

УДК 616.71-018.3-002

**ОСОБЕННОСТИ ВОСПРИЯТИЯ БОЛИ
ПРИ ПОЯСНИЧНОМ ДИСКО-
РАДИКУЛЯРНОМ КОНФЛИКТЕ У
МУЖЧИН И ЖЕНЩИН**

Ковалева Яна Борисовна
МБУЗ ГБ № 2 «КМЛДО», Краснодар, Россия

Антипова Людмила Николаевна – к.м.н.
МБУЗ ГБ № 2 «КМЛДО», Краснодар, Россия

В статье представлен анализ клинических наблюдений патологии межпозвонковых дисков в группах, различных по гендерному признаку, с применением методов нейровизуализации и тестов оценки боли.

Ключевые слова: ПОЯСНИЧНЫЙ ОТДЕЛ ПОЗВОНОЧНИКА, ГРЫЖА МЕЖПОЗВОНКОВОГО ДИСКА, ДИСКО-РАДИКУЛЯРНЫЙ КОНФЛИКТ, БОЛЕВАЯ РЕАКЦИЯ.

UDC 616.71-018.3-002

**PECULARITIES OF PAIN
PERCEPTION DURING THE
LUMBAR DISKOGENIC
RADICULITIS IN MEN AND
WOMEN**

Kovaleva Iana Borisovna
City Hospital Nr. 2, Krasnodar, Russia

Antipova Ludmila Nikolaevna – MD
City Hospital Nr. 2, Krasnodar, Russia

The article presented the clinic case analysis of inter-vertebral disk pathology in different gender groups by neurovизualisation method and pain assessment tests.

Key words: LUMBAR SPINE, DISKAL HERNIA, DISKOGENIC RADICULITIS, PAIN REACTION.

Когда приходит время собирать камни,
уже трудно нагибаться.
А. Брейтер

Боль является распространенным явлением. До 90 % взрослого населения хотя бы однажды испытывали боль в спине [1]. Она обеспечивает 30 % всех визитов к врачу [5] и становится одной из самых популярных причин нетрудоспособности [3, 4]. Треть всех жалоб при проблемах в спине составляют боли в поясничном отделе позвоночника. Распространенные повсеместно в клиниках методы нейровизуализационной диагностики и, особенно, магнитно-резонансная томография (МРТ), часто выявляют патологию межпозвонковых дисков. Грыжа межпозвонкового диска (ГМД) традиционно считается первопричиной болевых ощущений в позвоночнике. В то же время выраженность субъективного болевого синдрома при наличии пролабирования межпозвонкового диска поясничного отдела позвоночника, как причины компрессии корешка, не коррелирует с объективной неврологической симптоматикой [6, 7]. Кроме того, отсутствует чёткая зависимость между степенью выраженности болевой реакции и формой, размером, локализацией грыжевого выпячивания [7]. Это может быть объяснено различными механизмами формирования болевого ответа: ноцептивными, нейропатическими составляющими болевой реакции, а также действием психогенных и социальных факторов, на фоне которых развивается болевой синдром [5, 6, 9]. В последние десятилетия у клиницистов возрос интерес к проявлениям сходства и различия патологических состояний у мужчин и женщин, в том числе в восприятии боли. При обсуждении этой проблемы используют два термина – половые различия и гендерные различия. Принято считать, что половые различия детерминированы биологическими факторами (генетическими, гормональными, анатомическими, физиологическими),

характеризующими женские или мужские черты. Гендерные различия между мужчинами и женщинами формируются под влиянием социокультуральных, поведенческих факторов, определяющих мужественность (маскулинность) и женственность (феминность) [10, 11].

Цель исследования: выявить различия субъективного и объективного восприятия боли при поясничном диско-радикулярном конфликте у мужчин и женщин, обратившихся на консультативный прием к нейрохирургу.

Материалы и методы. В исследование включены пациенты, обратившиеся к нейрохирургу амбулаторного консультативного приема в период с 01.04. по 01.06.2011 г. в связи с болью и верифицированной ГМД в поясничном отделе позвоночника. МРТ позволила визуализировать ГМД на томографах с индукцией магнитного поля 1,5 Тл. В ходе исследования были применены оценочные тесты: вербальная шкала интенсивности боли (ВШИБ), 6-ступенчатая оценка боли в интервале от «нет боли» до «невыносимая боль», шкала оценки вертебрального синдрома (ШОВС) с максимальным порогом – 30 баллов [G. Waddel, 1992 в модификации О.С. Левина], шкала самооценки состояния при боли в спине (ШСБ) с максимальным значением – 1000 баллов.

Результаты. Обследованы 69 пациентов: 49 женщин и 20 мужчин. Средний возраст женщин составил 55 лет (22–73), мужчин – 45 лет (24–76). ГМД на 2-х уровнях в наибольшей степени верифицирована у 20 женщин (36 %) и у 7 мужчин (35 %). У 5 женщин (9 %) и 5 мужчин (25 %) обнаружен спондилолистез не выше I степени. В обеих группах доминирующим клиническим синдромом была люмбалгия. Клинико-визуализационные признаки радикулярной компрессии диагностированы у 12 женщин (25 %) и у 12 мужчин (60 %). Относительные показания к оперативному лечению определены у 8 женщин (16 %) и у 10 мужчин (50 %). Интенсивность боли, по ВШИБ, у 29 женщин (59 %) оценили как

«очень сильную», у 12 – «сильную» (25 %) и 8 женщин (16 %) – «умеренную». Боль у мужчин, по результатам ВШИБ, оценили как «очень сильную» – в 2-х (10 %) случаях, «сильную» – в 12 (60 %) случаях, «умеренную» – 6 (30 %) случаях. По ШСБ средняя суммарная оценка боли у женщин составила $560,0 \pm 14,3$ баллов, у мужчин – $642,0 \pm 26,4$ баллов, разница статистически достоверна ($p < 0,001$). Достоверно и по результатам ШОВС оценка вертебрального болевого синдрома у женщин была ниже ($14,27 \pm 2,07$ баллов), чем у мужчин – $19,90 \pm 3,29$ (15–25) баллов ($p < 0,001$).

Обсуждение. Патогенез патологии дисков является многокомпонентным, что связано с активной механической и метаболической функцией межпозвонкового диска, и включает в себя генетический, травматический, дегенеративный аспекты [8, 9]. При пролабировании диска запускается сложный каскад ответных реакций, приводящих к замедлению проводимости и внутривенному отёку сосудисто-нервного пучка [8], реакциям апоптоза в диске [9]. Доказано, что дегенерация межпозвонкового диска сама по себе не является причиной возникновения боли и в 20–70 % встречается в «бессимптомной» группе обследованных лиц, и даже механическая компрессия корешка не объясняет генез болевой реакции [8, 9]. Тем не менее, боль в спине рассматривается как плохо диагностируемый и плохо курируемый симптом, снижающий качество жизни значительной части населения [9]. Формирование болевого ответа при грыжевых выпячиваниях дисков на уровне поясничного отдела позвоночника, зачастую, происходит под воздействием психогенных и социальных факторов [9, 6, 5], и при незначительном повреждающем воздействии может наблюдаться высокий уровень восприятия собственной боли [1]. По результатам оценочных болевых шкал, при дорсопатиях женщины хуже переносят боль. Однако исходные уровни нейромедиаторов у женщин

выше, чем у мужчин, а отрицательная корреляционная связь между уровнем боли и количеством медиатора свидетельствует о более напряжённой работе антиноцицептивных систем у женщин [12]. Гендерные различия в алгической реакции многофакторные и включают в себя биологические, социальные, анатомические аспекты [2], при этом патология поясничного отдела позвоночника, как причина обращения к врачу, возникает чаще у женщин [7].

Интересные результаты были опубликованы американскими авторами после ретроспективного анализа 72000 историй болезни при различных заболеваниях, содержащих шкалу оценки боли, связанной с болезнью. Полученные данные показали, что при большинстве заболеваний оценка интенсивности боли у женщин выше, чем у мужчин. Особенно выраженные различия отмечены при мышечно-скелетных болях и болезнях респираторной системы [13]. При многофакторном анализе боли у больных серповидно-клеточной анемией не было выявлено различий в интенсивности восприятия острой боли, продолжительности ее ощущения, необходимости применения опиоидных анальгетиков, госпитализации и увеличении частоты посещения врача [14].

В большинстве исследований показано, что интенсивность восприятия боли выше у женщин. Однако на субъективную оценку боли оказывают влияние: тип болевого стимула, вариант оценочной шкалы, парадигма тестирования, локализация боли, время или ритм боли, возраст, репродуктивный статус, состояние здоровья в целом, социальный и культуральный статус пациента, артериальное давление, пища, запахи и др.

В нашем исследовании мы анализировали совокупное субъективно-объективное восприятие боли мужчинами и женщинами в конкретной клинической ситуации, объективизированной данными нейровизуализации. Представление дескрипторов болевого поведения у

пациентов во время консультативного нейрохирургического приема может быть обусловлено и целями визита: определение терапевтической тактики ведения пациента с диско-радикулярным конфликтом, обследование с целью последующего решения экспертных вопросов.

Выводы. На специализированном консультативном нейрохирургическом приеме у мужчин субъективная оценка боли достоверно выше и соотносится с более тяжелым диско-радикулярным конфликтом. У женщин реже диагностирован диско-радикулярный конфликт при визуализированной грыже диска поясничного сегмента, но они чаще обращаются к нейрохирургу с умеренной интенсивностью боли. Существующие гендерные различия оценки болевого синдрома у пациентов с визуализированной грыжей поясничного отдела позвоночника отражают совокупный результат сложной медико-социальной проблемы, что необходимо учитывать при принятии решения о терапевтической тактике в каждом конкретном случае.

Список литературы

1. *Алексеев В.В.* Диагностика и лечение болей в пояснице // *Consilium Medicum*. – 2002. – Т. 4, № 2.
2. *Вейн А.М., Данилов А.Б.* Гендерная проблема в неврологии // *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова*. – 2003. – Т. 103, № 10. – С. 4–14.
3. *Вознесенская Т.Г.* Миофасциальные болевые синдромы // *Лечение нервных болезней*. – 2003. – № 4 (12). – С. 10–13
4. *Данилов А.Б., Давыдов О.С.* Нейропатическая боль. – М.: «БОРГЕС», 2007. – 191 с.
5. *Кукушкин М.Л., Табеева Г.Р., Подчуфарова Е.В.* Болевой синдром: патофизиология, клиника, лечение. – М.: «ИМА-ПРЕСС», 2011. – 72 с.
6. *Левин О.С.* Диагностика и лечение вертеброгенной пояснично-крестцовой радикулопатии // *Consilium Medicum. Неврология*. – 2009. – № 2.
7. *Стариков А.С.* Клинико-функциональная характеристика и эффективность терапии неврологических проявлений поясничных дорсопатий у жителей северных территорий: Автореф. док. мед. наук. – Спб., 2011.
8. *Modic M.T., Ross J.S.* Lumbar Degenerative Disk Disease // *Radiology*. – 2007 (October). – Vol. 245. – P. 43–61.
9. *Urban J., Roberts S.* Degeneration of the intervertebral disc // *Arthritis Research & Therapy*. – 2003; 5(3): 120–130.
10. *Голубев В.Л., Данилов Ал.Б., Данилов А.Б., Вейн А.М.* Психосоциальные факторы, гендер и боль // *Журнал неврологии и психиатрии*. – 2004. – Т. 104 (11). – С. 70–73.
11. *Exploring the Biological Contributions to Human Health: Does Sex Matter?* <http://www.nap.edu/catalog/10028.html>
12. *Мосейкин И.А.* Гендерные особенности переносимости боли при дорсопатии // *Трудный пациент*. – 2010. – № 4.
13. *Ruan D., Liu z L.Y., Clark J., Angst M.S., Butte A.J.* Sex Differences in Reported Pain Across 11,000 Patients Captured in Electronic Medical Records // *The Journal of Pain*, 2012: Vol. 13, N 3 (March), pp. 228–234 (<http://www.sciencedirect.com>)
14. *McClish D.K., Ltvenson J.L., Penberthy L.T.* Gender Differences in Pain and Healthcare Utilization for Adult Sickle Cell Patients: The PiSCES Project // *Journal of women's Health*, 2006-Volume 15, Number 2, p. 146–154.