

DOI: <https://doi.org/10.51922/2074-5044.2021.3.21>А. И. Гаманович¹, А. С. Гиринович², Е. А. Ковальчук³**ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ
С ВЕРТЕБРАЛЬНЫМ БОЛЕВЫМ СИНДРОМОМ**

ГУ «1134 военный клинический медицинский центр
Вооруженных Сил Республики Беларусь» г. Гродно¹,
УЗ «Брестская центральная городская больница»²,
УЗ «Гродненская городская больница № 4»³

Целью исследования являлось определение взаимосвязи неврологических проявлений остеохондроза, висцеральной патологии и временных характеристик болевого синдрома с оценкой качества жизни пациентов. Обследовано 50 пациентов с неспецифической болью в спине. Проводилась диагностика неврологических проявлений остеохондроза, сопутствующей висцеральной патологии, оценка качества жизни по опроснику SF-36, тестирование по госпитальной шкале тревоги и депрессии HADS. Результаты: большинство пациентов достигают ремиссии (66%), у 34% больных развиваются рецидивы различной продолжительности. У 44% пациентов отсутствовали неврологические проявления остеохондроза. В 50% случаев выявлена сопутствующая висцеральная патология. У 38% пациентов диагностированы отклонения по шкале HADS. Длительность заболевания свыше одного года значительно влияла на снижение физического компонента здоровья по опроснику SF-36. В наибольшей степени ухудшались показатели трудовой деятельности (56%), повседневной активности из-за интенсивности боли (44%) и эмоционального состояния (30%). Это диктует необходимость внедрения индивидуального, комплексного, мультидисциплинарного подхода в ведении пациентов с вертебральным болевым синдромом при остеохондрозе позвоночника.

Ключевые слова: боль в спине, остеохондроз позвоночника, грыжа диска, отраженный болевой синдром, качество жизни, целостный организм.

A. I. Hamanovich, A. S. Hirynovich, E. A. Kovalchuk

**ASSESSMENT OF THE QUALITY OF LIFE OF PATIENTS
WITH VERTEBRAL PAIN SYNDROME**

The aim of the study was to determine the relationship between neurological manifestations of degenerative disk disease, visceral pathology and temporal characteristics of pain syndrome with an assessment of the quality of life of patients. 50 patients with non-specific back pain were examined. Diagnostics of neurological manifestations of degenerative disk disease, concomitant visceral pathology, assessment of the quality of life according to the SF-36 questionnaire, testing according to the hospital scale of anxiety and depression HADS were carried out. Results: most patients achieve remission (66%), 34% of patients develop relapses of varying duration. In 44% of patients, there were no neurological manifestations of degenerative disk disease. In 50% of cases, concomitant visceral pathology was detected. 38% of patients were diagnosed with deviations on the HADS scale. The duration of pain syndrome over one year significantly affected the decrease in the physical component of health according to the SF-36 questionnaire. The indicators of work activity (56%), daily activity due to the intensity of pain (44%) and emotional state (30%) deteriorated the most. This dictates the need to introduce an individual, integrated, multidisciplinary approach in the management of patients with vertebral pain syndrome in degenerative disk disease of the spine.

Key words: back pain, degenerative disk disease, disc herniation, reflected pain syndrome, quality of life, whole organism.

Введение

Наиболее часто, в современной научной литературе, боль в спине связывают с микротравматизацией мышц, связок и сухожилий, в некоторых случаях с грыжей диска, артрозами

суставов и другими структурными изменениями в позвоночнике [7]. В отечественной практике данный симптом чаще связывают с неврологическими проявлениями остеохондроза [2, 8]. Отсутствие взаимосвязи между клиническими проявлениями и выраженностью морфологических

изменений при остеохондрозе позвоночника (ОП), привело к отрицанию общей патогенетической связи этих состояний, изолировав проблему боли в спине, представив ее следствием нарушений исключительно опорно-двигательного аппарата [1, 6].

В настоящее время существует две крайности понимания проблемы ОП – от связи с большинством симптомов и заболеваний до полного отрицания остеохондроза как патологического состояния [4]. Между тем, этиопатогенетическая и саногенетическая сущность дегенеративно-дистрофического процесса и возникающих при нем неврологических, ортопедических и системных дисфункций все еще недостаточно изучена [3]. Мало исследованы процессы спонтанного регресса грыж межпозвонковых дисков (МПД) [5, 8, 9]. Актуальна проблема отраженных болевых синдромов при ОП [3]. Недостаточно изучены механизмы физической и психологической адаптации при неспецифическом вертеброгенном болевом синдроме. Остаются вопросы доказательной эффективности и тактики применения многих методов лечения (нестероидные противовоспалительные средства, хондропротекторы, лечебные блокады, физиотерапия, рефлексотерапия, лечебная физкультура, мануальная терапия, остеопатия, массаж и др.) [10]. Необоснованно широко применяется хирургическое лечение грыж МПД. Мало внимания уделяется восстановительному лечению, не только физической, но и психологической реабилитации [1].

Ревизия термина «остеохондроз», в настоящее время, упростила понимание данной нозологии, не снизив ни заболеваемость и инвалидность, затраты на лечение и реабилитацию, количество оперативных вмешательств и диагностических ошибок [1, 6]. Этому способствовало отсутствие единого подхода в формировании клинического диагноза у таких пациентов: от «остеохондроза позвоночника» и «грыжи диска» без клинико-функциональных характеристик, неоднозначного – «дорсопатия» (можно провести параллель с «абдоминопатией»), до «миофасциального болевого синдрома» не являющегося по сути диагнозом [8]. Поэтому представление о сущности вертеброгенного болевого синдрома базирующееся только на данных нейровизуализации или локального поражения мышечного аппарата, без учета состояния целостного организма, – не приемлемо, а методы диагностики

и лечения, выработанные на такой основе – малоэффективны [1].

Все вышеуказанное демонстрирует необходимость дальнейшего изучения системных саногенетических и патогенетических механизмов при вертеброгенной патологии, не только для улучшения диагностики, но и разработки персонализированных мультидисциплинарных подходов в терапии, с учетом физических и психологических составляющих здоровья. Это определяет актуальность данного исследования, направленного на разрешение имеющихся вопросов.

Цель исследования

Определение взаимосвязи неврологических проявлений остеохондроза, висцеральной патологии и временных характеристик болевого синдрома с оценкой качества жизни пациентов.

Материал и методы

Дизайн исследования: открытое, одномоментное, когортное.

Обследовано 50 пациентов с болевым синдромом в области шейного, грудного и пояснично-крестцового отделов позвоночника, находившихся на стационарном лечении в неврологическом отделении. Из них было 11 (22,0%) женщин и 39 (78,0%) мужчин, в возрасте от 19 до 71 года, средний возраст $32,4 \pm 14,5$ лет.

Показаниями для включения пациентов в исследование являлись: возраст старше 18 лет; болевой синдром в шейном, грудном или поясничном отделе позвоночника, остеохондроз соответствующего отдела позвоночника, по данным нейровизуализационных (спондилографии, КТ, МРТ) исследований. Из исследования исключались лица моложе 18 лет, а также пациенты со специфическими заболеваниями позвоночника (воспалительными, онкологическими, травматическими, эндокринными, инфекционными).

Диагноз неврологических проявлений остеохондроза (НПО) подтверждался неврологическими, вертебральными и общеклиническими исследованиями [2]. На основании данных общеклинических анализов, инструментальных методов исследования и консультаций смежных специалистов диагностировалась сопутствующая висцеральная патология. Анализ показателей качества жизни, состояние психоэмоционально-

го статуса проводились с использованием валидных опросников, таких как SF-36, госпитальная шкала тревоги и депрессии Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS). Использованы непараметрические методы статистического анализа. Сравнение качественных показателей проводили по критерию χ^2 . При малой выборке применялась поправка Йетса. Различия считали статистически значимыми при уровне $p < 0,05$.

Результаты и обсуждение

Диагноз вертеброгенная цервикалгия был выставлен 4 (8%) пациентам, цервикобрахиалгия – 2 (4%), люмбалгия – 30 (60%), люмбоишиалгия – 8 (16%), торакалгия – 2 (4%), радикулопатия – 4 (8%).

Острый болевой синдром, длительностью менее 6 недель, диагностирован у 22 пациентов (44%), подострый (от 6 до 12 недель) у 14 (28%), хронический (более 12 недель) у 14 (28%). Длительность заболевания от 1 до 2 лет у 16 (32%) человек, от 2 до 5 лет у 4 (8%), более 5 лет у 15 (30%). Болевой синдром возник впервые у 15 (30%) человек. Частота обострений 1 раз в месяц наблюдалась у 10 (28,4%) человек, испытывали боль постоянно 12 (34,2%), обострения от 1 до 3 раз в год у 11 (31,4%), реже 1 раза в год у 2 (6,0%). Слабовыраженные неврологические проявления остеохондроза диагностированы у 7 (14%) человек, выраженные у 21 (42%), отсутствовали у 22 (44%). Диагностирована сопутствующая патология мочеполовой системы у 4 (8%) человек, ЖКТ у 10 (20%), сочетанная патология у 11 (22%), отсутствовала патология внутренних

органов у 25 (50%). Отклонения по шкале HADS диагностированы у 19 (38%) пациентов, из них у 9 (47,3%) отсутствовали НПО.

По опроснику SF-36 исследовались показатели физического компонента здоровья (Physical health (PH)) и психологического компонента (Mental Health (MH)). Высоких показателей физического компонента не было, средние выявлены у 36%, низкие у 64%. При анализе психологического компонента высокие показатели выявлены у 6%, средние у 72%, низкие у 22%. Доля низких показателей по исследуемым шкалам представлена на рисунке 1.

Наибольшее отрицательное влияние болевой синдром оказывал на повседневную деятельность (работу, повседневные обязанности (RP)) – низкий показатель у 56% пациентов, интенсивность боли (BP) – 44%, ролевое функционирование (работа, повседневная деятельность), обусловленное эмоциональным состоянием (RE) – 30%, повышенную утомляемость (снижение жизненной активности (VT)) – 28%. В меньшей степени влияние было на самообслуживание (физическое функционирование (PF)) – 16%, социальное функционирование (общение (SF)) – 12%, общее состояние здоровья (GH) – 12% и психическое здоровье (MH) – 4%.

В дальнейшем, с целью выявления взаимосвязи характеристик болевого синдрома с долей низких показателей качества жизни, пациенты были разделены на группы в зависимости от анализируемого фактора: длительности заболевания, частоты и длительности обострений, наличия висцеральной патологии, тревожно-депрессивных расстройств, НПО.

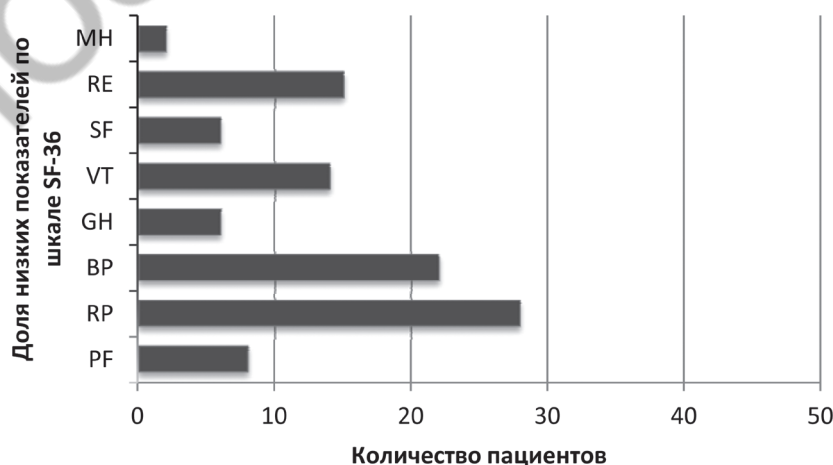


Рис. 1. Доля диагностируемых низких показателей по шкале SF-36

Таблица 1. Длительность заболевания в исследуемой группе

	всего	РН	МН	р
		n (%)	n (%)	
Впервые	15	7 (46,6)	3 (20)	0,245
1-2 года	16	9 (56,25)	3 (18,75)	0,06
3 года и более	19	16 (84,2)	5 (26,3)	0,0011

Как представлено в таблице 1, в каждой из выше представленных групп пациентов значительно преобладало снижение физического компонента здоровья над психологическим. Также физический компонент был чаще снижен у пациентов с длительным, более трех лет течением заболевания. Статистически значимые различия выявлены при сопоставлении показателя РН, групп с впервые возникшим болевым синдромом и длительностью более трех лет ($p = 0,025$). При сопоставлении показателей МН значимых различий не выявлено.

Снижение физического компонента здоровья статистически не значимо преобладало у пациентов с частыми обострениями при сопоставлении с пациентами у которых в анамнезе отсутствовали обострения ($p = 0,1$). Также преобладало снижение физического компонента над психологическим. При сопоставлении показателей МН, значимых различий не выявлено (таблица 2).

Таблица 2. Частота обострений в исследуемой группе

	всего	РН	МН	р
		n (%)	n (%)	
1 раз в месяц – постоянно	22	16 (72,7)	5 (22,7)	0,001
От 1 до 3 раз в год	13	9 (69,2)	3 (23,0)	0,049
Не было обострений	15	7 (46,6)	3 (20,0)	0,24

Продолжительность обострения в большей степени влияла на физический компонент здоровья у пациентов с длительностью болевого синдрома от 1 до 3 месяцев, однако статистически значимых различий не выявлено. Психологический компонент, в сравнении с физическим, в большей степени отрицательно изменялся у пациентов с длительностью обострения более 1 месяца. При сопоставлении физического компонента в группах с обострением до 1 месяца и более трех месяцев различий не было ($p = 0,14$) (таблица 3).

Таблица 3. Длительность обострений в исследуемой группе

	всего	РН	МН	р
		n (%)	n (%)	
До 1 месяца	22	14 (63,6)	8 (36,3)	0,07
От 1 месяца до 3 месяцев	14	10 (71,4)	1 (7,14)	0,002
Более 3 месяцев	14	8 (57,14)	2 (14,2)	0,048

Влияние на физический компонент здоровья было большим у пациентов с диагностированной сопутствующей висцеральной патологией, однако статистических различий не выявлено ($p = 0,38$). Преобладало снижение физического компонента над психологическим в обеих группах сравнения. При наличии висцеральной патологии в большей степени снижался уровень психологического здоровья ($p = 0,17$) (таблица 4).

Таблица 4. Взаимосвязь с сопутствующей висцеральной патологией

Висцеральная патология	всего	РН	МН	р
		n (%)	n (%)	
Есть	25	17 (68,0)	8 (32,0)	0,011
Нет	25	15 (60,0)	3 (12,0)	0,001

Влияние на оба компонента здоровья было большим при наличии тревожно-депрессивных расстройств, однако статистически значимых различий при сопоставлении показателей РН не выявлено ($p = 0,3$). Преобладало снижение физического компонента над психологическим. При сопоставлении показателей МН значимых различий не выявлено ($p = 1,0$) (таблица 5).

Таблица 5. Взаимосвязь с тревожными и депрессивными расстройствами диагностируемыми по шкале HADS

	всего	РН	МН	р
		n (%)	n (%)	
Наличие отклонений по шкале	20	15 (75,0)	6 (30,0)	0,0035
Норма	30	17 (56,6)	5 (16,6)	0,0032

Выраженные неврологические проявления остеохондроза существенно влияли как на физический, так и на психологический компонент здоровья. При сопоставлении физических показателей значимых различий не выявлено. Статистически значимо преобладало снижение физического компонента над психологическим в группах с отсутствием НПО и с выраженными НПО. При сопоставлении показателей МН значимых различий не выявлено (таблица 6).

Таблица 6. Взаимосвязь с неврологическими проявлениями остеохондроза (НПО)

НПО	всего	РН	МН	р
		n (%)	n%	
Нет проявлений	22	13 (59,0)	4 (18,18)	0,0133
Слабовыраженные	7	4 (57,1)	1 (14,2)	0,26
Выраженные	21	15 (71,4)	6 (28,5)	0,006

Как представлено в таблице 7, доля сниженных показателей физического и психологического здоровья превалировала у пациентов с сочетанным проявлением висцеральной патологии и НПО. Значимо преобладало снижение физического компонента над психологическим при сопоставлении групп пациентов с отсутствием висцеральной патологии. При сопоставлении показателей МН и РН по вертикали – значимых различий не выявлено.

Таблица 7. Варианты сочетания сопутствующей висцеральной патологии и НПО

	всего	РН	МН	Р
		n (%)	n%	
Нет НПО и нет висцеральной патологии	12	7 (58,3)	1 (8,5)	0,03
Есть НПО и нет висцеральной патологии	13	8 (61,5)	2 (15,3)	0,043
Нет НПО и есть висцеральная патология	10	6 (60,0)	3 (30,0)	0,36
Сочетание НПО и висцеральной патологии	15	11 (73,3)	5 (33,3)	0,067

Болевой синдром в спине связанный с неврологическими проявлениями ОП – потенциально хорошо курабельное состояние, однако, несмотря на то, что большинство пациентов достигают ремиссии (66%), у 34% больных развиваются рецидивы болевого синдрома различной продолжительности. Отсутствие у 44% пациентов неврологических проявлений ОП, диагностируемая в 50% случаев сопутствующая висцеральная патология и выявляемые у 38% пациентов отклонения по шкале HADS, могут свидетельствовать либо о неоднородной группе заболеваний связанных общим симптомом – болью в области спины, либо об одном системном патогенетическом процессе проявляющимся болевым синдромом, в зависимости от сочетания патогенетических и саногенетических компенсаторных механизмов.

Длительность заболевания свыше трех лет значительно влияла на снижение физического компонента здоровья по опроснику SF-36.

В наибольшей степени ухудшались показатели трудовой деятельности, повседневной активности из-за интенсивности боли и эмоционального состояния. Однако различия между показателями физического и психологического компонента нивелировались и были значительными в случаях впервые возникшего болевого синдрома, при отсутствии обострений в анамнезе, длительности обострения менее месяца, слабовыраженных НПО, а также при сочетании сопутствующей висцеральной патологии и отсутствии НПО.

Полученные данные диктуют необходимость внедрения индивидуального, комплексного, мультидисциплинарного подхода в ведении пациентов с вертебральным болевым синдромом при ОП, с более широким привлечением таких специалистов как психолог, психотерапевт, реабилитолог особенно в дебюте заболевания.

Выводы

1. Неврологические проявления остеохондроза позвоночника отсутствовали у 44% пациентов с вертебральным болевым синдромом.
2. Сопутствующая висцеральная патология диагностирована в 50% случаев.
3. При вертебральном неспецифическом болевом синдроме в большей степени преобладало снижение физического компонента здоровья над психологическим. Однако при отсутствии НПО и наличии висцеральной патологии значительно ухудшались оба показателя ($p > 0,05$).
4. Повседневная деятельность (работа, выполнение повседневных обязанностей) была значительно ограничена физическим состоянием в 56% случаев.
5. Интенсивность боли значительно ограничивала активность пациентов (влияя на повседневную деятельность, включая работу по дому и вне дома) в 44% случаев.
6. Ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием, было снижено у 30% пациентов.
7. Повышенная утомляемость выявлена у 28% пациентов.
8. У обследованных пациентов редко выявлялись выраженные тревожные и депрессивные переживания по опроснику SF-36 (4%). Однако отклонения по шкале HADS выявлены у 38% пациентов.

Литература

1. Дривотинов Б. В. Современное состояние проблемы пояснично-крестцового болевого синдрома в клинической практике // Русский медицинский журнал. 2017. № 11. С. 815–821.
2. Дривотинов, Б. В. Неврологические проявления остеохондроза позвоночника : учеб.-метод. пособие / Б. В. Дривотинов, В. Г. Логинов. – Минск : БГМУ, 2011. – 111 с.
3. Дривотинов Б. В. Вертебро-висцеральный и висцеро-вертебральный болевой синдром при остеохондрозе позвоночника // Медицинский журнал. 2010. № 3. С. 4–8.
4. Жарков, П. Л. Поясничные боли: диагностика, причины, лечение / П. Л. Жарков, А. П. Жарков, С. М. Бубновский. – М. : Юниартпринт, 2001. – 144 с.
5. Кремер, Ю. Заболевания межпозвонковых дисков : пер. с англ. / Юрген Кремер. – М. : МЕДпресс-информ, 2013. – С. 408–413.

References

1. Drivotinov B. V. Sovremennoe sostoyanie problemy poynasnichno-krestcovogo bolevoogo sindroma v klinicheskoy praktike // Russkij medicinskij zhurnal. 2017. № 11. S. 815–821.
2. Drivotinov, B. V. Nevrologicheskie proyavleniya osteohondroza pozvonochnika : ucheb.-metod. posobie / B. V. Drivotinov, V. G. Loginov. – Minsk : BGMU, 2011. – 111 s.
3. Drivotinov B. V. Vertebro-visceral'nyj i viscero-vertebral'nyj bolevoj sindrom pri osteohondroze pozvonochnika // Medicinskij zhurnal. 2010. № 3. S. 4–8.
4. Zharkov, P. L. Poyasnichnye boli: diagnostika, prichiny, lechenie / P. L. Zharkov, A. P. Zharkov, S. M. Bubnovskij. – M. : YUniartprint, 2001. – 144 s.
5. Kremer, Yu. Zabolevaniya mezhpozvonkovykh diskov : per.s angl. / YUrgen Kremer. – M. : MEDpress-inform, 2013. – С. 408–413.

6. Петров К. Б. Остеохондроз позвоночника: в защиту нозологической, терминологической и классификационной индивидуальности. Медицина в Кузбассе. 2012. № 1. С. 52–58.

7. Подчуфарова, Е. В. Боль в спине / Е. В. Подчуфарова, Н. Н. Яхно. – М.: ГЭОТАР-Медиа. – 2010. – 368 с.

8. Попелянский, Я. Ю. Ортопедическая неврология (Вертеброневрология): рук. для врачей / Я. Ю. Попелянский. – М.: МЕДпресс-информ, 2003. – С. 435.

9. Ткачев А. М., Епифанов А. В., Акарачкова Е. С. и др. Патологические аспекты резорбции грыж межпозвонкового диска. // Consilium Medicum. 2019; 21 (2): 59–63.

10. Zhao, L., Manchikanti, L., Kaye, A. D. et al. Treatment of Discogenic Low Back Pain: Current Treatment Strategies and Future Options—a Literature Review. Curr Pain Headache Rep 23, 86 (2019).

6. Petrov K. B. Osteohondroz pozvonochnika: v zashchitu nozologicheskoy, terminologicheskoy i klassifikacionnoj individual'nosti. Medicina v Kuzbasse. 2012. № 1. S. 52–58.

7. Podchufarova, E. V. Bol' v spine / E. V. Podchufarova, N. N. YAhno. – M.: GEOTAR-Media. – 2010. – 368 s.

8. Popelyanskij, Ya. Yu. Ortopedicheskaya nevrologiya (Vertebronevrologiya): ruk. dlya vrachej / Ya. Yu. Popelyanskij. – M.: MEDpress-inform, 2003. – S. 435.

9. Tkachev A. M., Epifanov A. V., Akarachkova E. S. i dr. Patofiziologicheskie aspekty rezorbicii gryzh mezhpozvonkovogo diska // Consilium Medicum. 2019; 21 (2): 59–63.

10. Zhao, L., Manchikanti, L., Kaye, A. D. et al. Treatment of Discogenic Low Back Pain: Current Treatment Strategies and Future Options—a Literature Review. Curr Pain Headache Rep 23, 86 (2019).

Поступила 17.02.2021 г.