Оригинальная статья

Боль и психосоциальные аспекты у пациентов с вертеброгенным болевым синдромом

Лихачева Е.Б., Салина Е.А., Колоколова А.М., Мыльников А.М.

ФГБОУ ВО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России

Поступила в редакцию 05 июня 2019 г., Принята в печать 16 июня 2019 г.

© 2019, Лихачева Е.Б., Салина Е.А., Колоколова А.М., Мыльников А.М.
© 2019, Психосоматические и интегративные исследования

Резюме:

Проведено комплексное клинико-инструментальное обследование пациентов с пояснично-крестцовой радикулопатией, направленное на усовершенствование способа клинической оценки болевого синдрома и изучение психосоциального статуса больных. Модификация визуальной аналоговой шкалы, предложенная авторами, позволяет объективизировать выраженность боли и может применяться для динамической оценки эффективности лечения.

Ключевые слова: болевой синдром, пояснично-крестцовая радикулопатия, визуальная аналоговая шкала, психосоциальный статус.

Библиографическая ссылка: Лихачева Е.Б., Салина Е.А., Колоколова А.М., Мыльников А.М. Боль и психосоциальные аспекты у пациентов с вертеброгенным болевым синдромом. Психосоматические и интегративные исследования 2019; 5: 0205.

Original article

Pain and psychosocial aspects of patients with vertebrogenic pain syndrome

Likhacheva E.B., Salina E.A., Kolokolova A.M., Mylnikov A.M.

The Saratov state medical University n. a. V. I. Razumovsky, Saratov, Russia

Received on 05 June 2019, Accepted on 16 June 2019

© 2019, Likhacheva E.B., Salina E.A., Kolokolova A.M., Mylnikov A.M.
© 2019, Psychosomatic and Integrative Research

Summary:

A comprehensive clinical and instrumental examination of patients with lumbosacral radiculopathy was conducted; it is aimed at improving the method for the clinical assessment of pain and studying the psychosocial status of patients. The modification of the visual analogue scale proposed by the authors makes it possible to objectify the severity of pain and can be used to dynamically evaluate the effectiveness of treatment.

Keywords: pain syndrome, lumbosacral radiculopathy, visual analogue scale, psychosocial status.

Cite as Likhacheva E.B., Salina E.A., Kolokolova A.M., Mylnikov A.M. Pain and psychosocial aspects of patients with vertebrogenic pain syndrome. Psychosomatic and Integrative Research 2019; 5: 0205.

Введение

Неспецифическая боль в спине занимает ведущую позицию среди причин обращения за медицинской помощью. Широкая распространенность, склонность к затяжному течению, омоложение контингента больных обуславливают актуальность и значимость данной проблемы. [1,2]. Боль в спине, независимо от возраста, существенно снижает работоспособность и социальную активность. Изменения эмоциональной сферы, возникающие при боли в спине, способствуют хронизации болезни. [3, 4, 5]. Вертеброгенный болевой синдром обусловлен различными дегенеративно-дистрофическими изменениями позвоночника, выраженность которых, как правило, не коррелирует с симптомами заболевания. Ведущими патогенетическими факторами являются компрессионные и рефлекторные механизмы, воспалительные и аутоиммунные процессы в области поражения, микроциркуляторные расстройства. В клинической картине первое место занимают боль, рефлекторные мышечно-тонические и миофасциальные синдромы, очаговая неврологическая симптоматика в зоне пораженного спинномозгового нерва.

Распространенность пояснично-крестцовой радикулопатии (ПКР) составляет 2-5% от всех болей в спине, встречается у мужчин и женщин, пик заболеваемости приходится на возраст 45-55 лет. ПКР развивается вследствии вертебральных причин: наличие грыжи межпозвонкового диска, дегенеративные изменения в межпозвонковых суставах, узкий позвоночный канал. Обследование пациента с ПКР должно включать оценку болевого поведения и способности больного справляться с данной проблемой, влияние болевого синдрома на социальную адаптацию и жизнедеятельность пациента [6].

Цель работы

Усовершенствование способа клинической балльной оценки боли при ПКР, который позволит объективизировать и формализовать полученные данные клинического осмотра, показать возможности применения для оценки тяжести течения и эффективности проводимой терапии при ПКР.

Объекты и методы

Работа основана на анализе результатов обследования и лечения 205 больных с ПКР, находившихся на лечении в клинике нервных болезней СГМУ (на базе ГУЗ СГКБ № 9), среди которых были 101 мужчина и 104 женщины в возрасте 18-75 лет (средний возраст у женщин - 48,3, у мужчин – 45,2 года) с преобладанием лиц трудоспособного возраста (76,1%). В ходе исследования осуществлялись оценка болевого синдрома, оценка нейропатического компонента боли по шкале DN4, неврологического, нейроортопедического, нейропсихологического статусов, анализ качества жизни. Всем больным была выполнена рентгенография, нейровизуализация позвоночника для исключения вторичного генеза боли. В ходе исследования использовались следующие шкалы и опросники: модифицированная нами визуальная аналоговая шкала боли (ВАШ) с подсчетом и анализом среднего балла интенсивности боли (СБИБ); опросник Роланда–Морриса «Боль в нижней части спины и нарушение жизнедеятельности» [7]; «Шкала оценки адаптационного статуса больных с патологией позвоночника» [8]. Опросник Роланда-Морриса весьма чувствителен при острых и подострых болях в спине, применялся не только для оценки исходной выраженности нарушений, но и для контроля динамики восстановления функций путем вычисления разности количества пунктов до и после лечения, выраженной в процентах (за 100% берется исходное количество пунктов) [9]. Всем больным проводилась общепринятая терапия согласно рекомендованным для стационаров стандартам лечения данной патологии.

Результаты исследования

Основной жалобой всех пациентов с ПКР была боль различной степени интенсивности. С помощью ВАШ оценивалась интенсивность боли по 5 параметрам в зависимости от повседневной двигательной активности пациентов (ходьба по плоской поверхности и лестнице, в положении сидя и стоя, в постели) с подсчетом СБИБ по этим пяти пунктам. Значения СБИБ до лечения составили 6,02±0,15 баллов, преобладали пациенты с умеренной (2,6-5 баллов) болью (59,2%). Потребность в постоянном ежедневном приеме нестероидных противовоспалительных средств (НПВС) с целью обезболивания до лечения отмечали 50,7% больных, в периодическом приеме (не менее 1 раза в 3 дня) – 45,9%, лишь 3,4% принимали НПВС эпизодически (не менее 1 раза в неделю). Значения СБИБ после лечения составили 2,94±0,25 баллов, различия показателей до и после лечения были статистически значимы ($p<0,05$). Нейропатический компонент боли отмечался у 62 % пациентов и в среднем составил 4,8 балла по шкале DN4. Неврологический статус был представлен мышечно-тоническим синдромом, корешковыми расстройствами. Данные опросника Роланда – Морриса до лечения выявили выраженное нарушение всех сторон жизнедеятельности больных, особенно активного передвижения вне дома и эмоционально-психической сферы, сна. Общее количество пунктов у больных составило 12,6 ± 0,4 пункта, после лечения - 6,41 ± 0,4 пункта ($p<0,05$). Для объективной оценки показателя утраты способности к самообслуживанию по ''Шкале оценки адаптационного статуса больных с патологией позвоночника'' высчитывалась степень дезадаптации (СД), составившая до лечения 31,6 ± 2,2%, после лечения – 18.3± 1,2% ($p<0,001$).

Заключение

Углубленное исследование интенсивности боли при помощи шкал и опросников позволяет более объективно судить о выраженности боли при катамнестическом наблюдении за больными, учитывать мнение пациента о собственном состоянии и проводимом лечении. СБИБ может выступать как важный дополнительный или даже самостоятельный критерий эффективности проведенного лечения. Болевой синдром влияет на психо-эмоциональную сферу, что необходимо учитывать при определении тактики лечения.

Конфликт интересов в статье отсутствует.

Список литературы

1. Яхно. Н.Н. Боль. Руководство для врачей и студентов. М: «МЕДпресс-информ» 2009; 302 с.
2. Голубев В.Л. Болевые синдромы в неврологической практике. М: «МЕДпресс-информ» 2010; 330 с.
3. Белова А.Н. Шкалы, тесты и опросники в медицинской реабилитации. М.: Антидор, 2002г.; 440с.
4. Ульрих Э.В. Мушкин А.Ю. Вертебрология в терминах, цифрах, рисунках. СПб.: ЭЛБИ 2002; 154-157с.
5. Веселовский В.П. Ладыгин А.П., Кочергина О.С. Клиническая классификация вертеброневрологических синдромов. Неврологический вестник 1995; Т. XXVII (3-4); 45-50.
6. Гланц С. Биомедицинская статистика. М: Практика 1999; 459 с.
7. Жулев Н.М. Бадзгарадзе Ю.Д., Жулев С.Н. Остеохондроз позвоночника: Руководство для врачей. СПб.: «Лань» 2001; 592 с.

© 2019, LLC Science and Innovations, Saratov, Russia

8. Giles L.G.F. Innervation of spinal structures. In: Clinical anatomy and management of low back pain. Oxford, Butterworth–Heinemann; 1997; p.219–231.
9. Stratford P.W., Binkley J.M. Measurement Properties of the RM – 18: a modified version of the Roland-Morris disability scale. Spine 1997; (22); 241-242.

Авторы:

Лихачева Елена Борисовна – кандидат медицинских наук, доцент кафедры неврологии им. К.Н. Третьякова ФГБОУ ВО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России

Салина Екатерина Анатольевна - кандидат медицинских наук, доцент кафедры неврологии им. К.Н. Третьякова ФГБОУ ВО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России, skmp2408@yandex.ru, +79272238974

Колоколова Анжелика Михайловна - кандидат медицинских наук, доцент кафедры неврологии им. К.Н. Третьякова ФГБОУ ВО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России

Мыльников Артем Михайлович - студент 6-го курса лечебного факультета ФГБОУ ВО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России

© 2019, ООО «Наука и инновация», Россия, г. Саратов