

Глава 1

Эпидемиология и факторы риска боли в спине

1-1. ЭПИДЕМИОЛОГИЯ БОЛИ В СПИНЕ

По результатам изучения эпидемиологии болевых синдромов у взрослого населения России распространенность хронической боли в спине и шее составляет 42,4–56,7% [И.Р. Шмидт, 1992; Д.С. Киселев и др., 2002; С.С. Павленко и др., 2002]. Примерно у 18% пациентов встречается сочетание хронической боли в спине, грудной клетке и головной боли. Головные боли, боли в шее и спине чаще выявляют у лиц с начальным и средним образованием. Все виды хронических болей чаще отмечаются у лиц с низкой самооценкой, овдовевших и разведенных, а также при низкой удовлетворенности жилищными условиями.

По данным недавно проведенного в Германии многоцентрового эпидемиологического исследования, распространенность боли в спине составляет 37,1%, заболеваемость в течение года — 76%. Примерно 7% населения в период исследования испытывали выраженную боль в спине, и 9% были инвалидизированы из-за нее. При этом боль в спине хотя бы раз на протяжении жизни отмечали 85,5% опрошенных [С. Schmidt и др., 2007].

Боль в спине — ведущее состояние в структуре обращаемости за медицинской помощью. По данным эпидемиологического исследования, проведенного в городских поликлиниках Москвы, из 1300 пациентов, первично обратившихся за амбулаторной медицинской помощью, у 24,9% основной причиной обращения была боль в пояснично-крестцовой области. Среди больных, обратившихся по другой причине, боль в спине отмечалась у 3,9%. На протяжении последнего года боль в поясничной области беспокоила 52,9% опрошенных пациентов, а последнего месяца — 38,5% [Ш.Ф. Эрдес и др., 2006]. Среди обратившихся за медицинской помощью в поликлиники г. Саратова (420 411 человек) хроническую боль в поясничной области отмечали 65,1%, в шейной области — 14,4% и грудном отделе — 10,4% случаев [Л.Я. Лившиц и др., 1997]. Другие исследования, проведенные в Саратове, свидетельствуют о том, что боль в спине в структуре болевых синдромов составляет 34% [Ю.А. Лабзин, 1989]. По данным исследования, проведенного в Нижнем Новгороде, боль в пояснично-крестцовой области отмечалась у 23,7% обратившихся за амбулаторной помощью, а в шее и грудном отделе — у 40,1% [М.С. Голод и др., 1997].

Эпидемиология боли в пояснично-крестцовой области изучена значительно лучше, чем боли в шейном или грудном отделах позвоночника. Из всех пациентов, предъявляющих жалобы на боль в спине, боль в верхней части спины изолированно отмечали лишь 15% [R. Deyo, Y. Tsui-Wu, 1987]. Результаты эпидемиологического исследования, включавшего опрос более чем 46 тыс. жителей Европы, свидетельствуют о том, что хронической болью в спине (без уточнения локализации) страдают 24%, болью в поясничной области — 18%, а болью в шее — 8% населения. При этом в качестве причины имеющегося хронического болевого синдрома на «повреждение межпозвоночных дисков» указали 15% опрошенных [H. Breivik и др., 2006]. По данным американских исследователей, «среднестатистический пациент», страдающий хронической болью в течение семи лет, переносит три оперативных вмешательства, и ежегодная стоимость его лечения составляет от 50 до 100 тыс. долларов США. При этом экономические потери, связанные со снижением работоспособности только из-за хронической боли в спине, составляют 1230 и 773 доллара США в год на каждого пациента, мужчины и женщины соответственно [J. Shim, P. Stang, 2004]. По данным Я.Ю. Попелянского (1989), трудовые потери в России, связанные с болью в поясничном

отделе позвоночника, составляют до 161 дня на 100 работающих, а заболеваемость с временной нетрудоспособностью — до 23 случаев на 100 работающих в год.

Данные обращаемости к врачам общей практики свидетельствуют о том, что за 2 нед примерно 90% пациентов с острой болью в пояснично-крестцовой области выздоравливают. [J. Coste и др., 1994]. В целом эти сведения справедливы, но они недостаточно подкреплены последующими длительными наблюдениями за больными. В упомянутое исследование были включены пациенты с болью в спине, продолжающейся до двух недель, а наблюдение продолжалось не больше месяца [N. Bogduk, B. McGuirk, 2002]. Результаты других исследований указывают на меньшую частоту выздоровления в указанный срок — от 28 до 62% [J.V. Dillane. и др., 1966; A. Chavannes и др., 1986]. В противовес мнению о хорошем прогнозе боли в спине M. Van Korff и др. (1993), основываясь на данных предыдущих исследований, указывают на менее благоприятный прогноз: до 40% пациентов после острого эпизода продолжают испытывать боль в поясничной области 6 мес, а 62% пациентов отмечают повторные обострения в течение ближайшего года. В исследовании, проведенном в Дании, среднее время выздоровления составило 7 нед, при этом до 70% пациентов продолжали испытывать боль в первый месяц наблюдения, 48% — до 8 нед и 35% — после 12 нед наблюдения. У 76% пациентов были отмечены повторные обострения (в среднем два) через 5–12 нед, средней длительностью 3 нед при первом обострении и 2 нед при втором и третьем [H. Van den Hoogen и др., 1998]. Таким образом, прогноз у пациентов с болью в спине может быть оптимистичным в отношении доброкачественного течения и завершения выздоровлением текущего эпизода, однако следует проявлять определенную осторожность относительно прогноза данного состояния в плане возможности его рецидивирования. Можно и нужно объяснять пациенту, что вероятность его выздоровления при первом эпизоде боли в спине высока. При этом врач должен планировать тактику своих действий при возможном повторном развитии такой боли.

1-2. ФАКТОРЫ РИСКА ВОЗНИКНОВЕНИЯ БОЛИ В СПИНЕ

К демографическим факторам риска развития боли в спине относят возраст, пол, социально-экономический статус и уровень обра-

зования. Первый эпизод боли в спине наиболее часто возникает на третьем десятилетии жизни [J. Корес и др., 2004]. Высокая заболеваемость отмечается в возрасте от 30 до 60 лет. Повышенная физическая активность лиц молодого возраста, возможно, обуславливает возникновение эпизодов боли в спине. С другой стороны, большая обращаемость за медицинской помощью лиц трудоспособного возраста может быть связана с большим влиянием боли в спине на их повседневную активность по сравнению с людьми старших возрастных групп. С увеличением возраста позвоночник более подвержен повреждениям, даже в отсутствие большой нагрузки, из-за нарастания в нем дегенеративных изменений, что ведет к возникновению хронической боли в спине у пожилых людей.

Среди пожилых боль в спине наиболее часто отмечается у женщин, что, возможно, связано с большей распространенностью среди них остеопороза позвоночника. Важно и то, что женщины чаще мужчин обращаются за медицинской помощью и прекращают работу, в том числе по поводу боли в спине [B. Smith и др., 2004; S. Linton и др., 1998; D. Rubin, 2007]. Острая боль в шейном отделе позвоночника чаще отмечается у женщин, а распространенность хронической боли (длительностью более года) не имеет половых различий [A. Leclerc и др., 1999; J. Hill и др., 2004].

Более низкий социальный статус и уровень образования статистически связаны с более высокой инвалидизацией при боли в спине [K. Hagen и др., 2000; C.E. Dionne и др., 2001; L. Goubert и др., 2004]. Социальный статус и уровень образования тесно связаны между собой, а также с другими факторами — курением, ожирением, хроническим стрессом, характером питания, уровнем физической активности, оказывающими влияние на заболеваемость.

Ожирение (индекс массы тела >30) — независимый фактор риска боли в спине [G. Andersson, 1998]. Она чаще отмечается у курильщиков, но неизвестно, что повышает частоту эпизодов боли в спине в этих случаях — непосредственно курение или связанные с ним состояния (например, частый кашель) [D. Rubin, 2007].

Боль в спине чаще встречается при низкой самооценке состояния здоровья и при наличии ряда заболеваний: сердца, костей, суставов и желудочно-кишечного тракта (ЖКТ), а также мигрени [J. Hartvigsen и др., 2003].

В развитии боли в спине и шее имеет значение повторяющаяся однообразная физическая активность, связанная с работой