительной медицины [1, 3–5, 7].

Разные авторы отмечают повышенную частоту депрессии у 0,4–25% детей и подростков (Исаев Д.Н., 2006; Шевченко Ю.С., Антропов Ю.Ф., 2009). Депрессивная симптоматика нередко занимает ведущее место в клинической картине как психических заболеваний неаффективной природы, так и психосоматических расстройств. На определенных этапах заболевания именно от нее зависит тяжесть состояния больного (Тиганов А.С. и соавт., 1999–2007; Иванец Н.Н. и соавт., 2007; Кинкулькина М.А., 2007; Смулевич А.Б. и соавт., 1997–2009).

Применяемые в лечении депрессий непсихотического уровня высокоэффективные синтетические антидепрессивные средства зачастую приходится отменять или заменять из-за опасных побочных эффектов, которые в свою очередь требуют лечения. Особенно остро этот вопрос стоит у больных моложе 18 лет с аффективной патологией [1, 2, 9, 10]. Именно поэтому использование у таких пациентов нелекарственных методов лечения и фитотерапии (в частности, интегративной психотерапии и препаратов экстракта травы зверобоя продырявленного) благодаря их особенностям [3] привлекает внимание все большего числа врачей общей и семейной практики, педиатров, психотерапевтов, неврологов, психиатров [1, 3, 8–10].

Нами в период с 2003 по 2008 г. было обследовано 95 подростков и молодых людей (36 лиц женского пола, 59 — мужского) в возрасте 12–20 лет (в среднем — 16,7±2,2 года) с тревожной непсихотической депрессией (тревожно-депрессивными расстройствами) и вегетативными симптомами. Проведено клинко-психопатоло-