

Боль в нижней части спины и коморбидная патология у женщин

А. А. Попов, Н. В. Изможерова

ГОУ ВПО Уральская государственная медицинская академия Росздрава, г. Екатеринбург

Резюме

Боль в нижней части спины (БНС) является одной из основных причин временной нетрудоспособности работающего населения.

Цель. Оценить значимость БНС у женщин как маркера риска артериальной гипертензии (АГ), ишемической болезни сердца (ИБС), хронической сердечной недостаточности (ХСН), сосудистых катастроф, нарушений углеводного обмена, остеоартроза (ОА), остеопороза (ОП), заболеваний органов пищеварения, а также депрессивных и тревожных расстройств.

Материал и методы. В одномоментное исследование включены 1194 жен. в возрасте от 28 до 64 лет (медиана 51 год, 25% – 95%: 48 – 55 лет), обратившихся на амбулаторный приём. Диагностику изучаемых заболеваний проводили согласно национальным рекомендациям последних пересмотров. Рассчитывали отношения шансов (ОШ) и 95% доверительные интервалы (ДИ).

Результаты. БНС выявлена в 671 случае, 523 жен. болей в спине не имели. Группы не различались по возрасту и менопаузальному статусу. Пациентки с БНС имели большую среднюю массу тела, окружность талии и бедер, тяжесть климактерического синдрома. В группе с БНС были выше вероятность АГ (ОШ 1, 40; ДИ 1, 10 – 1, 79), ИБС (ОШ 2, 03; ДИ 1, 37 – 3, 03), ХСН (ОШ 1, 74; ДИ 1, 35 – 2, 25), ОА (ОШ 2, 43; ДИ 1, 91 – 3, 09), холецистита (ОШ 1, 87; ДИ 1, 46 – 2, 39), депрессивных (ОШ 1, 83; ДИ 1, 42 – 2, 36) и тревожных (ОШ 1, 69; ДИ 1, 33 – 2, 14) расстройств. Не выявлено ассоциации БНС с ОП и остеопенией.

Заключение. БНС у женщин является маркером повышенного риска социально значимых заболеваний. Пациентки, обращающиеся к врачу по поводу БНС, нуждаются в своевременном выявлении и лечении коморбидной патологии.

Ключевые слова: боль в нижней части спины, женщины, коморбидность

Боль в нижней части спины (БНС) является одной из самых частых причин обращения к врачу лиц трудоспособного возраста [4, 8, 18, 19]. Протекая в подавляющем большинстве случаев достаточно благоприятно, БНС в то же время может быть проявлением целого ряда опасных заболеваний, вызывающих преждевременную гибель пациентов [8, 18, 21].

Целью настоящей работы явилась оценка ассоциации БНС у женщин с наиболее социально значимыми заболеваниями – артериальной гипертензией (АГ), ишемической болезнью сердца (ИБС), хронической сердечной недостаточностью (ХСН), сосудистыми катастрофами, нарушениями углеводного обмена, остеоартрозом (ОА), остеопорозом (ОП), заболеваниями органов пищеварения, а также депрессивными и тревожными расстройствами.

Материал и методы

В одномоментное исследование включены 1194 жен. в возрасте от 28 до 64 лет (медиана 51 год, 25% – 95%: 48 – 55 лет), обратившихся на специализированный приём по поводу проблем менопаузы.

Обследование включало осмотр терапевтом и гинекологом, измерение артериального давления (АД), регистрацию электрокардиограммы, массы тела, роста, окружности талии (ОТ), расчёт индекса массы тела (ИМТ). При унифицированном сборе анамнеза регистрировали перенесённые инфаркты миокарда (ИМ), нарушения мозгового кровообращения (НМК), данные репродуктивного анамнеза (табл. 1).

БНС диагностировали при наличии острой или хронической боли, оцененной более 30 мм по 100 мм визуальной аналоговой шкале (ВАШ) на участке спины от рёберной дуги до ягодичной складки на момент обращения или имевшей место в течение одного месяца непосредственно перед обращением к врачу [18]. Тяжесть нейро-вегетативных, обменно-эндокринных и психоэмоциональных проявлений климактерического синдрома (КС) оценивали с помощью модифицированного менопаузального

Таблица 1
**ВЕРОЯТНОСТЬ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ
 ЗАБОЛЕВАНИЙ И ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНЫХ
 РАССТРОЙСТВ (МЕДИАНА, 25-Й И 75-Й
 ПРОЦЕНТИЛИ)**

Показатель, п	Боль в спине		ОШ; 95% Довери- тельный интервал
	есть (n=671)	нет (n=523)	
АГ	477	334	1, 40 (1, 10 – 1, 79)
ИБС	94	38	2, 03 (1, 37 – 3, 03)
Некоронарогенные кардиалгии	497	333	1, 55 (1, 20 – 1, 99)
ХСН	263	139	1, 74 (1, 35 – 2, 25)
Перенесённые ИМ и/или НМК	27	18	1, 16 (0, 63 – 2, 13)
Нарушения угле- водного обмена	72	55	1, 00 (0, 69 – 1, 40)
Абдоминальное ожирение	473	317	1, 52 (1, 18 – 1, 93)
Метаболический синдром	214	133	1, 37 (1, 06 – 1, 77)
Депрессивные рас- стройства	260	128	1, 83 (1, 42 – 2, 36)
Тревожные рас- стройства	291	167	1, 69 (1, 33 – 2, 14)
Климактерический синдром	623	417	3, 30 (2, 30 – 4, 74)

индекса (ММИ) врачом, не информированным о конечной цели исследования [13].

Диагностика артериальной гипертензии (АГ), стабильной стенокардии, хронической сердечной недостаточности (ХСН) проводилась на основании национальных рекомендаций последних пересмотров [3, 10, 11]. ОА коленных, тазобедренных и межфаланговых суставов кистей диагностировали при наличии клинических и рентгенологических критериев Американской Коллегии Ревматологов [6]. ОП диагностировали с помощью двухэнергетической рентгеновской абсорбциометрии (DEXA) поясничного отдела позвоночника на аппарате «Lunar DPX» и рентгеновской абсорбциометрии дистального отдела предплечья на аппарате «DTX 200» согласно рекомендациям ВОЗ [12].

Диагностику депрессивных и тревожных расстройств проводили согласно диагностическим критериям Международной Классификации Болезней 10-пересмотра (МКБ-10) [9].

Диагностику заболеваний пищеварительной системы проводили согласно клиническим рекомендациям [5].

Наличие метаболического синдрома определяли согласно критериям АТР III [20].

Статистическую обработку проводили с помощью статистического пакета «NCSS». Учитывая характер распределения большинства переменных, для оценки статистической значимости различий между группами использовали непараметрический критерий Манна-Уитни. Значимость различия час-

тот оценивали с помощью критерия χ^2 . Вероятность возникновения сопутствующих заболеваний оценивали с помощью отношения шансов (ОШ) и 95% доверительных интервалов (ДИ).

Проведение исследования одобрено этическим комитетом МУЗ «Центральная городская клиническая больница №6» г. Екатеринбургa.

Результаты

Среди женщин, обратившихся на городской специализированный приём по поводу нарушений здоровья, связанных с наступлением естественной или хирургической менопаузы, БНС была выявлена более чем у половины (табл. 2). Группы имевших и не имевших БНС не различались по возрасту и менопаузальному статусу. Пациентки с БНС имели статистически значимо большую среднюю массу тела, ОТ и бедер, также тяжесть проявлений КС.

Таблица 2
**АНТРОПОМЕТРИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ
 И ТЯЖЕСТЬ КС (МЕДИАНА, 25% И 75%)
 ОБСЛЕДОВАННЫХ ЖЕНЩИН**

	БНС		P*
	есть (n=671)	нет (n=523)	
Возраст, годы	51 (48 – 55)	51 (48 – 55)	0,81
Постменопауза, п (%)	443 (66,0%)	332 (63,5%)	0,36
Хирургическая менопауза, п (%)	150 (22,4%)	103 (19,7%)	0,29
Возраст менопау- зы, годы	48 (45 – 50)	48 (45 – 51)	0,24
Длительность постменопаузы, годы	2 (1 – 6)	2 (1 – 6)	0,30
Масса тела, кг	72 (63 – 82)	69 (62 – 78)	0,0038
Рост, см	160 (156 – 164)	160 (156 – 164)	0,40
Индекс массы тела, кг, м ²	28,0 (24,8 – 31,4)	27,0 (24,2 – 30,2)	0,0068
Окружность тали, см	88 (80 – 97)	85 (78 – 94)	0,0009
Окружность бедер, см	106 (101 – 113)	106 (99 – 111)	0,203
ОТ/ОБ	0,83 (0,78–0,86)	0,81 (0,76 – 0,85)	0,0064
Нейровегетатив- ные проявления, баллы	16 (12 – 21)	14 (10 – 18)	< 0,0001
Обменно- эндокринные про- явления, баллы	5 (4 – 7)	4 (3 – 6)	< 0,0001
Психоэмоцио- нальные проявле- ния, баллы	11 (7 – 15)	9 (6 – 13)	< 0,0001
ММИ, баллы	32 (25 – 41)	27 (23 – 35)	< 0,0001

Примечания: * – критерий Манна – Уитни

** – критерий χ^2 .

Большинство женщин (433 чел., или 64, 5%), имевших БНС, отмечали неоднократные эпизоды обострений в течение жизни. Только в 56 случаях (8, 4%) эпизод БНС был первым в жизни. Связывали появление БНС с наступлением менопаузы или перенесённой гинекологической операцией 275 человек (40, 1%), в связи с чем 224 из них первона-

чально обратились к гинекологу-эндокринологу и были направлены последним на осмотр к терапевту или ревматологу. Среди имевших первый эпизод БНС 37 пациенток перенесли гистерэктомию в течение предыдущего года перед обращением.

В группе БНС значимо выше была вероятность сердечно-сосудистых заболеваний -АГ, ИБС, ХСН, кардиалгий, не связанных с коронарной патологией, а также абдоминального ожирения и метаболического синдрома (табл. 1). Однако поскольку частота тяжёлых сосудистых осложнений была невысока, существенных различий между группами получено не было. Не различалась и частота выявленных нарушений углеводного обмена. В то же время наличие БНС ассоциировалось с проявлениями депрессии, тревожных расстройств и тяжёлым течением КС.

Наличие БНС более чем в два раза повышало вероятность диагностики ОА любой локализации и/или плоскостопия (табл. 3). Однако разницы в частоте выявления узелков Гебердена между группами не было. Не удалось выявить различий и по частоте случаев ревматоидного артрита, остеопении, ОП и перенесенных переломов.

Таблица 3
ЧАСТОТА ЗАБОЛЕВАНИЙ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА И ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА

Показатель	Боль в спине		ОШ; 95% Доверительный интервал
	есть (n=671)	нет (n=523)	
Остеоартроз (любой локализации)	336	153	2,43 (1,91 – 3,09)
Остеоартроз с узелками Гебердена	205	154	0,98 (0,76 – 1,27)
Плоскостопие	304	204	1,30 (1,02 – 1,63)
Ревматоидный артрит	10	13	0,58 (0,25 – 1,34)
Остеопения или остеопороз	254	194	1,03 (0,82 – 1,32)
Остеопороз, осложнённый	191	143	1,01 (0,79 – 1,31)
Хронический холецистит	490	309	1,87 (1,46 – 2,39)
Желчнокаменная болезнь	127	88	0,97 (0,72 – 1,31)
Холецистэктомия	66	49	1,06 (0,71 – 1,56)
Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки	85	53	1,29 (0,89 – 1,85)
Хронический панкреатит	67	34	1,60 (1,04 – 2,45)

В группе БНС была существенно повышена частота хронического холецистита и панкреатита, а частоты желчнокаменной болезни и холецистэктомий не различались.

Только одна из обследованных пациенток ранее перенесла несколько курсов химиотерапии

по поводу лимфопролиферативного заболевания. У остальных участниц исследования в анамнезе онкологической патологии не было. Среди причин гистерэктомии и/или овариэктомии не было злокачественных опухолей.

Обсуждение

Частота БНС среди жительниц Екатеринбурга, обратившихся к врачу в связи с тяжёлым течением климактерия, оказалась примерно в два раза выше, чем в общей популяции амбулаторных пациентов г. Москвы [18]. В то же время среди женщин-москвичек частота БНС резко возрастала после 42 лет, что в определенной степени соответствует характеристикам наших пациенток. Необходимо отметить, что в Москве каждый четвёртый пациент обратился в поликлинику именно из-за БНС. Ранее, при анализе структуры обращений к участковому терапевту, мы выяснили, что и в Екатеринбурге боли в спине являются причиной каждого четвёртого случая временной нетрудоспособности работающих граждан, которые обуславливают практически половину потерь рабочего времени в течение года [4]. Существенное негативное влияние БНС на трудоспособность и качество жизни пациентов, а также на увеличение затрат рабочего времени и усилий врача ранее было продемонстрировано и в других городах России, а также за рубежом [1, 16, 17, 19].

Обследование больных БНС предусматривает, в первую очередь, исключение целого ряда опасных заболеваний, для которых боль в спине является лишь одним из симптомов, но часто именно эта боль впервые приводит пациента к врачу [8, 16, 17, 21]. В обследованной группе появление болей в спине и/или суставах многие женщины считали проявлениями КС и обращались за помощью к гинекологу, поскольку указанные симптомы часто совпадали хронологически с нарушением или прекращением менструаций, приростом массы тела, выявлением АГ, изменениями настроения и пр. При дальнейшем обследовании и наблюдении гинекологом в ряде случаев женщины получали заместительную гормональную терапию, эффективность которой оказывалась не всегда удовлетворительной [22]. В подобных случаях дальнейшее обследование у терапевта, ревматолога, кардиолога показало, что БНС ассоциируется с наличием ряда заболеваний, имеющих общие патогенетические механизмы, например, развитие инсулинорезистентности, которые могут быть связаны с возникающим в постменопаузе дефицитом эстрогенов [7, 13]. Эти механизмы могут объяснять тесную ассоциацию БНС с риском сердечно-сосудистых заболеваний, основной причиной преждевременной смерти больных ревматическими заболеваниями [2]. С другой стороны, патогенетическая общность БНС и ОА сегодня не вызывает сомнений [17]. Отсутствие ассоциации БНС с остеопенией и ОП ещё раз подтверждает необходимость проведения денситометрии у жен-

щин, имеющих факторы риска ОП, поскольку последний не имеет каких-либо клинических проявлений до развития переломов [12].

Кроме того выявленная нами ассоциация БНС и психоэмоциональных расстройств тревожно-депрессивного спектра ещё раз подтверждает мнение о том, что каждый третий пациент соматической амбулаторной сети нуждается в коррекции этих психоэмоциональных расстройств [14, 15].

Именно сочетание различных патогенетических механизмов возникновения БНС и высокая коморбидность у пациентов трудоспособного возраста требуют участия специалистов различного профиля не только в реабилитации, но и обследовании этих больных, поскольку неадекватная тактика ведения не только увеличивает экономические потери и

сроки нетрудоспособности, но и может способствовать прогрессированию иной соматической патологии [21].

Заключение

Таким образом, БНС встречалась у каждой второй пациентки, обратившейся к врачу по поводу проблем со здоровьем, возникших в связи с наступлением естественной или хирургической менопаузы. БНС у женщин является не только одной из наиболее частых причин временной нетрудоспособности, но может служить маркером повышенного риска наличия социально значимых заболеваний. Пациенты, обращающиеся к врачу по поводу БНС, нуждаются в своевременном выявлении и лечении коморбидной патологии.

ЛИТЕРАТУРА

1. Багирова Г.г. Игнатчева Н. В. Распространённость и факторы риска возникновения синдрома боли в нижнем отделе спины у работников автотранспорта. Тер. архив, 2001, 1, 30 – 32.
2. Демина А. Б., Раденска-Лоповок С. Г., Фоломеева О. М., Эрдес Ш. Причины смерти больных ревматическими заболеваниями в Москве. Тер. архив., 2005, 4, 77 – 82
3. Диагностика и лечение стабильной стенокардии. Российские рекомендации, разработаны Комитетом экспертов ВНОК. Приложение к жур. «Кардиоваск. тер. профилактик.», 2004, 28
4. Изможеров М. А., Попов А. А., Изможерова Н. В. Временная нетрудоспособность при боли в шейном отделе и нижней части спины на городском терапевтическом участке. Матер. I нац. конгр. терапевтов. М., Изд-во «Бионика», 2006, 76 – 77
5. Клинические рекомендации. Гастроэнтерология. Под ред. В. Т. Ивашкина. М., ГЭОТАР-МЕД, 2006, 208
6. Клинические рекомендации. Остеоартрит. Диагностика и ведение больных остеоартритом коленных и тазобедренных суставов. Под ред. О. М. Лесняк М., ГЭОТАР-МЕД, 2006, 176.
7. Корочина И. Е., Багирова Г.г. Метаболический синдром и течение остеоартроза. Тер. архив, 2007, 10, 13 – 20
8. Мёрта Дж. Справочник врача общей практики. Пер. с англ. М., Практика, 1998, 1230.
9. МКБ-10. Международная классификация болезней (10-й пересмотр). Классификация психических и поведенческих расстройств. ВОЗ. Пер. с англ. Под ред. Ю. Л. Нуллера, С. Ю. Циркина СПб., «АДИС» 1994.
10. Национальные рекомендации по диагностике и лечению ХСН (второй пересмотр). Сердечная недостаточность, 2006, 8 (6), приложение, 35
11. Профилактика, диагностика и лечение артериальной гипертензии. Российские рекомендации (второй пересмотр), разработаны Комитетом экспертов ВНОК. Кардиоваск. тер. профилактик., 2004 (приложение), 20
12. Руководство по остеопорозу. Под ред. Л. И. Беневоленской. М., Бином. Лаборатория знаний, 2003, 524.
13. Руководство по климактерию. Под ред. В. П. Сметник и В. И. Кулакова. М., Мед. информац. Агентство, 2001, 685.
14. Смулевич А. Б. Депрессии в общемедицинской практике. М., Берег, 2000, 160.
15. Тревога в общесоматической практике. В: Вейн А. М. (ред.) Неврология для врачей общей практики. М., Эйдос Медиа, 2001, 370 – 382.
16. Шостак Н. А. Люмбалгия: диагностика, подходы к терапии. Клиницист, 2007, 4, 29 – 34.
17. Эрдес Ш. Принципы диагностики и лечения болей в нижней части спины. Научно практич. ревматол., 2006, 2, 37 – 44
18. Эрдес Ш. Ф., Дубинина Т. В., Галушко Е. А. Частота и характер боли в нижней части спины среди амбулаторных больных в г. Москве (сообщение 1). Научно- практич. ревматол., 2007, 2, 14 – 17
19. Asche C. V., Kirkness C. S., McAdam-Marx C., Fritz J. M. The societal costs of low back pain: data published between 2001 and 2007. J. Pain Palliat. Care Pharmacother., 2007, 21 (4), 25-33.
20. Executive summary of the Third Report of the National Cholesterol Education Program (NCEP) Expert Panel on Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Cholesterol in Adults (Adult Treatment Panel III). JAMA, 2001, 285, 19, 2486–2497.
21. . Nguyen T. H., Randolph D. C. Nonspecific low back pain and return to work. Am. Fam. Physician, 2007, 76 (10), 1497-502
22. Maartens L. W., Leusink G. L., Knottnerves J. A., Pop V. J. HRT in perimenopause: what do we treat? Maturitas, 2000, 34 (2), 113-118

Abstract

A.A. Popov, N.V. Ismozerova

Low back pain and comorbidity in women

Objective. To assess association of low back pain (LBP) in women with hypertension (H), coronary heart disease (CHD), chronic heart failure (CHF), vascular incidents, carbohydrate metabolism disturbances, osteoarthritis (OA), osteoporosis (OP), digestive tract diseases, depression and anxiety.

Material and methods. 1194 women aged 28 to 64 years (median 51 years [48;55]) visited an outpatient department were included in the cross-sectional study. Diagnosis was done according to latest national guidelines. Odds ratio (OR) and 95% confidence intervals (CI) were calculated.

Results. 671 cases of LBP were revealed, 523 women did not have back pain. Age and menopausal status did not differ between these groups. LBP group had significantly higher body mass, waist and hips circumferences and more severe menopausal symptoms. LBP was associated with higher frequency of H (OR 1,40; CI 1,10-1,79), CHD (OR 2,03; CI 1,37-3,03), CHF (OR 1,74; CI 1,35-2,25), OA (OR 2,43; CI 1,91-3,09), chronic cholecystitis (OR 1,87; CI 1,46-2,39), depression (OR 1,83; CI 1,42-2,36) and anxiety (OR 1,69; CI 1,33-2,14). No association of LBP with OP was found.

Conclusion. LBP is a marker of increased risk of socially important diseases. Pts visited the doctor due to LBP need timely diagnosis and management of comorbidity.

Key words: *low back pain, women, comorbidity*