

К ВОПРОСУ О ПСИХОСОМАТИЧЕСКОЙ ПРИРОДЕ БОЛЕВЫХ ОЩУЩЕНИЙ ПАЦИЕНТОВ С ДОРСОПАТИЕЙ (клинический пример)

М.С. Петрова^{1*}, А.С. Самойлов², А.А. Тихоновский³

¹ФГБУ ДПО «Центральная государственная медицинская академия» УД Президента РФ, Москва,

²ФГБУ «Государственный научный центр Российской Федерации – Федеральный медицинский биофизический центр им.

А.И. Бурназяна», Москва,

³ООО «Клиника Чайка», Москва

A PSYCHOSOMATIC NATURE OF PAIN IN PATIENTS WITH LOWER BACK PAIN (a clinical case)

M.S. Petrova^{1*}, A.S. Samoilov², A.A. Tikhonovskiy³

¹Central State Medical Academy of Department of Presidential Affairs, Moscow, Russia,

²Russian State Research Center – Burnasyan Federal Medical Biophysical Center of Federal Medical Biological Agency, Moscow, Russia,

³Clinic “Chaika”, Ltd., Moscow, Russia

E-mail: galchonok-m@yandex.ru

Аннотация

В статье рассматривается клинический случай успешной работы с пациенткой с хронической болью в нижней части спины неvertebroгенного характера в условиях санаторно-курортной организации. Проведен анализ интрацептивного восприятия боли, субъективной и объективной оценки причин болевых ощущений. Рассмотрен протокол персонализированного подхода мультидисциплинарной реабилитационной бригады к лечению психогенной боли в нижней части спины.

Ключевые слова: хроническая боль в нижней части спины, неvertebroгенная боль в спине, психосоматическая природа боли, санаторно-курортный этап лечения, мультидисциплинарная реабилитационная бригада, персонализированный подход.

Abstract

The article describes a clinical case of successful sanatorium treatment of a patient having chronic lower back pain of non-vertebrogenic origin. The researchers analyzed the intraceptive perception of pain, subjective and objective assessment of pain source. The Protocol of personalized approach in multidisciplinary rehabilitation of patients with psychogenic pain in the lower back is discussed.

Key words: chronic lower back pain, non-vertebrogenic back pain, psychosomatic nature of pain, sanatorium spa therapy, multidisciplinary rehabilitation team, personalized approach

Ссылка для цитирования: Петрова М.С., Самойлов А.С., Тихоновский А.А. К вопросу о психосоматической природе болевых ощущений пациентов с дорсопатией (клинический пример). Кремлевская медицина. Клинический вестник. 2020; 4: 109–103.

Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) рассматривает боль в пояснице как наиболее распространенную из всех патологий опорно-двигательного аппарата; она затрагивает около 33% населения планеты и, в настоящее время является ведущей причиной инвалидности во всем мире. Имеется множество публикаций, раскрывающих причинно-следственные связи и социальные факторы возникновения боли в спине, в том числе их распространенность, анамнестические и демографические данные, а также вариативность от страны к стране [1-3].

По определению ВОЗ от 1992 г., психогенная боль — это боль, связанная с появлением эмоци-

онального конфликта или психологических проблем, которых достаточно, чтобы сделать заключение, что именно они являются главной причиной боли.

Диагноз психогенной боли устанавливается при обязательном исключении (устранении) соматической патологии.

До настоящего времени неясны патогенетические аспекты возникновения психогенных болевых синдромов. Известно, что многие нейропатические болевые синдромы впоследствии осложняются психогенным компонентом, а некоторые психические заболевания сопровождаются болью. Таким образом, психогенная боль представляет

собой взаимодействие соматических и психических факторов: на одном из полюсов располагаются болевые синдромы, механизмы возникновения которых связаны с определенной соматической и неврологической патологией, на другом полюсе — болевые синдромы, обусловленные и ассоциированные с психическими расстройствами. Главным звеном, которое лежит в основе лечения любого психогенного хронического болевого синдрома (ХБС), является понимание взаимосвязи биологических, социальных и психологических факторов в патогенезе боли. Часто болевой синдром возникает по не связанным со стрессом причинам, но эмоциональное перенапряжение способно увеличивать перцепцию или пролонгировать болевое ощущение. Существуют три теории, объясняющие механизм включения психогенных факторов в возникновение болевого ощущения[4].

Существует значимая связь между хронической болью в нижней части спины и психосоциальными факторами, что диктует необходимость исследования патологического состояния хронической боли в нижней части спины, включая функцию мозга. Однако причинно-следственная связь между функцией мозга и хронической болью не была доказана в ходе перекрестных исследований, что обосновывает актуальность проведения дальнейшей работы в этой области[5-7].

По мнению многих авторов, физическое здоровье находится под влиянием эмоциональных проявлений. Специфика психосоматического заболевания связана с сочетанием ряда факторов - индивидуальных особенностей личности, стрессогенных условий жизни и конституционально детерминированной ранимостью определенного органа или вегетативной нервной системы[1]. По данным диссертационного исследования Л.П. Великановой, распространенность психосоматических расстройств среди населения колеблется от 15 до 50%, а в общей медицинской практике - от 5,1 - 30% до 57 - 66,8%.

Наиболее частые формы психологической защиты при психосоматических заболеваниях — это эйфорически-анозогнозическое поведение, характеризующееся отрицанием тяжести болезни и невниманием к своему состоянию, и истерическое поведение, которое характеризуется аггравационными тенденциями и эгоцентризмом[8].

С.Я. Бабушкин рекомендует ведение психотерапевтических групп для пациентов. Работа в группе направлена:

- на улучшение информированности пациентов об особенностях течения заболеваний, сопровождающихся болью в спине;

- коррекцию паттерна поведения, который определяет ответственность за состояние своего здоровья и приверженность лечению;

- на формирование копинг-стратегии взаимодействия с лечащим врачом.

В программу групповой психокоррекции С.Я. Бабушкин рекомендует включать такие направления и методики, как поведенческая и рациональная психотерапия, обучение техникам визуализации и аутогенной тренировки. В результате психокоррекционной работы наблюдается достоверное снижение тревожности и возрастание осознания ответственности, причем не только за свое состояние здоровья, но и за все происходящее в жизни.

Результаты и обсуждение

Рассмотрим клинический случай успешной работы мультидисциплинарной бригады по реабилитации пациентки с хронической болью в нижней части спины на этапе санаторно-курортного лечения.

Пациентка Н., 36 лет, неоднократно в течение 10 лет обращалась в поликлинику с жалобами на боли в поясничной области, больше выраженные справа. Последние три года отмечает учащение возникновения болевого синдрома (обострение?), с длительностью приступов до 2-3 дней, без эффекта приема миорелаксантов и нестероидных противовоспалительных препаратов.

Из анамнеза жизни: пациентка росла и развивалась согласно возрасту. С подросткового возраста отмечает дисгормональные нарушения (нарушения менструального цикла). Длительно принимает оральные контрацептивы.

Наследственные заболевания отрицает. Перенесенные острые заболевания: ОРВИ 1-2 раза в год, корь в детском возрасте, ангина. Хронические заболевания: хронический гастрит, поликистоз яичников. Хирургические вмешательства: не было. Жилищно-бытовые условия удовлетворительные. Алкоголь и курение отрицает.

Телосложение нормостеническое. Кожные покровы чистые, нормального цвета. Со стороны дыхательной и сердечно-сосудистой системы отклонений не выявлено. Пульс 78 ударов в минуту, ритмичный, АД 125/68 мм рт. ст., ЧДД 15 в минуту. Живот при пальпации безболезненный, перитониальные симптомы отрицательные. Печень при пальпации безболезненна и не выходит за край реберной дуги. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный с обеих сторон. Мочевыделительная система в норме. Стул оформленный, 1-2 раза в сутки.

Данных за нарушение функции щитовидной железы не получено.

Проводились исследования: МРТ поясничного и грудного отдела позвоночника: патологических изменений поясничного отдела позвоночника, протрузий и грыж межпозвоночных дисков не выявлено. Колоноскопия: внутренний геморрой в стадии ремиссии. Долихосигма. УЗИ почек: признаки умеренно низкого расположения и подвижности правой почки. УЗИ малого таза: аденомиоз, умеренно выраженное варикозное расширение вен малого таза. МРТ-исследование костей и мышц таза: патологических изменений костей таза и мышц в зоне сканирования не выявлено. Рентгенограмма с функциональными пробами: патологических изменений не выявлено.

В неврологическом статусе: без очаговой и менингеальной симптоматики, данных указывающих на корешковый синдром, нет. При пальпации отмечается умеренная гипотония мышц паравертебральной области пояснично-крестцового отдела. Объем движений не ограничен. Пациентка отмечает усиление болей при наклоне вперед.

Пациентке был рекомендован курс медицинской реабилитации в санаторно-курортной организации. По результатам консилиума в составе терапевта, невролога, гинеколога, медицинского психолога, физиотерапевта, врача по лечебной физкультуре и спортивной медицине была определена тактика дальнейшего ведения.

Заключение врачебного консилиума: данных о наличии первичной неврологической патологии нет.

На основании клинической картины, по результатам инструментальных методов обследования и парадоксального эффекта медикаментозной терапии, а также фиксированности на болевых ощущениях можно диагностировать боль в нижней части спины психогенного характера.

Рекомендовано проведение персонализированной комплексной программы реабилитации на санаторно-курортном этапе, длительностью 14 дней: лечебная физкультура (по индивидуальной методике), психокоррекционная работа с психологом № 5, посещение психотерапевтической группы №5. Лечение проводилось на фоне стандартной программы диетического питания для пациентов с заболеваниями опорно-двигательного аппарата и позвоночника.

Согласно международным рекомендациям, в лечении хронической боли в нижней части спины психотерапия (когнитивно-поведенческая психотерапия) имеет высокий уровень доказательности (В).

В рамках психологического сопровождения реабилитационного процесса проведена психофизи-

ологическая диагностика, психологическая коррекция.

Используемая батарея тестов: вариационная кардиометрия, субъективный тест «Сан», тест «Индекс жизненного стиля», Шкала тревоги Спилберга —Ханина. По результатам психофизиологической диагностики отмечается: показатели общего самочувствия в пределах средних значений; в структуре используемых механизмов психологической защиты преобладают отрицание, вытеснение и проекция. Такой вариант обуславливает обесценивание стрессовой ситуации, избегание активного участия в устранении жизненных трудностей или подмену степени значимости той или иной ситуации лично для пациентки, при этом, уровень личностной тревожности определяется выше возрастной нормы; уровень функционального состояния при измерении вариационной кардиометрии значительно ниже нормы.

Таким образом, у пациентки признаки невротического состояния, что может обуславливать наличие психогенной боли в индивидуальной картине соматических жалоб. Более того, такие копинг-стратегии забирают слишком много энергии для поддержания ложных убеждений. У пациентки занижена самооценка, она относится к себе пренебрежительно, имеется ощущение, что другие относятся к ней также с пренебрежением. Такое иррациональное мышление замыкает пациентку на попытках уйти от решения реальных проблем, избегании сложных для себя чувств и переживаний. В данном случае соматизация связана с непроявленными аффектами.

В результате психологического сопровождения пациентки раскрыт длительный психоэмоциональный конфликт. Конфликт личных мотивов по причине авторитарного давления извне. Потеря чувства безопасности в период от 3 до 6 лет (по Э. Эриксону 3-я стадия развития локомоторно-генитальная, в которой происходит половая идентификация, формируется моральная ответственность, инициативность) во время субъективно острой ситуации отразилась на способах совладения со стрессом во взрослом периоде. Репрезентация событий с помощью использования медитативных и символодраматических техник позволила обнаружить значимый период формирования психоэмоционального конфликта и разрешить его.

По результатам проведенной персонализированной комплексной программы реабилитации боль в спине регрессировала. В табл. 1 представлены результаты психофизиологической диагностики до и после лечения.

Динамика показателей психофизиологического обследования пациентки

Вариабельность сердечного ритма		
Показатели	Фон	14 день
ЧСС	86,8	78,2
Si	612,46	382,3
LF/HF	3,98	1,7
(VLF+LF)/HF (IC)	6,3	2,78
ИПРС	1,55	2,36
Самочувствие, активность, настроение		
Самочувствие	3,5	4,3
Активность	3,1	4,8
Настроение	2,7	4,6
Шкала тревожности Спилберга-Ханина		
Личностная тревожность	47	39
Ситуативная тревожность	41	30

Таблица 2

Катамнестический опрос пациентки по истечении 1 и 6 месяцев после реабилитации

Период катамнестического опроса	Цель реабилитации	Оценка системы записи	Физическое состояние	Эмоциональное состояние	Уверенность в себе, своих силах	Профессионализм работников	Актуальные жалобы на здоровье	Наличие рецидивов
1 мес	Оптимизация контроля болевого синдрома и его устранение в поясничном отделе позвоночника, больше справа, усиливающего при физической нагрузке		5	5	4	6	Нет	Нет
6 мес		удовл.	6	6	6	6	Нет	Нет

По результатам психофизиологического обследования пациентки при поступлении выражено психофизиологическое напряжение. Существенно преобладает вклад симпатической системы, растраты ресурсов автономных регуляторных механизмов адекватно не восполняются, что приводит к ослаблению системы восстановления и прогнозируемому срыву адаптационных механизмов. На субъективном уровне пациентка также отмечает снижение психоэмоциональной активности, повышенную тревожность.

При выписке отмечается улучшение функционального состояния, за счет активации вклада парасимпатической системы в систему автономной регуляции, перераспределение затрат и накопление ресурсов для адекватной системы восстановления; снижение тревожности, улучшение психофизиологической активности и психоэмоционального фона.

После 14-дневного курса лечения и психокоррекционной работы по визуальной аналого-

вой шкале боли отмечен регресс болевого синдрома с 8 до 4 баллов.

С целью оптимизации контроля и оценки эффективности комплексной персонифицированной программы реабилитации проводился катамнестический опрос спустя 1 и 6 мес после лечения, результаты опроса данной пациентки приведены в табл 2.

Рецидивов болевого синдрома в нижней части спины в течение 1 мес и через полгода не возникло. Пациентка увеличила свою двигательную активность и продолжила занятия спортом в фитнес-клубе, практикует йогу, самостоятельно занимается аутогенной тренировкой.

Заключение

Таким образом, анализ интрацептивного восприятия боли, субъективной и объективной оценки причин болевых ощущений позволил верифицировать диагноз – боль в спине психоген-

ной природы. Сложенная работа многих специалистов в составе мультидисциплинарной бригады и применение персонифицированной комплексной программы реабилитации позволили купировать болевой синдром.

Многие хронические болевые синдромы включают в себя элементы боли неverteбральной этиологии, и, несмотря на усилия профильных специалистов и пациентов, не удается добиться достаточной клинической эффективности. Без учета социальных и психологических факторов, которые участвуют в патогенезе хронической боли в нижней части спины, адекватная оценка состояния больного невозможна. Ограничения в повседневной деятельности из-за боли влияют не только на уровень физического здоровья, но и на социальное участие и уровень удовлетворенности здоровьем, и, наоборот, психосоциальный фактор может быть ведущим и способствовать возникновению хронической боли.

Литература

1. Александр Ф. Психосоматическая медицина. Принципы и применение // М.: Институт Общегосударственных Исследований. — 2011. [Alexander F. Psychosomatic medicine. Principles and application // Moscow: Institute of National Research. — 2011. In Russian].

2. Епифанов В. А. и др. Медицинская реабилитация в акушерстве и гинекологии. — 2019. [Epifanov V. A. et al. Medical rehabilitation in obstetrics and gynecology. — 2019. In Russian].

3. Назарян С.Е. и др. Психологические факторы стрессов и травмы у высококвалифицированных спортсменов в условиях профессиональной деятельности // //Лечебная физкультура и спортивная медицина. — 2018. — №. 2. — С. 42-46. [Nazaryan S. E. et al. Psychological factors of stress and trauma in highly qualified athletes in professional activity //Physical therapy and sports medicine. — 2018. — №. 2. — P. 42-46. In Russian].

4. Данилов А. Б., Исагулян Э. Д., Макашова Е. С. Психогенная боль //Журнал неврологии и психиатрии им. СС Корсакова. — 2018. — Т. 118. — №. 11. — С. 103-108. [Danilov A. B., Isagulyan E. D., Makashova E. S. Psychogenic pain // Journal of neurology and psychiatry named After S. S. Korsakov. — 2018. — V. 118. — №. 11. — P. 103-108. In Russian].

5. Will J. S., Bury D. C., Miller J. A. Mechanical low back pain //American family physician. — 2018. — V. 98. — №. 7. — P. 421-428.

6. Russo M. et al. Muscle control and non specific chronic low back pain //Neuromodulation: Technology at the Neural Interface. — 2018. — V. 21. — №. 1. — P. 1-9.

7. Matsuo Y. et al. Attenuation of cortical activity triggering descending pain inhibition in chronic low back pain patients: a functional magnetic resonance imaging study //Journal of anesthesia. — 2017. — V. 31. — №. 4. — P. 523-530.

8. Губачев Ю.М., Стабровский Е.М. Клинико-физиологические основы психосоматических соотношений // Ленинград — Медицина — 1981 [Gubachev Yu. M., Stabrovsky E. M. Clinical and physiological bases of psychosomatic relations // Leningrad.: Meditsina. — 1981. In Russian].