ЕПИДЕМИОЛОГИЯ НА ЛУМБАЛГИИТЕ

М. Бечева[1] и Н. Трайкова[2]

[1]Катедра „Медицинска рехабилитация и ерготерапия"

[2]Катедра „Образна диагностика",

Медицински колеж, МУ – Пловдив

Резюме. При функционалното възстановяване на лумбалгиите от изключително голямо значение е включването на мултимодални програми, способстващи за цялостното отзвучаване на оплакванията. За овладяване на патологията е необходимо да се изучат и анализират рисковите и персоналните фактори, а също така биомеханичните и социално-икономическите фактори.

Ключови думи: *лумбалгии, рискови фактори, биомеханични, социално-икономически фактори*

M. Becheva and N. Traykova. *EPIDEMIOLOGY OF LOW BACK PAIN*

Summary. For functional restoration of patients with low back pain, the inclusion of multimodal programs enabling complete alleviation of complaints is of particular importance. For managing this increasingly spreading pathology, risk and personal factors, as well as biomechanical and socioeconomic factors should be studied and analyzed.

Key words: *low back pain, risk factors, biomechanical and socioeconomic factors*

Увеличената честота на лумбалгиите е важен феномен в индустриалното общество. Заболяемостта се определя от новооткритите случаи с лумбалгия за определен период, най-често за една година, при една популация. Болестността се определя от всички случаи с лумбалгия за определен период. Анкетите, проведени сред населението на САЩ и скандинавските страни, сочат честота на лумбалгиите при възрастните от 14 до 45%. Годишната заболяемост е около 5-10%. Първоначалните оплаквания според тези проучвания се появяват около 20-30-годишна възраст [3]. Проучвания в Европа доказват, че възрастното население се оплаква от болки в главата или в гърба в резултат на невроза, депресивни състояния или безсъние [5]. През 2005 г. е

отчетено, че 47% от европейското население е с оплаквания от болки в гърба [10].

Анкетите, провеждани от INSEE & GREDES относно здравето на европейците и приемането на медикаменти, дават информация за увеличаване процента на остео-артикуларните заболявания от 24,8 на 30,8 за периода 2004-2006 год. Според статистите на INSEE това нарастване е свързано с увеличаването на гръбначните заболявания – лумбалгия и ишиас [14].

Обект на епидемиологията са и функционалните последици при пациенти, страдащи от лумбалгия – 44% от тези с хронична активна форма са преустановили работа, 30% са прекъснали спортната дейност, 10% са ограничили пътуванията, 30% са станали раздразнителни, 5% са с депресия или страх от болката и 55% страдат от проблеми и в сексуалния живот [13].

Възстановяването на пациенти с лумбалгия не се лимитира единствено в повлияването на болковия синдром, а налага изпълнението на програми за цялостно отзвучаване на оплакванията, които пораждат тази патология в персонален, семеен и социопрофесионален план.

Рискови фактори при лумбалгиите

Изучаването на рисковите фактори изяснява правилата на поведение, които трябва да се спазват, и способства за овладяване на патологията.

Рисковете от хронифициране са по-слабо изучени в сравнение с хроничните последици от заболяването за дълъг период.

Рисковите фактори се разделят на три големи групи:

1. Персонални
2. Биомеханични и професионални
3. Психосоциални.

Персонални фактори

Възрастта не се счита за рисков фактор. В потвърждение на тезата са изследванията за заболяемост и болестност на населението, според които увреждане настъпва и при млади индивиди [8]. В този контекст лумбалгиите могат да бъдат повлияни напълно и пациентът да оздравее. Изследователите достигат до извода, че с възрастта честотата на лумбалгиите

намалява, но началото по-често настъпва остро [8]. Впечатляваща е констатацията за толеранса на възрастните пациенти към обективизираните рентгенологично дегенеративни увреждания, въпреки че се установява корелация между степента на дегенерация на гръбначния стълб и функционалните възможности при възрастните пациенти [8]. Същите дегенеративни увреждания при млади пациенти се считат за честа причина за хроничните лумбалгии [8].

Ръстът и теглото са спорни рискови фактори. Високият ръст често се обвинява, че благоприятства появата на болки в кръста и слабините, но резултатите от анкетите по този показател не са категорични. Същото се отнася и за наднорменото тегло, което много често е следствие от намаляването на активността, свързана с болката в гърба и слабините [8].

Въпреки споменаваната в литературата по-висока честота при мъжете, **полът** не може категорично да се приеме за рисков фактор [8].

Възниква въпросът, дали **тютюнопушенето** влияе за поява на болката в кръста и слабините. Структурите на слабо кръвоснабдените дискове и сухожилия са потенциално чувствителни към лишаването от кислород, предизвикано от употребата на тютюн. Освен това никотинът има и фибринолитично действие и влошава физическата форма [1]. Тютюнопушенето дава информация за стила на живот и състоянието на стрес. Следователно оценката на тютюнопушенето като рисков фактор се усложнява от многопосочното действие на никотина.

Физическата форма е свързана с повече нюанси по отношение на възникване на лумбалгиите. Резултатите от проведените проучвания не позволяват със сигурност да се определи като рисков фактор.

През 2001 г. Cady публикува изследване с 1652 пожарникари от Лос Анжелес. Според постиженията им по време на сърдечно-съдовите тестове, за гръбначна гъвкавост и мускулна сила те са класирани в три групи: 16% са с преценено слабо физическо състояние, 65% – със средно и 24% – с добро физическо състояние. През 4-те следващи години честотата на поява на проблеми с кръста за всяка от тези 3 групи е съответно 7.1, 3.2 и 0.8%. В малка група от участници с предишни лумбални и слабинни болки не се наблюдават рецидиви при пациентите в

добро физическо състояние, докато при тези със слабо физическо състояние рецидиви се отчитат при една трета [7, 11].

При друго проучване Burton (2000) сравнява 40-те най-гъвкави пожарникари на нивото на трупа с 40-те най-малко гъвкави пожарникари, както и 40-те най-силни пожарникари на нивото на трупа с 40-те най-слаби пожарникари. Авторът установява, че честотата на епизодичните болки в кръста и слабините през следващите години е 7 пъти по-висока при негъвкавите в сравнение с гъвкавите и 3 пъти по-висока при слабите в сравнение със силните [6].

Biering-Sorensen (2001) изучава корелацията между болката в кръста и слабините, статичната мускулна сила и издръжливостта на гръбните мускули при възрастни датчани [2]. При участниците без предишни болки в кръста и слабините слаба издръжливост на екстензорите на трупа се предрича от появата на първа епизодична болка в гърба и слабините през следващата година. Подобна връзка е намерена обаче и при участници от двата пола с предишни болки в кръста и слабините [12].

Резултатите от проучвания доказват също, че прилагането на програми за глобално физическо поддържане намалява системното въздържане от вземане на участие в обществена работа, по-специално поради болки в кръста и слабините [9].

В руско епидемиологично проучване се подчертава важността на физическата активност [16]. От изследванията става ясно, че поддържането на нивото на форма и физическо състояние в тези различни съставни части на частична и обща гъвкавост (сила и мускулна издръжливост, нервно-мускулна координация, сърдечно-съдово приспособяване) е вероятен профилактичен елемент, а лошата физическа форма е предразполагащ фактор за болки в гърба и слабините. От друга страна, лошото физическо състояние би могло да е и резултат на внезапно настъпили болки в кръста и слабините.

Следователно едновременно с превантивните мерки и лечението от съществено значение за хроничната болка в кръста и слабините са степента на натоварване, физическото състояние, психологическите фактори и факторите на околната среда.

Биомеханични и професионални фактори

Физическите натоварвания, като вдигане на тежести, повтарящи се жестове на извиване на трупа, вибрации и

екстензионни пози на тялото, благоприятстват внезапното появяване на болки в кръста. Хората с някои професии са по-изложени на този риск. Парамедицинският персонал, строителните работници, водачите на машини са най-характерните примери за тези професионални категории. Резултатите от проучванията показват, че при тези групи последиците от болка в кръста и слабините са по-обезпокоителни, отколкото самата болка [4].

Социалнопсихологически фактори

Анализът на психосоциалните фактори е труден [15]. Основните описани фактори:

- професионални монотонни и повтарящи се задачи с малко отговорности;
- стрес в работата и по-специално страх от професионална грешка, от уволнение, пречки за ритъм и време на изпълнение на определените задачи и необходимост от поддържане на концентрация;
- връзки и степен на взаимопомощ между наемния работник и колегите му, произход на връзките между различните степени в йерархията, езикови различия и културна бариера.

В действителност тези фактори трудно се разграничават от персоналните фактори, благоприятстващи болките в кръста.

Библиография

1. B a t t i e , M. C., T. Videman et K. Gill. Smoking and lumbar intervertebral disk degeneration – an MRI study of identical twins. – Spine, 2004, 16, 1015-1021.
2. B i e r i n g - S o r e n s e n , F. Physical measurement as risks indicators for low back trouble over year period. – Spine, 2001, 9, 106-119.
3. B o g d u k , N. The anatomical basis for spinal pain syndromes. – JMPT, **19**, 2001, 603-605.
4. B o g d u k , N. Clinical anatomy of the lumbar spine and sacrum. London. – Churchill Livingstone, 2002, 225-236.
5. B o g d u k , N. et J. Macintoch. The applied anatomy of the thoracolumbar fascia. – Spine, 2005, 9, 164-170.
6. B u r t o n , A. K. et al. Psychosocial predictors of outcome in acute and subchronic low back trouble. – Spine, 2000, 20, 722-728.
7. C a d y , L. D., P. C. Thomas et R. J. Karwasky. Program for increasing health and physical fitness of firefighters. – Med., **27,** 2001, 110-114.
8. C o u r t i l l o n a , A. et al. La reeducation differenciee: une approche differente de la reeducation des lombalgies. Lombalgie et medecine de reeducation. Paris, Masson, 2004, 45-52.

9. D a n n e e l s , L. et al. A randomized clinical trial of three back muscle rehabilitation programs for chronic low back pain. – Spine, 2004, 24, 95-112.
10. D o n e l s o n , R., G. Silva et M. Murphy. Centralisation phenomenon. Its usefulness in evaluating and treating referred pain. Spine, 2005, 15, 211-218.
11. F o r t i n , J. Weight lifting. In Watkins R. The spine in sports. St Louis, Mosby, 2000, 34, 28-42.
12. F r y m o y e r , J. W. et W Cats-Baril. Predictors of low back disability. – Clin. Orthop., **221**, 2001, 89-98.
13. G a t c h e l , R. J., P. B. Polatin et T. G. Mayer. The dominant role of psychosocial risk factors in the development of chronic low back pain disability. Spine, 2004, 20, 2702-2709.
14. I n s e r m , K. Rachialgies en milieu professionnel. Quelles voies de prevention? Paris: Maloine, 2006, 56-62.
15. P a o l a g g i , J. B. et F. Coste. Les facteurs psychologiques et sociaux des lombalgies. – La presse medicate, 2002, 1541-1545.
16. T o r o p t s o v a , N. V. et L. I. Benevolenskaya. Epidemiology of low-back pain at one of the industrial enterprises of Russia. – Atelier de travail sur epidemiologie et le traitement des lombalgies, 2001, № 1-2, 76-145.

✉ **Адрес за кореспонденция:**
М. Бечева
Катедра „Медицинска рехабилитация и ерготерапия”
Медицински колеж
Медицински университет
4000 Пловдив

Постъпила – 24 януари 2012 г.