

обязательным учетом при прогнозе исхода ГИ наличия курения.

ВЫВОДЫ

Выявленные предикторы вероятности ЛИ ГИ могут быть ориентирами для определения стратегии ведения пациентов с ГИ на разных этапах оказания специализированной медицинской помощи.

СПИСОК ИСТОЧНИКОВ

1. Скворцова В.И., Крылов В.В. Геморрагический инсульт - ГЭОТАР-Медиа, 2005.
2. Крылов В.В., Дашьян В.Г., Буров А.С., Петриков С.С. Хирургия геморрагического инсульта. - М.: Медицина, 2012.
3. Epidemiology, Risk Factors, and Clinical Features of Intracerebral Hemorrhage: An Update /Joon S., Jung K., Yoon B.// Journal of Stroke.- 2017;19(1):3-10.
4. Poor long-term functional outcome after stroke among adults aged 18 to 50 years: Follow-Up of Transient Ischemic Attack and Stroke Patients and Unelucidated Risk Factor Evaluation (FUTURE) study / Synhaeve N., Arntz R., Maaijwee N. et al.//Stroke.-2014;45(4):1157-60.
5. Hypertension Is A Leading Cause Of Non-Traumatic Intracerebral Hemorrhage In Young Adults / Broderick M., Rosignoli L., Lunagariya A., Nagaraja N.// J Stroke Cerebrovasc Dis.-2020; 29(5): 104719.

Сведения об авторах

Л.Б. Новикова - д.м.н., профессор, зав. кафедрой неврологии ИДПО

А.П. Акопян — к.м.н., доцент кафедры неврологии ИДПО

Р.Ф. Латыпова - ассистент кафедры неврологии ИДПО

Information about the authors

L.B. Novikova - D. Med. Sc., professor, head of the department of neurology

A.P. Akopian - Ph. D., associate professor of neurology

R.F. Latypova - assistant of the department of neurology

УДК 616.8-009.7

ХРОНИЧЕСКИЙ БОЛЕВОЙ СИНДРОМ В НИЖНЕЙ ЧАСТИ СПИНЫ

Лилия Бареевна Новикова¹, Анаит Погосовна Акопян², Карина Маратовна Шарапова³, Раушания Фанисовна Латыпова⁴, Вилия Фагиловна Юмагулова⁵
¹⁻⁵ФГБОУ ВО «Башкирский государственный медицинский университет» г.

Уфа, Россия

¹rau.lat@yandex.ru

Аннотация

Введение. Боль в нижней части спины является ведущей причиной утраты трудоспособности и инвалидности. **Цель исследования** - анализ факторов хронизации боли в нижней части спины. **Материалы и методы.** Проводилось проспективное исследование 50 больных с неспецифическим болевым синдромом в нижней части спины. Средний возраст больных составил 48,44±15,1 лет. Всем пациентам проведены неврологическое,

нейропсихологическое и лабораторно-инструментальное исследования. Использовали диагностические опросники, в том числе опросник риска и хронизации боли The Keele STarT Back Screening Tool. Через 3 месяца от дебюта болевого синдрома всем пациентам проводилось телефонное интервью с целью выявления случаев сохраняющейся боли в спине и анализом ее причин.

Результаты и их обсуждение. 32% больных после стационарного лечения через 3 месяца имели болевой синдром. Были выявлены следующие факторы хронизации болевого синдрома: высокая интенсивность боли, ее продолжительность, нейропатический компонент, более старший возраст ($p=0,018$), депрессия ($p=0,02$), ожирение ($p=0,024$).

Выводы. Факторы риска хронической боли должны выделяться уже на стадии дебюта болевого синдрома.

Ключевые слова: хроническая боль, факторы риска, депрессия, тревога, ожирение.

CHRONIC LOW BACK PAIN SYNDROME

Liliia Bareevna Novikova¹, Anait Pogosovna Akopian², Karina Maratovna Sharapova³, Raushaniya Fanisovna Latypova⁴, Viliya Fagilovna Yumagulova⁵

¹⁻⁵Bashkir state medical University, Ufa, Russia

¹rau.lat@yandex.ru

Abstract

Introduction. Low back pain is a leading cause of disability. **The aim of the study** – to analyse the factors of chronic low back pain. **Materials and methods.** A prospective study was conducted in 50 patients with nonspecific low back pain. The mean age of the patients was 48.44 ± 15.1 years. All patients underwent neurological, neuropsychological and laboratory-instrumental studies. Diagnostic questionnaires were used, including the Keele STarT Back Screening Tool, a risk and chronic pain questionnaire. After 3 months from the onset of the pain syndrome, all patients underwent a telephone interview to identify cases of persistent back pain and analyze its causes. **Results and discussion.** 32% of patients after inpatient treatment after 3 months had pain. The following factors of chronic pain syndrome were identified: high intensity of pain, its duration, neuropathic component, older age ($p=0.018$), depression ($p=0.02$), obesity ($p=0.024$). **Conclusion.** Risk factors for chronic pain should be identified already at the onset of the pain syndrome.

Key words: chronic pain, risk factors, depression, anxiety, obesity.

ВВЕДЕНИЕ

Боль в нижней части спины как ведущая причина снижения качества жизни стоит на первом месте и является ведущей причиной временной нетрудоспособности и инвалидности, связана с увеличением расходов на здравоохранение [1, **Ошибка! Источник ссылки не найден.**]. В структуре распространенности хронических болевых синдромов скелетно-мышечные боли в спине распространены, встречаются в популяции у каждого десятого человека [3]. Хроническая боль (ХБ) является самостоятельным заболеванием,

в генезе которого на первый план выходят изменения в центральной нервной системе, личностный фактор с особенностями формирования болевого поведения. Острые и хронические боли в нижней части спины связаны с такими факторами образа жизни, как курение, ожирение, низкий уровень физической активности [4].

Цель исследования - провести анализ факторов риска хронического болевого синдрома.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Проводилось проспективное исследование неспецифического болевого синдрома в нижней части спины у 50 больных, находившихся на лечении в неврологическом отделении клинической больницы скорой медицинской помощи г. Уфы. Критериями исключения были дискогенные компрессионные радикулопатии, спинальный стеноз, онкологическая патология. По гендерному признаку было 27(54%) мужчин и 23(46%) женщин. Средний возраст больных составил $52,74 \pm 12,65$ лет. Большинство больных 36 (72%) были трудоспособного возраста. Всем пациентам было проведено клиническо-неврологическое, нейропсихологическое и лабораторно-инструментальное исследование. Для оценки болевого синдрома использовали: опросник боли Мак-Гилла, визуально-аналоговую шкалу (ВАШ), диагностический опросник нейропатической боли DN4 (Neuropathic pain diagnostic questionnaire (Douleur Neuropathique 4 — DN4). Для оценки риска хронизации боли использовали тест The Keele STarT Back Screening Tool. Состояние когнитивной и эмоциональной сферы больного определяли с помощью Монреальской шкалы оценки когнитивных функций (MoCA), Госпитальной шкалы тревоги и депрессии (HADS). Через 3 месяца от дебюта болевого синдрома всем пациентам проводилось телефонное интервью. Пациенты с затянувшейся болью в нижней части спины, и относящейся по временным характеристикам к хронической боли, были выделены в отдельную группу, с целью анализа факторов хронизации БС - I группа больных с ХБ. Обработка данных проводилась с помощью Excel Microsoft Office 2013, SPSSv.26. Статистически значимыми считались результаты при $p < 0,05$.

РЕЗУЛЬТАТЫ

В молодом возрасте достоверно преобладали лица мужского пола ($p=0,036$), а в пожилом – женского ($p=0,015$). Средний балл индекса массы тела (ИМТ) у 36(72%) пациентов равнялся $29,7 \pm 5,39$ (95% ДИ: 27,76-31,64), что соответствовало значению избыточной массы тела и ожирения. По семейному положению одиноких было 19(38%) пациентов, семейных 31(62%). Высшее образование имели 20(40%) пациентов, среднее 30(60%). Работа, связанная с физической нагрузкой была у 33(66%) пациентов, умственным трудом у 17(34%). Малые аномалии развития скелета (сколиоз, асимметрия плечевого, тазового пояса, ягодичных складок, ротация таза, выпрямление грудного кифоза) находили у 16(32%) пациентов. Вредные привычки: курили 14(28%) пациентов, регулярно употребляли алкоголь 23(46%) пациента. По результатам теста MoCA легкие и умеренные когнитивные нарушения (КН) имели 15(30%) больных, средний балл $21,08 \pm 2,92$ ($M=25$, $m=14$); у остальных 35(70%)

определялся нормальный когнитивный статус, средний балл $27,81 \pm 0,97$ ($M=29$, $m=26$). По результатам шкалы HADS, субклинически и клинически выраженные тревожные и депрессивные расстройства были у 26 (52%) и 21(42%) больных соответственно; средний балл значений тревоги $9,55 \pm 1,79$ (95%ДИ: 8,71-10,39), депрессии - $10,6 \pm 2,69$ (95% ДИ: 9,11-12,09). Пробуждение от боли в остром периоде наблюдалось у 22(44%) больных, в подостром (1,5 – 2 месяца) у 20%. Результаты исследования с применением опросника Мак-Гилла не имели статистической значимости. Наиболее высокий индекс числа выбранных дескрипторов ($22,39 \pm 10,15$) был у пациентов молодого возраста. Аффективная окраска болевого синдрома была богато представлена во всех возрастных группах особенно у пациентов пожилого возраста - число баллов $8,1 \pm 2,66$. Выраженность интенсивности боли по эвалюативной шкале соответствовала сильной боли. При оценке выраженности БС по ВАШ 38(76%) больных характеризовали боль как сильную и очень сильную, 10(20%) как нестерпимую и только 2(4%) как умеренную, средний балл $7,65 \pm 1,38$. Корреляционный анализ показал статистически значимую прямую умеренную связь между интенсивностью БС по шкале ВАШ, возрастом и количеством дней нетрудоспособности соответственно ($p=0,415$; $p=0,018$ и $p=0,464$; $p=0,019$). По результатам диагностического опросника DN4, 31(62%) пациент имели нейропатическую боль, средний балл $4,14 \pm 1,72$. По данным теста Start Back Screening Tool, низкий риск определялся у 7(14%) пациентов, средний у 31(62,0%), среди которых достоверно ($p=0,002$) преобладали семейные пациенты и высокий риск у 12 (24%) пациентов с достоверным преобладанием ($p=0,002$) одиноких. При отсутствии нейропатической боли согласно шкале DN4 пациенты имели средний риск хронизации БС ($p=0,028$), а при ее наличии высокий ($p=0,028$). Оценка хронизации БС через 3 месяца после стационарного лечения с помощью телефонного интервью, показала, что боли в нижней части спины сохранялись у 16(32%) пациентов. Сравнительный анализ клиничко-anamнестических данных пациентов с сохраняющейся болью (I группа) и регрессом БС (II группа) представлен в таблице 2.

Таблица 2

Клиничко-anamнестическая характеристика больных I и II группы

Факторы	I группа (n=16)	II группа (n=34)	p
Возраст, лет	$59,81 \pm 11,94$	$49,41 \pm 11,97$	0,018
ИМТ, кг/м ²	$29,39 \pm 5,35$	$26,12 \pm 2,76$	0,143
Норма	5(31,25%)	9(26,47%)	0,746
Избыточная масса тела	4(25%)	21(61,76%)	0,032
Ожирение	7(43,75%)	4(11,76%)	0,024
ИМТ выше нормы	11(68,75%)	25(73,53%)	0,77
Работа связана с:			0,543
-физической нагрузкой	8(50%)	25(73,53%)	
-умственным трудом	8(50%)	9(26,47%)	
Малые аномалии скелета	4(25%)	6(17,65%)	0,19
Курение	4(25%)	10(29,41%)	0,746

Алкоголь	6(37,5%)	17(50%)	0,546
Травмы	3(18,75%)	8(23,53%)	0,704
Время от начала боли до обращения к врачу, дни	10[4,5-12]	5[0,5-8,5]	0,174
Тревога по шкале HADS:			
Субклинически выраженная	4(25%)	18(52,94%)	<0,001
Клинически выраженная	3(18,75%)	1(2,94%)	-
Депрессия по шкале HADS:			
Субклинически выраженная	5(31,25%)	10(29,41%)	0,02
Клинически выраженная	3(18,75%)	3(8,82%)	0,385

Таким образом, пациенты с хронической болью (I группа) по возрасту были старше ($p=0,018$), имели ожирение ($p=0,024$). Достоверных различий по характеру трудовой деятельности, семейному положению, интенсивности БС в группах не получено. Тревога достоверно преобладала у пациентов с регрессом БС, а депрессия у пациентов с сохраняющимся БС. При этом, по выраженности достоверно больше было больных с субклинической тревогой и депрессией.

По результатам теста MoCA легкие и умеренные КН в I группе были у 6(37,5%) больных, средний балл $20,83 \pm 3,89$ ($M=25, m=16$), во II группе у 9(26,5%) больных, средний балл $21,86 \pm 2,16$ ($M=25, m=18$) без достоверных различий ($p=0,63$).

ОБСУЖДЕНИЕ

Тревожные и депрессивные нарушения выявлялись в остром периоде у 52% и 42% наших больных соответственно, нарушение сна у 44% больных. Субклинические тревожные нарушения сохранялись и достоверно преобладали в группе с регрессом боли, а депрессивные расстройства в группе с затянувшимся БС. Высокий риск хронизации БС был у одиноких пациентов. Больные с ожирением достоверно преобладали в группе ХБ. Ожирение является предиктором ХБ. Нейропатический компонент БС сопряжен с трудностями лечения, имеет затяжной характер. При хронических скелетно – мышечных БС нередко находят аномалии развития, дизрафии [5]. В нашем исследовании дизрафические стигмы определялись у 32 % больных. В основной группе 30% больных имели КН и были статистически значимо старше в группе с ХБ. Возраст и наличие КН имеют большое значение в программе реабилитации больных с БС. В нашем исследовании 32% больных через 3 месяца после стационарного лечения имели БС, что соответствует данным литературы [6]. Нами были выявлены факторы риска хронизации БС: высокая интенсивность боли, ее продолжительность (5 и более дней), нейропатический компонент, более старший возраст, депрессия, ожирение, что согласуется с данными других авторов [6,7].

ВЫВОДЫ

Таким образом, в нашем исследовании основой риска хронизации БС являлись многообразные биосоциальные и эмоционально – когнитивные факторы: высокая интенсивность боли, ее продолжительный и рецидивирующий характер, нейропатический БС, возраст больных, семейное положение, наличие ожирения, тревоги, депрессии, КН. Депрессия достоверно

преобладала у больных с ХБ. Учитывая результаты проведенного исследования, необходимо уже в остром периоде БС наряду с адекватной патогенетической терапией уделять внимание выявлению и коррекции факторов риска ХБ, повышать мотивацию больного к активному сотрудничеству с врачом, расширению активности, готовности к переменам в поведенческих и защитных двигательных стереотипах, связанных с переживанием боли.

СПИСОК ИСТОЧНИКОВ

1. Яхно Н.Н. Неврология боли // Российский журнал боли. – 2013. №2 – С. 3-5.
2. Lumbar high-intensity zones on MRI: imaging biomarkers for severe, prolonged low back pain and sciatica in a population-based cohort / Teraguchi M., Cheung J., Karppinen J., Bow C., Hashizume H. et al. // *The Spine Journal*. - 2020;20(7):1025–34.
3. Новикова Л.Б., Акопян А.П. Миофасциальный болевой синдром // Журнал Неврологии и Психиатрии.- 2015. №10 – С. 21-24.
4. Low Back Pain Series Working Group. What low back pain is and why we need to pay attention / Hartvigsen J., Hancock M.J., Kongsted A., Louw Q., Ferreira M.L., et al. // *Lancet*. - 2018;391(10137):2356-2367.
5. Шейные болевые синдромы. Под ред. Новикова Ю.О. Монография. 2020: 220.
6. Risk Factors Associated With Transition From Acute to Chronic Low Back Pain in US Patients Seeking Primary Care /Stevans J.M., Delitto A., Khoja S.S., Patterson C.G., Smith C.N., et al. // *JAMA Netw Open*. 2021 Feb 1;4(2):e2037371. <https://doi:10.1001/jamanetworkopen.2020.37371>
7. Prognostic indicators for poor outcomes in low back pain patients consulted in primary care /Cruz E.B., Canhão H., Fernandes R., Caeiro C., Branco J.C., et al. // *PLoS One*. 2020 Mar 27;15(3):e0229265. <https://doi:10.1371/journal.pone.0229265>

Сведения об авторах

Л.Б. Новикова - д.м.н., профессор, зав. кафедрой неврологии ИДПО

А.П. Акопян - к.м.н., доцент кафедры неврологии ИДПО

К.М. Шарапова – ассистент кафедры неврологии ИДПО

Р.Ф. Латыпова - ассистент кафедры неврологии ИДПО

В.Ф.Юмагулова - ординатор кафедры неврологии ИДПО

Information about the authors

L.B. Novikova - D. Med. Sc., professor, head of the department of neurology

A.P. Akopian - Ph. D., associate professor of neurology

K.M. Sharapova - assistant of the department of neurology

R.F. Latypova - assistant of the department of neurology

V.F. Yumagulova.- resident of the department of neurology