

УДК 159.937.2

ВЛИЯНИЕ ИНТЕНСИВНОСТИ БОЛЕВОГО ВОСПРИЯТИЯ НА СОЦИАЛЬНУЮ И ТРУДОВУЮ АДАПТАЦИЮ

Алешкина М.В., Рытова А.Ю.

В современном обществе боль в пояснице является одной из наиболее частых причин обращения к врачам первичного звена медико-санитарной помощи и является ведущей по заболеваемости с временной утратой трудоспособности. В данной статье представлены результаты исследования группы пациентов хронической болью в спине. Анализ результатов исследования показал, что у пациентов с болями в спине в течение жизни и на момент обследования возникали проблемы, связанные со снижением трудовой и социальной адаптации, возникновением длительной нетрудоспособности, инвалидностью и потерей работы. По результатам исследования делается вывод, что возраст, пол, профессия, продолжительность рабочего времени, травмы, образ жизни, перенесенные стрессы играют определенную роль в ее формировании. Полученные данные позволяют сделать вывод о необходимости включения в индивидуальную программу медицинской реабилитации методов, направленных на улучшение социальной и трудовой адаптации пациентов с болевыми синдромами пояснично-крестцовой локализации, что повысит эффективность терапии, уменьшит сроки нетрудоспособности и частоту инвалидизации.

Ключевые слова: хроническая боль в пояснице, социальная дезадаптация, трудовая дезадаптация, инвалидность

INFLUENCE OF INTENSITY OF PAIN PERCEPTION ON SOCIAL AND LABOR ADAPTATION

Aleshkina M.V., Rytova A.Yu.

In modern society, low back pain is one of the most frequent causes of access to primary care physicians for health care and is leading in terms of incidence with temporary disability. This article presents the results of a study of a group of patients with chronic low back pain. Analysis of the research results showed that patients with back pain during life and at the time of the survey had problems associated with a decrease in labor and social adaptation, the occurrence of long-term disability, disability and loss of work. According to the results of the study, it is concluded that age, sex, profession, working hours, injuries, lifestyle, and transferred stress play a certain role in its formation. The data obtained allow to conclude that it is necessary to include in the individual program of medical rehabilitation methods aimed at improving the social and labor adaptation of patients with pain syndromes of the lumbosacral localization, which will increase the effectiveness of therapy, reduce the duration of disability and the frequency of disability.

Keywords: chronic low back pain, social disadaptation, employee disability

Введение

Боль в пояснице поражает 80% населения и является одной из наиболее частых причин обращения за консультацией к врачам первичного звена медико-санитарной помощи. Эта патология является ведущей по заболеваемости с временной утратой трудоспособности. Чаще всего боли в пояснице начинаются в возрасте от 20 до 40 лет. При этом нет гендерных различий – мужчины и женщины страдают от боли в спине с одинаковой частотой. Хроническая боль в пояснично-крестцовом отделе чаще встречается среди людей в возрасте от 40 до 80 лет, при этом ожидается общее количество людей, страдающих этой патологией, будет увеличиваться пропорционально увеличению среднего возраста жизни населения. Длительно существующие боли в спине также оказывает глубокое неблагоприятное психосоциальное и физическое воздействие на качество жизни пациентов [4]. В настоящее

время доказанным фактором риска совершения самоубийства, является хронический болевой синдром любой этиологии [3]. Установлено, что снижение качества жизни больных с хроническими болевыми синдромами обусловлено в основном неудовлетворенностью, связанной с ограничениями в повседневной жизни и физической активности [2]. Между тем, своевременное выявление и адекватная коррекция сопутствующих нарушений жизнедеятельности могут способствовать повышению эффективности медицинской реабилитации вертеброневрологических больных.

В настоящее время широко признано, что нарушения при хронических болях в поясничной области имеют многофакторный характер. Однако наличие и преобладание патологоанатомических, физических, нейрофизиологических, психологических и социальных факторов, которые могут влиять на расстройство, различны для каждого человека. Существует классификация болевых расстройств по подгруппам, основанная на механизме, лежащем в основе расстройства, что считается критически важным для обеспечения надлежащего лечения. Предполагается, что существуют три широкие подгруппы нарушений. Первая группа расстройств присутствует там, где лежащие в основе патологические процессы управляют болью, а моторные реакции пациентов при расстройстве являются адаптивными. Вторая группа расстройств присутствует там, где психологические и / или социальные факторы представляют собой основной механизм, лежащий в основе расстройства, которое централизованно влияет на боль, и где стратегии приспособления и моторного контроля пациента являются малоадаптивными по своей природе. Наконец, предполагается, что существует большая группа нарушений, у которых пациенты имеют либо двигательные нарушения (характеризующиеся поведением избегания боли), либо контрольные нарушения (характеризующиеся поведением, вызывающим боль). Эти болевые расстройства в основном вызваны механическим воздействием, и пациенты, как правило, имеют неадаптивные первичные физические и вторичные психологические расстройства, которые становятся механизмом продолжающейся боли.

Боль в пояснице может варьироваться от тупой постоянной боли до внезапного острого ощущения. Боль в пояснице может быть классифицирована по продолжительности как острая (боль длится менее 6 недель), субхроническая (от 6 до 12 недель) или хроническая (более 12 недель). Боль, как правило, является неприятным ощущением в ответ на повреждение тканей организма. Есть четыре основных этапа в процессе ощущения боли: трансдукция, передача, восприятие и модуляция. Нервные клетки, которые обнаруживают боль, имеют клеточные тела, расположенные в ганглиях дорзального корешка, и волокна, которые передают эти сигналы в спинной мозг. Процесс болевого ощущения начинается, когда вызывающее боль событие запускает окончания соответствующих сенсорных нервных

клеток. Этот тип клеток преобразует событие в электрический сигнал. Несколько различных типов нервных волокон осуществляют передачу электрического сигнала от трансдуцирующей клетки к заднему рогу спинного мозга, оттуда к стволу головного мозга, а затем от ствола головного мозга к различным частям мозга, таким как таламус и лимбическая система. В мозге сигналы боли обрабатываются и запускается процесс восприятия боли. Посредством модуляции мозг может модифицировать передачу дальнейших нервных импульсов, уменьшая или увеличивая высвобождение нейротрансмиттеров. Части системы ощущения и обработки боли могут не функционировать должным образом. Например, создание чувства боли, когда не существует никакой внешней причины, сигнализация слишком сильной боли от конкретной причины или сигнализация боли от обычно безболезненного события. Кроме того, механизмы модуляции боли могут не функционировать должным образом. Эти явления связаны с хронической болью.

Появились исследования, изучающие качество жизни, а также другие проблемы связанных со здоровьем пациентов, страдающих от хронической боли в пояснице [7]. Изучается способность больных осуществлять повседневную активность, их эмоциональное и психическое благополучие, социальное функционирование, восприятие состояния здоровья и боли [1]. Этот подход может быть полезен для понимания естественной истории хронической боли в пояснице, а измерения могут помочь улучшить процесс лечения и реабилитации, расширив процесс оценки за пределы традиционных и явно недостаточных, клинических и функциональных переменных инвалидности.

Мы провели анализ подгруппы пациентов хронической болью в спине (длительность болевого синдрома более 12 недель) **с целью** определить вклад биологических и нескольких психосоциальных факторов, на субъективное восприятие болевого синдрома во время обострения хронической боли в пояснице.

Материалы и методы

Было обследовано 30 пациентов с люмбоишалгией и длительностью болевого синдрома свыше 12 недель. Обследовано было 18 женщин и 12 мужчин в среднем возрасте $40,4 \pm 8,1$ лет, проходивших стационарное лечение в неврологическом отделении Нижегородской областной клинической больницы им. Н.А.Семашко. Полученные данные сравнивались с данными, полученными Святогор М.В. в исследовании пациентов с болевыми синдромами пояснично-крестцовой локализации [6]. Сбор медицинских данных включал клинический неврологический осмотр и опрос пациентов с помощью анкеты. Изучались социо-демографические данные, в том числе профессиональный анамнез, степень нарушения трудовой и социальной адаптации, оценка интенсивности боли проводилась на

100-миллиметровой визуальной аналоговой шкале (ВАШ) [5]. Математическая обработка данных осуществлялась с применением пакета статистического анализа данных PSPP.

Результаты и обсуждение

Группу пациентов с хроническим болевым синдромом пояснично-крестцовой локализации составляли лица трудоспособного возраста. Болезнь начиналась в 28-35 лет. Первое появление болей в спине чаще всего было связано с физическими перегрузками и переохлаждением. У половины работающих лиц сфера профессиональной деятельности была связана с тяжелым физическим трудом. 5 человек имели инвалидность второй и третьей групп по вертеброгенной патологии. Они утратили трудоспособность, в связи со стойкими, хроническими болевыми синдромами пояснично-крестцовой локализации.

Особенностью обследованных нами больных являлось преобладание лиц, состоящих в браке (80,0%) и сравнительно низкий процент холостых и разведенных пациентов (7,7% и 13,3% соответственно). Разведенные пациенты значительно чаще описывают свою боль как сильнейшую по сравнению с лицами, состоящими в браке (44,4 и 3,8% соответственно, $p < 0,01$). Установлено, что утрата семьи и отсутствие работы (инвалидность), способствовали увеличению субъективного восприятия интенсивности болевого синдрома и степени выраженности трудовой и социальной дезадаптации.

Пациенты, страдающие хронической болью, жалуются на нарушения в повседневной жизни, начиная от рабочих обязанностей и семейных обязанностей до социальных занятий и досуга. Следовательно, необходимо оценивать не только интенсивность болевого симптома исключительно, следует также оценить инвалидность пациента и ухудшение качества жизни, связанные с болезненным состоянием. Всемирная организация здравоохранения открыла международную классификацию функционирования, инвалидности и здоровья (МКФ) в качестве дополнительной системы классификации к международной классификации болезней (МКБ-10). МКФ используется для классификации индивидуальных и связанных с состоянием здоровья людей функций и нарушений, а также общего состояния здоровья в повседневной жизни. МКФ придерживается биопсихосоциального и ресурсно-ориентированного подхода и используется во всем мире различными специалистами здравоохранения. Основные наборы МКФ обеспечивают минимальные стандарты для классификации конкретных состояний здоровья по пяти основным областям: функции тела, структуры тела, деятельность и участие, факторы окружающей среды и факторы личности. Классификация функций имеет важное значение для всех компонентов здоровья и повышает способность медицинских работников создавать более широкую и содержательную картину состояния здоровья пациента и улучшать многопрофильное сотрудничество, оптимизирующее результаты лечения. В последние годы важность биопсихосоциального и

межпрофессионального подхода МКФ получила широкое признание. Всемирная организация здравоохранения признала актуальность личных факторов, влияющих на функцию, инвалидность и здоровье. Личностные факторы включают в себя особенности человека, которые не являются частью состояния здоровья. Эти факторы могут включать пол, расу, возраст, физическую форму, образ жизни и другие характеристики, которые могут играть роль в инвалидизации пациента. Личностные факторы связаны с функционированием, инвалидностью, здоровьем, окружающей средой и контекстуальными факторами. Примеры этих личностных факторов в дополнение к упомянутым выше включают депрессию, тревогу, катастрофические последствия, интенсивность боли, совладание с ситуацией и самоэффективность. Также было установлено, что личные факторы важны в клинической практике, и утверждается, что они могут иметь отношение к способности пациентов возвращаться на работу.

При появлении болевого синдрома у пациентов с дорсалгиями происходило резкое ограничение объема движений в пояснице, что значительно нарушало их повседневное функционирование. Во время исследования у 100% пациентов с болью в пояснице была в той или иной степени нарушена трудовая и/или социальная адаптация. Умеренное снижение трудовой адаптации выявлено 36,7% больных, о резкая дезадаптация – 63,3% пациентов. Пациенты со сниженной трудовой адаптацией в первую очередь жаловались на неспособности выдерживать прежний темп и ритм работы, что снижало продуктивность их труда (70,0% опрошенных). Затем шли жалобы на неспособность работать в разные смены и нарушение трудовой дисциплины в связи с болевым синдромом (например, не выход на работу).

Понятие социальной дисфункции (дезадаптации) включает клинически значимые нарушения социального и профессионального функционирования связанные с заболеванием. Социальная дезадаптация была умеренно снижена в 40,0% случаев, резкое нарушение отмечали – 60,0% больных. В период обострения 56,7% пациентов говорили, что утратили прежние интересы, стали безучастны, безынициативны. Остальные 43,3% сообщили, что при появлении боли в спине становятся раздражительными, агрессивными и чаще вступают в конфликты, чем в состоянии ремиссии. Как показал анализ, проведенный М.В. Святогор (2007) у пациентов со сниженной трудовой и социальной адаптацией в большинстве случаев (53,5%) диагностировались различные варианты психопатологических расстройств. При этом среди социально дезадаптированных пациентов психопатологические расстройства наблюдались статистически значимо чаще (67,1%), чем у лиц с ненарушенной социальной адаптацией (39,4%, $p < 0,001$).

Еще одним важным критерием социальной адаптации для пациентов с болями в спине является ограничение мобильности. Функциональные нарушения у пациентов старшего возраста чаще касаются «ухода за собой и мобильности» по сравнению с пациентами младшего или среднего возраста, которых мы наблюдали в нашем исследовании, что соответствует результатам предыдущих исследований, сравнивающих пациентов с болью в пояснице разных возрастов, которые показали, что пожилые пациенты чаще становились инвалидами по сравнению с более молодыми пациентами. Обследованные нами пациенты были среднего возраста ($40,4 \pm 8,1$ лет), и они сообщали значимых нарушениях мобильности в рамках использования общественного транспорта и вождения. Различия между пожилыми и более молодыми пациентами с болью в пояснице могут быть связаны с более низкой активностью и снижением участия пожилых пациентов в обществе в целом. Следовательно, ограничения в категориях, связанных с мобильностью, могут восприниматься как более ограничительные и стрессовые у молодых пациентов.

Выводы

Обобщая полученные данные, мы пришли к выводу, что у пациентов с болями в спине в течение жизни и на момент обследования возникали проблемы, связанные со снижением трудовой и социальной адаптации, возникновением длительной нетрудоспособности, инвалидностью и потерей работы. По результатам исследования делается вывод, что боль в пояснице является многофакторным явлением. Возраст, пол, профессия, рабочее время, возможная травматизация, особенности образа жизни, присутствие острых или хронических стрессовых ситуаций играют определенную роль в формировании хронической боли в спине. При этом необходимо включение в индивидуальную программу медицинской реабилитации методов, направленных на улучшение социальной и трудовой адаптации пациентов с болевыми синдромами пояснично-крестцовой локализации, что будет способствовать не только повышению эффективности терапии основного заболевания, но и уменьшит сроки нетрудоспособности и частоту инвалидизации пациентов.

Литература

1. Касимова Л.Н., Густов А.В., Святогор М.В. Аффективные расстройства у больных с хронической дорсалгией // Нижегородский медицинский журнал. – 2006. – №6. – С.189-191.
2. Касимова Л.Н., Жилиева Т.В. Психопатологическая и социально-психологическая характеристика больных со злокачественными новообразованиями // Психические расстройства в общей медицине. – 2009. – № 1. – С. 16-19.

3. Касимова Л.Н., Втюрина М.В., Святогор М.В. Показатели попыток самоотравлений по данным токсикологического центра Нижнего Новгорода за период с 2006 по 2010 годы // Медицинский альманах. – 2013. – № 1 (25). – С. 176-179.

4. Касимова Л.Н., Смиренский Е.А., Святогор М.В., Втюрина М.В. Психическое здоровье и качество жизни медицинского персонала на примере группы врачей г. Нижнего Новгорода // Медицинский альманах. – 2014. – № 3 (33) – С. 112-116.

5. Олизарович М.В., Латышева В.Я. Применение шкал и опросников для оценки боли при поясничной радикулопатии // Проблемы здоровья и экологии. – 2013. – №3 (37). – С. 43-47.

6. Святогор М.В. Нервно-психические расстройства у больных с болевыми синдромами пояснично-крестцовой локализации их динамика при восстановительной терапии : дис.... канд. мед. наук. – Иваново. 2007. – 194 с.

7. Zafar F., Qasim Y.F., Farooq M.U. The Frequency of Different Risk Factors for Lower Back Pain in a Tertiary Care Hospital // Cureus. – 2018. – Vol.10, № 8. – P. 3183-3189.

Алешкина Мария Владимировна, ординатор 1 года кафедры психиатрии и медицинской психологии ФГБОУ ВО «Приволжский исследовательский медицинский университет», email: masha29041994@gmail.com

Рытова Анна Юрьевна, студентка 6 курса педиатрического факультета ФГБОУ ВО «Приволжский исследовательский медицинский университет», кафедра психиатрии и медицинской психологии, e-mail: Moony.Mo8@yandex.ru