

## Оценка распространенности синдрома хронической генерализованной боли и его связи с психическим статусом в популяции сельских жителей

А. Г. Солодовников, О. В. Андриянова, О. М. Лесняк, А. Г. Закроева, С. В. Глуховская

Кафедра семейной медицины ФПК и ПП ГОУ ВПО «Уральская государственная медицинская академия» Росздрава, ГУЗ «Свердловский областной центр медицинской профилактики», г. Екатеринбург

### Estimate of prevalence of chronic widespread pain syndrome and its association with mental status in rural population

A. G. Solodovnikov, O. V. Andriyanova, O. M. Lesnyak, A. G. Zakroeva, S. V. Glukhovskaya

Department of Family Medicine of Faculty for Qualification Assurance and Postgraduate Education of State Educational Institution for Higher Professional Education «Ural State Medical Academy» of Roszdrav, Ekaterinburg State Healthcare Institution «Sverdlovsk Regional Center for Medical Prevention»

#### Резюме

Синдром хронической генерализованной боли (СХГБ) по данным зарубежной литературы поражает около 10% взрослого населения, и ассоциирован с рядом хронических состояний, в том числе психических.

В России СХРБ практически не известен, однако результаты единственного пилотного исследования позволяют предполагать, что СХРБ распространен и в РФ, и является медико-социальной проблемой.

**Цель исследования** — изучить распространенность СХГБ у сельских жителей России, активность борьбы с болью и психический статус таких пациентов.

**Материал и методы.** Изучены данные 520 респондентов в возрасте 25 лет и старше, выбранных методом компьютерной рандомизации из популяции жителей Нижне-Сергинского района Свердловской области. Респонденты самостоятельно заполняли анкету, состоявшую из четырех частей: а) общая характеристика боли, б) схемы тела для обозначения боли, в) опросники отношения пациента к боли; г) опросники на психический статус пациента.

**Результаты.** Распространенность СХГБ составляет 8,5% (95% ДИ: 6,2–11,2). Отмечен статистически значимый рост распространенности СХГБ с возрастом (ОШ=1,54, 95% ДИ: 1,11–2,16),  $p=0,007$ . При оценке уровней психологического дистресса и соматизации выявлено, что у респондентов с СХГБ они существенно выше, чем в остальной популяции (ОШ=2,3 (95% ДИ: 1,2–4,3) для дистресса и ОШ=7,1 (95% ДИ: 3,4–14,8) для соматизации). При сравнении группы СХРБ и группы хронической негенерализованной боли выявлено, что в группе СХРБ выше уровень как активной (19,4 против 17,1,  $p=0,03$ ), так и пассивной борьбы с болью (33,1 против 29,5,  $p=0,005$ ).

**Выводы.** СХГБ у жителей сельской местности — распространенное состояние, сопровождающееся повышенным уровнем соматизации и дистресса, а также высокой интенсивности болезненного поведения, что предполагает активный поиск медицинской и социальной поддержки. Скрининг на СХГБ несложен, но позволит существенно снизить нагрузку на сельское здравоохранение.

**Ключевые слова:** синдром хронической генерализованной боли, соматизация, дистресс, психические расстройства, распространенность, сельские жители.

#### Summary

Chronic widespread pain syndrome (CWPS) affects about 10% of adult population and is associated with several chronic conditions, including mental, according to foreign literature.

CWPS in Russia is virtually undiagnosed, although the results of a single pilot study allow to conclude that CWPS is prevalent in Russia and is a medical and social problem.

**Study aim:** examine the prevalence of CWPS in rural population of Russia, activity of pain coping strategies and mental status of such patients.

**Material and methods.** Data of 520 respondents aged 25 and older who were randomly chosen by PC from the rural population of Nizhne-Serginsky district of Sverdlovsk region were analyzed. Respondents completed questionnaire by themselves comprised of four

А. Г. Солодовников — ассистент кафедры семейной медицины ФПК и ПП Уральской государственной медицинской академии;

О. М. Лесняк — д. м. н., профессор, зав. кафедрой семейной медицины ФП и ПП Уральской государственной медицинской академии, гл. специалист Уральского Федерального округа по общей врачебной практике вице-президент Российской ассоциации по остеопорозу, член Президиума Ассоциации ревматологов России;

А. Г. Закроева — к. м. н., доцент кафедры семейной медицины ФПК и ПП Уральской государственной медицинской академии.

parts: a) general pain characteristics; b) body manikins to draw pain; c) questionnaires related to subject attitude to pain; d) mental health questionnaires.

**Results:** Prevalence of CWPS was 8,5% (95% CI: 6,2–11,2). Prevalence increased with age (OR=1,54, 95% CI: 1,11–2,16),  $p=0,007$ . Analysis of levels of mental distress and somatization showed that CWPS respondents had reasonably higher levels of parameters compared to general population (OR=2,3 (95% CI: 1,2–4,3) for distress and OR=7,1 (95% CI: 3,4–14,8) for somatization). Comparison of CWPS subjects and subjects with non-generalized chronic pain showed that CWPS group has higher intensity of both active pain coping (19,4 vs 17,1,  $p=0,03$ ) and passive pain coping (33,1 vs 29,5,  $p=0,005$ ).

**Conclusion.** CWPS in rural population is prevalent and is associated with higher levels of somatization and distress, and high intensity of pain-coping behavior that suggests active seeking of medical and social support. CWPS screening is simple but allows decreasing burden of CWPS on rural healthcare system.

**Key words:** chronic widespread pain syndrome, somatization, distress, mental disorders, prevalence, rural population.

Согласно общепринятому определению, предложенному Американским колледжем ревматологии в 1990 г., синдром хронической генерализованной боли (СХГБ) — это боль, присутствующая одновременно в противоположных анатомических участках правой и левой половины тела, выше и ниже пояса, а также в проекции позвоночника и/или грудины на протяжении 3 месяцев и дольше [1]. СХГБ относится к группе так называемых «необъясненных» синдромов, состояний, при которых не выявляются явные клинические или патологические изменения [2]. СХГБ является частой жалобой, его распространенность в разных популяциях составляет от 8,9 до 13,2%, повышаясь с возрастом [3,4]. За рубежом СХГБ является одной из самых частых причин обращения к ревматологу [5]. Несмотря на то, что СХГБ в основном считается одним из диагностических критериев синдрома фибромиалгии, доказана ассоциация данного синдрома и с другими патологиями, такими, как синдром хронической усталости, артралгии, миофасциальная боль, головная боль, синдром раздраженного кишечника, а также с психическими расстройствами [6, 7, 8].

Для пациентов с СХГБ характерна высокая степень соматизации и активный поиск медицинской помощи, в том числе и альтернативной; соматизация, кроме того, является также и фактором риска персистирующего течения СХГБ [5]. Указанные ассоциированные патологии, особенности состояния и поведения пациента приводят к тому, что в данной группе больных снижена трудоспособность с одновременным существенным повышением нагрузки на медицинские ресурсы. Кроме того, у пациентов с длительно сохраняющимся СХГБ в 2 раза повышается риск смерти от онкологических заболеваний [5].

В Российской Федерации к настоящему времени проведено лишь одно пилотное эпидемиологическое исследование СХГБ среди городского населения [9], в котором СХГБ изучался в качестве ведущего диагностического критерия фибромиалгии.

Целью настоящей работы являлось изучение распространенности СХГБ у сельских жителей России с одновременной оценкой актив-

ности болезненного поведения и психических расстройств в данной группе.

## Материалы и методы исследования

Настоящая работа является частью совместного исследования в области эпидемиологии хронической боли, проводимого кафедрой семейной медицины УГМА и Свердловским областным центром медицинской профилактики при поддержке Отдела по изучению эпидемиологии артритов Университета г. Манчестера (Великобритания).

В Свердловской области для изучения особенностей хронической боли у сельского населения был выбран Нижне-Сергинский район с центром в городе Нижние Серги, который находится в 70-и километрах от областного центра и представлен 39-ю населенными пунктами (села, деревни), где население занято работой на сельскохозяйственных предприятиях. На момент исследования в этих населенных пунктах по данным избирательных списков проживало 21742 человека в возрасте от 25 лет и старше. Из указанных списков методом компьютерной рандомизации было выбрано случайным образом 711 респондентов, проживающих в 26 населенных пунктах. Объем выборки, равный 711 респондентам, был рассчитан на основе данных пилотного исследования [9] с учетом следующих допущений: минимальной 70%-ной отвечаемости, мощности 80% и  $\alpha=5\%$  для основных изучаемых шкал.

Для изучения характеристик хронической боли и связанных с ней психических отклонений была разработана и валидизирована анкета [9], в общем сложности включавшая 115 вопросов. Анкета состояла из четырех частей:

- а) вопросы, касающиеся общих характеристик боли,
- б) схемы тела для обозначения локализации боли,
- в) стандартных опросников, характеризующих отношение к боли;
- г) стандартных опросников, характеризующих психический статус пациента.

Специально обученные интервьюеры после получения списков адресов, фамилий потенциальных субъектов опроса и анкет осуще-

ствляли поквартирный обход респондентов и заполнение анкеты. Анкетирование продолжалось с 2005 по 2006 годы. Связаться удалось с 634 респондентами, в 77 случаях респондент отсутствовал по указанному адресу (по причине смерти, переезда, пребывания в местах заключения и т.п.). 114 человек отказались от участия в анкетировании. В целом, в результате анкетирования было получено 520 заполненных опросников. Таким образом, отвечаемость составила 82%, что соответствует величине, рассчитанной для конечного объема выборки.

Половой и возрастной состав выборки из 520 жителей Нижне-Сергинского района представлен в табл. 1. Возрастное распределение соответствовало ожидаемому для случайной выборки (рис. 1). Половой и возрастной состав группы из 114 человек, отказавшихся от участия в анкетировании, статистически значимо не отличался от такового среди ответивших.

Для оценки распространенности синдрома хронической генерализованной боли (СХГБ) были использованы 2 классификационные схемы:

а) схема Американской коллегии ревматологов (1990) [1];

б) схема Манчестерской группы по изучению СХГБ (1998) [3].

Использование двух схем обусловлено тем, что вторая — экспериментальная — схема Манчестерской группы оказалась более специфичной в пилотных исследованиях [3]. В обоих случаях использовались условное кодирование сегментов человеческого тела по манекену (10 сегментов по схеме Американской коллегии ревматологов и 29 сегментов по

схеме Манчестерской группы) и положительный ответ на вопрос о продолжительности хронической боли более 3 месяцев.

Для оценки предпочтения в выборе пациентом активной или пассивной стратегии борьбы с интенсивной хронической болью использован The Vanderbilt Pain Management Inventory (VPMI) [10] — анкета, состоящая из 18 пунктов. Кроме шкал, отражающих выбор активной или пассивной стратегий, в опроснике VPMI проанализированы также 4 подшкалы: «Преувеличение» (склонность к драматизации болевых ощущений, преувеличение значимости проблемы), «Поиск социальной поддержки» (обращение к друзьям, родственникам и другим представителям социума в случае интенсивной боли), «Отвлекающее поведение» (осуществление действий, направленных на отвлечение внимания от болевых ощущений) и «Подавление» (активное подавление болевых ощущений субъектом).

Также в настоящей работе использовались два опросника для оценки психического статуса:

а) The General Health Questionnaire (GHQ-12) [11] — опросник, состоящий из 12 пунктов, и разработанный для использования в клиниках и в эпидемиологических исследованиях для проведения скрининга минимальных психических расстройств и оценки уровня психологического дистресса; большее количество баллов свидетельствует о высоком уровне психологического дистресса.

б) The Bradford Somatic Inventory (BSI) [12] — анкета, направленная на выявление соматизации — психопатологии у пациентов,

Таблица 1. Половой и возрастной состав выборки из жителей Нижне-Сергинского района

Возраст	Мужчины	Женщины	Всего
25–29 лет	22 (51,16%, 95% ДИ: 35,46 – 66,69)	21 (48,84%, 95% ДИ: 33,31 – 64,54)	43 (100%)
30–39 лет	49 (42,61%, 95% ДИ: 33,44 – 52,17)	66 (57,39%, 95% ДИ: 47,83 – 66,56)	115 (100%)
40–49 лет	76 (43,68%, 95% ДИ: 36,19 – 51,39)	98 (56,32%, 95% ДИ: 48,61 – 63,81)	174 (100%)
50–59 лет	64 (42,38%, 95% ДИ: 34,39 – 50,68)	87 (57,62%, 95% ДИ: 49,32 – 65,61)	151 (100%)
≥60 лет	23 (62,16%, 95% ДИ: 44,76 – 77,54)	14 (37,84%, 95% ДИ: 22,46 – 55,24)	37 (100%)
Итого	234 (45%, 95% ДИ: 40,67 – 49,39)	286 (55%, 95% ДИ: 50,61 – 59,33)	520 (100%)

Таблица 2. Распространенность синдрома хронической генерализованной боли по критериям Манчестерской группы

Возраст	Мужчины	Женщины	Всего
25–29 лет	0 (0%, 95% ДИ: 0 – 15,44)	0 (0%, 95% ДИ: 0 – 16,11)	0 (0%, 95% ДИ: 0 – 8,22)
30–39 лет	1 (2,04%, 95% ДИ: 0,05 – 10,85)	1 (1,52%, 95% ДИ: 0,04 – 8,16)	2 (1,74%, 95% ДИ: 0,21 – 6,14)
40–49 лет	0 (0%, 95% ДИ: 0 – 4,74)	1 (1,02%, 95% ДИ: 0,03 – 5,55)	1 (0,57%, 95% ДИ: 0,01 – 3,16)
50–59 лет	0 (0%, 95% ДИ: 0 – 5,6)	2 (2,3%, 95% ДИ: 0,28 – 8,06)	2 (1,32%, 95% ДИ: 0,16 – 4,7)
≥60 лет	1 (4,35%, 95% ДИ: 0,11 – 21,95)	2 (14,29%, 95% ДИ: 1,78 – 42,81)	3 (8,11%, 95% ДИ: 1,7 – 21,91)
Итого	2 (0,85%, 95% ДИ: 0,1 – 3,05)	6 (2,1%, 95% ДИ: 0,77 – 4,51)	8 (1,54%, 95% ДИ: 0,67 – 3,01)

предъявляющих преимущественно соматические жалобы. Нами использовалась укороченная версия, содержащая 14 вопросов (BSI-14), при этом общее количество баллов находилось в диапазоне от 0 до 14.

Ассоциации между показателями стандартизованных шкал и СГХБ изучались методом логистической регрессии с расчетом отношения шансов (ОШ) и 95% ДИ для ОШ. Для выявления пороговых значений шкал использован метод характеристической кривой. Пол и возраст были включены во все модели логистической регрессии как возможные смещающие факторы. Таким образом, все ассоциации рассчитаны с поправкой на пол и возраст.

Статистический анализ полученных данных проводился на персональном компьютере с использованием статистического пакета SPSS и эпидемиологического пакета STATA. Результаты представлены в виде параметрических (среднее и 95% ДИ для средней) и непараметрических

показателей). Для оценки нормальности распределения использовались критерии согласия Шапиро-Уилка и Д'Агостино. Для сравнения двух групп использовался критерий Манна-Уитни.

## Результаты

При анализе распространенности СХГБ по критериям АСР нами выявлено 44 респондента, удовлетворяющих критериям этого синдрома (8,46%, 95% ДИ: 6,22-11,19). СХГБ был несколько менее распространен среди мужчин (6,84%, 95% ДИ: 3,96-10,87) по сравнению с женщинами (9,79%, 95% ДИ: 6,6-13,84). При этом мужчины имели меньший риск СХГБ (ОШ 0,6916; 95% ДИ: 0,3608-1,3259), однако различия статистически незначимы.

Отмечен статистически значимый рост распространенности СХГБ с возрастом (ОШ=1,5358, 95% ДИ: 1,1084-2,1581),  $p=0,007$ .

Динамика распространенности СХГБ в различных поло-возрастных группах

показана на рис. 2. Интересно отметить, что, несмотря на вышеуказанное преобладание СХГБ у женщин, достигается это исключительно за счет значительного роста распространенности СХГБ у женщин (14,29%, 95% ДИ: 8,04-22,81) в возрасте 40-49 лет по сравнению с мужчинами этой же возрастной группы (1,32%, 95% ДИ: 0,03-7,11),  $p<0,001$ . Во всех остальных возрастных группах показатели распространенности у мужчин немного выше, чем у женщин (статистически незначимые различия). В целом отмечается положительная связь распространенности СХГБ с возрастом, а некоторое снижение, выявленное у женщин в группе старше 60 лет, мы относим за счет большой ширины доверительного интервала, связанного с минимальным количеством наблюдений в данной подгруппе (всего 14 респондентов).

Оценка распространенности СХГБ по критериям Манчестерской группы выявила очень небольшое число респондентов, удовлетворяющих этим критериям (8 человек, 1,54%, 95% ДИ: 0,67-3,01), из них 2 мужчины и 6 женщин (табл. 2). Поскольку расчеты объема выборки для анализа ассоциаций были

Рисунок 1. Возрастное распределение в выборке из жителей Нижне-Сергинского района

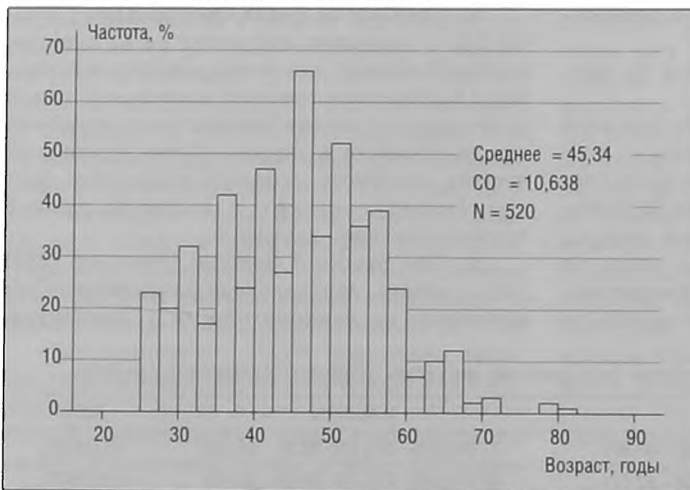
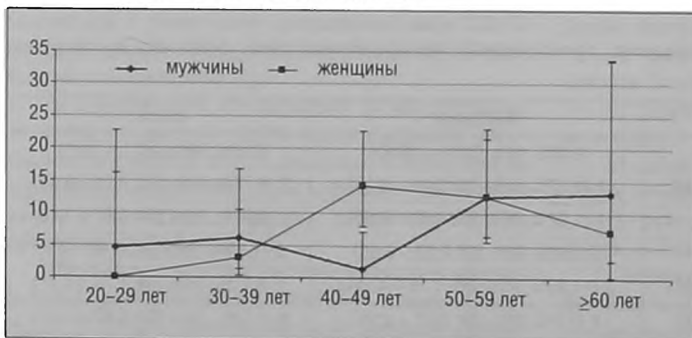


Рисунок 2. Динамика распространенности синдрома хронической генерализованной боли по полу и возрасту в выборке из жителей Нижне-Сергинского района (% и 95% ДИ для доли)



основаны на СХГБ по критериям АСР, дальнейшие виды анализа проводились только для СХГБ, диагностированной по указанным критериям.

Нами проведено сравнение уровня дистресса (по GHQ-12) в группах СХГБ (44 наблюдения) по сравнению с остальной популяцией (476 наблюдений). Выявлено (рис. 3), что в группе с СХГБ уровень дистресса почти в 2 раза выше ( $M=2,52$ ; 95% ДИ: 1,65-3,4;  $Me=1,5$ ; МКД: 0-4), чем в остальной популяции ( $M=1,38$ ; 95% ДИ: 1,17-1,59;  $Me=0$ ; МКД: 0-2),  $p=0,001$ . Методом характеристической кривой получена пороговая величина для GHQ-12: положительный результат при значении общего балла 2 и более, отрицательный результат при значении общего балла 1 и 0. Для указанной пороговой величины ОШ достигло 2,29 (95% ДИ: 1,2162- 4,3118).

При оценке уровня соматизации (по BSI-14) в группах СХГБ по сравнению с остальной популяцией выявлено (рис. 3), что в группе с СХГБ уровень соматизации почти более чем в 2 раза выше ( $M=7,75$ ; 95% ДИ: 6,65-8,85;  $Me=8$ ; МКД: 5,75-10,25), чем в остальной популяции ( $M=3,77$ ; 95% ДИ: 3,46-4,08;  $Me=3$ ; МКД: 1-6),  $p<0,001$ . Методом характеристической кривой получена пороговая величина для BSI-14: положительный результат при значении общего балла более 5, отрицательный результат при значении общего балла 5 и менее. Для указанной пороговой величины ОШ достигло 7,1210 (95% ДИ: 3,4320-14,7750).

Кроме того, мы провели сравнение двух групп с хронической болью — группа собственно СХГБ (44 респондента) и группа, страдающая хронической болью более 3 месяца, но не имеющая критериев СХГБ по АСР (211 респондентов) (рис. 5). Задачей данного дополнительного анализа было выявление того, какие особенности имеются у СХГБ по сравнению с другими видами хронической боли.

Выявлено, что по шкале активной стратегии борьбы с болью группа СХГБ набрала достоверно ( $p=0,032$ ) более высокий балл

Рисунок 3. Показатели шкал General Health Questionnaire и Bradford Somatic Inventory у жителей Н.Сергинского района с синдромом хронической генерализованной боли и без такового (средние и 95% ДИ)

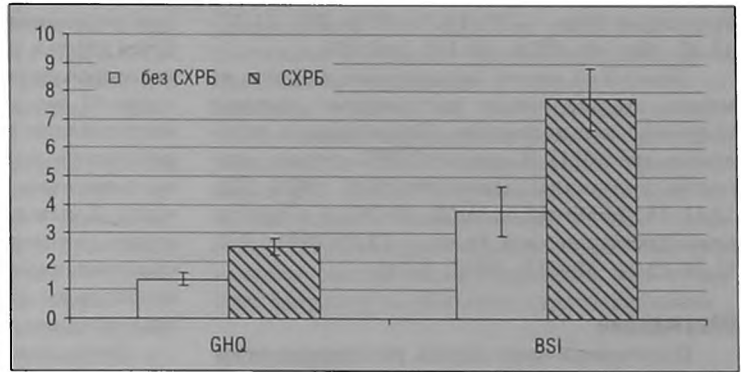
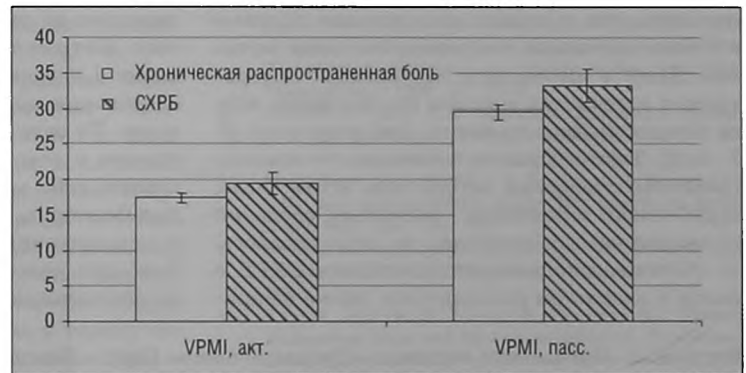


Рисунок 4. Показатели шкал активной и пассивной стратегии борьбы с болью по Vanderbilt Pain Management Inventory у жителей Нижне-Сергинского района, имеющих нераспространенную хроническую боль и синдром хронической генерализованной боли (средние и 95% ДИ)



( $M=19,36$ ; 95% ДИ: 17,8-20,93;  $Me=19$ ; МКД: 15-24) по сравнению с группой негенерализованной боли ( $M=17,41$ ; 95% ДИ: 16,69-18,13;  $Me=17$ ; МКД: 14-20).

Еще более выраженные отличия выявлены по шкале пассивной стратегии борьбы с болью. В группе СХГБ средний балл этой шкалы составил 33,14 (95% ДИ: 30,82-35,46;  $Me=33$ ; МКД: 28-39), в то время как в группе с негенерализованной болью показатель достиг в среднем 29,45 (95% ДИ: 28,35-30,56;  $Me=30$ ; МКД: 23-35),  $p=0,005$ .

При углубленном анализе опросника VPMI выявлено, что из четырех подшкал отличия статистически значимы в трех случаях, в подшкале «Преувеличение» в обеих подгруппах достоверно не отличается ( $p=0,097$ ).

Наиболее выраженные отличия выявлены по подшкалам «Поиск социальной поддержки»

(СХГБ —  $M=11,14$ ; 95% ДИ: 10,16-12,11;  $Me=11$ ; МКД: 9-13, нераспространенная боль —  $M=9,54$ ; 95% ДИ: 9,08-9,99;  $Me=9$ ; МКД: 7-12) и «Подавление» (СХГБ —  $M=13,32$ ; 95% ДИ: 12,53-14,11;  $Me=13,5$ ; МКД: 12-15, нераспространенная боль —  $M=11,75$ ; 95% ДИ: 11,27-12,22;  $Me=12$ ; МКД: 10-14),  $p=0,003$ .

Несколько менее выраженные, но, тем не менее, статистически достоверные отличия получены для подшкалы «Отвлекающее поведение» ( $p=0,021$ ). В группе СХГБ среднее значение подшкалы достигло 13,07 (95% ДИ: 12,11-14,02;  $Me=12,5$ ; МКД: 10-16), а в группе нераспространенной боли — 11,79 (95% ДИ: 11,34-12,24;  $Me=11$ ; МКД: 9-14).

### Обсуждение

Полученная нами оценка распространенности СХГБ в целом соответствует данным литературы в аналогичной по полу и возрасту популяции как по критериям ACR (10,1%-12,9%) [4], так и по критериям Манчестерской группы (4,7%) [3], включая пилотное исследование на популяции жителей г. Екатеринбурга (13,3%) [9], хотя полученные нами показатели несколько ниже (статистически недостоверно). Следует отметить, что в нашем исследовании впервые в России изучалась популяция сельских жителей. Даже в имеющихся зарубежных литературных источниках описаны исследования либо на городской, либо на смешанной популяции [6, 7, 3, 4]. Таким образом, возможности прямого сравнения с данными литературы, в том числе, зарубежной, ограничены, поскольку сведений об аналогичных популяциях не публиковалось.

Ассоциации распространенности СХГБ с полом и возрастом респондентов также не про-

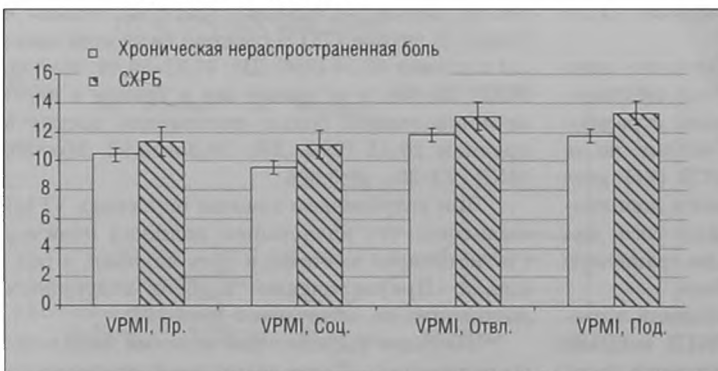
тиворечили данным литературы [6, 7, 3, 4], и подтверждали характерную для этого синдрома тенденцию — рост распространенности с возрастом и большую распространенность среди женщин. Интересно отметить, что в пилотном исследовании среди жителей г. Екатеринбурга [9] так же, как и в нашем, наблюдалось некоторое снижение распространенности СХГБ после 60 лет, однако и в нашем, и в пилотном исследовании в этих группах было достаточно небольшое количество наблюдений, которое не позволяло выявить значимые закономерности. Для подтверждения или исключения наличия достоверной тенденции к снижению распространенности СХГБ в возрасте после 60 лет необходимы дальнейшие крупномасштабные исследования.

Необходимо отметить, что в сельской популяции нами выявлен низкий уровень дистресса (по GHQ-12) в изучаемой популяции (общий балл 5 и выше встречается менее чем у 10% выборки), разброс этого показателя в ответах респондентов достаточно низкий.

По данным пилотного исследования среди жителей г. Екатеринбурга [9] уровень дистресса и разброс значений показателя GHQ-12 были значительно выше, и для диагностики значимого дистресса использовалось пороговое значение 4 и выше, в то время как в нашем исследовании пороговое значение составило 2 и выше. По нашему мнению, низкий уровень дистресса в сельской местности связан с отсутствием либо меньшей выраженностью основных факторов, являющихся базой для развития и поддержания дистресса в условиях города. Так, для сельской местности не характерна эмоциональная обособленность, ниже уровень социального риска и индивидуальной ответственности, отсутствует конкуренция на рынке труда, натуральное хозяйство делает селян менее зависимыми от постоянного дохода [13].

Тем не менее, ассоциация с GHQ-12 в сельской популяции носит статистически значимый характер, и свидетельствует о том, что СХГБ ассоциирована с большей вероятностью психических проблем. Таким образом, уровень дистресса остается важным фактором, связанным с СХГБ, хотя в сельской популяции диагностическая ценность данного показателя, учитывая низкой пороговое значение (а, сле-

Рисунок 5. Показатели подшкал «Преувеличение» (Пр.), «Поиск социальной поддержки» (Соц.), «Отвлекающее поведение» (Отвл.) и «Подавление» (Под.) по Vanderbilt Pain Management Inventory у жителей Н.Сергинского района, имеющих нераспространенную хроническую боль, и синдром хронической генерализованной боли (средние и 95% ДИ)



довательно, и малую специфичность), сомнительна.

Исключительно сильная ассоциация была выявлена между СХГБ и уровнем соматизации. Более чем двукратная разница в общем балле по BSI-14 и ОШ=7,12, свидетельствуют о высоком уровне соматизации у лиц с СХГБ (аналогичные данные — ОШ=7,8 — получены и в пилотной исследовании среди жителей г. Екатеринбург) [9].

В отличие от данных литературы [7], сила связи СХГБ и уровня соматизации в нашем исследовании превысила силу связи с такими патологиями, как хроническая боль в суставах и синдром раздраженного кишечника. Учитывая данные о том, что СХГБ перистирует длительное время у лиц с высоким баллом по шкале соматизации [8], следует предполагать, что данный синдром будет длительно сохраняться у респондентов.

Анализ болезненного поведения у лиц с СХГБ по сравнению с лицами с нераспространенной хронической болью позволил нам выявить, что активность борьбы с болью в группе СХГБ выше не только по пассивной стратегии, но и по активной, что в популяции г. Екатеринбург в пилотном исследовании выявлено не было [9].

Данные литературы подтверждают большую склонность к пассивной стратегии у больных СХГБ [7, 5, 3], однако выявление большей интенсивности борьбы с болью по активной шкале является особенностью сельской популяции Свердловской области и ранее не отмечалось в доступных литературных источниках. Углубленный анализ компонентов болезненного поведения позволил нам выявить, что данные пациенты склонны, прежде всего, к поиску социальной поддержки (пассивная стратегия) и подавлению боли (активная стратегия).

Учитывая особенность сельской популяции (преобладание тяжелого физического труда, территориальная обособленность, низкая доступность медицинской помощи), можно констатировать, что предпочтения в болезненном поведении пациентов определяются прежде всего внешними факторами: возможностью либо обсудить свое заболевание с другими членами популяции, с которыми, как правило, в сельской местности устанавливаются тесные эмоциональные связи, либо предпринять самостоятельные действия по подавлению боли. Следует также отметить, что наличие длительной и необъяснимой боли для жителей сельской местности является мощным стимулом для обращения за медицинской помощью еще и потому, что получение группы инвалидности, как правило, создает дополнительный источник стабильного дохода, вне зависимости от возраста.

Таким образом, высокий уровень соматизации в сочетании с высокой интенсивностью болезненного поведения и с учетом особенностей сельского уклада жизни у пациентов с СХГБ в сельской местности позволяет нам предполагать, что подобные пациенты будут длительно и активно искать медицинской (и социальной) поддержки в связи со своим состоянием, а также то, что у данных пациентов повышена вероятность развития ассоциированных с СХГБ заболеваний. Введение скрининга на СХГБ (учитывая простоту его организации) и своевременное лечение пациентов с этим синдромом позволит как повысить качество жизни таких пациентов, так и снизить нагрузку на сельское здравоохранение.

### Литература

1. Wolfe F., Smythe H. A., Yunus M.B. et al. The American College of Rheumatology 1990 criteria for the classification of fibromyalgia: report of the Multicenter Criteria Committee. *Arthritis Rheum* 1990; 33: 160-72.
2. Aggarwal V. R., McBeth J., Zakrzewska J. M., Lunt M., Macfarlane G. J. The epidemiology of chronic syndromes that are frequently unexplained: do they have common associated factors? *International Journal of Epidemiology* 2006; 35: 468-76.
3. Hunt I. M., Silman A. J., Benjamin S., McBeth J., Macfarlane G. J. The prevalence and associated features of chronic widespread pain in the community using the 'Manchester' definition of chronic widespread pain. *Rheumatology* 1999; 38: 275-9.
4. Croft P. R., Rigby A. S., Boswell R., Schollum J., Silman A. J. The prevalence of chronic widespread pain in the general population. *J Rheumatol* 1993; 20 (4): 710-3.
5. Macfarlane G. J., McBeth J., Silman A. J. Widespread body pain and mortality: prospective population based study. *BMJ* 2001; 253: 1-5.
6. Bennett R. Fibromyalgia, chronic fatigue syndrome, and myofascial pain. *Curr Opin Rheumatol* 1998; 10 (2): 95-103.
7. Kato K., Sullivan P., Evenga B., Pedersen N.L. Chronic Widespread Pain and Its Comorbidities: A Population-Based Study. *Archives of internal medicine* 2006; 166: 1649-54.
8. McBeth J., Macfarlane G. J., Hunt I. M., Silman A. J. Risk factors for persistent chronic widespread pain: a community-based study. *Rheumatology* 2001; 40: 95-101.
9. Стороженко О. Н., Лесняк О. М., Макфарлайн Г., Макбет Д. Распространенность хронической генерализованной боли и ее связь с демографическими характеристиками и психическим статусом. *Клиническая медицина* 2004; 82 (9): 48-52.
10. Esteve, M. R., Ramirez C., Lopez A. E. General versus specific indices in the assessment of chronic pain coping. *Psychology in Spain* 2005; 9(1): 49-56.
11. Goldberg D. P., Williams P. The user's guide to the General Health Questionnaire. Windsor: NEFR-Nelson; 1988; 27-39.
12. Mumford D.B., Bavington J.T., Bhatnagar K.S., Hussain Y., Mirza S., Naraghi M. M. The Bradford somatic inventory. A Multi-ethnic inventory of somatic symptoms reported by anxious and depressed patients in Britain and the Indo-Pakistan subcontinent. *Br. J. Psychiatry* 1991; 158: 379-86.
13. Глезер О., Поляна П (ред). Россия и ее регионы в XX веке: Территория — расселение — миграции. М.: ОГИ; 2005. стр. 341-56.