

Особливості психо-емоційних порушень у жінок з вертеброгенними больовими синдромами попереково-крижової локалізації

Бельська І.В., Головченко Ю.І., Клименко О.В.,
Поздняков М.М., Маняк Б.Т.

Резюме. у статті висвітлюються особливості психо-емоційних порушень у пацієнток з больовими синдромами нижнього відділу спини на фоні вертеброгенних уражень та хронічного аднекситу. Наведені дані щодо внеску психоемоційних порушень у вираженість больового синдрому та ступеня дезадаптації.

Ключові слова: біль нижньої частини спини (БНС), психо-емоційні порушення, тривожність, порушення адаптаціїю.

Актуальність. Біль в спині є найчастішою причиною звернення хворих до невропатолога, терапевта, ревматолога, нейрохірурга та рефлексотерапевта. 10-20 % населення Земної кулі щороку страждає від больових синдромів у спині. В США біль в спині посідає перше місце в структурі ревматичних захворювань серед дорослого населення. В Україні вертеброгенна патологія та захворювання периферичної нервової системи займають друге місце після цереброваскулярної патології (показники захворюваності становлять 520 випадків на 100 тис. населення). У світі ця патологія лідирує серед захворювань, які зумовлюють тимчасову непрацездатність, а в Європі - є другою за частотою звертань до невропатолога. Водночас лише 40% хворих звертаються за медичною допомогою. У віці від 20-64 років болі в спині турбують 32% жінок. Відомо також, що у третини пацієнтів гострий біль переходить в хронічний. Цей синдром має статус реєстраційної категорії в міжнародній класифікації хвороб (МКХ-10) через його високий рівень поширення та практичну неуспішність в частині пацієнтів встановлення конкретної анатомічної причини болю.

Актуальність вивчення психоемоційних аспектів больових синдромів набула нового забарвлення у світлі сучасного уявлення про соціальні аспекти здоров'я, мультифакторність формування больових синдромів на фоні соматичних захворювань, шляхи вирішення проблеми соціальної та фізичної деза-

даптації особистості на фоні хронічних больових синдромів вертеброгенного генезу. Адже тривале хронічне напруження адаптаційних та компенсаторних механізмів на фоні хронічного фізичного дискомфорту у хворих з патологією вертеброгенного генезу та захворюваннями гінекологічної сфери призводить до формування тривожних та депресивних станів, що змінюють параметри фізіологічних процесів, їх виснаження та поглиблення вторинних соматичних синдромів. Тому страх, тривога, депресія безумовно впливають на сприйняття болю та виходять на перший план при хронізації процесу зумовлюючи афективні, когнітивні та поведінкові реакції.

Біль в нижній частині спини (БНС) визначається як біль, що локалізується між XII парною ребер і сідничними складками. Синдрому властива значна етіологічна та прогностична гетерогенність, а також відсутність загальноприйнятої класифікації. Зазвичай БНС класифікують за анатомічними і тимчасовими ознаками (вертеброгенний і невертеброгенний, гострий, підгострий та хронічний біль), а також розрізняють механічний і запальний; первинну і вторинну, специфічну і неспецифічну дорсалгію. Дорсалгію входять у трійку серед основних причин тимчасової втрати працездатності.

Найбільш часті причини БНС - 1) вертеброгенні: остеохондроз хребта; протрузія диска; сакралізація, люмбалізація; артроз міжхребцевих суглобів; спінальний стеноз; неста-

більність хребтово-рухового сегменту, спондилолітез; функціональні порушення (блоки хребців); остеопоротичні переломи тіл хребців; спондилоартрити; 2) екстравертебральні: міофасціальний больовий синдром; відбиті болі при захворюваннях внутрішніх органів; психогенні болі. У загальній структурі болю можна виділити п'ять компонентів: перцептуальний, емоційно-афективний, вегетативний, руховий та когнітивний. Основними патофізіологічними механізмами розвитку БНС і корінцевого болю вважають периферичну і центральну сенситизацію, а також невральну ектопію. Тимчасова гіперчутливість пошкодженої ділянки змушує пацієнта уникати нової травматизації, але тривала сенситизація втрачає адаптивну роль і сприяє хронізації болю.

Варто відзначити патогенетичну поліваріантність розвитку БНС, гетерогенність структур, які спричиняють біль, порушення компенсаторно-приспосувальних реакцій структур периферичного відділу нервової системи зі зниженням їх репаративних резервів. в останні роки спостерігається посилена увага з боку науковців та клініцистів до питань вивчення взаємозв'язку болю в нижній частині спини із захворюваннями органів малого тазу. Найбільш ймовірно, вертеброгенні чинники є не першо-причинними у клініці больового синдрому у жінок, а провокуючими та декомпенсуючими факторами на тлі вже сформованого рубцевоспайкового процесу, обумовленого тривалими хронічними інфекційно-запальними процесами гінекологічної сфери з вазомоторними та нейродистрофічними процесами. Хронічні соматичні захворювання істотно змінюють соціальну поведінку людини, призводить до психоемоційної лабільності, апатії, обмеження кола інтересів, порушення вольової активності, збіднення загального психічного складу.

За тривалістю синдром БНС може бути гострим, підгострим і хронічним: гострий біль триває до 6 тижнів., хронічний - понад 12 тижнів. Тривалість болю периферичного походження призводить до виникнення дисфункції центральних механізмів болеутворення, що сприяє хронізації процесу, розвит-

ку тривожно-депресивного комплексу. Тому хронічний БНС-це своєрідний психофізичний стан, що супроводжується не тільки органічними і функціональними порушеннями в організмі, а й призводить до психоемоційних змін, як суб'єктивну реакцію пацієнта, перебільшення чи навпаки зменшення значимості болю, формування больової поведінки.

Характеризуючи біль у спині, пацієнти описують інтенсивність, умови і гостроту виникнення, зміну відчуттів, а з часом - іррадіацію, порушення функції і розвиток поведінкових змін. Таким чином, поняття про соматичні зміни та больві відчуття-це комплекс соціальних факторів, психо-емоційних змін, власного досвіду, які необхідно враховувати при обстеженні пацієнтів та визначенні лікувальної тактики. Без комплексного підходу до обстеження та ведення пацієнток із проявами болю у спині на фоні хронічних запальних захворювань органів малого тазу неможливо визначити правильну лікувальну тактику, оцінити характер больового синдрому, а відповідно проводити його контроль та корекцію, ефективно проводити фізіологічну та психосоціальну адаптацію.

Метою нашого дослідження було вивчення психоемоційного стану пацієнток з хронічним больовим синдромом нижнього відділу спини на фоні хронічного аднекситу.

Програма обстеження включала: детальний збір скарг хворих, анамнез захворювання і життя, клініко-неврологічне обстеження, рентгенографію попереково-крижового відділу хребта в двох проекціях, МРТ попереково-крижового відділу хребта дослідження за допомогою шкал та опитувальників: ВАШ, опитувальник Роланда-Моррісона «Біль в нижній частині спини та порушення життєдіяльності», шкалу самооцінки Спілберга-Ханіна.

Під нашим спостереженням знаходилося 63 пацієнтки віком 20-45 років з больовим синдромом попереково-крижової локалізації, які були розділені на дві групи: першохворі з хронічними вертеброгенними рефлекторними і корінцевим синдромами та друга наявністю хронічного больового синдрому нижнього відділу спини на фоні хронічного

аднекситу. В нашому дослідженні брали участь пацієнти 20-45 років, що дозволило охопити різні вікові групи прояву больового синдрому у спині, з тривалістю захворювання від 3 місяців, анамнез захворювання становив в середньому 0,5-1 рік. Останні факти дають нам змогу судити про хронізацію процесу.

Результати дослідження та їх обговорення. Аналізуючи скарги пацієнтів, ми виявили, що для хворих обох груп був характерним ниючий тягнучий, рідше стріляючий біль в спині, в залежності від стадії патологічного процесу, з іррадіацією в кінцівки; частіше по –по зовнішній чи задній поверхні стегна, гомілки, зовнішній чи внутрішній поверхні ступні. Біль у більшості пацієнтів мав відносно постійний характер, обмежував об'єм рухів в хребті і при незначних рухах посилювався. Для оцінки больового синдрому ми використовували візуальну аналогову шкалу від 1 до 10 см (ВАШ). В обох групах пацієнти оцінювали больовий синдром –першій- 5.6 ± 0.2 бала-помірний, в другій- 6.9 ± 0.3 -як помірний, на межі вираженого.

За результатами наших досліджень найбільш частими факторами, на тлі яких виникав чи загострювався больовий синдром у пацієнтів, були професійні навантаження – 28,2%, загострення соматичного захворювання – 26,3%, переохолодження – 31,8%, фізичні перенавантаження, пов'язані з тривалою вимушеною позою – 12,7%. Слід зазначити, що у 72,3% обстежених причиною проявів чи загострення болю у спині була комбінація двох і більше факторів ризику.

Аналізуючи результати клінічних спостережень, можна стверджувати, що клінічна картина больового синдрому, незалежно від причинних факторів, була досить ідентичною. Головний пік захворюваності у двох клінічних групах припадав на середній вік, спільними були провокуючі фактори, котрі і призводили до загострення. Тому для пацієнтів обох груп, в залежності від стадії патологічного процесу, клінічний симптомокомплекс був схожим, він включав болі різної інтенсивності (100% хворих з відчуттям дискомфорту в спині); болючості паравертебра-

льних ділянок при пальпації; напруження прямих м'язів спини. Рефлекторні та корінцеві синдроми були характерними для хворих з остеохондрозом попереково-крижового відділу хребта.

У всіх пацієток в структурі больового синдрому був невропатичний компонент в структурі больового радикулярного синдрому. БНС часто характеризувалося поєднанням рухових та чутливих порушень в зоні відповідних дерма- та міотомів. Хворі скаржилися на відчуття заніміння, поколювання, «повзання мурашок» на стороні ураження. Для хворих обох груп було характерним зниження больової та тактильної чутливості у вигляді смуг, котрі охоплювали ділянки вздовж сідниць, вздовж стегна, гомілки і стопи. Парестезії часто поєднувалися з гіперестезією. При дослідженні чутливості над болючими вегетативними вузлами у 11 хворих першої групи і 19 пацієток другої групи спостерігалися ділянки гіперпатії, гіперестезії чи гіпестезії, які мали плямистий контур і не співпадали з зонами сегментарної іннервації.

Характерною ознакою для обох груп хворих були вегетативні порушення, які мали суб'єктивні та об'єктивні прояви, були зумовлені, на наш погляд, подразненням оболонкової гілки спинномозкових нервів більш виражені у пацієток з хронічним аднекситом. Виникали сегментарні вегетативно-судинні порушення, які проявлялися вісцеро-судинними і супутніми вісцеро-вісцеральними, вісцеро-сенсорними змінами. Вісцеро-судинні порушення характеризувалися періодичними відчуттями печіння чи похолодання, змінами потовиділення, дермографізму, які були виявлені. Вісцеро-вісцеральний синдром мав місце у 8 пацієнтів радикулярними порушеннями. Він проявлявся кардіалгіями (5 хворих)-стискаючими болями в ділянці верхівки серця з сенестопатичним забарвленням. Вираженість та тривалість кардіальних порушень зростали при посиленні болю в спині.

Крім цього, у 17 пацієток ми спостерігали синдром вегето-судинної дистонії (ВСД), зумовлений церебральними, кардіологічними та абдомінальними порушеннями,

вони були постійними чи набували пароксизмального характеру.

Дослідження хребта ми починали з рентгенографії, враховуючи те, що томограми при КТ повноцінно не замінюють рентгенограм в двох стандартних проекціях, МРТ попереково-крижового відділу хребта, для дослідження симптомів остеохондрозу, що включають: випрямленість поперекового лордозу, паралелізацію покривних пластин суміжних тіл хребців, звуження міжхребцевої щілини, ущільнення замикальних покривних пластин тіл суміжних хребців, розширення каудальних площадок тіл хребців, бокові і передні остеофіти, вогнища звапніння фіброзного кільця диску, наявність протрузій між хребцевих дисків, стенозу спинно-мозкового каналу.

У всіх хворих першої та другої груп виявлені різноманітні ознаки остеохондрозу поперекового відділу хребта: склероз замикальних платівок, звуження міжхребцевої щілини, наявність передніх і задніх крайових розростань (остеофітів), наявність протрузій між хребцевих дисків.

Рівень порушення життєдіяльності у зв'язку з больовим синдромом у спині ми оцінювали за допомогою шкали Роланда-

Моррісона. Порушення життєдіяльності у пацієток першої та другої групи були вираженими, становили 7-17 балів згідно шкали з більшими значеннями у другій групі-12-17 балів відповідно. Згідно даних оцінки за шкалою Спілберга –Ханіна у пацієток обох груп визначалася особистісна та реактивна тривожність, більш виражена у пацієток з БНС та хронічним аднекситом.

Висновки. При формуванні хронічного БНС у пацієток з хронічним аднекситом порушення психо-емоційної сфери та ступеня дизадаптації більш виражені та потребують особливої діагностичної тактики та підходу у лікуванні. Вони впливають на вираженість, емоційне забарвлення больового синдрому. Це підтверджує значення психогенних факторів у патогенетичних механізмах формування хронічного больового синдрому. У пацієток з БНС на фоні хронічного соматичного захворювання, а саме хронічного аднекситу-больвий синдром має більш виражений характер, вегетативне забарвлення. Врахування психо-емоційних аспектів сприйняття болю дозволить оптимізувати діагностичний алгоритм та методику лікування хронічних больових синдромів.

Перелік використаної літератури

1. Антоненко Інеса Володимирівна. Оптимізація комплексного лікування хворих з запальними захворюваннями жіночих статевих органів змішаної етіології: Дис. канд. мед. наук: 14.01.01 / Одеський держ. медичний ун-т. – О., 2006. – 144 арк.

2. Актуальна неврологія (обрані лекції)/ Під ред. Професора О.В. Ткаченко. – К.: Атіка, 2012. – 96 с.

3. Белова А.Н., Щепетова О.Н. Шкалы, тесты и опросники в медицинской реабилитации. – М.: Антидор, 2002. – 440 с.

4. Боженко Н.Л. Больові синдроми спини: Деякі психоемоційні аспекти і можливості корекції// Міжнародний неврологічний журнал. – 2013. – №8(62). – С. 103–107.

5. Боженко Н.Л. Досвід лікування больового синдрому в спині// *Новости меди-*

цины и фармации. – 2007. – № 17 (224). – С. 10.

6. Боль. Диагностика и лечение боли в спине: современные аспекты// *Здоров'я України.* – 2008. – № 2 (183). – С. 31.

7. Голик В.А., Мороз Е.М. Лечение пациентов с болью в нижней части спины // *Здоров'я України.* – 2007. – № 6/1. – С. 43.

8. Грушецька Олена Вікторівна. Комплексне лікування хворих на хронічні неспецифічні запальні захворювання придатків матки з використанням немедикаментозних факторів: Дис... канд. мед. наук: 14.01.01 / Одеський держ. медичний ун-т. – О., 2002. – 136 арк.

9. Данилов А. Боль.-М., 2012

10. Жданова М.П., Голубчиков М.В., Міщенко Т.С. Стан неврологічної служби

України в 2006 році та перспективи розвитку. – Харків, 2007. – 24 с.

11. Клименко О.В, Головченко Ю.І., Каліщук-Слободін Т.М. та ін., Структура дегенеративно-дистрофічних захворювань хребта: клініка, діагностика та лікування//Consilium Medicum. Ukraina/-2008.- №2(11).-23-25.

12. Мачерет Є.Л.,. Патогенез, методи дослідження та лікування больових синдромів. Посібник.// Чуприна Г.М., Морозова О.Г. [и др] – Харків: Контраст, 2006. – 168 с.

13. Українське видання: Міжнародна статистична класифікація хвороб та споріднених проблем охорони здоров'я. Десятий перегляд. Київ, «Здоров'я», 2001.–Т.3.– 817 с. Морозова О.Г. Острая боль в спине: подходы к терапии// Здоров'я України. – 2007. – № 6/1. – С. 22–23.

14. Хубетова-Бондар Ірина Вільївна. Вегетативні дисфункції при хронічних запальних захворюваннях жіночої статеві сфери (клінічні, діагностичні і терапевтичні аспекти) : Дис... канд. наук: 14.01.15 - 2006

15. Audette J. F., Emenike E., Meleger A.L. Neuropathie low back pain. Gurr Pain Headache Rep 2005, 9:68-77.

16. The Bone and Joint Decade 2000-2010 for prevention and treatment of musculoskeletal disorders.// Lund, Sweden, April 17-18, 2008

17. Roelofs P.D.D.M., Deyo R.A., Koes B.W., Scholten R.J.P.M., Van Tulder M.W., Non-steroidal anti-inflammatory drugs for low back pain. Cochrane Database of Systematic Reviews 2008 Issue3. DOI10.1002/1451858.CD000396.pub3.

Особенности психо-эмоциональных нарушений у женщин с вертеброгенными болевыми синдромами пояснично-крестцовой локализации

Бельская И. В., Головченко Ю. И., Клименко А. В., Поздняков М. М., Маняк Б. Т.

Резюме: В статье освещаются особенности психоэмоциональных расстройств у пациентов с болями нижнего отдела спины на фоне вертеброгенных поражений и хронического аднексита. Приводятся данные о вкладе психо-эмоциональных расстройств относительно выраженности тяжести боли и степени дезадаптации.

Ключевые слова: остеохондроз (LBP), психоэмоциональные расстройства, беспокойство, нарушение адаптации

Features psycho-emotional disorders in patients with vertebral pain syndromes lumbosacral localization

Summary: This paper highlights the features of the psycho-emotional disorders in patients with low back pain background vertebrogenic lesions and chronic adnexitis. The data on the contribution of psycho-emotional disorders in the severity of pain and degree of maladjustment.

Key words: low back pain (LBP), psycho-emotional disorders, anxiety, disturbance of adaptation