

© А.Е. Барулин, О.В. Курушина

*ГБОУ ВПО Волгоградский государственный медицинский университет,  
г. Волгоград, Россия*

## **БОЛЕВЫЕ УСТАНОВКИ И ПСИХОФИЗИОЛОГИЧЕСКИЙ СТАТУС ПАЦИЕНТОВ С ДОРСАЛГИЯМИ**

**Аннотация.** Несмотря на многообразие подходов к диагностике и лечению дорсалгий, проблема далека от ее окончательного разрешения. Диагностика должна быть экспрессивной, неинвазивной, обоснованной с обязательным учетом изменений психоэмоциональной и социальной сфер. В работе представлены новые диагностические подходы к выявлению особенностей пациентов с болью в спине, влияние этих особенностей на проводимую терапию.

**Ключевые слова:** дорсалгия, болевые установки, боль.

© A. Barulin, O. Kurushina

*Volgograd State University of Medicine*

*Volgograd, Russia*

## **PAIN BELIEFS AND PSYCHOPHYSIOLOGICAL STATUS OF PATIENTS WITH DORSALGIA**

**Abstract.** Despite variety of approaches to diagnostics and treatment of dorsalgia the problem is far from its final permission. Diagnostics should be expressional, noninvasive, proved with the obligatory account of changes in psychoemotional and social spheres. In this issue new diagnostic approaches to detection of features of patients with a back pain, influence of these features on carried-out therapy are presented.

**Keywords:** dorsalgia, pain beliefs, pain.

**Введение.** В настоящее время при обсуждении проблемы диагностики и лечения боли является общепризнанным тот факт, что острые и хронические боли являются нозологически различными процессами и должны рассматриваться независимо друг от друга [1]. При этом значительное внимание уделяется особенностям самих пациентов, страдающих тем или иным видом болевого расстройства. В работах современных отечественных и зарубежных авторов, посвященных изучению острой и хронической боли, появилась отчетливая тенденция: смещение

акцентов с нейрофизиологических показателей на психологические и даже психосоциальные особенности пациентов [1, 3]. Взаимосвязь и взаимозависимость таких состояний как тревога, депрессия и алгические нарушения демонстрируется рядом исследователей. Но роль психологических установок, социокультурных особенностей и копинг-стратегий по-прежнему остается недостаточно раскрытой в доступной литературе.

В то же время, влияние установок человека на его состояние, положение в обществе и его самореализацию давно и успешно обсуждается психологами [5]. В клинической литературе принято различать три группы установок человека: базовые философские представления о себе и мире; общие и стабильные установки, формирующие личность; установки, касающиеся непосредственного отношения человека к боли [2]. Роль последних и является наиболее значимой для формирования и поддержания болевого синдрома вне зависимости от его локализации [4, 5].

**Цель работы** – изучить особенности болевых установок и психоэмоционального статуса пациентов, страдающих дорсалгиями, и выявить их возможное влияние на результаты лечения.

**Материал и методы.** Для достижения поставленной цели нами было выполнено обследование 176 пациентов с дорсалгиями неврологического отделения ГУЗ ВОКБ №1 г. Волгограда, (из них 87 женщин и 89 мужчин) в возрасте от 18 до 72 лет. Наименьшая длительность болевого синдрома составляла 14 дней, наибольшая – 7 лет.

Изучение особенностей психоэмоционального статуса проводилось с помощью общепринятых методик. Выраженность депрессии изучалась с помощью теста Бэка, личностная и реактивная тревожность – с помощью теста Спилбергера в модификации Ханина.

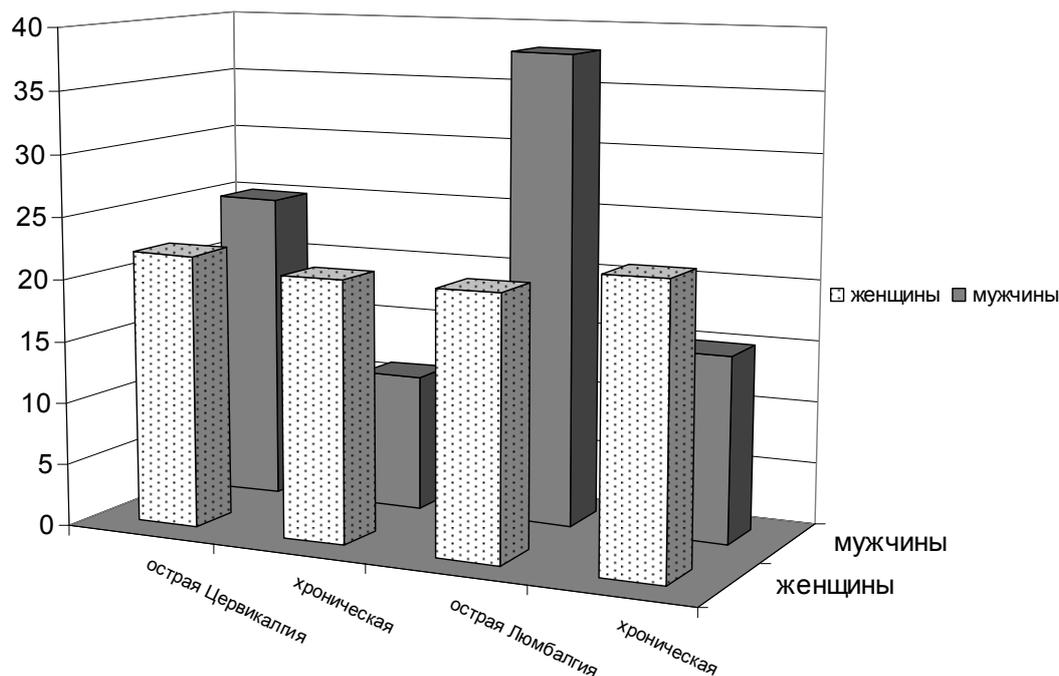
Изучение особенностей болевых установок проводилось на основании адаптированного варианта опросника «Болевые установки и восприятие

боли» (The Pain Beliefs and Perceptions Inventory, PBAPI, Williams & Thorn, 1989) состоящего из 14 вопросов. Итоговый подсчет велся по 3 шкалам: 1) постоянство боли – длительность (Д); 2) загадочность ее происхождения – тайна (Т); 3) собственная вина в возникновении боли – вина (В). По результатам шкалирования проводился кластерный анализ с распределением пациентов на следующие группы: I – положительные показатели по шкале Д, отрицательные по шкале Т; группа II – высокие показатели по обеим шкалам; группа III – отрицательные показатели по обеим шкалам; группа IV – низкие показатели по шкале Д, высокие по шкале Т. Шкала В исследовалась отдельно, в каждой из созданных групп.

Результаты обрабатывались статистическими методами (Statistica for Windows v. 6.0). Различия считались достоверными при  $p < 0,05$ .

**Результаты исследования.** Распределение пациентов по уровню болевого синдрома и гендерному признаку отражена в рис. 1.

Полученные нами результаты демонстрируют наличие ряда гендерных особенностей при болевых синдромах в области спины. В первую очередь, обращает на себя внимание, что мужчины чаще страдают острыми алгиями в области спины, чем женщины. И обратная зависимость наблюдается при изучении полового состава пациентов с хроническими дорсалгиями. Эта тенденция прослеживалась во всех группах, разделенных по локализации болевого синдрома.



**Рис. 1.** Распределение обследованных пациентов по локализации, длительности болевого синдрома и гендеру

Анализ особенностей алгического синдрома продемонстрировал, что при 4,0% мужчин с острой цервикалгией и 18,1% с хронической затруднялись при описании характера боли. У женщин же сложностей с подбором слов-дескрипторов не наблюдалось. Как правило, женщины более образно описывали свои ощущения, порой они носили сенестопатический оттенок: «камень на шее ворочаю», «кинжалом режет». В целом, количество слов-дескрипторов, которые использовали мужчины с острой цервикалгией было  $3,3 \pm 0,2$ , а с хронической –  $3,8 \pm 0,5$ . У женщин же эти показатели были достоверно выше –  $4,2 \pm 0,2$  и  $4,7 \pm 0,3$  соответственно ( $p < 0,05$ ).

При оценке группы пациентов, страдающих люмбалгиями, наблюдалась сходная картина гендерных особенностей. Так, 5,3% мужчин с острой люмбалгией и 13,3% с хронической затруднялись при описании характера боли. У женщин же сложностей с подбором слов-дескрипторов не наблюдалось. Как и в случае с болью в шее, женщины более образно описывали свои ощущения, подбирая красочные, многословные характеристики своих ощущений. В целом, количество слов-дескрипторов,

которые использовали мужчины с острой люмбалгией было  $2,7 \pm 0,3$ , а с хронической –  $3,5 \pm 0,1$ . У женщин же эти показатели были достоверно выше –  $4,1 \pm 0,4$  и  $4,9 \pm 0,1$  соответственно ( $p < 0,05$ ).

При изучении особенностей психоэмоционального статуса анализировались показатели в группах, распределенных по длительности и гендерному признаку (таб. 1 и 2).

Таблица 1

**Распределение пациентов с острыми дорсалгиями по уровням депрессии**

Уровень депрессии	Острая цервикалгия				Острая люмбалгия			
	Мужчины (n=25)		Женщины (n=22)		Мужчины (n=38)		Женщины (n=21)	
	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%
Норма	16	64,0	14	63,6	24	63,2	12	57,1
Мягкая	9	36,0	8	36,4	14	36,8	8	38,1
Умеренная	-	-	-	-	-	-	1	4,8
Сильная	-	-	-	-	-	-	-	-

При анализе уровней депрессии при острой дорсалгии обращал на себя внимание тот факт, что зависимости от локализации болевого синдрома показатели не демонстрировали.

Имелись небольшие отклонения в сторону повышения депрессивных проявлений у женщин, но они были статистически не значимы. В целом, уровни депрессии у пациентов с острыми формами дорсалгий были невысокими: умеренная и сильная депрессия была отмечена лишь у одной женщины (4,8%) с острой люмбалгией. В остальном, нарушений, требующих медикаментозной коррекции в этих группах не зарегистрировано.

Таблица 2

**Распределение пациентов с хроническими дорсалгиями по уровням депрессии**

Уровень депрессии	Хроническая цервикалгия				Хроническая люмбалгия			
	Мужчины (n=11)		Женщины (n=21)		Мужчины (n=15)		Женщины (n=23)	
	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%
Норма	1	9,1	1	4,8*	2	13,3	2	8,7*
Мягкая	6	54,5	10	47,6*	8	53,3	11	47,8*
Умеренная	3	27,3	8	38,1*	4	26,7	9	39,1*
Сильная	1	9,1	2	9,5	1	6,7	1	4,3

Примечание \* – различие достоверно при  $p < 0,05$

Иная картина наблюдалась в группах с хроническими дорсалгиями. Во всех группах и с шейной локализацией, и с поясничной, зарегистрировано повышение показателей, указывающих на вовлеченность центральных нейромедиаторных систем. Данная тенденция наблюдалась как у мужчин, так и у женщин, но у женщин процент пациентов, нуждающихся в медикаментозной коррекции депрессивных проявлений, был выше, чем у мужчин. Он составил при хронической цервикалгии 47,6% по сравнению с 36,4% у мужчин, и 43,4% при хронической люмбалгии по сравнению с 33,4% у мужчин ( $p < 0,05$ ).

Результаты исследования уровней реактивной и личностной тревожности у пациентов с дорсалгиями по тесту Спилбергера представлены в табл. 3. и 4.

Таблица 3

**Результаты теста Спилбергера у пациентов с острыми дорсалгиями**

Уровень тревожности	Острая цервикалгия		Острая люмбалгия	
	Мужчины (n=25)	Женщины (n=22)	Мужчины (n=38)	Женщины (n=21)
<b>Личностная</b>	29,2±0,4	31,1±0,2	28,8±0,7	30,6±0,5
<b>Реактивная</b>	31,8±0,7	31,5±0,7	30,7±0,5	30,3±0,3

У пациентов с острыми дорсалгиями достоверной разницы в уровнях личностной и реактивной тревожности в зависимости от локализации боли не выявлено. Личностная тревожность находилась на достаточно низком уровне, наблюдалась тенденция к повышению уровня личностной тревожности у женщин. Реактивная тревожность также находилась на среднем уровне и не различалась в зависимости от полового состава группы.

Таблица 4

**Результаты теста Спилбергера у пациентов с хроническими дорсалгиями**

Уровень тревожности	Хроническая цервикалгия		Хроническая люмбалгия	
	Мужчины	Женщины	Мужчины	Женщины

	(n=11)	(n=21)	(n=15)	(n=23)
<b>Личностная</b>	36,1±0,7	39,9±0,8*	35,3±0,5	39,7±0,3*
<b>Реактивная</b>	39,6±0,3	43,6±0,3*	39,9±0,4	42,6±0,9*

Примечание \* – различие достоверно при  $p < 0,05$

Иная картина наблюдалась у пациентов с хроническими дорсалгиями. Несмотря на то, что и при хронической боли ее локализация не оказывала значимого влияния на уровни тревожности, но гендерные особенности проявлялись более выражено. Личностная тревожность женщин с хроническими дорсалгиями достигала умеренного уровня и была значимо выше, чем у мужчин с той же патологией. Реактивная тревожность у женщин с хроническими болями в спине возрастала и достигала высокого уровня – 43,6 при цервикалгии и 42,6 при люмбалгии. Та же тенденция к увеличению тревожности наблюдалась и у мужчин, но показатели были несколько ниже – 39,6 при цервикалгии и 39,9 при люмбалгии.

При изучении болевых установок в этих группах пациентов было установлено, что группа IV является наименее многочисленной (табл. 5) и в дальнейших исследованиях можно ограничиться тремя первыми выборками.

Таблица 5

#### Распределение больных по группам согласно болевым установкам

	Группа I		Группа II		Группа III		Группа IV	
	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%
Все пациенты	50	28,3	75	42,6	42	23,9	9	5,2
Пациенты с положительными показателями по шкале В	23	46,0	44	58,7	12	28,6	6	66,7

Примечание \* – Группа I – положительные показатели по шкале Д, отрицательные по шкале Т; группа II – высокие показатели по обоим шкалам; группа III – отрицательные показатели по обоим шкалам; группа IV – низкие показатели по шкале Д, высокие по шкале Т.

Из приведенной таблицы видно, что пациенты, находящиеся в стационаре по поводу боли в спине, наиболее часто считали свою боль длительной и не обладали сведениями о ее происхождении. Они склонны

были драматизировать происхождение боли, не связывая ее с объективными обстоятельствами.

Распределение болевых установок по группам пациентов в соответствии с локализацией и длительностью болевого синдрома демонстрирует рисунок 2.

Характерным был тот факт, что высокие показатели по шкале В встречались вне зависимости от длительности болевого синдрома. Обращает на себя внимание высокий процент пациентов, считающих себя причастными к возникновению боли. Они склонны были к самообвинениям в небрежном отношении к состоянию собственного здоровья, в несоблюдении ранее данных врачебных рекомендаций или сроков лечения.

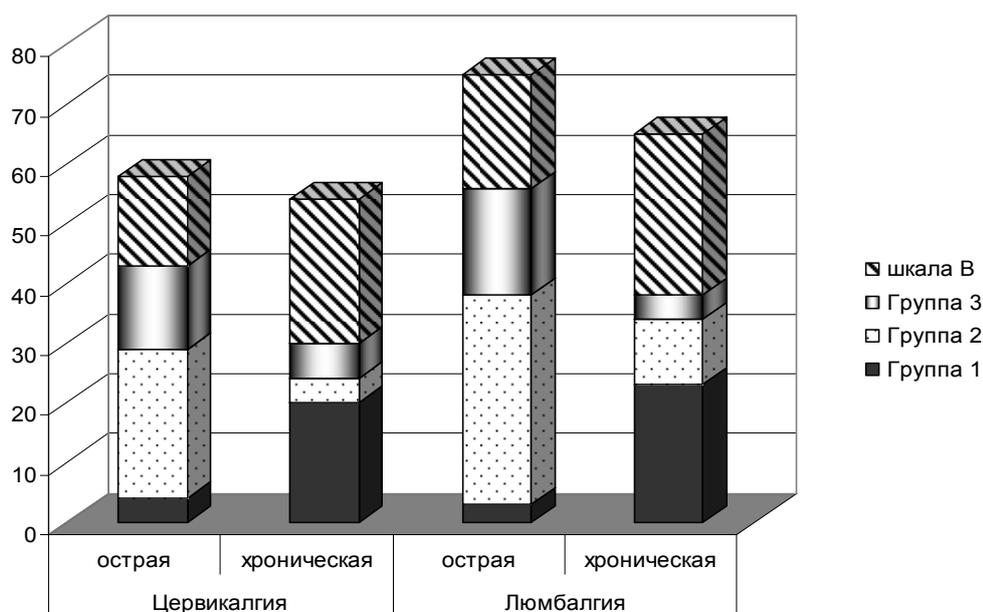
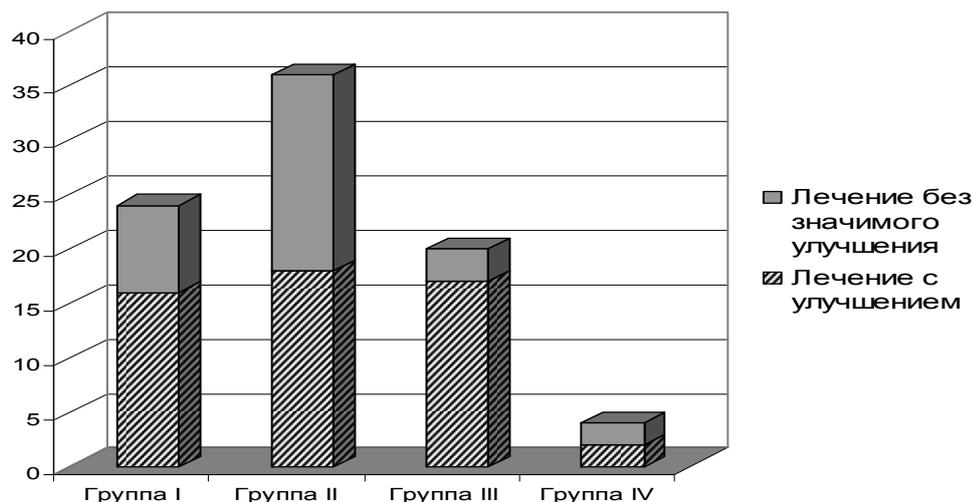


Рис. 2. Болевые установки пациентов с дорсалгиями

Кроме того, наблюдалась устойчивая связь между результатами лечения и группами пациентов (рис. 3).



**Рис. 3.** Влияние болевых установок пациентов на результаты их лечения

Результаты лечения у пациентов с установками на «таинственный» характер происхождения боли и пессимистическими ожиданиями в отношении длительности алгического расстройства были хуже, чем у более оптимистично настроенных больных. Наименьший процент выздоровления был получен во второй группе – с высокими показателями по шкалам Д и Т.

**Выводы:** Таким образом, у пациентов с дорсалгиями имеется ряд особенностей психоэмоционального статуса, которые не зависят от локализации болевого синдрома. Они подвержены влиянию как длительности алгических расстройств, так и гендерных особенностей пациентов.

В то же время, проведенное поисковое исследование продемонстрировало взаимосвязь болевых установок пациентов и результатов их лечения. Полученные результаты свидетельствуют о необходимости разработки валидизированных оригинальных опросников для изучения болевых установок пациентов с целью прогнозирования исходов лечения и выработки индивидуальных терапевтических программ.

## Список литературы:

1. *Алексеев А.В.*, Бранд П.Я. Рекомендации по диагностике, оценке и лечению хронической боли // Боль. – 2008. – Т.1, № 18. – С. 21–23.
2. *Барулин А.Е.*, Курушина О.В., Рыбак В.А., Саранов А.А. Психофизиологические аспекты формирования хронических болевых синдромов // Вестник Волгоградского государственного медицинского университета. – 2010. – № 2. – С. 52–54.
3. *Голубев В.Л.*, Данилов А.Б. Психологические установки пациента и переживание боли: обзор // РМЖ. – Специальный выпуск «Болевой синдром». – 2009. – С. 11–14.
4. *Курушина О.В.*, Барулин А.Е. Гендерные особенности болевых установок пациентов с хроническими алгическими расстройствами // Профилактическая и клиническая медицина. – 2011. – №2, Т. 2 (39). – С. 322.
5. *Williams D.A.*, Keefe F.J. Pain beliefs and the use of cognitive-behavioral coping strategies // Pain. – 1991. – Vol. 46. – P. 185–190.

**Александр Евгеньевич Барулин** – кандидат медицинских наук, ассистент кафедры неврологии, нейрохирургии ВолгГМУ, Россия, г. Волгоград, Волгоградский государственный медицинский университет; e-mail: [barulin23@mail.ru](mailto:barulin23@mail.ru); (84442) -362343.

**Ольга Викторовна Курушина** – зав. кафедрой неврологии, нейрохирургии ВолгГМУ, кандидат медицинских наук, Россия, г. Волгоград, Волгоградский государственный медицинский университет; e-mail: [ovkurushina@mail.ru](mailto:ovkurushina@mail.ru); (8442)-361354.

Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего профессионального образования «Волгоградский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации.