

МІСЦЕ МЕШКАННЯ ЯК СОЦІАЛЬНА ДЕТЕРМІНАНТА РИЗИКУ РОЗВИТКУ ВЕРТЕБРАЛЬНОГО БОЛЬОВОГО СИНДРОМУ В ЖІНОК У ПОСТМЕНОПАУЗАЛЬНОМУ ПЕРІОДІ

Поворознюк В.В., Орлик Т.В., Григор'єва Н.В., М'ясніков В.П., Мельник В.М.

*ДУ «Інститут геронтології ім. Д.Ф. Чеботарьова НАМН України»,
Український науково-медичний центр проблем остеопорозу, Київ*

Резюме. З метою вивчення ролі місця мешкання (місто, село), як соціальної детермінанти ризику розвитку больового синдрому в спині та порушення життєдіяльності, пов'язаного із ним, аналізували результати опитування 148 жінок у постменопаузальному періоді віком 50-69 рр.

За результатами вивчення частоти та вираженості болю в спині на момент опитування, а також періодичного болю протягом останніх 6 місяців та епізодів болю тривалістю понад 2-а тижні, встановлено, що дані показники у жінок 50-69 рр. залежно від місця мешкання вірогідно не відрізняються, а мешкання у місті/селі вірогідно не змінює ризик розвитку болю. Проте, у мешканок села порівняно з містянками достовірно менший ризик порушення відносин з іншими людьми (ВШ=0,2; ДІ 95%: 0,07-0,85; $p=0,03$) та працездатності у професійній діяльності (ВШ=0,20; ДІ 95%: 0,07-0,55; $p=0,002$). Мешканки міста достовірно частіше зверталися за медичною допомогою через біль у спині: містянки у 58,3% випадках, селянки – у 36,4% ($\chi^2=3,95$, $p=0,04$).

За результатами рангового кореляційного аналізу встановлено достовірні зв'язки ($p<0,05$) між місцем мешкання та частотою порушення стану здоров'я, пов'язаного з болем у спині, порушенням психологічного стану та настрою, загальною активністю, відносин з іншими людьми, щоденної непрацездатності у професійній діяльності, порушенням здатності пересуватися та частотою звернення за медичною допомогою з приводу болю в спині.

Ключові слова: біль в спині, жінки, постменопаузальний період, місце мешкання, соціальні детермінанти, ризик, частота.

Актуальність

На сьогоднішній день, у зв'язку із розвитком соціально-демографічних процесів, як-то урбанізація, широка механізація виробництва та сільського господарства, зменшення та вузьке спрямування застосування важкої фізичної праці, перерозподіл у сімейному статусі населення, все більше уваги приділяється соціальним детермінантам розвитку захворювань органів та систем, зокрема патології опорно-рухового апарату, що супроводжується вертебральним больовим синдромом (ВБС) [3, 9].

Близько 20 років тому в наукових дослідженнях були зроблені висновки щодо комплексного впливу на перебіг вертебрального больового синдрому психологічних та соціальних факторів на рівні з особливостями професійної діяльності [11]. Проте тільки в останні роки цим твердженням почали приділяти велику увагу. На сьогоднішній день в якості засобу для більш повного розуміння, оцінки та управління хронічним болем в спині запропоноване застосування біопсихосоціальних моделей [5, 12]. Ці моделі спираються на широке розуміння біологічних і психосоціальних впливів на виникнення і перебіг больового синдрому та, пов'язаних з ним, непрацездатності та інвалідності. Такий підхід не

відкидає пошук значимої патології, а зміщує акцент у бік інших компонентів проблеми [6]. Навіть при тому, що болі в спині можуть бути фізичною або біологічною проблемою, пацієнти з болями в спині і лікарі, які працюють з ними, часто розглядають фізичний симптом через серію психологічних і соціальних фільтрів [12].

Соціальна модель розвитку ВБС пояснює захворюваність та інвалідність як наслідок недостатніх соціальних та економічних умов. На відміну від цього, біомедична модель фокусується і припускає прямий зв'язок між болем, захворюванням і фізичною патологією. Біопсихосоціальний підхід є компромісом між суто біомедичною і суто соціальною моделями захворюваності та інвалідності і відображає концепцію, що інвалідність, пов'язана з хронічним ВБС, слід розглядати як проблему, що виникла в результаті взаємодії між фізичними/біологічними (наприклад, вік, стать, фізичне навантаження), психологічними (тобто самопізнання і поведінка) і соціальними чинниками (тобто, соціальні та культурні контексти) [4, 7]. Принцип біопсихосоціальної концепції покладений в основу Міжнародної класифікації Всесвітньої організації охорони здоров'я функціонування, обмеження життєдіяльності та здоров'я (МКХ) [3, 9, 13].

За оцінками Канадського співтовариства охорони здоров'я у 2009-2010 рр. 20,2% дорослих канадців мали проблеми з хребтом тривалістю протягом 6 місяців і більше. Серед осіб з болем у спині переважали жителі сільських або віддалених місцевостей, корінні канадці, колишні або нинішні курці, особи з надмірною масою тіла та такі, що мають інші хронічні захворювання, чи обмеження в повсякденній діяльності, більш високий рівень стресу та поганий рівень психічного здоров'я. Визнано, що у мешканців сільської місцевості частота розвитку больового синдрому у спині більша порівняно із мешканцями міста через особливості повсякденної активності, зокрема переважання важкої фізичної праці серед жителів села. Одинокі або ніколи не одружені, особи інших національностей мали меншу частоту болю в спині [2].

Проте, дослідження таких соціально-демографічних детермінант, як місце мешкання, сімейний статус, спосіб життя та інш., як факторів ризику ВБС вимагають застосування особливих соціально-медичних та соціально-демографічних підходів, як-то опитування певних верств населення із використанням спеціально розроблених цільових опитувальників [10].

Метою дослідження стало вивчення ролі місця мешкання (місто, село), як соціальної детермінанти, ризику розвитку больового синдрому в спині та порушення життєдіяльності, пов'язаного із ним, у жінок у постменопаузальному періоді.

Об'єкт та методи

У дослідженні аналізували результати опитування за спеціально розробленими в Українському науково-медичному центрі проблем остеопорозу анкетами, 148 жінок у постменопаузальному періоді віком 50-69 рр. До аналізу не включали анкети осіб із наявністю супутньої патології або інших станів, що могли б вплинути на наявність та вираженість больового синдрому, у тому числі будь-які суб- та декомпенсовані стани, ревматичні захворювання, цукровий діабет I типу, тривалий прийом препаратів, які могли б вплинути на стан кісткової тканини, перебіг ВБС та якість життя, високоенергетичні травми та переломи, у тому числі будь-які переломи тіл хребців, важка фізична праця, нездатність до самообслуговування та інш.

При складанні анкети та проведенні опитування враховувалися рекомендації з організації збирання медико-соціологічної інформації [1].

Щоб уникнути систематичної помилки відбору, анкетування проводилося поза медичних організацій (переважно анкетування «випадкових» осіб). Таким чином, дотримувалися умови однакової можливості потрапляння у вибірку як здорових, так і хворих людей. Респондентки давали відповіді на всі запитання анкети, окрім тих, які їх на даний момент не стосувалися, наприклад, непрацюючі не відповідали на запитання про вплив болю у спині на професійну діяльність.

Вивчали наявність болю на момент опитування у грудному та поперековому відділах, періодичних болю в спині протягом останніх 6 місяців та епізодів болю тривалістю більше 2-х тижнів.

За 10-бальною шкалою визначали вплив болю на повсякденну активність та працездатність, настрій, відносини з іншими людьми, здатність пересуватися, брати участь у суспільних та сімейних справах за останні 6 місяців (0 балів – «не вплинув», 10 балів – «через біль діяльність неможлива»).

Оцінювали загальний стан здоров'я на момент опитування за дескрипторами: «добре», «задовільне» чи «погане».

Фізичний стан, пов'язаний із болем у спині, оцінювали по 4-х бальній шкалі: 0 балів – «нормальна активність»; 1 бал – «біль є, але загальний стан ближчий до нормального»; 2 бали – «більше часу проводите активно, але через біль вимушені лягати відпочивати протягом дня»; 3 бали – «вимушені перебувати у ліжку більше половини дня»; 4 бали – «не здатні себе обслуговувати, перебуваєте весь час у ліжку».

Вплив больового синдрому на психологічний стан визначали методом вибору респондентами відповідного дескриптора, що найбільш точно характеризує стан: «погіршення настрою», «тривога», «депресія», «байдужість».

Визначали приблизну кількість днів непрацездатності за останні 6 місяців, коли через біль у спині жінки не могли займатися щоденними справами (робота, домашні справи), а також кількість звернень до лікаря за медичною допомогою та госпіталізації з приводу больового синдрому у спині.

Дане дослідження мало ряд обмежень, а саме, з аналізу були виключені анкети осіб, які визначали рівень свого щоденного навантаження як «помірна та/чи тяжка фізична праця», а також мали вік на момент опитування поза межами 50-69 рр., що дало можливість вивчити особливості ВБС та загального й психологічного стану,

пов'язаних із болем у спині, залежно від місця мешкання (місто та село).

Статистичний аналіз проводили з використанням пакетів програм «Statistika 6.0» Copyright© StatSoft, Inc. 1984-2001, Serial number 31415926535897. Частота показників вивчалася методом кростабуляції на основі таблиць спорідненості за критерієм χ^2 . Порівняння досліджуваних змінних у двох незалежних групах проводили за допомогою тесту Манна-Уїтні. Кореляційні зв'язки визначали за допомогою непараметричного рангового коефіцієнта Спірмена (R). Відносний ризик (ВР) та відношення шансів (ВШ) обчислювали на основі таблиць кростабуляції за формулами: $ВР=(a/A)/(c/B)$ та $ВШ=(a*d)/(b*c)$. Для кожного з цих показників окремо визначався довірчий інтервал (ДІ 95%). Відмінності вважалися достовірними при $p \leq 0,05$.

Результати дослідження. За результатами вивчення частоти ВБС на момент опитування (у грудному та поперековому відділах), а також періодичного болю у спині протягом останніх 6 місяців та епізодів болю тривалістю понад 2-а тижні, встановлено, що дані показники у жінок 50-69 рр. залежно від місця мешкання вірогідно не відрізняються (табл. 1).

На підставі визначення відносного ризику розвитку ВБС у жінок 50-69 рр. встановлено, що місце мешкання достовірно не впливає на ризик розвитку болю у грудному (відносний ризик (ВР)=1,5; 95% ДІ: 0,75–3,17; $p=0,25$) та попереко-

вому відділі (ВР=1,1; 95% ДІ: 0,74–1,51; $p=0,75$), періодичного болю у спині за останні 6 місяців (ВР=1,1; 95% ДІ: 0,83–1,57; $p=0,42$), епізодів болю тривалістю понад 2-а тижні (ВР=1,1; 95% ДІ: 0,75–1,66; $p=0,58$).

За результатами оцінки ВАШ, що дає можливість об'єктивізувати рівень болю у грудному та поперековому відділах хребта також не виявлено достовірних відмінностей між показниками мешканок села та міста (табл. 2).

Враховуючи те, що ВБС окрім власне прояву болю може впливати на життєдіяльність та повсякденну активність людини, на наступному етапі були проаналізовані показники впливу болю на різні сфери життєдіяльності протягом останніх 6 місяців серед обстежених мешканок міста та села.

На підставі вивчення частоти порушення життєдіяльності, пов'язаного з ВБС, у жінок у постменопаузальному періоді 50-69 рр. залежно від місця мешкання встановлено, що у мешканок міста достовірно частіше псувалися настрій ($p=0,05$) та відносини з іншими людьми ($p=0,02$), порушувалась працездатність у професійній діяльності ($p=0,001$). А у жінок, що мешкають у сільській місцевості, достовірно частіше порушувалась здатність пересуватися ($p=0,05$) (табл. 3).

Вірогідне збільшення частоти порушення життєдіяльності у вигляді псування відносин з іншими людьми та настрою, а також працездат-

Таблиця 1. Абсолютні та відносні частоти ВБС у жінок у постменопаузальному періоді залежно від місця мешкання, % (n / N)

Показники	Село	Місто	χ^2, p
Біль на момент опитування у грудному відділі	40,0% (44/110)	26,1% (6/23)	$\chi^2=1,57, p=0,21$
Біль на момент опитування у поперековому відділі	64,6% (71/110)	60,1% (14/23)	$\chi^2=0,11, p=0,74$
Періодичний біль за останні 6 міс.	74,3% (84/113)	65,2% (15/23)	$\chi^2=0,80, p=0,37$
Епізоди болю тривалістю понад 2-а тижні	60,6% (66/109)	54,2% (13/24)	$\chi^2=0,33, p=0,56$

Таблиця 2. Рівень болю у грудному та поперековому відділах хребта за ВАШ у жінок у постменопаузальному періоді залежно від місця мешкання, бали

Показники	Село	Місто	p
<i>Грудний відділ</i>			
Біль на момент опитування (ВАШ-1)	0,5 [0,0; 2,0]	0,5 [0,0; 2,0]	0,39
Середній рівень болю (ВАШ-2)	0,0 [0,0; 2,0]	0,0 [0,0; 1,0]	0,50
Мінімальний рівень болю (ВАШ-3)	0,0 [0,0; 1,0]	0,0 [0,0; 0,5]	0,48
Максимальний рівень болю (ВАШ-4)	1,0 [0,0; 2,0]	0,5 [0,0; 3,0]	0,40
<i>Поперековий відділ</i>			
Біль на момент опитування (ВАШ-1)	2,0 [0,0; 4,0]	3,0 [0,0; 4,0]	0,91
Середній рівень болю (ВАШ-2)	2,0 [0,0; 5,0]	3,0 [0,0; 4,0]	0,67
Мінімальний рівень болю (ВАШ-3)	1,0 [0,0; 3,0]	0,5 [0,0; 3,0]	0,61
Максимальний рівень болю (ВАШ-4)	2,0 [0,0; 5,0]	2,0 [0,0; 5,0]	0,61

Примітки: 1. ВАШ – візуально-аналогова шкала; 2. Результати представлені у вигляді Me [LQ; UQ].

ності у професійній сфері підтверджувалися вірогідно більшою вираженістю даних порушень у мешканок міста порівняно із мешканками села (табл. 4).

Незважаючи на те, що порушення здатності пересуватися серед жінок села зустрічалося частіше, ніж серед мешканок міста, вірогідних відмінностей за вираженістю даного порушення не виявлено ($p=0,08$).

На підставі визначення показників відношення шансів (ВШ) для категорій порушення життєдіяльності встановлено, що у мешканок села порівняно з містянками достовірно менший ризик порушення відносин з іншими людьми (ВШ=0,2; ДІ 95%: 0,07-0,85; $p=0,03$) та працездатності у професійній діяльності (ВШ=0,20; ДІ 95%: 0,07-0,55; $p=0,002$). Однак, ймовірність ризику розвитку порушень повсякденної активності (ВШ=0,68; ДІ 95%: 0,21-2,20; $p=0,51$), настрою (ВШ=0,35; ДІ 95%: 0,10-1,25; $p=0,11$), порушення працездатності у домашніх справах (ВШ=1,8; ДІ 95%: 0,71-4,67; $p=0,21$) та здатності пересуватися (ВШ=2,4; ДІ 95%: 0,96-6,19; $p=0,06$), пов'язаних із болем у спині, достовірно не змінювалась залежно від місця мешкання.

Крім того, опитані жінки давали відповіді на запитання з приводу стану їх здоров'я, як взагалі, так й пов'язаного з болем у спині. Так, загальний стан здоров'я оцінювали за дескрипторами: «добре», «задовільне» чи «погане». Більша час-

тина опитаних селянок та містянок відзначили стан свого здоров'я як «задовільне». Показники залежно від місця проживання достовірно не відрізнялись (табл. 5).

Слід відзначити, що жодна з містянок не визначила загальний стан свого здоров'я як «добрий».

Частота щоденної непрацездатності (неможливості виконувати домашні та робочі справи) через біль у спині серед мешканок села та міста була майже однакова (відповідно 48,5% та 50,1%). Проте жінки, які мешкають у місті достовірно частіше відзначали свій стан як «більшість часу проводить активно, але через біль вимушена лягати відпочивати протягом дня» ($p=0,02$) (табл. 6).

Крім того, мешканки міста достовірно частіше зверталися за медичною допомогою через біль у спині: містянки у 58,3% випадках, селянки – у 36,4% ($\chi^2=3,95$, $p=0,04$).

За результатами рангового кореляційного аналізу встановлено достовірні кореляційні зв'язки ($p<0,05$) між місцем мешкання та частотою порушення стану здоров'я, пов'язаного з болем у спині ($R=0,38$), порушенням психологічного стану ($R=0,26$) та настрою ($R=0,51$), загальної активності ($R=0,25$), відносин з іншими людьми ($R=0,62$), щоденної непрацездатності у професійній діяльності ($R=0,67$), порушенням здатності пересуватися ($R=0,42$) та частотою звернення

Таблиця 3. Абсолютні та відносні частоти порушення життєдіяльності та соціальної активності в жінок у постменопаузальному періоді залежно від місця мешкання, % (n / N)

Показники	Село	Місто	χ^2, p
Повсякденна активність	74,3% (75/101)	80,9% (17/21)	$\chi^2=0,42$, $p=0,52$
Відносини з іншими людьми	57,1% (60/105)	85,0% (17/20)	$\chi^2=5,51$, $p=0,02$
Працездатність у домашніх справах	66,7% (74/111)	52,4% (11/21)	$\chi^2=1,57$, $p=0,21$
Працездатність у професійній діяльності	34,4% (33/96)	72,7% (16/22)	$\chi^2=10,84$, $p=0,001$
Настрій	67,3% (72/107)	86,4% (19/22)	$\chi^2=3,68$, $p=0,05$
Здатність пересуватися	62,7% (69/110)	40,9% (9/22)	$\chi^2=3,61$, $p=0,05$

Примітка. Вірогідні відмінності виділені жирним курсивом, $p<0,05$.

Таблиця 4. Рівень порушення життєдіяльності та соціальної активності в жінок у постменопаузальному періоді залежно від місця мешкання, бали

Показники	Село	Місто	p
Повсякденна активність	2,0 [0,0; 5,0]	3,0 [2,0; 5,0]	0,12
Відносини з іншими людьми	1,0 [0,0; 3,0]	3,5 [2,0; 5,0]	0,002
Працездатність у домашніх справах	2,0 [0,0; 4,0]	1,0 [0,0; 3,0]	0,25
Працездатність у професійній діяльності	0,0 [0,0; 1,0]	2,0 [0,0; 3,0]	0,001
Настрій	2,0 [0,0; 4,0]	3,0 [2,0; 4,0]	0,04
Здатність пересуватися	1,0 [0,0; 3,0]	0,0 [0,0; 2,0]	0,08

Примітки: 1. Вірогідні відмінності виділені жирним курсивом, $p<0,05$; 2. Результати представлені у вигляді Me [LQ; UQ].

Таблиця 5. Абсолютні та відносні частоти загального стану здоров'я в жінок у постменопаузальному періоді залежно від місця мешкання, % (n / N)

Стан здоров'я	Село	Місто
Добре	9,5% (10/105)	0% (0/23)
Задовільне	68,6% (72/105)	82,6% (19/23)
Погане	21,9% (23/105)	17,4% (4/23)

Таблиця 6. Абсолютні та відносні частоти стану здоров'я, пов'язаного з болем у спині, у жінок у постменопаузальному періоді залежно від місця мешкання, % (n / N)

Стан здоров'я, пов'язаний з болем у спині	Село	Місто
Нормальна активність	17,7% (20/113)	12,5% (3/24)
Біль є, але загальний стан ближчий до нормального	43,4% (49/113)	20,8% (5/24)
Більшість часу проводите активно, але через біль вимушені лягати відпочивати протягом дня	31,0% (35/113)	50,0% (12/24)
Не здатні себе обслуговувати, перебуваєте весь час у ліжку	8,0% (9/113)	16,7% (4/24)

за медичною допомогою з приводу болю в спині (R=0,43) (рис. 1).

Таким чином, місце мешкання (місто/село) жінок 50-69 рр. у постменопаузальному періоді не має безпосереднього впливу на частоту та вираженість ВБС. Так як у даній блок дослідження не включалися особи з тяжкою фізичною працею, з одного боку, та, з іншого, враховуючи відсутність достовірних відмінностей та кореляційних зв'язків частоти та рівня болю залежно від місця мешкання, опосередковано можна стверджувати, що на прояви ВБС впливають не місце мешкання, а інші фактори (наприклад, рівень фізичного навантаження, можливість робити перерви у діяльності для відпочинку) [8].

Проте, у жінок, які мешкають у місті достовірно частіше зустрічаються порушення психологічного стану як-то настрою, відносин з іншими людьми та працездатності у професійній діяльності, що підтверджується достовірними кореляційними зв'язками. У містянок достовірно частіше порушується й загальний стан здоров'я, пов'язаний з болем у спині, з приводу якого вони частіше звертаються за медичною допомогою.

Отримані факти можна пояснити тим, що селянки частіше зайняті господарськими справами, які вимагають регулярного та безперервно-



Рис. 1 Кореляційні зв'язки між місцем мешкання та частотою порушення різних сфер життєдіяльності

го їх виконання, що не дає можливості жінкам приділяти достатньо уваги порушенням стану здоров'я, якщо ці порушення не є вираженими та суттєво не впливають на повсякденну активність.

Висновок

Місце мешкання, як соціальна детермінанта розвитку вертебрального болювого синдрому, не має безпосереднього впливу на перебіг ВБС у жінок 50-69 рр. у постменопаузальному періоді. Проте сприяє порушенню життєдіяльності, пов'язаного з болем у спині, зокрема, психологічного стану, загальної активності, працездатності, а також обумовлює частоту звернень за медичною допомогою та госпіталізацій.

Література

1. Решетников А.В. Социология медицины (введение в научную дисциплину): Руководство. – М.: Медицина, 2002. – 862 с.
2. Bath B., Trask C., McCrosky J., Lawson J. A biopsychosocial profile of adult Canadians with and without chronic back disorders: a population-based analysis of the 2009-2010 Canadian Community Health Surveys // Biomed Res Int. – 2014. – doi: 10.1155/2014/919621 PMID: PMC4058275.
3. Cerniauskaite M., Quintas R., Boldt C. et al. Systematic literature review on ICF from 2001 to 2009: its use, implementation and operationalisation. // Disability and Rehabilitation. – 2011. – 33 (4). – P. 281-309.
4. Chou R., Shekelle P. Will this patient develop persistent disabling low back pain? // Journal of the American Medical Association. – 2010. – 303 (13). – P. 1295-1302.
5. Cieza A., Stucki G., Weigl M. et al. ICF Core Sets for low back pain. // Journal of Rehabilitation Medicine. – 2004. – 44. – P. 69-74.
6. Croft P., Peat G., van der Windt D. Primary care research and musculoskeletal medicine // Primary Health Care Research & Development. – 2010. – 11. – P. 4-16.

7. Engel G.L. The need for a new medical model: a challenge for biomedicine // Science. – 1977. – 196 (4286). – P. 129–136.
8. Hoy D., Bain C., Williams G. et al. A systematic review of the global prevalence of low back pain // Arthritis & Rheumatism. – 2012. – 64 (6). – P. 2028–2037.
9. Jelsma J. Use of the international classification of functioning, disability and health: a literature survey. // Journal of Rehabilitation Medicine. – 2009. – 41 (1). – P. 1–12.
10. Stucki G., Boonen A., Tugwell P., Cieza A., Boers M. The World Health Organisation International Classification of Functioning, Disability and Health: a conceptual model and interface for the OMERACT process // Journal of Rheumatology. – 2007. – 34 (3). – P. 600–606.
11. Waddell G. Low back pain: a twentieth century health care enigma // Spine. – 1996. – 21 (24). – P. 2820–2825.
12. Waddell G. The Biopsychosocial Model. The Back Pain Revolution. 2nd edition. Toronto, Canada: Churchill Livingstone, 2004.
13. WHO. International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) Geneva, Switzerland: World Health Organization, 2001.

МЕСТО ЖИТЕЛЬСТВА КАК СОЦИАЛЬНАЯ ДЕТЕРМИНАНТА РИСКА РАЗВИТИЯ ВЕР- ТЕБРАЛЬНОГО БОЛЕВОГО СИНДРОМА У ЖЕНЩИН В ПОСТМЕНОПАУЗАЛЬНОМ ПЕРИОДЕ

Поворознюк В.В., Орлик Т.В., Григорьева Н.В.,
Мясников В.П., Мельник В.Н.

*ГУ «Институт геронтології
ім. Д.Ф. Чеботарева НАМН України»,
Український научно-медичинський центр
проблем остеопороза, Київ*

Резюме. С целью изучения роли места жительства (город, село), как социальной детерминанты риска развития болевого синдрома в спине и нарушения жизнедеятельности, связанного с ним, анализировали результаты опроса 148 женщин в постменопаузальном периоде в возрасте 50-69 лет.

По результатам изучения частоты и выраженности боли в спине на момент опроса, а также периодической боли в течение последних 6 месяцев и эпизодов боли продолжительностью более двух недель, установлено, что данные показатели у женщин 50-69 лет в зависимости от места жительства достоверно не отличаются, а проживание в городе / селе достоверно не изменяет риск развития боли. Однако, у жительниц села по сравнению с горожанками достоверно меньший риск нарушения отношений с другими людьми (ОШ=0,2; ДИ 95%: 0,07-0,85; p=0,03) и работоспособности в профессиональной деятельности (ОШ=0,20; ДИ 95%: 0,07-0,55; p=0,002). Жительницы города достоверно чаще обращались за медицинской помощью из-за боли в спине: горожанки в 58,3% случаев, жительницы села – в 36,4% ($\chi^2=3,95$, p=0,04).

По результатам рангового корреляционного анализа установлено достоверные связи (p < 0,05) между местом жительства и частотой нарушения состояния здоровья, связанного с болью в спине, психологического состояния и настроения, общей активности, отношений с другими людьми, ежедневной нетрудоспособности в профессиональной деятельности, способности передвигаться и частотой обращения за медицинской помощью по поводу боли в спине.

Ключевые слова: боль в спине, женщины, постменопаузальный период, место жительства, социальные детерминанты, риск, частота.

PLACE RESIDENCE HOW SOCIAL DETERMINANTS SLASH DEVELOPMENT VERTEBRAL PAIN SYNDROME IN WOMEN IN THE POSTMENOPAUSAL PERIOD

Povoroznyuk V.V., Orlyk T.V., Grygorieva N.V.,
Myasnikov V.P., Melnik V.M.

*GU «Institute Gerontology after D.F. Chebotarev
NAMS of Ukraine»,
Ukrainian scientific Medical Center of
osteoporosis, Kyiv*

Summary. In order to study the role of place of residence (town, village), as a social determinant of the risk of back pain and a violation of life associated with it, analyzed the results of a survey of 148 postmenopausal women aged 50-69 years.

According to the results of studying the frequency and severity of back pain at the time of the survey, as well as periodic pain in the last 6 months and episodes of pain lasting more than two weeks, it was found that these indicators in women 50-69 years depending on the place of residence was not significantly different, and town/ village did not significantly alter the risk of pain. However, residents of the village compared to townswoman significantly lower risk of breach of relations with other people (OR=0.2; 95% CI: 0.07-0.85; p=0.03) and performance in professional activities (OR=0,20; 95% CI: 0.07-0.55; p=0.002). Townswoman of significantly more likely to seek medical help because of back pain: townswoman in 58.3% of cases, a peasant - in 36.4% ($\chi^2=3.95$, p=0.04).

According to the results of rank correlation analysis revealed significant connection (p<0.05) between the residence and the frequency of violations of health conditions associated with back pain, disorders of psychological state and mood, general activity, relationships with others, daily disability in professional activities, impaired ability to move and frequency of seeking medical help for back pain.

Key words: back pain, women, postmenopausal women, place of residence, social determinants, relative risk.