

ОСОБЛИВОСТІ ПСИХОВЕГЕТАТИВНОГО ТА ЕМОЦІЙНОГО СТАТУСУ В ЖІНОК З ВЕРТЕБРАЛЬНИМ БОЛЬОВИМ СИНДРОМОМ

Орлик Т.В.

ДУ “Інститут геронтології ім. Д.Ф. Чеботарьова НАМН України”, Київ

Резюме. Вивчалися особливості психовегетативних та психоемоційних розладів у жінок у постменопаузальному періоді з вертебральним больовим синдромом на тлі патології опорно-рухового апарату. Обстежено 65 жінок віком 50-79 років з дегенеративно-дистрофічними захворюваннями хребта (ДДЗХ) та порушеннями структурно-функціонального стану кісткової тканини (остеопенія/остеопороз). Особливості психовегетативних розладів визначалися за допомогою опитувальника Вейна, емоційний стан оцінювався за результатами шкали депресії ДЕПС.

Встановлено вірогідне збільшення психовегетативних розладів з віком у жінок з вертебральним больовим синдромом на тлі ДДЗХ та підвищення показника ДЕПС у жінок з остеопенією/остеопорозом у віковій групі 70-79 років. Встановлено кореляційні зв'язки між рівнем болю та показником психовегетативних розладів у жінок з вертебральним больовим синдромом на тлі ДДЗХ. Загалом вираженість психовегетативних розладів та емоційних порушень не відрізнялася між групами із ДДЗХ та остеопенією/остеопорозом.

Ключові слова: вертебральний больовий синдром, психовегетативні розлади, емоційний стан, опитувальник Вейна, шкала ДЕПС, дегенеративно-дистрофічні захворювання хребта, остеопенія, остеопороз, жінки, постменопаузальний період.

Вступ

Біль у спині має серйозний вплив на діяльність як окремих осіб, так і держав в усьому світі. Дослідження Глобального тягаря хвороб (GBD, 2005) оцінило біль у спині як “глобальний тягар” у зв'язку з порушенням і обмеженням активної діяльності людини та серйозними економічними затратами [7, 10]. Згідно із численними епідеміологічними дослідженнями, близько 85% дорослого населення відчуває протягом життя як мінімум один епізод болю в спині [8, 12]. В Україні вертеброгенні больові синдроми в загальній структурі захворюваності з тимчасовою втратою працездатності посідають друге місце й складають до 20-30%, у структурі захворюваності периферичної нервової системи – до 80% випадків втрати працездатності [4].

Загальновідомо, що серед людей, які страждають на хронічний біль, включаючи біль у спині, поширеність та вираженість психологічних розладів невротичного спектра, таких як тривога, депресія, нав'язливі стани й т.д. у кілька разів вище, ніж у популяції людей, які не страждають цими розладами [1, 3, 13, 14]. Jenewein J. повідомляє, що близько 50% пацієнтів з болями в спині страждають і від психологічних розладів, таких як депресія або тривожні стани [11]. Невротичні розлади часто підсилюють і загострюють біль, сприяють підвищенню його рівня та зменшують стерпність й переносимість. З іншого боку, частими факторами ризику болю в спині є низький освітній статус, хронічний стрес, занепокоєння, депресія, відчуття незадоволеності, низький рівень соціальної підтримки на робочому місці

[1, 3, 5, 9]. Крім того, певна частка пацієнтів, які страждають на біль у спині, проходять повз фахівців, оскільки не мають жодних явних невротичних розладів, але мають психологічний дистрес і знижену якість життя.

Зрозуміло, чому за останнє десятиріччя суттєво змінився підхід до проблеми болю в спині. З урахуванням нейрофізіологічних зв'язків емоційних та вегетативних функцій, залежно від порога сприйняття больових відчуттів і функціонального стану неспецифічних систем мозку встановлено, що больовий синдром взаємопов'язаний із психовегетативним та емоційним станом пацієнта, які взаємно посилюють один одного [2]. Найбільш виражені вегетативні дисфункції спостерігаються при цервікальних рефлекторних м'язово-тонічних синдромах. Виразність болю, її тривалість впливають на характер і вираженість вегетативних порушень. Оцінка пацієнтами вираженості больового синдрому в осіб з рефлекторними м'язово-тонічними синдромами, у свою чергу, обумовлена не тільки істинною виразністю болю, а й з емоційним сприйняттям болю, яке пов'язане з виразністю вегетативних дисфункцій і емоціонально-особистісних розладів [6]. Все вищезазначене стало підґрунтям для проведення даного дослідження.

Мета – визначити особливості психовегетативних та психоемоційних розладів у жінок старших вікових груп з вертебральним больовим синдромом на тлі патології опорно-рухового апарату.

Об’єкт та методи дослідження

Особливості психовегетативних та психоемоційних розладів вивчалися в 65 жінок у постменопаузальному періоді віком 50-79 років з вертебральним больовим синдромом. За клінічними станами обстежену когорту розподілено на дві групи: I група – жінки з вертебральним больовим синдромом на тлі дегенеративно-дистрофічних захворювань хребта (n=33); II група – жінки з вертебральним больовим синдромом на тлі порушень мінеральної щільності кісткової тканини (остеопенія/остеопороз, n=32).

Діагноз дегенеративно-дистрофічного захворювання хребта (ДДЗХ) підтверджували, базуючись на даних анамнезу, клінічних симптомах, результатах об’єктивного нейро-ортопедичного огляду та наявності рентгенологічних ознак патології. У дослідження не включалися пацієнтки з неврологічними та чутливими порушеннями, а також іншими ускладненнями перебігу основного захворювання. Усі жінки із ДДЗХ мали мінеральну щільність кісткової тканини (МЩКТ) на рівні поперекового відділу хребта за даними двохенергетичної рентгенівської денситометрії у межах вікової норми згідно Т-показника.

Діагноз системного остеопорозу/остеопенії (ОП/ОПн) встановлювався відповідно до критеріїв ВООЗ та IOF, базуючись на показниках двохенергетичної рентгенівської абсорбціометрії (денситометрії), враховуючи наявність факторів ризику та низькоенергетичних переломів в анамнезі. За даними статистичного аналізу жінки з порушенням структурно-функціонального стану кісткової тканини (остеопенія та остеопороз) вірогідно не відрізнялися за основними параметрами, що вивчалися: вік, зріст, маса тіла, тривалість постменопаузального періоду та вік настання менопаузи, а також за вираженістю вертебрального больового синдрому згідно візуально-аналогової шкали (ВАШ) та показників опитувальників Вейна (виявлення ознак та змін функції вегетативної нервової системи) та шкали депресії, в зв’язку із чим були об’єднані в одну групу. У дослідження не включалися особи з переломами кісток скелета будь-якої локалізації, в тому числі з переломами тіл хребців будь-якого терміну давності, а також з наявністю супутньої патології з боку органів та систем у стадії субта декомпенсації або такої, що може впливати на мінеральну щільність кісткової тканини та вираженість больового синдрому в спині або психовегетативний та психоемоційний стан.

Групи із ДДЗХ та остеопенією/остеопорозом значимо не відрізнялися між собою за осно-

вними клініко-анамнестичними параметрами, в тому числі за рівнем болю в грудному та поперековому відділах хребта (табл. 1).

Таблиця 1. Клініко-анамнестична характеристика груп

Показники	I група	II група
Вік, років	63,3±8,8	66,4±6,4
Зріст, см	162,7±4,8	159,2±5,9
Маса тіла, кг	85,1±15,7	74,1±13,7
ІМТ, кг/м ²	32,3±5,9	29,1±4,6
Рівень болю в грудному відділі, бали	4,0 [1,0; 4,0]	3,0 [2,0; 4,0]
Рівень болю в поперековому відділі, бали	4,0 [3,0; 5,0]	4,0 [3,0; 4,0]

Примітки: ІМТ – індекс маси тіла; показники представлені у вигляді $M \pm SD$ та $Me [Q25; Q75]$.

Показники опитувальників щодо вегетативних та психоемоційних розладів аналізувалися в групах у цілому залежно від стану МЩКТ та окремо у вікових підгрупах за десятиріччями: 50-59 років, 60-69 років та 70-79 років.

Рівень болю в спині вивчався за допомогою 10-бальної візуально-аналогової шкали, де 1 бал відповідав мінімальному незначному рівню болю, а 10 балів – найбільш вираженому, нестерпному. Рівень болю визначався в грудному та поперековому відділах хребта окремо. Наявність та вираженість дисфункції вегетативної нервової системи оцінювалась за допомогою опитувальника Вейна. Опитувальник містить 17 запитань. На кожне запитання пацієнт дає відповідь у форматі “так”/“ні”. Кожній відповіді “так” присвоєно відповідну кількість балів – від 3 до 8. Максимальна кількість балів – 98. Експрес-діагностика прихованої депресії проводилася з використанням шкали депресії ДЕПС. Шкала містить усього 10 запитань, на які опитуваний дає відповідь, обираючи із запропонованих. Результат визначається як сума балів. Максимальна кількість балів – 30.

Мінеральна щільність кісткової тканини оцінювалась на рівні поперекового відділу хребта за допомогою двохенергетичного рентгенівського денситометра “Prodigy” (GE Medical systems, Lunar, model 8743, 2005).

Статистичний аналіз проводили з визначенням параметричних та непараметричних критеріїв. При аналізі використовували пакети програм “Statistika 6.0” Copyright© StatSoft, Inc. 1984-2001, Serial number 31415926535897.

Результати дослідження

За результатами аналізу опитувальника Вейна щодо виявлення ознак дисфункції вегетативної

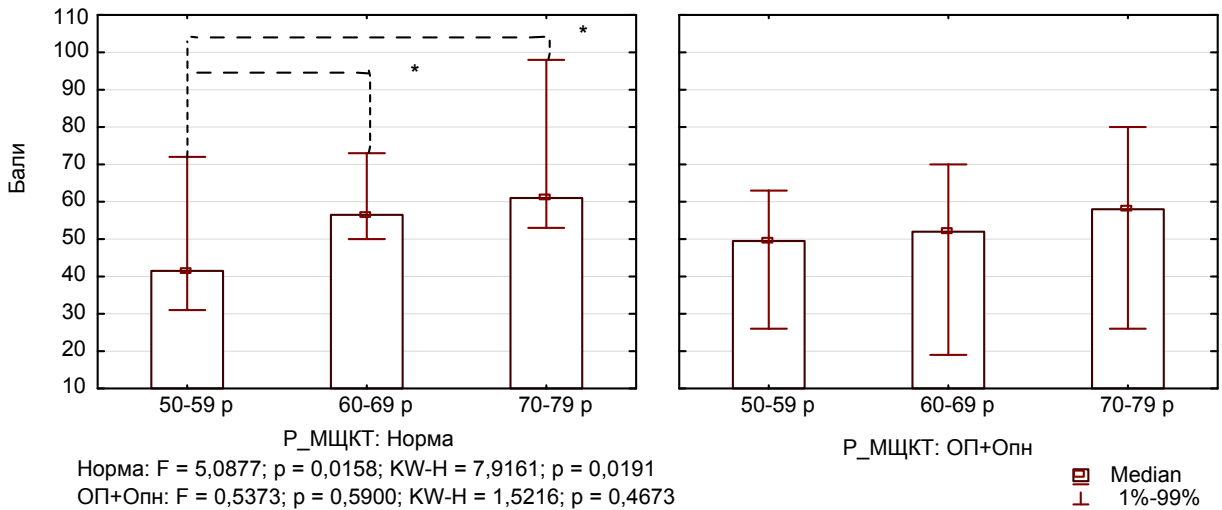


Рис. 1. Психовегетативні розлади за опитувальником Вейна в жінок старших вікових груп з вертебральним больовим синдромом.

нервової системи, встановлено, що жінки з вертебральним больовим синдромом на тлі ДДЗХ та порушень мінеральної щільності кісткової тканини (остеопенія/остеопороз) значимо не відрізнялися за показником психовегетативних розладів як у групі в цілому (відповідно 53,0 [41,5; 61,0] балів vs 52,5 [45,5; 61,0] балів ($Z=0,08$, $p=0,93$)), так і у вікових підгрупах. Проте, в групі із ДДЗХ встановлено вірогідне збільшення показника з віком порівняно з групою 50-59 років (41,5 [34,0; 55,0] балів): 60-69 pp. (vs 56,5 [53,0; 62,0] балів, $Z=2,01$, $p=0,04$) та 70-79 pp. (vs 61,0 [53,0; 62,0] балів, $Z=2,39$, $p=0,02$) (рис. 1), чого не спостерігалося в групі з остеопенією/остеопорозом.

У жінок із ДДЗХ показник дисфункції вегетативної нервової системи вірогідно ($p \leq 0,05$) позитивно корелював із середнім (типичним)

($r=0,45$), мінімальним ($r=0,64$), постійним тривалим ($r=0,44$) рівнем болю в поперековому відділі хребта, а також болем у попереку при тривалій ході ($r=0,61$) та пересуванні сходами ($r=0,56$). Не виявлено вірогідних кореляційних зв'язків між показником опитувальника Вейна та рівнем будь-якого болю в грудному відділі за ВАШ. У жінок з порушенням стану кісткової тканини (остеопенія/остеопороз) значимих кореляційних зв'язків між показником дисфункції вегетативної нервової системи та рівнем болю за ВАШ не виявлено як у грудному, так і в поперековому відділах хребта.

Показник вираженості депресивних станів за шкалою ДЕПС у жінок з вертебральним больовим синдромом на тлі остеопенії/остеопорозу був достовірно вищим у віковій групі 70-79 років порівняно із групою 60-69 років (8,0 [6,0; 12,0]

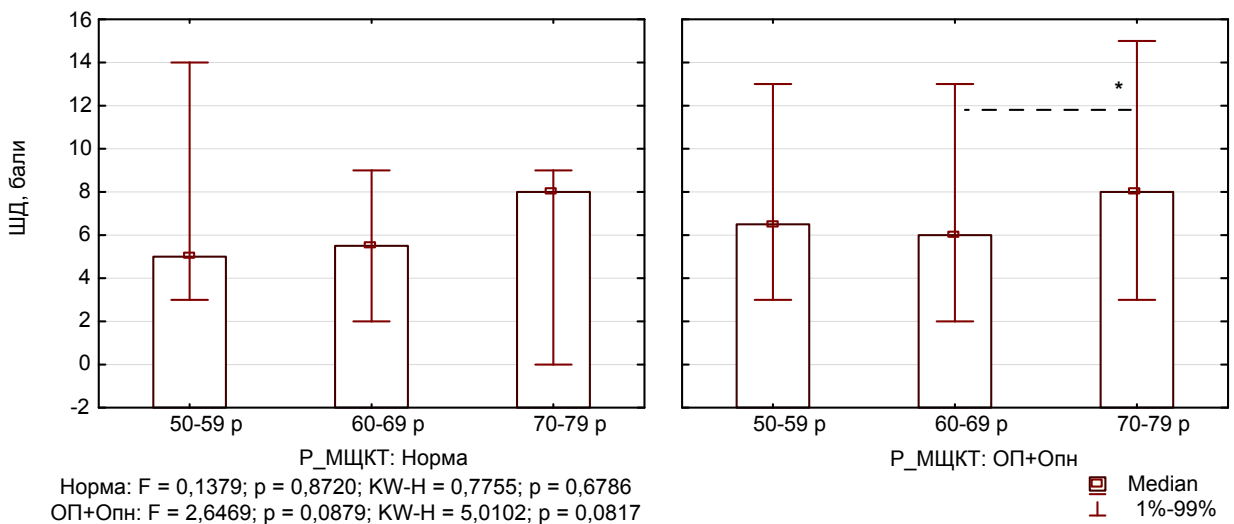


Рис. 2. Психологічний стан за шкалою ДЕПС у жінок старших вікових груп з вертебральним больовим синдромом.

vs 6,0 [4,0; 7,0] балів, $Z=2,14$, $p=0,03$). У жінок із ДДЗХ значимих змін показника між віковими підгрупами не виявлено. У цілому між групами та віковими підгрупами залежно від вертебральної патології вірогідних відмінностей за показником прихованої депресії не виявлено (рис. 2).

Проте, за результатами кореляційного аналізу в жінок із ДДЗХ встановлено вірогідні ($p \leq 0,05$) позитивні кореляційні зв'язки між психологічним станом та рівнем болю в грудному відділі при пересуванні сходами вгору ($r=0,43$) та вниз ($r=0,50$) і по рівній місцевості ($r=0,54$). Показник ДЕПС у даній групі жінок значимо корелював з рівнем болю в поперековому відділі хребта на момент опитування ($r=0,41$), середнім (типим) ($r=0,41$), постійним тривалим ($r=0,50$) та рівнем болю при пересуванні рівною місцевістю ($r=0,46$). У жінок з остеопенією/остеопорозом показник шкали депресії позитивно значимо корелював тільки з рівнем стартового болю в грудному відділі хребта ($r=0,37$) та постійним тривалим болем у поперековому відділі ($r=0,39$).

Висновки. Таким чином, у жінок старших вікових груп з вертебральним больовим синдромом наявність та вираженість психовегетативних та психоемоційних розладів не залежить від стану кісткової тканини та, відповідно, провідної вертебральної патології. Проте, в жінок із ДДЗХ вираженість дисфункції вегетативної нервової системи збільшується з віком та позитивно корелює з рівнем болю в поперековому відділі хребта. А показник психоемоційних розладів у даній групі значимо корелює з рівнем болю в грудному відділі, що виникає при пересуванні сходами й рівною місцевістю, а також болю в поперековому відділі на момент опитування, середнім та тривалим рівнем болю в жінок з нормальною кістковою тканиною. У групі з остеопенією/остеопорозом встановлено мінімальні значимі кореляції.

Література

1. Болевые синдромы в неврологической практике / Под ред. А.М. Вейна. – М.: МЕДпресс-информ, 2001. – 368 с.
2. Вейн А.М., Воробьева О.В. Болезненный мышечный спазм: алгоритм диагностики и терапии // Русский медицинский журнал. – 2003. – Т.11, №8. – С. 438-440.
3. Григорьева В.Н. Характеристика психологических особенностей больных с хроническими болями в спине // Журнал неврологии и психиатрии. – 2002. – №12. – С. 3-9.
4. Жданова М.П., Голубчиков М.В., Мищенко Т.С. Стан неврологической службы в Украине в 2006 році та перспективи розвитку. – Харків, 2007. – 24 с.
5. Морозова О.Г. Вегетативные дисфункции в общесоматической практике // Здоровье Украины. – 2008. – №3. – С. 51–52.

6. Ярошевский А.А. Вегетативная дистония и мышечно-скелетная боль: взаимоотношения и возможности терапии // Международный медицинский журнал. – 2010. – Т.34, №4.
7. Baumeister H., Knecht A., Hutter N. Direct and indirect costs in persons with chronic back pain and comorbid mental disorders – a systematic review. // J Psychosom Res. – 2012. – 73(2). – P. 79-85.
8. Breivik H., Collett B., Ventafridda V. et al. Survey of chronic pain in Europe // Eur. J. Pain. – 2006. – Vol. 10, №4. – P. 287-333.
9. Daubs M.D., Norvell D.C., McGuire R. et al. Fusion versus nonoperative care for chronic low back pain: do psychological factors affect outcomes? // Spine. – 2011. – 36 (21 Suppl). – P. 96-109.
10. Hoy D., Brooks P., Blyth F., Buchbinder R. The Epidemiology of low back pain. // Best Pract Res Clin Rheumatol. – 2010. – 24 (6). – P. 769-781.
11. Jenewein J. Back pain and somatisation // Clin J Pain. – 2013. – 70 (9). – P. 537-541.
12. Neville A., Peleg R., Singer Y. et al. Chronic pain a population-based study // Isr. Med. Assoc. J. – 2008. – Vol. 10. – P. 676-680.
13. Rudy T.E., Lieber S.J., Boston J.R. et al. Psychosocial predictors of physical performance in disabled individuals with chronic pain. // Clin J Pain. – 2003. – 19. – P. 18-30.
14. Schiphorst Preuper H.R., Reneman M.F. et al. Relationship between psychological factors and performance-based and self-reported disability in chronic low back pain. // Eur Spine J. – 2008. – 17. – P. 1448-1456.

PECULIARITIES OF PSYCHO-VEGETATIVE AND EMOTIONAL STATUS IN WOMEN WITH VERTEBRAL PAIN SYNDROME

Orlyk T.V.

Summary. We studied the features of psycho-vegetative and psycho-emotional disorders in postmenopausal women with vertebral pain syndrome on the background pathology of the musculoskeletal system. The study involved 65 women aged 50-79 years with degenerative-dystrophic diseases of the spine (DDDS) and violations of structural and functional state of bone (osteopenia/osteoporosis). Features of psycho-vegetative disorders were determined with help of Wayne, emotional state was assessed by the results of the depression scale DEPS.

The likely increase in psycho-vegetative disorders with age was determined in women with vertebral pain syndrome on the background and DDDS rate increase DEPS women with osteopenia/osteoporosis in the age group 70-79 years. Correlations between the pain and psycho-vegetative disorders index were established in women with vertebral pain syndrome on the background DDDS. In general, the severity of psycho-vegetative disorders and emotional disorders did not differ between the groups with DDDS and osteopenia/osteoporosis.

Key words: vertebral pain, psycho-vegetative disorders, emotional state questionnaire Wayne, scale DEPS, degenerative-dystrophic diseases of the spine, osteopenia, osteoporosis, women, postmenopausal.