

## ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ ПРИ КОРРЕКЦИИ ОТРАЖЕННОГО ВИСЦЕРО-ВЕРТЕБРАЛЬНОГО БОЛЕВОГО СИНДРОМА ПОЯСНИЧНОГО ОСТЕОХОНДРОЗА

*Гаманович А. И.*

*Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск,  
кафедра нервных и нейрохирургических болезней  
1134 военный клинический медицинский центр Вооруженных Сил  
Республики Беларусь, г. Гродно*

**Реферат.** В статье приведены данные исследования по оценке качества жизни пациентов с пояснично-крестцовым болевым синдромом. Доказана высокая эффективность разработанной технологии терапевтической коррекции отраженного висцеро-вертебрального болевого синдрома при поясничном остеохондрозе.

**Ключевые слова:** висцеро-вертебральный болевой синдром, боль в спине, поясничный остеохондроз, качество жизни.

**Введение.** Хронические неврологические заболевания, к которым также относятся неврологические проявления поясничного остеохондроза (НППО) и болевой синдром в пояснично-крестцовой области, влияют не только на физическое состояние человека, но и на психологию его поведения, эмоциональные реакции, а также изменяют его место и роль в социальной жизни. Чаще всего в поле зрения специалиста оказываются физикальные, лабораторные и инструментальные данные, описывающие состояние больного. Информация о психологических и социальных проблемах, появившихся в жизни человека в связи с болезнью, как правило, мало доступна врачу. Одним из новых критериев оценки эффективности оказания медицинской помощи, получивших в последние годы широкое распространение, является оценка качества жизни пациентов. В настоящее время четкие общепризнанные критерии оценки эффективности методов лечения пояснично-крестцового болевого синдрома при остеохондрозе позвоночника отсутствуют. Однако только при унифицированном подходе возможно объективное сравнение различных методов терапии и определение наиболее эффективных из них. В современной иностранной литературе эффективность лечения НППО чаще всего оценивают по регрессу болевого синдрома, степени ограничения жизнедеятельности и социальной недостаточности [1, 2]. При этом исследователи рекомендуют использовать опросник Роланда–Морриса, который широко применяется для оценки субъективного восприятия пациентом способности к выполнению нормальных ежедневных функций. Признается, что он валиден, ответственен, надежен и практичен. В исследовании, проведенном в рамках VIII International Forum on Primary Care Research on Low Back Pain (Амстердам, июнь

2006 г.), предварительно определены минимальные клинически значимые различия для шкалы Роланда–Морриса — 5, также отмечено, что изменение в оценке на 30 % можно считать клинически значимым [3].

**Цель исследования:** провести оценку качества жизни пациентов при применении технологии коррекции отраженного висцеро-вертебрального болевого синдрома поясничного остеохондроза.

**Материал и методы.** Проведено изучение клинических, лабораторных и инструментальных данных, результатов тестирования 31 пациента с пояснично-крестцовым болевым синдромом, находившихся на стационарном лечении в неврологическом отделении. Из них 26 (83,9 %) мужчин и 5 (16,1 %) женщин. Средний возраст —  $39,8 \pm 15,8$  года.

Показаниями для включения пациентов в исследование являлись: возраст от 18 до 85 лет; болевой синдром в пояснично-крестцовом отделе позвоночника с иррадиацией в нижние конечности и без иррадиации; остеохондроз пояснично-крестцового отдела позвоночника по данным нейровизуализационных (спондилографии, компьютерной или магнитно-резонансной томографии) исследований.

Показаниями для исключения являлись: лица моложе 18 лет и старше 85; травмы позвоночника и спинного мозга; воспалительные заболевания позвоночника и спинного мозга; опухоли и метастатические поражения позвоночника и спинного мозга; инфекционные заболевания позвоночника и спинного мозга; эндокринно-метаболические заболевания позвоночника; системные и метаболические заболевания в стадии декомпенсации; острые инфекционно-воспалительные заболевания.

При поступлении в стационар 18 (58,0 %) пациентам был установлен диагноз «вертеброгенная или дискогенная люмбалгия/люмбаго», 13 (41,9 %) — «люмбоишиалгия», что соответствовало диагнозам МКБ-10 (дорсалгия М54.5, М54.4). Диагноз НППО подтверждался неврологическими, вертебральными, ортопедическими, общеклиническими исследованиями и данными нейровизуализации [4]. На основании данных общеклинических, лабораторных и эндоскопических исследований (ФГДС, колоноскопия, ректороманоскопия и др.), УЗИ внутренних органов, консультаций смежных специалистов (терапевт, хирург, уролог, гинеколог, онколог) диагностировалась сопутствующая висцеральная патология и проводилась соответствующая коррекция лечения. Выраженность болевого синдрома определялась по визуально-аналоговой шкале боли (ВАШ). Состояние психоэмоционального статуса тестировалось по госпитальной шкале тревоги и депрессии Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS). Для оценки субъективного восприятия пациентом способности к выполнению нормальных ежедневных функций использовался опросник Роланда–Морриса до и после лечения. По инновационной технологии патогенетической конкретизации пояснично-крестцового болевого синдрома, в зависи-

мости от клинических проявлений вертеброгенной, висцеральной патологии или их сочетания пациенты делились на 4 группы:

– *1 группа* — пациенты с отраженным висцеро-вертебральным пояснично-крестцовым болевым синдромом (поясничный остеохондроз у них находится в стадии латентного периода или ремиссии), диагностируются клинические проявления висцеральной патологии;

– *2 группа* – пациенты, у которых в формировании пояснично-крестцового болевого синдрома доминирует патология внутренних органов, неврологические проявления поясничного остеохондроза выражены незначительно;

– *3 группа* — пациенты, у которых в равной степени проявляется клиника манифестации поясничного остеохондроза и висцеральной патологии (паритетное соотношение);

– *4 группа* – пациенты с неврологическими проявлениями поясничного остеохондроза — вертеброгенной люмбалгией, люмбоишиалгией или радикулопатией при отсутствии висцеральной патологии [5].

**Результаты и обсуждение.** При анализе результатов диагностики заболеваний внутренних органов патология органов мочеполовой системы выявлена у 15 (48,3 %) человек (чел.), желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) — у 6 (19,3 %) и их сочетание — у 2 (6,4 %), со стороны внутренних органов патология не определялась у 8 (25,8 %). Согласно разработанной нами схемы количество пациентов в каждой группе составило: в первой — 3 (9,6 %) чел.; второй — 11 (35,4%); третьей — 8 (25,8 %) и в четвертой — 9 (29,0 %) чел. При проведении общеклинических исследований крови у 7 (22,5 %) обследованных выявлены отклонения от нормы. Изменения в общеклиническом анализе мочи диагностированы у 14 (45,1 %). Отклонения от нормальных величин в биохимическом анализе крови определены у 13 (41,9 %) обследованных. На УЗИ внутренних органов выявлены изменения в 62,5 % (15/24) случаев, при эндоскопических исследованиях — в 88,8 % (8/9). Средняя продолжительность стационарного лечения во всей выборке составила  $11,5 \pm 3,5$  койко-дня. При проведении тестирования по шкале Роланда–Морриса до лечения средний балл составил  $7,7 \pm 4,1$  [5; 11]. По нашему мнению полученные данные характеризовали болевой синдром как умеренно ограничивающий жизнедеятельность пациентов, что связано с малой долей пациентов с НППО и высоким процентом пациентов с отраженным болевым синдромом, который не оказывает существенного влияния на двигательную активность (рис. 1).

Как показано на рис. 1, до лечения значительное число наблюдаемых ограничений жизнедеятельности находятся выше экспоненциальной кривой. Проводимая терапевтическая коррекция в значительной степени уменьшила выраженность нарушений жизнедеятельности, что представлено на рис. 2. После лечения значительное число наблюдаемых ограничений

жизнедеятельности находятся ниже экспоненциальной кривой, средний балл уменьшился до  $4,1 \pm 3,6$  [2; 5] ( $p < 0,001$ ), рис. 3.

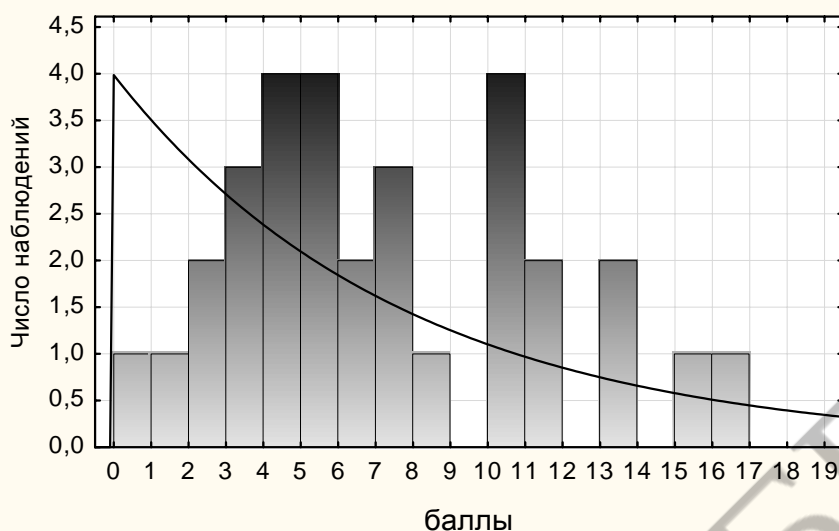


Рис. 1. Результаты тестирования по шкале Роланда–Морриса до лечения

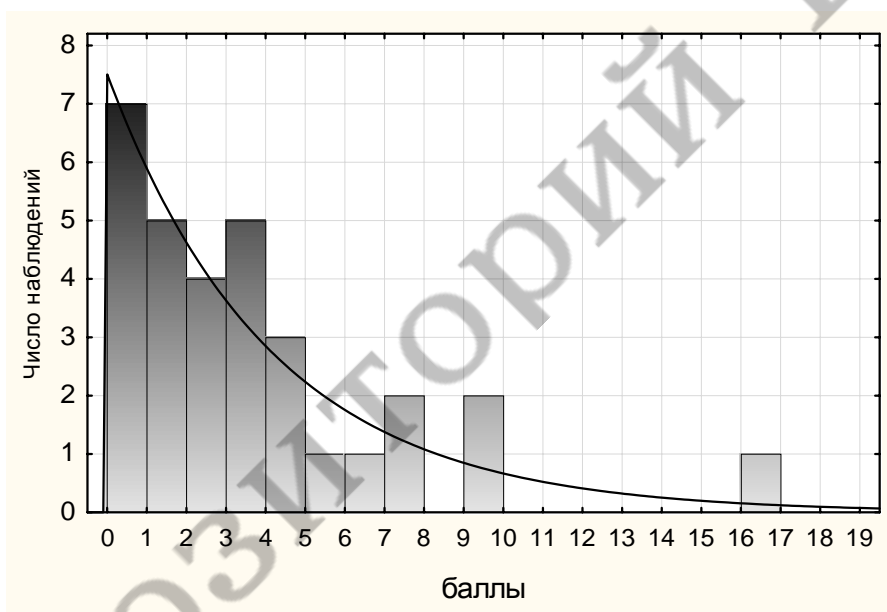


Рис. 2. Результаты тестирования после лечения

Представленный рис. 3 свидетельствует о выраженном уменьшении ограничения жизнедеятельности у обследованных пациентов. Между тем, сохранение уровня максимальных выбросов на графике характеризует единичные случаи наличия отрицательной динамики или ее отсутствия. После проведенного лечения результаты тестирования показали, что качество жизни клинически значительно улучшилось у 25 чел. (80,6 %), ухудшилось у 3 (9,6 %), осталось на прежнем уровне у 1 (3,2 %), изменилось клинически не значительно у 2 (6,4 %) пациентов. Неудовлетворительные результаты у двух пациентов были связаны с отсутствием мотивации к социальной адаптации.

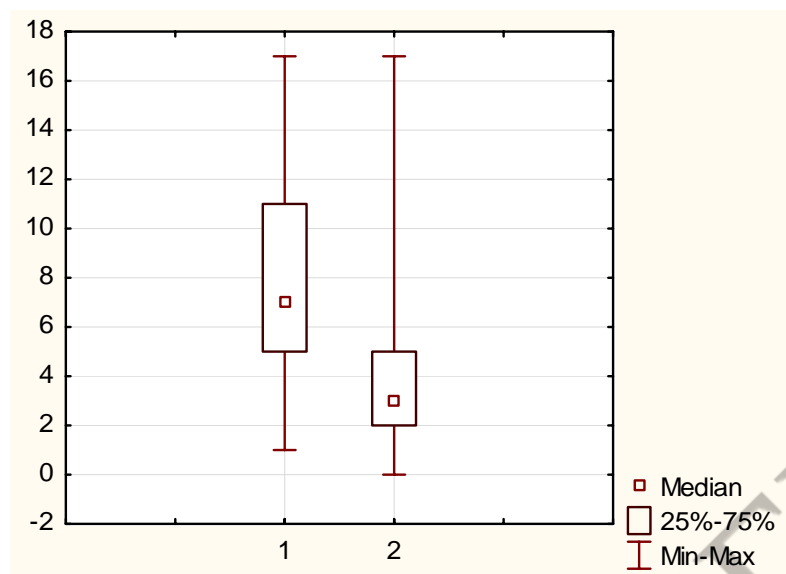


Рис. 3. Диаграмма размаха результатов тестирования:  
1 — до лечения; 2 — после лечения

В дальнейшем мы провели анализ результатов исследований в группах согласно разработанной схемы. Так, в группе отраженных синдромов (первая группа) средний возраст пациентов составил  $36,3 \pm 13,3$  года, Me 43 [21; 45]; второй группы —  $38,0 \pm 11,4$ , Me 38 [28; 44]; третьей —  $45,7 \pm 19,1$ , Me 43 [29,5; 63] и четвертой —  $38,0 \pm 19,1$ , Me 28 [22; 50]. Преобладал средний возраст пациентов третьей группы —  $45,7 \pm 19,1$  года, однако статистически значимых различий между группами не было. По результатам HADS-теста в первой группе отклонений от нормы не выявлено, во второй группе установлено, что в 45,4 % (5/11) случаев определялись тревожно-депрессивные расстройства, в третьей — в 37,5 % (3/8) и в четвертой — в 44,4 % (4/9), статистически значимых различий не получено. Выраженность болевого синдрома в первой группе составила  $2,0 \pm 1$  балла, второй —  $3,6 \pm 1$ , третьей —  $6,3 \pm 1,7$  и четвертой —  $3,8 \pm 1,1$  (рис. 4).

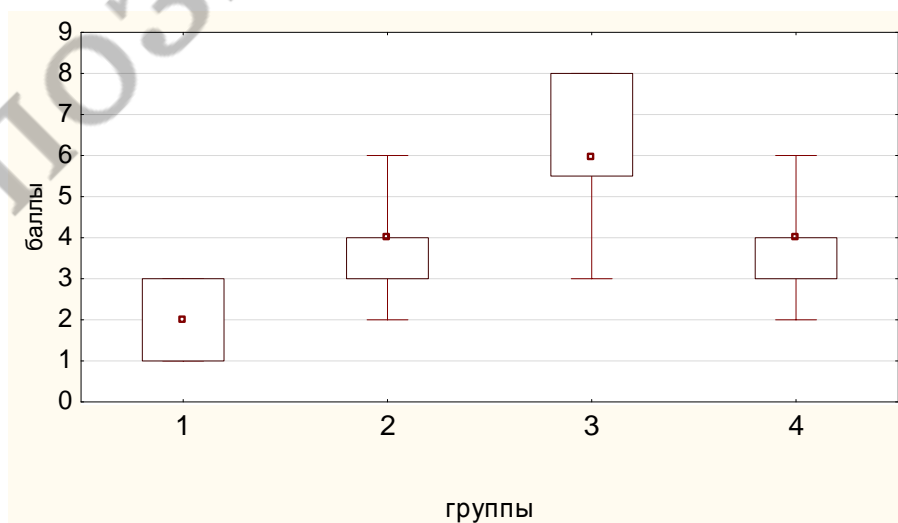


Рис. 4. Медиана выраженности болевого синдрома в сравниваемых группах

Как показано на рис. 4, наиболее интенсивный болевой синдром диагностирован в третьей группе, у пациентов с паритетным соотношением вертеброгенной и висцеральной патологии. Статистически значимые различия выявлены между интенсивностью болевого синдрома пациентов третьей группы в сравнении с двумя первыми ( $p < 0,05$ ).

Средняя продолжительность стационарного лечения в первой группе составила  $14,0 \pm 4,7$  койко-дней, Ме 12 [10; 19], второй —  $12,0 \pm 4,1$ , Ме 11 [9; 13], третьей —  $10,0 \pm 2,4$ , Ме 11 [8,5; 12], четвертой —  $12,0 \pm 3,4$ , Ме 11 [8; 15]. Статистически значимых различий не выявлено. При проведении тестирования по шкале Роланда–Морриса до лечения средний балл в первой группе составил  $6,7 \pm 6,7$ , Ме 5 [1; 14]; второй —  $7,2 \pm 3,1$ , Ме 6 [5; 11]; третьей —  $9,9 \pm 4,3$ , Ме 10 [8; 13], четвертой —  $7,0 \pm 4,5$ , Ме 6 [4; 7] (рис. 5).

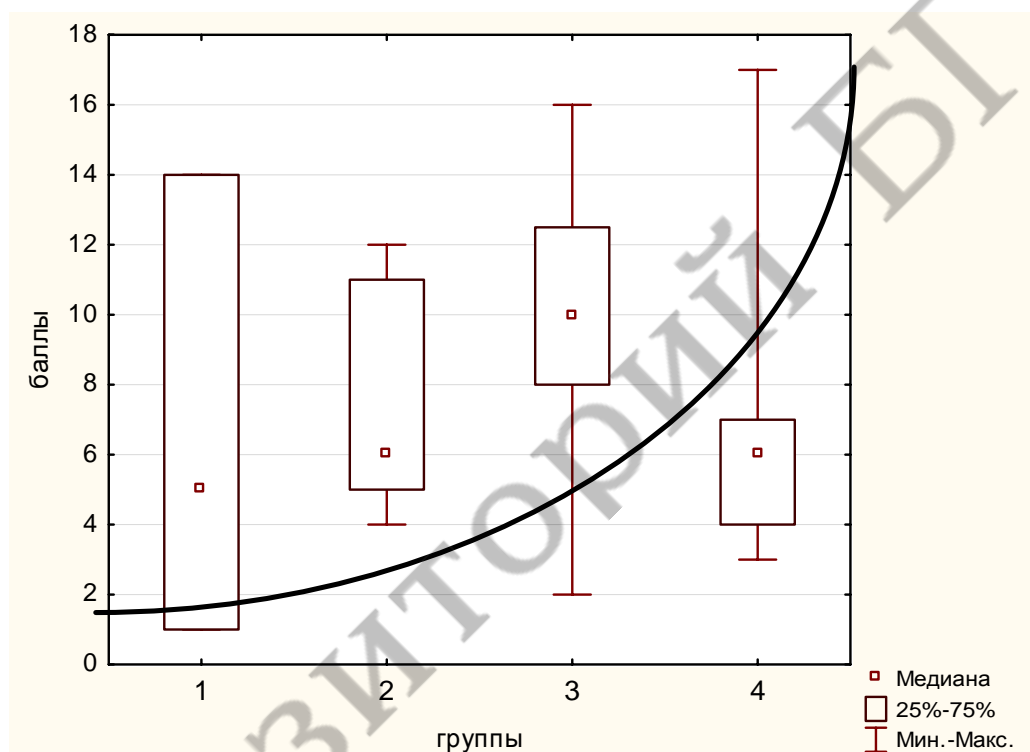


Рис. 5. Результаты тестирования по шкале Роланда–Морриса до лечения

Как следует из рис. 5, клинически наиболее выраженные и значимые изменения наблюдались в третьей группе пациентов с паритетным соотношением болевых синдромов. Статистически значимых различий между группами не было. При проведении тестирования по шкале Роланда–Морриса после терапевтических мероприятий (рис. 6), направленных на коррекцию вертеброгенной и висцеральной патологии, средний балл в первой группе существенно не изменился и составил 6,5, однако медиана уменьшилась до 3 баллов [0; 17], что связано с малым объемом выборки; во второй —  $3,5 \pm 2,9$ , Ме 2 [2; 15]; третьей —  $4,3 \pm 2,7$ , Ме 4 [2,5; 5,5] и четвертой —  $3,7 \pm 2,7$ , Ме 3 [1; 5].

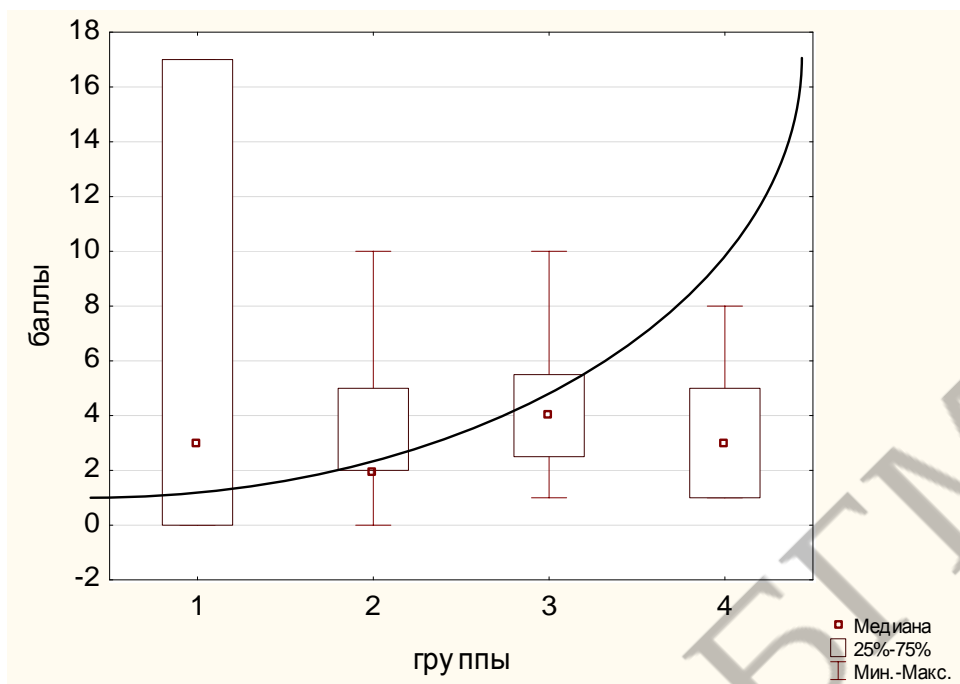


Рис. 6. Результаты после лечения

Анализ сопоставления полученных результатов до и после лечения показал, что в первых двух группах уменьшение оценки после лечения достигало более 30 %, а второй и третьей — более 50 %, что считается клинически значимым.

#### **Заключение:**

1. У пациентов с пояснично-крестцовым болевым синдромом имеются умеренно выраженные ограничения жизнедеятельности и социальной адаптации, что связано с высокой долей отраженного висцеро-вертебрального болевого синдрома, не оказывающего существенного влияния на двигательную активность.

2. Проводимая терапевтическая коррекция отраженного висцеро-вертебрального болевого синдрома с учетом разработанной технологии, значимо повысила качество жизни пациентов и результаты лечебных мероприятий.

#### **ЛИТЕРАТУРА**

1. *Использование* набора оценочных шкал для сравнительного анализа эффективности различных типов дискэктомий в лечении пациентов с грыжами поясничных межпозвоночных дисков / В. А. Бывальцев [и др.] // Клиническая неврология. 2010. № 3. С. 6–10.

2. *Международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья*. [Электронный ресурс]. Режим доступа: <http://who-fic.ru/icf>. Дата доступа: 15.09.2016.

3. *Interpreting change scores for pain and functional status in low back pain : towards international consensus regarding minimal important change* / R.W. Ostelo [et al.] // Spine. 2008. Vol. 33. P. 90–94.

4. *Дривотинов, Б. В.* Неврологические проявления остеохондроза позвоночника : учеб.-метод. пособие / Б. В. Дривотинов, В. Г. Логинов. Минск : БГМУ, 2011. С. 59–61.

5. *Дривотинов, Б. В.* Новый подход к диагностике и терапевтической коррекции вертеброгенного пояснично-крестцового болевого синдрома / Б. В. Дривотинов, А. И. Гаманович // Военная медицина. 2016. № 2. С. 92–98.

## **Assessment of quality of life of patients correction in reflected viscera-vertebral lumbar degenerative disc disease pain syndrome**

*Hamanovich A. I.*

The article presents data on the study of the quality of life of patients with lumbosacral pain syndrome. The high efficiency of the developed technology of therapeutic correction of the reflected viscera-vertebral pain syndrome with lumbar degenerative disc disease is proved.

**Key words:** viscera-vertebral pain syndrome, back pain, lumbar degenerative disc disease, quality of life.