

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ДОРСАЛГИЙ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СОЦИАЛЬНОГО СТАТУСА ПАЦИЕНТОВ

Е. И. Хамцова, А. А. Ивашкина, М. В. Азаренко

Смоленская государственная медицинская академия

В работе приводятся результаты анализа историй болезни пациентов с дорсалгией. Ключевые слова: дорсалгия, болевой синдром.

FEATURES OF CURRENT DORSALGIA DEPENDING ON THE SOCIAL STATUS OF PATIENTS

E. I. Khamtsova, F. F. Ivashkina A.A., Azarenko M.V.

Smolensk State Medical Academy

The paper gives the results of the analyzed case histories of patients with dorsalgia. Key words: dorsalgia, pain syndrome.

Боли в области спины (дорсалгии) занимают второе место по частоте обращений к врачам (после острых респираторных заболеваний) и третье место по частоте как причина госпитализации в возрасте до 45 лет. Эпидемиологические данные свидетельствуют о том, что 28,4 % населения развитых стран в возрасте от 20 до 69 лет страдают периодическими болями в спине; 84 % - переживают относительно длительный эпизод боли в спине хотя бы раз в течение жизни; от 7,6% до 45% - страдают хроническими болями в спине. Известно, что пик заболеваемости приходится на трудоспособный возраст. Длительно существующая боль ограничивает возможности больного, снижает его профессиональные способности, заставляя отказываться его от привычных стереотипов поведения [1, 3].

Факторами риска возникновения болевого синдрома могут быть наследственность; производственные статодинамические перегрузки, особенно в неудобных позах, с воздействием вибрации и неблагоприятных метеорологических факторов; неадекватные физические нагрузки в быту; отсутствие регулярных занятий физкультурой; резкие изменения физической нагрузки; эпизодические значительные физические нагрузки у лиц, ведущих малоподвижный образ жизни; нарушение осанки; ожирение [3].

Цель данного исследования – определить зависимость возникновения болевого синдрома от социального статуса пациентов в разных возрастных категориях.

Материалы и методы

Нами было проанализировано 200 историй болезни пациентов с выраженным болевым синдромом шейной, грудной и поясничной локализации за 2006 год неврологического отделения СОКБ. Среди них было 93 мужчины и 107 женщин. Возраст пациентов колебался от 15 до 78 лет. Пациенты были разделены на 3 группы. В первую группу вошли 42 человека, из них 21 мужчина и 21 женщина в возрасте от 15 до 39 лет. Во вторую группу – 123 человека, из них 62 мужчины и 61 женщина в возрасте от 40 до 59 лет. В третью группу – 35 человек, из них 9 мужчин и 26 женщин в возрасте от 60 до 78 лет. В исследование не включали пациентов с клинически значимыми заболеваниями внутренних органов и ЦНС.

Всем пациентам проводилась стандартная схема лечения (НПВС, миорелаксанты, антидепрессанты, физиотерапевтические методики, массаж, рефлексотерапия, мануальная терапия). При рентгенологическом исследовании практически у всех пациентов выявлялся остеохондроз, реже – уплощение лордоза; выявлялись спондилёз, спондилоартроз, протрузии, spina bifida. Из дополнительных методов исследования применялись МРТ, КТ, ЭНМГ и миелография.

Результаты исследования и их обсуждение

В исследуемых нами группах преобладали пациенты трудоспособного возраста от 40 до 59 лет. В первой и второй группах мужчин и женщин было примерно одинаковое количество, а в третьей группе значительно преобладали женщины над мужчинами. Это может быть связано со средней продолжительностью жизни. Для женщин она составляет около 72 лет, а для мужчин около 59 лет.

Во всех группах значительно преобладали пациенты, находящиеся в браке, что может быть связано с формированием у них типичного болевого поведения - способ, которым больные сообщают близким и окружающим о наличии у них боли. Подобное поведение включает в себя вербальные реакции (стоны, вздохи, жалобы) и невербальные реакции (grimаса, фиксированная анталгическая поза, самостоятельное ограничение физической нагрузки, прикосновение к больному участку тела). Болевое поведение во многом зависит от реакции окружающих людей: чем больше поддержки и внимания пациент получает от окружающих, тем чаще он использует его в своих целях, что в последующем приводит к закреплению и усилению боли. Кроме того, самостоятельное ограничение физической активности, вынужденная поза и др. сами по себе отдалают процесс выздоровления и надолго ограничивают нормальное существование. Огромное влияние на характер поведения оказывают такие факторы, как собственное отношение к болезни и стремление к исцелению [1, 2, 3].

Все профессии были разделены нами на две категории: 1 категория – работа, связанная с физическими нагрузками (грузчики, каменщики, уборщики, дворники и т.п.). 2 категория – работа, связанная с эмоциональным и статическим напряжением (директора, начальники, бухгалтеры, учителя, библиотекари, мед. сестры и т.п.). Третью категорию составляли безработные и пенсионеры. Анализ профессиональных факторов показал, что большему риску возникновения болей в спине подвержены люди, связанные с эмоциональным и статическим напряжением.

Из поступивших в стационар пациентов 54% составляли сельские жители. Здесь хотелось бы отметить, что в первой группе сельских жителей было в 3 раза больше, в 3 группе – в 2 раза больше, а во второй группе разница между сельскими и городскими жителями составляла 1%. Это, возможно, связано с тем, что сельские жители испытывают большую физическую нагрузку.

Проанализировав окончательный клинический диагноз, было выявлено следующее: в первой группе рефлекторные синдромы преобладали над радикулопатиями в 2,3 раза, во второй группе – в 1,1 раза, в третьей группе в 1,7 раз. Хотелось бы отметить, что радикулопатии составили 39,5 % от всех дорсопатий. Учитывая то, что в общей популяции радикулопатии составляют около 2%, возможно это связано с гипердиагностикой. Причина вызвавшая боль у 40 % пациентов не была указана. Среди указанных причин первое место во всех группах занимало физическое напряжение. В первой группе такая причина, как травма встречалась в 12 раз реже, во второй группе – в 11 раз реже, а в третьей – в 3,5 раза реже. Такие причины, как переохлаждение и неловкое движение встречались в единичных случаях и только в первой и второй группах.

Проанализировав количество дней, проведенных в стационаре в первой группе, мы увидели, что преобладающее большинство пациентов находилось в стационаре от 3 до 10 дней, во второй и третьей группах преобладали пациенты, находившиеся в стационаре от 11 до 15 дней. Нами была выявлена зависимость между некоторыми профессиями и количеством дней проведенных в стационаре: начальники и директора второй группы в среднем находились в стационаре около 12 дней; ведущие специалисты и главные бухгалтеры первой группы – около 18 дней, второй группы – около 20 дней; мастера-технологи первой группы – около 10 дней; заведующие второй группы – около 19 дней; пенсионеры и безработные второй группы – около 14 дней, третьей группы – около 19 дней.

В каждой группе мы видим преобладание пациентов с улучшением состояния (85%), причем в первой группе они преобладали над пациентами, состояние которых после выписки не изменилось, в 3,7 раза, во второй группе – в 10 раз и в третьей группе – в 2,9 раз. Ухудшилось состояние лишь у 1 % пациентов из второй группы.

Таким образом, исходя из проанализированных нами историй болезни, можно сделать следующие *выводы*: из всех пациентов, находившихся на лечении в неврологическом отделении СОКБ в 2006 году, большинство было женщин и преобладали сельские жители, возраст большинства пациентов составлял от 40 до 59 лет, преобладали профессии, связанные с эмоциональным и статическим напряжением, длительность пребывания в стационаре увеличивается при увеличении стажа работы, определенной профессии, с возрастом.

Литература

1. Вейн А.М. и др. Болевые синдромы в неврологической практике. - М.: МЕДпресс, 1999. - 372с.
2. Моисейкин И.А., Гойденко В.С., Александров В.И. Гендерные особенности болевых синдромов при дорсопатии // Журн. неврол. и психиатр. им. С.С. Корсакова.– 2010; 110: 4–6.
3. Яхно Н.Н., Штульман Д.Р. Болезни нервной системы. Руководство для врачей. - Т.2. - 2-е изд., перераб. и доп. - М.: Медицина, 2001. - 480с.