

Неспецифические боли в нижней части спины: клинико-психологическое исследование

**Ахмадеева Л.Р., Сетченкова Н.М., Абдрашитова Е.В., Булгакова А.З.,
Раянова Г.Ш., Магжанов Р.В.**

Non-specific low back pain: clinical-and-psychological study

**Akhmadeyeva L.R., Setchenkova N.M., Abdrashitova Ye.V., Bulgakova
A.Z.,
Rayanova G.Sh., Magzhanov R.V.**

Башкирский государственный медицинский университет, г. Уфа

© Ахмадеева Л.Р., Сетченкова Н.М., Абдрашитова Е.В. и др.

В работе представлены данные комплексного клинико-психологического обследования 106 пациентов неврологического стационара, страдающих острыми, подострыми или хроническими неспецифическими болями в нижней части спины. Проведен анализ качества жизни, уровней тревоги и депрессии, корреляционный анализ между изученными показателями в подгруппах. Установлено, что на качество жизни и трудоспособность оказывают существенное влияние как физические, так и эмоциональные факторы. Предлагается дополнение существующего алгоритма оказания помощи пациентам с болями данного рода.

The results of clinical-and psychological study of 106 in-patients of neurological ward with acute, sub-acute or chronic low back pain are presented. We studied quality of life, anxiety, depression and correlations between them in subgroups. We conclude that quality of life and ability to work depend on both physical and emotional factors. Additional recommendations are suggested for existing algorithm of management of patients with low back pain.

Введение

Неспецифические боли в нижней части спины (НБНЧС) — это синдром люмбалгии, включенный в МКБ-10 как регистрационная категория М54.5, возникающий в результате воздействия механических или постуральных факторов, патофизиология которых малопонятна и не связана с какими-либо другими заболеваниями, включая инфекции, опухоли, переломы, остеопороз и др. [3, 9]. Такой характер боли в спине — причина 85% всех люмбалгий и очень распространенная проблема среди трудоспособного населения как России, так и многих стран мира. Несмотря на высокую частоту, постоянный рост частоты встречаемости данного патологического состояния и его хронизацию, лишь 0,2% всех клинических исследований связано с БНЧС [3, 6, 9].

По данным за 2004 г., это состояние является четвертым наиболее дорогим в мире после

стенокардии, гипертензии и сахарного диабета и значительно снижающим качество жизни пациентов [2, 5, 9]. Заболевание считается мультифакторным, рассматривается участие как экзогенных, так и эндогенных факторов. За последние несколько лет доказана роль психологических факторов в патогенезе БНЧС. Факторами риска считаются тревожность, депрессия, стрессы, проблемы в семье и на работе [1, 7, 9]. Остаются спорными вопросы о том, способствуют ли (если да, то в какой степени) курение, избыточный вес, избыточные физические нагрузки, вибрации, подъем тяжестей увеличению частоты НБНЧС.

Боль в спине не может быть рассмотрена только как локальное заболевание позвоночника, физическое повреждение структуры фасций, сухожилий, мышц, связок, дисков и т.д. Вся нервная система реагирует на восходящий поток ноцицептивной регуляции развитием центральной

сенситизации, сопровождающейся увеличением числа функционирующих в спинном и головном мозге структур. С переходом человека к прямохождению нагрузки на позвоночник возросли настолько, что основная роль в поддержании позы передается на мышцы, тонус которых регулируется целыми системами. Важна функция мозжечка, пирамидной, экстрапирамидной системы, а также коры, что играет не менее, а может быть и более, драматическую роль в заболевании, чем непосредственное повреждение вертебро- и паравертебральных структур [1, 4]. Например, частота люмбалгий при заболеваниях нервной системы, непосредственно не вовлекающих паравертебральные структуры, возрастает с увеличением степени координационных и пирамидных нарушений. Повышенной тревожности отводится роль в возникновении боли за счет неумения тревожных людей контролировать тонус своих мышц и позу во время стресса, что дает повышенные постуральные нагрузки на те или иные структуры.

У большинства пациентов боль купируется в течение срока менее 6 нед, однако в 20–44% случаев боль становится хронической [1, 3, 6, 9]. В современной зарубежной литературе показано, что анализ данных предварительного психологического тестирования позволяет прогнозировать эффективность лечения НБНЧС и что хроническая боль тесно связана с депрессией. Длительный 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 детальное изучение этих характеристик больных представляется актуальной проблемой.

Цель данной работы — исследование некоторых клинических и психологических характеристик больных болями в нижней части спины, их качества жизни и сопоставление полученных данных.

Материал и методы

Обследовано 106 пациентов, находившихся на стационарном лечении в отделении невро-

логии клиники Башкирского государственного медицинского университета с октября 2005 г. по июль 2008 г. с жалобами на люмбалгию. В исследование включались лица, страдающие неспецифическими болями в спине, локализуемыми в области между нижним краем XII ребра и нижними ягодичными складками. Критериями исключения служили: наличие корешкового компрессионного синдрома, очаговой неврологической симптоматики или других сопутствующих заболеваний, которыми могла бы быть объяснена боль.

Всем больным осуществлялось полное клинико-неврологическое обследование по специально разработанной карте. Для дифференциальной диагностики с другими органическими заболеваниями проводились общие лабораторные анализы и нейровизуализационные исследования (компьютерная томография (КТ) и (или) магнитно-резонансная томография (МРТ) поясничного отдела позвоночника).

Уровень боли оценивался по 100-балльной визуальной аналоговой шкале боли (ВАШ). Степень подвижности поясничного отдела позвоночника в переднезаднем направлении измерялась с помощью курвиметра (мм) по классическому методу Ф.Ф. Огиенко (1966) при наклоне вперед и назад. Степень выраженности лордоза измерялся в положении стоя. Индекс нетрудоспособности оценивался с помощью русифицированной версии вопросника Освестри, специфичного для пациентов с болевыми синдромами спины.

Качество жизни оценивалось с использованием русской, валидизированной компанией «Эвиденс-клинико-фармакологические исследования» версии опросника MOS SF-36, который состоит из 36 пунктов, сгруппированных в 8 шкал. Шкалы группируются в два показателя: «физический компонент здоровья» и «психологический компонент здоровья»: 1) **физический компонент здоровья** (Physical health — PH) составляют следующие шкалы: физическое функционирование (Physical functioning — PF), ролевое функционирование, обусловленное физическим состоянием (Role-physical functioning — RP), интенсивность боли (Bodily pain —

BP) и общее состояние здоровья (General health — GH); 2) психологический компонент здоровья (Mental health — MH) составляют шкалы: жизненная активность (Vitality — VT), социальное функционирование (Social functioning — SF), ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием (Role-emotional — RE), психическое здоровье (Mental health — MH).

Для оценки реактивной и личностной тревожности использовался тест Спилбергера–Ханина. Результаты оценивались следующим образом: до 30 баллов — низкая тревожность; 31–45 — умеренная тревожность, 46 и более баллов — высокая тревожность.

Для выявления депрессии применяли шкалу Бека, когда оценку проводит сам пациент. Результаты оценивали по следующим критериям: 0–9 баллов — отсутствие депрессивных симптомов; 10–15 баллов — легкая депрессия (субдепрессия); 16–19 баллов — умеренная депрессия; 20–29 баллов — выраженная депрессия средней тяжести; 30–63 балла — тяжелая депрессия.

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

Среди 106 пациентов с неспецифическими болями в нижней части спины было 62% женщин и 38% мужчин. Средний возраст составил ($47,8 \pm 1,6$) года и не имел различий между полами. Боли беспокоили слева 19 (18%) человек, справа — 7 (6,5%), симметрично с двух сторон или в центре позвоночника боль беспокоила 80 (75,5%) больных. Жалобы на иррадиирование боли в ногу (ноги), ягодицы, копчик, противоположную сторону предъявляли 32 пациента. При осмотре очаговая неврологическая симптоматика (корешковые ирритативные синдромы, симптом Ласега) была выявлена у 22 больных. Признаки грыжи межпозвоночного диска при МРТ (КТ) (менее 6 мм) обследовании были выявлены у 12 (11,3%) больных, спондилолистез (менее

1 см) диагностирован у 5 (4,7%), застарелые переломы (не только в поясничном, но и в грудном отделе) выявлены у 3 человек, состояние после дискэктомии — у 3 больных, разница в длине ног более 4 см у 2 человек, врожденные аномалии строения у 1 пациента. Критерием постановки данного диагноза было отсутствие специфических причин боли, таких как инфекции, опухоли, острые переломы, признаков деструкции позвонков и грыж межпозвоночных дисков, сопутствующих заболеваний и других причин, которыми могла бы быть объяснена боль. По данным Шведского совета по оценке технологий здравоохранения, протрузии, возрастные изменения дисков, сужения межпозвоночных отверстий и позвоночного канала можно выявить и у 40–50% индивидов, не страдающих болями в спине [9]. Таким образом, дегенеративный процесс в позвоночнике может считаться лишь предпосылкой боли, но не ее непосредственной причиной. Поэтому в данном исследовании не считали протрузии дисков (которые были выявлены у 51,72% больных), грыжи Шморля и другие признаки остеохондроза критериями исключения.

Пациенты были обследованы в среднем на ($5,8 \pm 2,6$) сут лечения в стационаре. Больные описывали свои болевые ощущения преимущественно как постоянную, тупую, ноющую боль. Первый эпизод боли в своей жизни испытывали 20 (18,8%) человек, ранее госпитализировались по поводу болей в спине 26,6% больных. Среднее время с момента появления болей впервые в жизни составило ($7,1 \pm 1,5$) года.

Эпизод боли был острым у 23 (22,1%) человек, т.е. боль длилась менее 1 мес до момента осмотра. Возраст больных этой группы (женщин 66,6%) составил ($36,5 \pm 3,5$) года и был достоверно ниже ($p < 0,05$), чем возраст пациентов с болями подострого и хронического характера. Число подострых болей, т.е. длящихся менее 3 мес, составило 16,9% (средний возраст ($49,7 \pm 3,1$) года, женщин 40%). Хроническое течение или эпизод, длящийся более 3 мес, наблюдались у основной части пациентов — 61% (средний возраст ($59,5 \pm 3,2$) года, женщин 61%).

При осмотре были выявлены разнообразные нарушения осанки, представленные в табл. 1. Не было обнаружено нарушений осанки у 32% больных. Выявленное количество нарушений статики позвоночника относительно небольшое, но они также способствуют болям в спине. Необходимо добавить, что у 10% больных определены признаки общей гипермобильности скелета, умеренный дефанс мышц спины у 35% и сильный — у 7% больных.

Таблица 1

Частота встречаемости нарушений осанки у пациентов с НБНЧС

Показатель	%
Плоская спина	1,3
Круглая спина	3,7
Сутулая спина	10,1
Дугообразная спина	1,3
Признаки люмбализации s_1	6,3
Признаки сокращения L_5	2,5
Усиление выраженности поясничного лордоза	21,5
Сглаженность поясничного лордоза	6,3
Выраженный сколиоз	16,4
Нормальная осанка	31,6
Уплотнение или припухлость места болезненности	12,6

На момент осмотра уровень боли по ВАШ составил ($46,4 \pm 2,7$) балла. Этот показатель имел нормальное распределение и статистически значимо не различался ($p > 0,72$) между группами пациентов с острыми, подострыми и хроническими болями. Индекс Освестри составил ($40,1 \pm 2,1$) балла, и хотя в группах с более длительной болью уровень нетрудоспособности был выше, статистически значимых различий между группами не было выявлено ($p > 0,55$) (табл. 2).

Таблица 2

Показатели по основным шкалам в различных группах пациентов с НБНЧС ($M \pm SE$)

Показатель	Все пациенты	Острые НБНЧС	Подострые НБНЧС	Хронические НБНЧС
ВАШ	$46,4 \pm 2,7$	$40,0 \pm 5,7$	$48,0 \pm 8,7$	$43,5 \pm 7,3$
Освестри	$40,1 \pm 2,1$	$39,8 \pm 5,6$	$41,9 \pm 6,2$	$42,9 \pm 4,8$
Шкала Бека	$16,1 \pm 0,9$	$13,8 \pm 1,5$	$14,0 \pm 2,6$	$17,5 \pm 1,2^*$

Тест самооценки уровня тревожности Спилберга—Ханина

РТ	$34,3 \pm 0,9$	$31,3 \pm 2,6$	$34,3 \pm 3,2$	$38,1 \pm 3,1$
ЛТ	$47,6 \pm 0,9$	$46,8 \pm 2,6$	$46,1 \pm 3,5$	$49,1 \pm 2,9$

Опросник MOS SF-36

PF	$50,5 \pm 3,1$	$51,0 \pm 6,5$	$47,7 \pm 10,9$	$49,4 \pm 3,9$
----	----------------	----------------	-----------------	----------------

RP	$26,0 \pm 4,0$	$26,2 \pm 8,0$	$25,0 \pm 14,4$	$25,5 \pm 4,9$
BP	$32,0 \pm 2,0$	$31,0 \pm 4,3$	$29,2 \pm 5,4$	$33,3 \pm 2,6$
GH	$47,1 \pm 1,9$	$52,6 \pm 3,6$	$48,0 \pm 4,7$	$44,4 \pm 2,6$
VT	$44,1 \pm 2,2$	$47,5 \pm 4,8$	$42,2 \pm 6,6$	$42,7 \pm 2,8$
SF	$49,8 \pm 2,9$	$49,9 \pm 5,4$	$40,3 \pm 9,5$	$50,8 \pm 3,7$
RE	$36,5 \pm 4,6$	$35,0 \pm 8,2$	$33,3 \pm 16,6$	$37,2 \pm 6,0$
MN	$52,5 \pm 2,3$	$55,2 \pm 4,1$	$43,5 \pm 7,37$	$53,3 \pm 3,1$

Уровень депрессии по шкале Бека составил ($16,1 \pm 0,9$) балла, т.е. в среднем больной с болями в спине находится в состоянии субдепрессии. У больных с хроническими болями уровень депрессии был достоверно выше ($p < 0,05$), чем у больных других групп. В группах с более длительной болью снижается число пациентов без депрессии и возрастает количество умеренных и выраженных депрессий, также в группе хронических НБНЧС появляются пациенты (12,5%) с тяжелой депрессией (рис. 1). Таким образом, можно говорить, о том, что депрессия, имея общие патогенетические механизмы с болью, является в определенной степени как начальным спутником НБНЧС, так и присоединяется и усугубляется со временем болевого синдрома.

И хотя в целом показатели депрессии у женщин были выше ($p = 0,013$) и составили ($22,2 \pm 2,3$) балла (по сравнению с показателями у мужчин — ($13,4 \pm 1,6$) балла), вероятно, это связано с преобладанием мужчин в группе подострых болей, так как анализ по отдельным группам в зависимости от длительности боли не выявил различий между полами. Так, в группе хронических НБНЧС показатель депрессии у женщин составил ($61,8 \pm 3,1$), в то время как у мужчин ($20,2 \pm 3,2$) балла ($p = 0,49$). Таким образом, уровень депрессии связан не столько с полом, сколько с выраженностью и длительностью болевого синдрома.

С другой стороны, низкий уровень депрессии и тревожности у мужчин может оказывать влияние и на продолжительность болевого синдрома, с чем может быть связана более низкая частота заболеваемости и хронизации процесса.

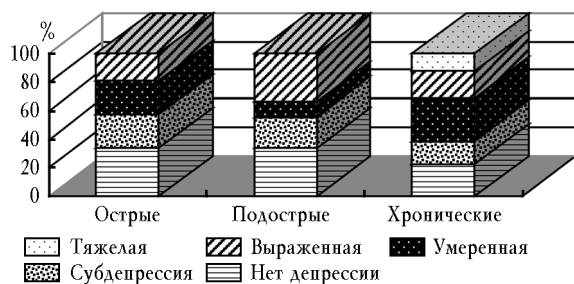


Рис. 1. Соотношение степени выраженности депрессии в различных группах пациентов с НБНЧС

Уровень личностной тревожности (ЛТ) у пациентов с НБНЧС достоверно выше ($p < 0,0001$) реактивной тревожности (РТ), что говорит о том, что это не реакция на заболевание и на сложившуюся ситуацию, а больше свидетельство изначально высокого уровня тревожности данных больных. Это совпадает с наблюдениями некоторых авторов, отмечающих, что тревожность является фактором риска развития и хронизации болей в спине. И хотя показатели больных в группе с хроническими НБНЧС были выше (табл. 2), статистически значимой разницы между группами не установлено ($p > 0,19$). На рис. 2 представлено соотношение больных с различными уровнями тревоги в исследуемых группах. Видно, что доля больных, имеющих низкую личностную тревожность, отсутствует в первых двух группах и ничтожно мала в последней.

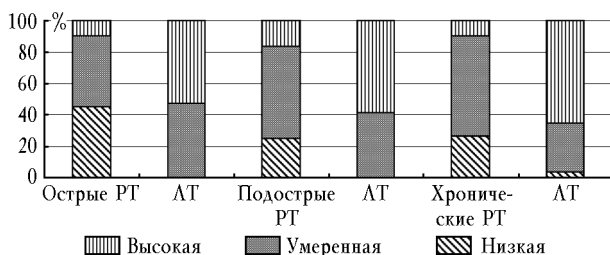


Рис. 2. Процентное соотношение больных в зависимости от выраженности реактивной и личностной тревожности в различных группах пациентов с НБНЧС

По данным опросника MOS SF-36, качество жизни значительно снижено при НБНЧС (табл. 2). Средние показатели были наименьшими по шкале RP — ролевое функционирование, обусловленное физическим состоянием. Это свидетельствует о том, что повседневная деятельность значительно ограничена физиче-

ским состоянием пациента. То есть, несмотря на то что пациенты с НБНЧС не имеют выраженных двигательных дефектов, 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 НБНЧС не менее значительную роль, чем уровень боли и физические показатели. Анализ результатов опросника MOS SF-36 в различных группах в зависимости от длительности болезни не выявил различий в качестве жизни пациентов с острыми, подострыми и хроническими НБНЧС ($p > 0,05$). С одной стороны, это свидетельствует об отсутствии прогрессирующего снижения качества жизни в ходе хронизации боли, с другой стороны, отражает отсутствие компенсации и приспособляемости в повседневной активности, физическом и психическом благополучии у больных с хроническими НБНЧС.

При корреляционном анализе факторов, влияющих на качество жизни, были выявлены значимые влияния возраста на показатели по шкале физического функционирования PF ($r = -0,38$; $p = 0,008$), что свидетельствует о том, что с возрастом физическая активность пациента более значительно ограничивается состоянием здоровья. Уровень интенсивности боли по ВАШ значимо коррелировал с показателями по шкалам: интенсивность боли ($r = -0,51$; $p < 0,001$); жизненная активность ($r = -0,53$; $p < 0,001$); социальное функционирование ($r = -0,45$; $p < 0,002$) и физическое функционирование ($r = -0,31$; $p < 0,02$). Таким образом, при данной патологии затрагиваются как физические, так психические компоненты качества жизни.

Выраженность лордоза в пояснично-крестцовом отделе позвоночника измерялась с по-

мощью курвиметра в положении стоя. Для контроля были проведены измерения у 36 здоровых лиц (58,3% женщин), не страдавших болями в спине на момент осмотра в последние 3 мес. Средний возраст составил ($46,6 \pm 3,2$) года. По критерию Колмогорова–Смирнова распределение было нормальным в обеих группах по всем измеряемым показателям, за исключением подвижности назад в группе больных, где преобладало число лиц со сниженной подвижностью от 0 до 5 мм. При сравнении кривизны позвоночника в положении стоя не было выявлено статистически значимой разницы ($p > 0,05$) между пациентами с НБНЧС и контрольной группой (рис. 3).

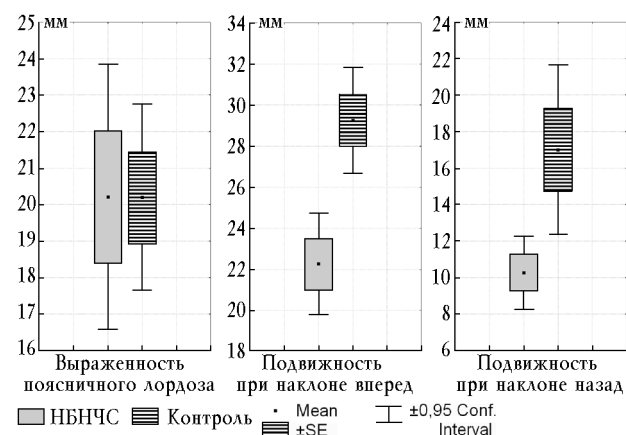


Рис. 3. Показатели курвиметрии пояснично-крестцового отдела позвоночника у пациентов с НБНЧС и в контрольной группе

При измерении подвижности позвоночника при наклоне вперед и назад шкала курвиметра у больных в среднем сдвигалась меньше, чем в контрольной группе ($p < 0,001$), т.е. подвижность у лиц с НБНЧС достоверно снижена (рис. 3). Уровень изгиба позвоночника не имел корреляционных связей с возрастом как у пациентов с НБНЧС ($r = 0,07$; $p = 0,47$), так и в контрольной группе ($r = -0,04$; $p = 0,80$). В то же время прослеживалась достаточно четкая связь возраста с уровнем подвижности пояснично-крестцового отдела позвоночника при наклонах назад и вперед в группе контроля ($r = -0,59$; $p = 0,0001$) и менее четкая, но также достоверная в группе с НБНЧС ($r = -0,23$; $p = 0,02$). Кроме того, интересной является обнаруженная изоли-

рованная положительная корреляционная связь между степенью изгиба позвоночного столба в поясничном отделе в положении стоя и уровнем СОЭ ($r = 0,50$; $p = 0,0001$; $n = 49$). Средние показатели СОЭ при НБНЧС составили ($12,8 \pm 3,4$) мм/ч. Отсутствуют связи СОЭ с другими показателями (подвижность при наклонах вперед и назад) курвиметрии ($r = -0,16$; $p = 0,25$; $n = 49$), шкалами ВАШ ($r = -0,08$; $p = 0,52$; $n = 55$), Освестри ($r = -0,14$; $p = 0,31$; $n = 52$). Также не выявлено достоверных корреляций между показателями лейкоформулы и курвиметрическими данными ($r < 0,23$; $p > 0,11$; $n = 45$). Это дает основание предположить, что данная связь обусловлена не непосредственно болевым процессом, а посредничеством соединительной ткани, слабость и вовлеченность которой могут и объединять два этих показателя. Чем слабее соединительная ткань в целом (что отражает уровень СОЭ), тем слабее связочный аппарат позвоночника, тем больше он прогибается под действием силы тяжести, тем более выражен изгиб. С другой стороны, изогнутость позвоночника может усиливаться тонически сократившимися мышцами, реагирующими на воспаление, и за счет этого коррелировать с уровнем СОЭ в крови. Также целесообразно выяснение, является ли эта связь характерной только для пациентов с НБНЧС или для всей популяции в целом.

Проведен корреляционный анализ уровня боли по ВАШ с другими изучаемыми параметрами (рис. 4).



Рис. 4. Схема корреляционных взаимосвязей (коэффициент корреляции Спирмена r и критерий его достоверности p) между показателями психологического и физического состояния у пациентов с НБНЧС

Депрессия и тревога, являясь коморбидной и практически неотъемлемой частью болей в спине, не имеют тесной корреляционной связи с уровнем боли. Из рис. 4 видно, что все анализируемые факторы скорее влияют на трудоспособность (индекс Освестри), т.е. на уровень функционирования пациента, чем непосредственно на интенсивность боли. Таким образом, представляется не менее важной задача увеличить уровень функционирования за счет коррекции тревоги, депрессии, степени подвижности и в том числе боли, чем только купирование болевого синдрома.

Полученные данные совпадают с данными L. Perri и соавт. [7], где также не было обнаружено прямой корреляционной зависимости между показателями депрессии и боли, однако уровень депрессии в данном исследовании способствовал повышению уровня болевого поведения. В исследовании коллектива американских ученых B.S. Subramaniam Rajan и соавт. [8], обследовавших пациентов из популяций испанцев, афроамериканцев и англичан в Техасе, уровень депрессии имел корреляции с функциональным статусом, возрастом и длительностью болезни. В представленном исследовании больные из группы хронических НБНЧС сопостави-

мы по уровню депрессии с этими пациентами — только 10% не имели депрессии и более 30% показали выраженную депрессию. Эти же авторы отметили, что около 45% больных имели клинически значимый уровень тревоги, что значительно ниже, чем в настоящей работе. Группы были сравнимы по преобладающему числу женщин (66,8%) и возрасту ($52,0 \pm 14,6$ года).

Показатели качества жизни больных, полученные в настоящем исследовании, значительно ниже, чем аналогичные в работе H. Frost и соавт., выполненной в Оксфорде [5]. Средние показатели ($M \pm SD$) были наименьшими по трем шкалам: как и в представленной работе, это были ролевое функционирование ($43,2 \pm 40,6$), интенсивность боли ($42,7 \pm 18,1$) и шкала жизненной активности ($52,7 \pm 19,2$). Показатели по остальным шкалам не опускались ниже 68 баллов. В исследованиях этих авторов пациенты не демонстрируют такого сильного снижения ролевого функционирования, связанного с эмоциональным здоровьем, как в данной работе. По результатам H. Frost, уровень нетрудоспособности у больных был в 2 раза ниже (индекс Освестри ($21,6 \pm 11,0$ балла)). С одной стороны, это может быть связано с более низким возрастом их больных ($41,7 \pm 14,9$ года), с другой стороны, это отражает более низкое качество и уровень жизни всей нашей популяции, в том числе недостаточную эффективность системы помощи данной категории пациентов, а также более высокую распространенность стрессогенных факторов и социальной незащищенности. Количество курящих пациентов (28–35%) было сопоставимо с данными настоящего исследования (31%).

Качество жизни больных с поражениями пояснично-крестцового и шейного отделов на фоне остеохондроза было исследовано на башкирской популяции ортопедами [2]: оно было сопоставимо с результатами проведенного исследования и даже несколько выше по некоторым шкалам. В это исследование вошли больные с грыжами и корешковыми компрессионными синдромами, среди них был распространен такой же уровень депрессии и тревоги

Ахмадеева Л.Р., Сетченкова Н.М., Абдрашитова Е.В. и др. Неспецифические БНЧС: клинико-психологическое исследование

как среди оперированных больных, так и среди пациентов, получавших консервативное лечение, однако эмоционально-ролевое функционирование не так страдало, как у больных в представленной работе.

Заключение

Таким образом, особенностями изученных характеристик больных с неспецифическими болями в спине в изученной выборке являются высокий уровень нетрудоспособности, тревоги, низкие показатели качества жизни, затрагивающие эмоциональное состояние не меньше, чем физическое. Сравнение с зарубежными авторами лишний раз напоминает о необходимости внедрения методов лечения, имеющих сильные доказательства эффективности (А): поведенческая терапия, мультидисциплинарный подход с участием психолога, социального работника и др. [6, 9], отсутствующих в современной клинической практике. Хотелось бы отметить, что часто целью лечения пациентов с неспецифической болью в спине является лишь снятие болевого синдрома, что недостаточно повышает уровень трудоспособности и способствует низкой комплаентности. В ходе опроса выявлено, что только 18,1% исследованных пациентов с хроническими НБНЧС делают ежедневную зарядку, специальные упражнения для спины или занимаются плаванием. Таким образом, лечение должно быть направлено на увеличение показателей качества жизни больных, уровня

подвижности, общей активности, изменение образа жизни, снижение тревоги и депрессии.

Работа выполнена с использованием средств гранта Президента Российской Федерации для поддержки молодых российских ученых МД-1195.2008.7.

Литература

1. Григорьева В.Н. Психосоматические аспекты нейрореабилитации. Хронические боли. Н. Новгород: Изд-во Нижегород. гос. мед. академии, 2004. 420 с.
2. Минасов Б.Ш., Сахабутдинова А.Р., Кулова Е.И. и др. Оценка качества жизни и психоземotionalного состояния пациентов с остеохондрозом позвоночника // Здоровоохранение Башкортостана. 2003. № 3. С. 100—102.
3. Насонова В.А. Боль в нижней части спины — большая медицинская и социальная проблема, методы лечения // Consilium medicum. 2004. Т. 6. № 8. С. 536—541.
4. Попелянский Я.Ю. Ортопедическая неврология (вертеброневрология): Руководство для врачей: 3-е изд., перераб. и доп. М.: МЕДпресс-информ, 2003. 672 с.
5. Frost H., Sarah E. Lamb, Helen A. Doll et al. Randomised controlled trial of physiotherapy compared with advice for low back pain // BMJ. 2004. doi:10.1136/bmj.38216.868808.P. 7.
6. Maurits van Tulder, Bart Koes, Willem Assendelft, Lex Bouter. Acute and chronic low back pain. Systematic reviews from the Cochrane Back Group // Effective Health Care bulletin. 2000. V. 6. № 5. ISSN: 0965—0288.
7. Perri S. Waters, Keefe F. et al. Relationship of depression to overt motor pain behavior and pain reports in depressed low back pain patients // The Journal of Pain. 2006. V. 7. Issue 4. Pages S73—S73 L.
8. Subramaniam Rajan B.S., Terrell Benold M.D., Sandra Burge Ph.D. Functional Status and Depression in Chronic Low Back Pain Patients. The University of Texas Health Science Center at San Antonio, San Antonio, TX 78229. 2007.
9. SBU Evaluates Healthcare Technologies, Back Pain, Neck Pain. An Evidence Based Review— Published by SBU, 2003. 30 p.