

УДК 616.711.6-073.756.8-08-035

МАРАМУХА В.И.

ГУ «Запорожская медицинская академия последипломного образования МЗ Украины»

## АНАЛИЗ ЭФФЕКТИВНОСТИ РАЗЛИЧНЫХ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ РЕФЛЕКТОРНЫХ И КОМПРЕССИОННО-КОРЕШКОВЫХ СИНДРОМОВ У БОЛЬНЫХ С ОСТЕОХОНДРОЗОМ ПОЯСНИЧНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА С ПОЗИЦИИ ОЦЕНКИ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ: В ФОКУСЕ МЯГКИЕ МЕТОДИКИ

*Резюме.* Усовершенствована методика целенаправленных лечебных мероприятий у 120 больных с учетом характера течения остеохондроза позвоночника и применением разработанных новых способов. Разработаны и применены в клинической практике интегральные критерии оценки качества жизни пациентов с остеохондрозом позвоночника, позволившие уточнить и оптимизировать эффективность проведенного комплекса лечебных мероприятий, а также способствующие выявлению новых аспектов для уменьшения риска развития рецидива обострения патологического процесса. Комплексное применение предложенных опросников для определения качества жизни дает возможность более целенаправленно проводить лечебные мероприятия, рационально выявлять потенциальную группу риска по рецидиву заболевания и оценить эффективность лечения. Применение разработанных мягких методик позволяет уменьшить длительность госпитализации, снизить частоту и тяжесть обострений остеохондроза, улучшить качество жизни при остеохондрозе (наибольшая позитивная динамика отмечена в группе С при рефлекторных синдромах).

**Ключевые слова:** мануальная терапия, качество жизни, остеохондроз позвоночника.

На сегодняшний день уровень вертеброгенной патологии в большинстве стран достигает размеров эпидемии [5, 9, 13, 20]. Так, среди дегенеративно-дистрофических заболеваний опорно-двигательной системы остеохондроз (ОХ) позвоночника занимает лидирующие позиции, более того, отмечается неуклонная тенденция к количественному росту нозологии. Клинические проявления представляют собой одну из самых частых причин временной нетрудоспособности и нередко приводят к инвалидности, причем необходимо отметить и высокие экономические потери в связи с заболеванием ОХ [7, 18, 21].

Оценка качества жизни (КЖ) — это комплексная интегральная характеристика физического, психологического, эмоционального и социального функционирования пациента, основанная на его субъективных ощущениях [8]. Под медицинскими аспектами КЖ понимают влияние самой патологии (симптомов и

признаков), вызванных ею ограничений функциональной способности, а также влияние на повседневную жизнедеятельность пациента [17]. Изучение КЖ органично дополняет клинические данные о характере воздействия патологического процесса и проводимой терапии на жизнь пациента и является «инструментом» для выбора тактики лечения при равной эффективности или минимальных различиях, а также незаметным прогностическим предиктором.

В медицине термин «качество жизни» начали применять с 1947 года, когда ВОЗ впервые определила понятие здоровья как состояние физического, психического и социального благополучия, причем менее 30 лет назад этот термин стал самостоятельной категорией IndexMedicus. Важность и актуальность

© Марамуха В.И., 2013

© «Международный неврологический журнал», 2013

© Заславский А.Ю., 2013

оценки качества жизни при различных заболеваниях были осознаны лишь в последнее десятилетие прошлого века [17]. До сегодняшнего дня в Украине в вертеброневрологии применительно к пациентам с ОХ поясничного отдела позвоночника не существует унифицированного метода оценки эффективности проведенного лечения с точки зрения качества жизни, связанного со здоровьем. Использование для этих целей иностранных медицинских опросников путем их перевода на русский язык невозможно в силу лингвистических особенностей, различий национального менталитета, а также их защиты авторскими правами создателей. Для объективизации качества жизни наиболее удачным оказался заимствованный из психологии тестологический подход, поэтому его «инструментами измерения» являются анкеты-опросники [1, 16, 19, 22].

К сожалению, аналогичные работы с объективной оценкой эффективности согласно КЖ при ОХ немногочисленны и неоднозначны. Кроме того, в доступной нам литературе преобладают исследования, в которых показана эффективность мануальной терапии (МТ) только в отношении отдельных симптомов, тогда как комплексная оценка состояния, в частности ее влияние на качество жизни больного, не проводилась, хотя актуальность этого показателя в работе врача доказана и не вызывает сомнений [15]. Анкеты оценки качества жизни использовались в комплексном контроле эффективности у неврологических больных с хроническими цереброваскулярными заболеваниями, паркинсонизмом, в нейропсихиатрии, а также в вертеброневрологии, но при этом не учитывалась сопряженность исходных значений и последующей динамики параметров КЖ на фоне терапии с другими объективными показателями, характеризующими выраженность патологического процесса у больных с ОХ [10].

Проблема восстановительного лечения пациентов с ОХ также является актуальной. Несмотря на несомненные успехи, достигнутые в этом направлении, до сих пор продолжают научный поиск и разработка новых методов лечения данной категории больных. Лечение должно быть комплексным и дифференцированным, причем для этой цели используются различные методы консервативного лечения, одним из которых является традиционная мануальная терапия, которая не всегда оказывается эффективной. Из этого следует, насколько актуальной медицинской, социальной и экономической проблемой продолжает оставаться исследование как критериев эффективности терапии, так и самого лечения ОХ позвоночника. В настоящее время, в соответствии с принципами доказательной медицины, основными критериями оценки эффективности лечения должны быть клинически важные результаты и исходы лечения, одним из которых является показатель КЖ, способный исключительно информативно определять состояние пациентов с хроническими заболеваниями.

Причем приоритетом на современном уровне развития здравоохранения является именно вышеупомянутое КЖ больных, которое служит интегрирующим показателем успешности терапии и субъективного состояния больного вне зависимости от динамики клинико-лабораторных характеристик. Изложенное свидетельствует о необходимости рациональных комплексных лечебных мероприятий и изучения их влияния на КЖ [10].

**Цель:** улучшение результатов лечения и показателя качества жизни у больных ОХ поясничного отдела позвоночника путем разработки и внедрения новых дифференцированных рациональных комплексных медицинских мероприятий (мягкие методики МТ).

Результаты исследования основываются на данных комплексного обследования и динамического наблюдения за 120 пациентами с неврологическими проявлениями ОХ поясничного отдела позвоночника, которые находились на стационарном лечении в специализированном неврологическом отделении № 2 КУ «Запорожская областная клиническая больница» ЗОС. Диагноз дегенеративно-дистрофической патологии поясничного отдела позвоночника устанавливался на основе клинико-неврологического обследования больных с тщательным исследованием вертебрального статуса, определением степени блокирования в позвоночно-двигательном сегменте по А. Stoddard.

Диапазон длительности заболевания составлял от 2 месяцев до 31 года, в среднем  $7,88 \pm 2,10$  года. Среди обследованных больных остеохондрозом поясничного отдела позвоночника были 63 мужчины (52,5 %) и 57 женщин (47,5 %) в возрасте от 20 до 63 лет, средний возраст составил  $42,75 \pm 0,50$  года. У 29 пациентов (24,17 %) имело место стационарное течение заболевания, а у 91 (75,83 %) — хронически рецидивирующее течение заболевания.

Рефлекторные синдромы (РС) поясничного остеохондроза регистрировались в виде люмбоишиалгий и отмечены у 71 больного (59,17 %). Из них у 42 больных (59,15 %) была правосторонняя, а у 29 (40,85 %) — левосторонняя люмбоишиалгия.

По формам проявлений люмбоишиалгии мы определяли мышечно-тоническую, вегетативно-сосудистую и нейродистрофическую формы. Мышечно-тоническая форма люмбоишиалгии отмечена у 42 пациентов (59,16 %). Для этих больных характерным было преобладание мышечно-тонических проявлений. Вегетативно-сосудистая форма определялась у 18 пациентов (25,35 %). Для этой формы было характерно преобладание вазомоторных нарушений над другими. Вазоспастический вариант этой формы люмбоишиалгии был обнаружен у 12 пациентов (16,9 %). Вазодилататорный вариант сосудистых проявлений люмбоишиалгии отмечался у 6 больных (8,45 %). Нейродистрофическая форма люмбоишиалгии была у 11 больных (15,49 %).

Корешковые синдромы (КС) поясничного остеохондроза были отмечены у 49 больных (40,83 %). Среди них левосторонняя локализация корешкового синдрома была у 41 больного (83,67 %), правосторонняя — у 8 человек (16,33 %). По данным топиического диагноза у больных преобладало поражение пятого поясничного корешка — 36 пациентов (73,47 %). Поражение первого крестцового корешка определялось у 4 пациентов (8,16 %), а поражение первого крестцового и пятого поясничного корешков обнаружено у 9 больных (18,37 %).

Пациенты были распределены на 3 группы (по 40 человек) в зависимости от типа проводимого лечения: А — лечившиеся стандартными методами МТ; В — больные, которые лечились мягкими методиками МТ; С — больные, которые лечились мягкими методиками МТ по интенсивной предлагаемой схеме. Всем больным были проведены тщательные предварительные общеклинические, лабораторные, нейроортопедические и рентгенологические исследования. Всем пациентам также проводилось обследование с помощью МРТ и рентгеноспондилографии. У всех обследованных рентгенологически выявлены остеохондроз различной степени выраженности и грыжевые выпячивания дисков на поясничном уровне. Оценка выраженности вертеброгенной боли проводилась по ВАШ. Оценивали выраженность вертебральных деформаций (с помощью вертеброкурвиметра) и симптома Ласега (с помощью ласегомера). Проводились расчет степени выраженности болевого синдрома и симптома Ласега и оценка симптома ипсилатерального напряжения многораздельных мышц спины.

С учетом расширения показаний для применения МТ мы считаем оптимальным использовать мягкие методики МТ [3, 11]. Предпочтение отдается различным видам массажа: сегментарному, точечному, мобилизациям, мышечным тракциям, постизометрической релаксации мышц, постреципрокной релаксации. Манипуляции практически не используются, особенно с длинными рычагами и директные манипуляции. Особенно это актуально у больных, имеющих остеопороз позвоночника, грубый деформирующий спондилез, оссификацию задней продольной связки.

Использовались как общепринятые приемы, описанные многими авторами [2, 4, 6, 12, 14], так и разработанные нами. В группе С сеансы проводились в течение дня через каждые 2–3 часа на протяжении 2 недель ежедневно. Это позволило нам полностью отказаться от применения у больных лекарственных препаратов и свести к минимуму физиотерапевтическое лечение.

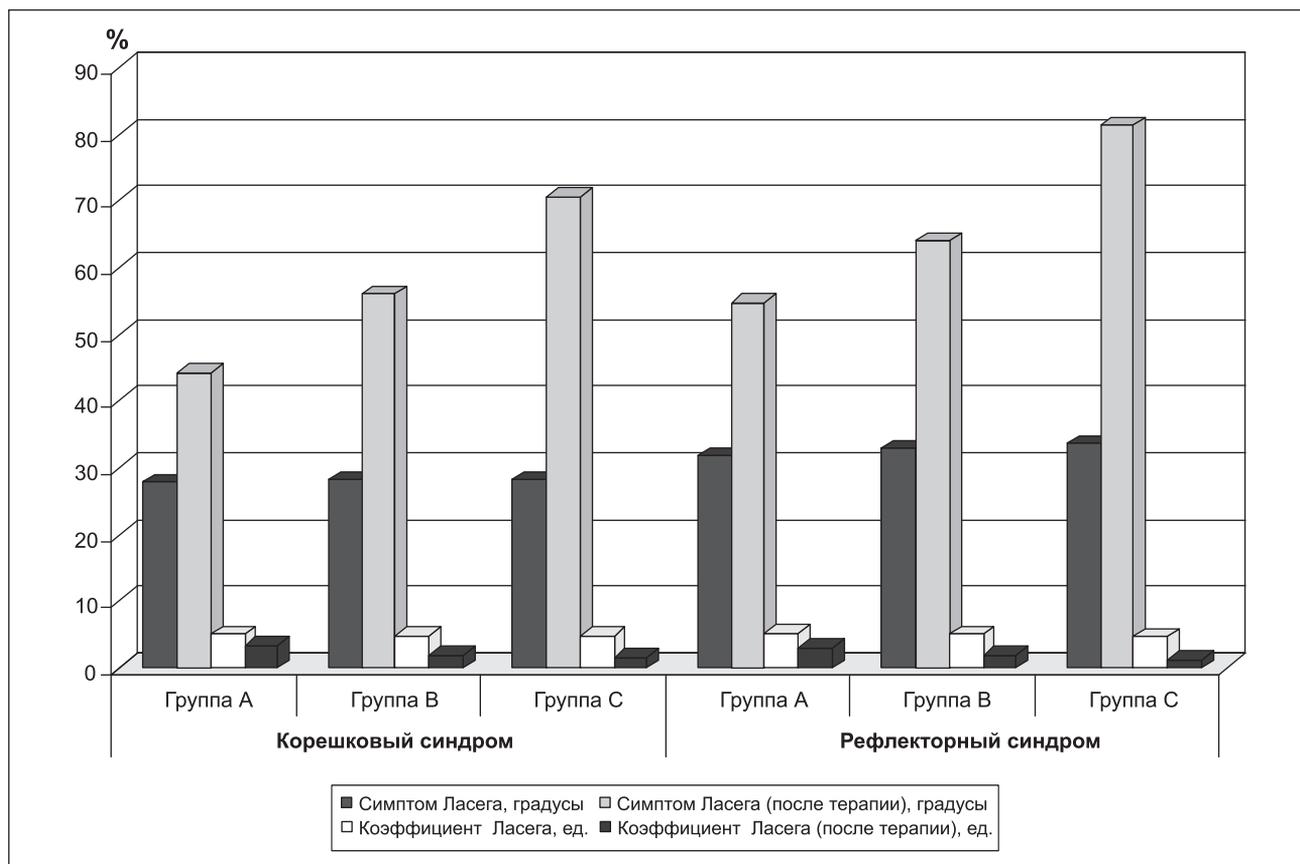
Финальные цифровые данные представляли в следующем виде: среднее значение  $\pm$  стандартная ошибка средней величины (95% доверительный интервал). Для проверки гипотезы о нормальном распределении вариантов, выраженных в количественной

шкале, применяли критерий Shapiro — Wilk. В случае нормального распределения использовали процедуру однофакторного дисперсионного анализа с последующим использованием теста Newman — Keuls, учитывая множественность сравнений; в тех случаях, когда распределение исследуемых переменных не соответствовало нормальному закону, использовали непараметрический U-критерий Mann — Whitney для 2 несвязанных выборок, для большего числа выборок — H-критерий Kruskal — Wallis с дальнейшим сравнением по Games — Howell. Достоверными считали различия при  $p < 0,05$ . Отдельные статистические процедуры и алгоритмы реализованы в виде специально написанных макросов в соответствующих программах. Для всех видов анализа статистически значимыми считали различия при  $p < 0,05$ .

## Результаты исследования

Рассмотрим динамику симптомов натяжения исходно и после курса комплексной дифференцированной терапии в различных группах лечения при рефлекторном и корешковом синдромах (рис. 1). На диаграмме наглядно приведена характеристика симптомов натяжения у пациентов различных групп в процессе динамического наблюдения. Симптом Ласега у пациентов группы А с КС был менее выражен, чем при наличии у пациентов РС, — на 14,39 %, после проведенного лечения различия между указанными группами увеличились, достигнув 23,62 %.

Внутри группы А у пациентов с КС характеристика симптома Ласега в процессе лечения претерпела динамику, равную 59,06 %, у пациентов с клинической картиной РС динамика по симптому Ласега была еще более выраженной и составила 71,89 %. Коэффициент симптома Ласега был недостоверно выше у пациентов группы А с клиническими проявлениями РС, после лечения изучаемый показатель был выше у пациентов с клиникой КС, разница также была недостоверной, составив 12,39 %. Динамика изменений в процессе лечения у лиц группы А с явлениями КС составила 30,60 %, у пациентов с наличием РС различия в процессе лечения равнялись 41,54 %. Таким образом, более выраженные изменения в процессе проводимого лечения были отмечены у пациентов в группе А с РС. У пациентов группы В с КС симптом Ласега был менее выражен, чем при наличии у пациентов РС, — на 16,67 %, после проведенного лечения различия между указанными группами составили 14,16 %. Внутри группы В у пациентов с КС динамика характеристики симптома Ласега в процессе проводимой терапии составила 98,44 %, у пациентов с клинической картиной РС — 94,17 %. Коэффициент Ласега исходно в группе В у пациентов с различной клинической картиной был сопоставимым, после лечения у лиц с явлениями КС динамика по данному показателю составила 60,72 %, у пациентов с наличием РС различия в процессе лечения



**Рисунок 1. Симптомы натяжения первоначальные и после курса комплексной дифференцированной терапии в различных группах лечения при рефлекторных и корешковых синдромах**

достигали уровня 60,0 %. Симптом Ласега у пациентов группы С при КС был менее выражен, чем при наличии у пациентов РС, — на 19,59 %, после проведенного лечения различия между указанными группами составили 14,87 %. В группе С у пациентов с КС в процессе проводимой терапии отмечено увеличение показателя, характеризующего симптом Ласега, на 151,51 %, у пациентов с РС — на 141,59 %. Коэффициент симптома Ласега исходно в группе С у пациентов с различной клиникой был сопоставимым, после лечения у лиц с явлениями КС динамика по данному показателю составила 68,42 %, у пациентов с наличием РС различия в процессе лечения достигали уровня 74,21 %.

При сравнительной характеристике значений на фоне терапии в разных группах важно отметить, что у пациентов с явлениями КС после проведенной терапии выявлен рост показателя, характеризующего симптом Ласега. Наибольшее увеличение данного показателя можно увидеть в группе С, где после терапии различия с группами А и В оказались достоверными, составив 59,60 и 26,20 % соответственно, хотя исходно рассматриваемый показатель в группах был сопоставимым. Коэффициент симптома Ласега до начала лечения между группами достоверно не различался. После проведенной терапии данный показатель снизился во всех группах, был минимальным среди лиц группы С,

достоверно отличаясь от такового в группах А и В на 55,04 и 19,59 % соответственно.

Аналогичная по направленности динамика, отличающаяся лишь величиной различий, наблюдалась и у лиц с РС. Проведенная терапия выявила увеличение показателя, характеризующего симптом Ласега. Максимальное увеличение данного показателя отмечено в группе С, где после лечения различия с группами А и В оказались статистически значимыми, составив 48,30 и 26,98 % соответственно при исходно сопоставимых значениях. Коэффициент симптома Ласега до начала лечения между группами лиц с клиникой РС достоверно не различался. После комплексной дифференцированной терапии данный показатель снизился в группах, был минимальным среди лиц группы мягких методик, разница с соответствующим показателем групп А и В составила 59,54 и 38,30 % соответственно. Также обращает на себя внимание разница по данному показателю при сравнении результатов в группах В и А, которая составила 62,60 % после проведенного лечения.

Данные, полученные в опросниках КЖ у пациентов группы А, были представлены в табл. 1. Анализ опросника Освестри показал, что исходно у пациентов группы А с КС средний балл был выше на 24,49 %. После проведенной терапии повторное анкетирова-

ние показало, что разница между лицами с различной клинической картиной стала еще большей, достигнув 46,51 %. Внутри своей группы у пациентов с КС динамика по опроснику Освестри в процессе проведенной терапии составила 55,33 %, у пациентов с РС различия между исходными данными, а также значением изучаемого показателя после лечения достигли 68,36 %. По данным опросника EQ-5D, исходно более высокие значения были отмечены среди лиц группы А с явлениями РС, разница в сравнении с данными пациентов с клиникой КС составила 69,24 %. В процессе лечения было отмечено увеличение рассматриваемого показателя. В группе А у пациентов с явлениями РС различия в сравнении с исходными данными были достоверными и составили 25,20 %. При сравнении данных анкетирования по опроснику EQ-5D после терапии различия между соответствующими значениями у лиц группы А с различной клинической картиной заболевания превысили исходные данные и достигли 78,19 %. Изучение болевого синдрома с помощью ВАШ показало, что у пациентов с клиникой РС рассматриваемый показатель был ниже, чем при клинике КС, на 22,08 %. Динамика показателя, характеризующего болевой синдром, в процессе лечения у пациентов группы А с клиническими проявлениями КС составила 30,52 %, у пациентов с клиникой РС — 53,48 %. Сравнение данных ВАШ у пациентов группы А с различной клинической картиной показало увеличение различий между рассматриваемым показателем до 47,83 %. Анализ ВАШ качества жизни у лиц группы А показал, что исходно средний балл по данному опроснику был выше у лиц с клиникой РС, разница составила 55,71 %. Внутри группы А с клиникой КС динамика показателя качества жизни составила 46,71 %, у пациентов с клиническими проявлениями РС в процессе лечения изменения были несколько меньшими, составив 36,62 %.

Далее рассмотрим данные пациентов группы В (табл. 2). Согласно опроснику Освестри, у пациентов группы В с КС средний балл был выше на 20,72 %. После лечения повторное анкетирование показало, что разница между лицами с различной клинической картиной стала существенно больше — 52,80 %. Внутри группы у пациентов с КС динамика по опроснику Освестри в процессе лечения равнялась 63,56 %, у пациентов с РС различия между исходными данными, а также значением показателя после лечения составили 78,31 %. При анализе данных опросника EQ-5D исходно более высокие значения были отмечены среди лиц группы В с явлениями РС, разница в сравнении с данными лиц с КС составила 62,63 %. В процессе лечения было отмечено увеличение рассматриваемого показателя. В группе В у пациентов с явлениями РС различия в сравнении с исходными данными составили 43,68 %, у лиц с КС — 38,38 %. При сравнении данных анкетирования по опроснику EQ-5D после терапии различия между соответствующими значениями пациентов группы В с различной клинической картиной заболевания достигли 68,85 %. При изучении болевого синдрома по ВАШ было отмечено, что у пациентов с клиникой РС рассматриваемый показатель был ниже, чем при клинике КС, на 21,89 %. Динамика показателя, характеризующего болевой синдром, в процессе лечения у пациентов группы В с клиническими проявлениями КС составила 39,47 %, у пациентов с клиникой РС — 56,20 %. Сравнение данных ВАШ у пациентов группы В с различной клиникой выявило увеличение различий между рассматриваемым показателем до 43,48 %. Анализ ВАШ качества жизни у лиц группы В показал, что средний балл по данному опроснику выше у лиц с клиникой РС, разница составила 57,65 %. Динамика внутри группы В с клиникой КС по уровню качества жизни составила 57,48 %, у пациентов с клиническими проявлениями

**Таблица 1. Данные опросников у пациентов группы А исходно и после проведенной терапии (M ± m, 95% доверительный интервал)**

Показатель	Корешковый синдром, n = 15	Рефлекторный синдром, n = 25	Величина различий между группами, %
Освестри, балл	82,53 ± 1,57 (79,39–85,68)	62,32 ± 1,39 (59,54–65,10)	–24,49
Освестри (после терапии), балл	36,87 ± 2,31 (32,24–41,49)	19,72 ± 1,89 (15,95–23,49)	–46,51
EQ-5D, балл	26,07 ± 1,35 (23,36–28,77)	44,12 ± 1,7 (40,73–47,51)	69,24
EQ-5D (после терапии), балл	31,00 ± 1,61 (27,78–34,22)	55,24 ± 1,79 (51,65–58,83)	78,19
ВАШ боли, балл	9,60 ± 0,13 (9,34–9,86)	7,48 ± 0,15 (7,17–7,79)	–22,08
ВАШ боли (после терапии), балл	6,67 ± 0,16 (6,35–6,99)	3,48 ± 0,15 (3,17–3,79)	–47,83
ВАШ качества жизни, балл	29,67 ± 1,02 (27,63–31,7)	46,20 ± 1,07 (44,07–48,33)	55,71
ВАШ качества жизни (после терапии), балл	43,53 ± 1,34 (40,84–46,22)	63,12 ± 1,40 (60,31–65,93)	45,00

**Примечание: статистическая значимость различий в сравнении с группой с рефлекторными проявлениями менее 0,05.**

**Таблица 2. Данные опросников у пациентов группы В исходно и после проведенной терапии (M ± m, 95% доверительный интервал)**

Показатель	Корешковый синдром, n = 16	Рефлекторный синдром, n = 24	Величина различий между группами, %
Освестри, балл	79,94 ± 1,49 (76,95–82,92)	63,38 ± 0,85 (61,67–65,08)	–20,72
Освестри (после терапии), балл	29,13 ± 1,48 (26,17–32,08)	13,75 ± 1,36 (11,03–16,47)	–52,80
EQ-5D, балл	24,75 ± 1,57 (21,61–27,89)	40,25 ± 1,37 (37,51–42,99)	62,63
EQ-5D (после терапии), балл	34,25 ± 1,72 (30,81–37,69)	57,83 ± 1,64 (54,55–61,12)	68,85
ВАШ боли, балл	9,50 ± 0,16 (9,18–9,82)	7,42 ± 0,17 (7,08–7,76)	–21,89
ВАШ боли (после терапии), балл	5,75 ± 0,21 (5,32–6,18)	3,25 ± 0,18 (2,88–3,62)	–43,48
ВАШ качества жизни, балл	30,13 ± 0,94 (28,25–32,00)	47,50 ± 1,13 (45,24–49,76)	57,65
ВАШ качества жизни (после терапии), балл	47,75 ± 1,21 (45,32–50,18)	72,04 ± 1,66 (68,71–75,37)	50,87

**Примечание:** статистическая значимость различий в сравнении с группой с рефлекторными проявлениями менее 0,05.

**Таблица 3. Данные опросников у пациентов группы С исходно и после проведенной терапии (M ± m, 95% доверительный интервал)**

Показатель	Корешковый синдром, n = 18	Рефлекторный синдром, n = 22	Величина различий между группами, %
Освестри, балл	80,75 ± 1,56 (77,63–83,87)	62,55 ± 0,93 (60,69–64,40)	–22,54
Освестри (после терапии), балл	23,50 ± 2,03 (19,44–27,56)	8,00 ± 0,95 (6,11–9,89)	–65,96
EQ-5D, балл	22,75 ± 1,48 (19,79–25,71)	36,68 ± 1,39 (33,90–39,46)	61,23
EQ-5D (после терапии), балл	38,31 ± 1,69 (34,92–41,70)	65,09 ± 1,73 (61,63–68,55)	77,39
ВАШ боли, балл	9,88 ± 0,09 (9,70–10,05)	7,32 ± 0,18 (6,96–7,68)	–25,91
ВАШ боли (после терапии), балл	5,13 ± 0,15 (4,82–5,43)	2,32 ± 0,18 (1,96–2,68)	–54,78
ВАШ качества жизни, балл	29,88 ± 0,98 (27,92–31,83)	48,55 ± 1,12 (46,30–50,79)	62,48
ВАШ качества жизни (после терапии), балл	50,88 ± 1,66 (47,55–54,20)	78,91 ± 1,78 (75,34–82,48)	55,09

**Примечание:** статистическая значимость различий в сравнении с группой с рефлекторными проявлениями менее 0,05.

РС в процессе лечения изменения были несколько меньшими — 51,56 %.

Параметры по изучаемым анкетам среди лиц группы С представлены в табл. 3. Так, у пациентов группы С, согласно опроснику Освестри, при наличии КС средний балл был выше на 22,54 %. После лечения повторное анкетирование показало, что разница между показателями лиц с различной клинической картиной составила уже 65,96 %. Внутри своей группы у пациентов с КС динамика по опроснику Освестри в процессе терапии составила 70,90 %, у пациентов с РС различия между исходными данными, а также значением показателя после лечения составили 87,21 %. Согласно данным опросника EQ-5D, исходно более высокие значения были отмечены среди лиц группы С при наличии РС, разница в сравнении с данными лиц с КС составила 61,63 %. В процессе лечения в группе С у пациентов с явлениями РС различия в

сравнении с исходными данными составили 61,10 %, у лиц с КС — 46,42 %. Анализ данных анкетирования по опроснику EQ-5D после терапии показал различия между соответствующими значениями пациентов группы С при разной клинике заболевания на уровне 77,39 %. Болевой синдром по ВАШ у лиц группы С с клиникой РС был несколько менее выраженным, разница с соответствующим показателем пациентов с КС составила 25,91 %. Динамика показателя, характеризующего болевой синдром, в процессе лечения у пациентов группы С с клиникой КС составила 48,08 %, у пациентов с клиникой РС — 68,31 %. Сравнение данных ВАШ у пациентов группы С при различной клинической картине продемонстрировало увеличение различий между рассматриваемыми показателями после проведенной терапии до 54,78 %. При изучении качества жизни по данным ВАШ у лиц группы С было зафиксировано, что средний балл был выше у лиц с

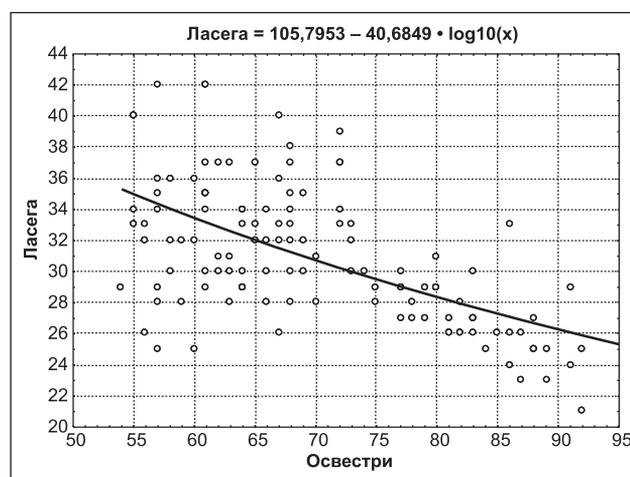
клиникой РС, разница составила 62,48 %. Динамика внутри группы С при КС по уровню качества жизни составила 70,28 %, у пациентов с клиническими проявлениями РС — 62,53 %.

При сравнительной характеристике динамики данных анкетирования в процессе лечения важно отметить, что средний балл по опроснику Освестри во всех рассматриваемых группах лиц с явлениями КС достоверно снижался. Исходно у всех пациентов с КС результаты анкетирования по данному опроснику были сопоставимыми. После проведенного лечения были отмечены различия, так как динамика была максимальной у лиц группы С. В этой группе средний балл был ниже после лечения, чем у пациентов группы А и В, на 36,26 и 19,33 % соответственно. По данным опросника EQ-5D, до начала лечения во всех группах значение показателя было сопоставимым. После проведенной терапии наибольшая динамика была отмечена в группе С, где разница в сравнении с данными после лечения в группах А и В составила 23,58 и 11,85 % соответственно. Значение ВАШ боли исходно среди лиц с КС между рассматриваемыми группами достоверно не различалось. После проведенного лечения была отмечена положительная динамика, максимально выраженная в группе С, разница между последней и группами А и В по рассматриваемому показателю составила 23,09 и 10,78 % соответственно. Напротив, ВАШ качества жизни у пациентов с КС после проведенного лечения улучшалась. Так, значение показателя после лечения у пациентов группы С было выше, чем в группе А, на 16,88 %, хотя исходно данные были сопоставимыми. Таким образом, по данным анкетирования пациентов с клиникой КС, согласно представленным опросникам КЖ, в процессе лечения максимальная эффективность была достигнута в группе С.

В то же время описание результатов анкетирования КЖ у пациентов с РС показано в табл. 3. Так, в соответствии с опросником Освестри средний балл во всех рассматриваемых группах лиц с клиникой РС в процессе терапии достоверно снижался. При первичном анкетировании у всех пациентов с РС результаты были сопоставимыми. После проведенной терапии были зафиксированы достоверные различия, максимальная динамика была отмечена у лиц группы С. Средний балл у пациентов группы С после лечения был ниже, чем у пациентов группы А и В, на 59,43 и 41,82 % соответственно. У пациентов с РС, по данным опросника EQ-5D, исходно во всех группах значение этого суммарного показателя было сопоставимым. После лечения максимальная динамика была отмечена в группе С, разница в сравнении с данными после лечения в группах А и В составила 17,83 и 12,55 % соответственно. По данным анкетирования с использованием ВАШ, явления болевого синдрома у лиц с РС имели сходную картину, достоверных различий не было. После проведенной терапии было отмечено снижение

данного показателя, максимальные изменения выражены в группе С, разница между последней и группами А и В по рассматриваемому показателю составила 33,33 и 28,62 % соответственно. В то же время показатель ВАШ качества жизни у лиц с РС после проведенной терапии улучшался. Значение суммарного показателя ВАШ после лечения у пациентов группы С было достоверно выше, чем в группе А, на 25,02 %, хотя при первичном осмотре данные были сопоставимыми. Следовательно, по данным анкетирования у лиц с РС, согласно использованным опросникам, в процессе лечения наибольший эффект был достигнут в группе С.

При изучении различных патогенетических аспектов формирования симптомов натяжения у больных с поясничным остеохондрозом и оценке не только степени направленности, но и характера зависимости, описывающей функциональную взаимосвязь между числовыми переменными, провели регрессионный анализ, при котором в регрессионную модель в качестве независимых переменных (предикторов) включили значения опросника Освестри, а в качестве зависимых переменных, подверженных влиянию со стороны независимых аргументов, использовали показатели, характеризующие выраженность симптомов натяжения (Ласега). Как свидетельствуют данные, полученные в ходе регрессионного анализа (рис. 2), взаимосвязь между этими показателями до лечения адекватнее всего характеризовала модель регрессии логарифмического типа ( $R = 0,49$ ,  $R^2 = 0,24$ , нормированный  $R^2 = 0,23$  при  $F = 29,92$ ,  $p < 0,001$ ). Учитывая, что в указанном трансцендентном выражении основанием представленного логарифма является 10 (десятичный логарифм), можно отметить, что при величине показателя по опроснику Освестри более 75 практически у 95 % больных наблюдался симптом Ласега менее 30. В отношении константы у нас нет оснований утверждать, что полученная величина 105,79,



**Рисунок 2. Взаимосвязь между значениями опросника Освестри и показателем симптома Ласега у пациентов с поясничным остеохондрозом**

которую необходимо суммировать в представленном уравнении, вообще нужна, если рассматривать не эту ограниченную выборку, представленную в нашей работе, а гораздо большую совокупность обследуемых лиц. Об этом свидетельствуют данные T-статистики:  $t = -0,54$  при  $p = 0,61$ .

Анализ регрессионной зависимости исходно между значениями опросника EQ-5D и выраженность симптома Ласега у пациентов с поясничным остеохондрозом свидетельствовали о наличии зависимости экспоненциального типа. При этом следует отметить, что погрешность аппроксимации и величина остаточной дисперсии показывают высокую точность модели, таким образом, задачу регрессионного анализа можно считать решенной ( $R = 0,48$ ,  $R^2 = 0,23$ , нормированный  $R^2 = 0,22$  при  $F = 21,37$ , стандартная ошибка  $0,1265$ ,  $p < 0,001$ ). Зафиксированная, постепенно убывающая логарифмическая взаимозависимость показывает, что более 20 % всей дисперсии признака симптома Ласега ассоциируются именно с нарушением качества жизни, причем наибольшее падение функции наблюдалось в диапазоне от 30 до 40 баллов (аргумент — балльный показатель EQ-5D).

Таким образом, важно отметить, что оценка результатов лечения группы С (мягкие методики) подчеркивает необходимость применения разработанного лечебного алгоритма для лечения больных вертеброгенным синдромом в условиях стационара, что указывает на достоверную обоснованную целесообразность предложенного ведения больных с рефлекторными и корешковым синдромами поясничного ОХ при выполнении предложенного комплекса восстановительного лечения.

Патогенетическая целесообразность МТ при ОХ сомнений не вызывает. Однако важно, что неэффективное лечение зачастую обусловлено недостаточно обоснованной методологией построения всего комплекса восстановительного лечения. Традиционная терапия (группа А) далеко не всегда отвечает требованиям восстановительного лечения. Сложившиеся ранее параметры оценки эффективности лечения и исходов заболевания, основанные на традиционных показателях (средней продолжительности жизни, смертности и т.д.), сегодня перестали соответствовать современным критериям результатов терапии, т.к. они не дают возможности определить влияние на КЖ больных — важнейший показатель проводимого лечения [10]. Это приводит к нарушению соответствия в оценке эффективности лечебных мероприятий, даваемой врачом и больным, поэтому в настоящее время стало актуальным исследование КЖ пациентов, особенно для подтверждения эффективности различных методов курации хронических заболеваний, в том числе и патологии позвоночника. На основании вышеизложенного и проводилось настоящее исследование, одной из целей которого были разработка и внедрение в практику патогенетически обоснованных, целенаправленных и

адекватных лечебных мероприятий с изучением их эффективности, с учетом характера течения патологии, а также применения критериев оценки качества жизни пациентов с ОХ.

## Выводы

1. Усовершенствована методика целенаправленных лечебных мероприятий у больных с учетом характера течения остеохондроза позвоночника и применения разработанных лечебных комплексов.

2. Разработаны и применены в клинической практике интегральные критерии оценки КЖ пациентов с ОХ позвоночника, позволившие уточнить и оптимизировать эффективность проведенных комплексов лечебных мероприятий, а также способствующие выявлению новых аспектов для уменьшения риска развития рецидива обострения патологического процесса.

3. Применение разработанных лечебных мероприятий с акцентом на мягкие методики МТ (группа С) позволяет уменьшить длительность госпитализации, снизить частоту и тяжесть обострений ОХ, улучшить КЖ при ОХ.

4. Комплексное применение предложенных опросников для определения КЖ дает возможность целенаправленно проводить лечебные мероприятия, рационально выявлять потенциальную группу риска по рецидиву заболевания.

Перспективными направлениями являются оценка прогноза у пациентов с ОХ при исходном анкетировании и выявление предикторов риска развития того или иного течения заболевания на основании данных шкал и опросников.

## Список литературы

1. Грицай Н.Н., Пинчук В.А., Пинчук В.Н., Таряник Е.А. *Современные методы диагностики у пациентов с вертеброгенными болями в спине* // Украинський неврологічний журнал. — 2008. — № 4. — С. 14-18.
2. Губенко В.П. *Мануальная терапия в вертеброневрологии*. — К.: Медицина, 2006. — 496 с.
3. Еремушкин М.А., Киржнер Б.В., Мочалов А.Ю. *Мягкие мануальные техники. Постизометрическая релаксация мышц*. — М.: Наука и техника, 2010. — 288 с.
4. Иваничев Г.А. *Мануальная медицина*. — М.: МЕДпресс-информ, 2005. — 488 с.
5. Кузнецов В.Ф. *Справочник по вертеброневрологии: клиника, диагностика*. — Мн.: Беларусь, 2000. — 351 с.
6. Левит К., Захсе И., Янда В. *Мануальная медицина*. — М.: Медицина, 1993. — 512 с.
7. Пишк Р.С. *Синдромологічна характеристика хворих з неврологічними проявами остеохондрозу поперекового відділу хребта* // Сучасні проблеми неврології і психіатрії. — Тернопіль, 2008. — С. 84-85.
8. Семернин Е.Н., Шляхто Е.В., Козлова С.Н., Мирошенков П.В. *Качество жизни, связанное со здоровьем: теория, методы и практика* // Качественная медицинская практика. — 2001. — № 2. — С. 48-52.

9. Ситель А.Б., Никонов С.В., Кузьминов К.О. Мануальная терапия в комплексном лечении больных с компрессионными синдромами поясничного отдела позвоночника в зависимости от пространственного расположения грыж межпозвоноковых дисков // Мануальная терапия. — 2007. — № 4(28). — С. 23-26.

10. Чебыкин А.В. Особенности лечебных мероприятий и их влияние на качество жизни больных остеохондрозом позвоночника: Дис... канд. мед. наук: 14.00.22. — Самара, 2005. — 143 с.

11. Чукуров Ю.В. Мягкие методики в мануальной медицине. — М.: Триада-Х, 2003. — 144 с.

12. Шайтов Л., Фритц С. Массаж и мануальная терапия при боли в пояснице. — М.: Бином, 2010. — 201 с.

13. Шевага В.М. Остеохондроз хребта: від патогенетично обгрунтованого діагнозу характеру больового синдрому до ефективного лікування // Международный неврологический журнал. — 2006. — № 3(7). — С. 40-44.

14. Яровий В.К. Клінічна мануальна медицина. — Вінниця: Нова Книга, 2008. — 320 с.

15. Addington-Hall J. Measuring quality of life: Who should measure quality of life? // BMJ. — 2001. — Vol. 322. — P. 1417-1420.

16. Davidson M. Rash analysis of three versions of the Oswestry disability questionnaire rash // Manual Therapy. — 2008. — Vol. 13, № 3. — P. 222-231.

17. Fitzpatrick R., Fletcher A., Gore S. et al. Quality of life measures in health care. I: Applications and issues in assessment // Brit. Med. J. — 1992. — Vol. 305. — P. 173-181.

18. Gore M., Sadosky A., Stacey B.R., Tai K.-S., Leslie D. The burden of chronic low back pain: clinical comorbidities treatment patterns and health-care costs in usual care setting // Spine. — 2012. — Vol. 37, № 11. — P. 668-677.

19. Hart D.L., Stratford P.W., Werneke M.W., Deuther D., Wang Y.-C. Lumbar computerized adaptive test and modified Oswestry low back pain disability questionnaire: relative validity and important change // The Journal of Orthopaedic & Sports Physical Therapy. — 2012. — Vol. 42, № 6. — P. 541-551.

20. Paolucci T., Morone G., Iosa M., Fusco A., Alcuri R., Matano A., Bureca J., Saraceni V.M., Paolucci S. Psychological features and outcomes of the back school treatment in patients with chronic nonspecific low back pain // European Journal of Physical and Rehabilitation Medicine (Europa Medicophyica). — 2012. — Vol. 48, № 2. — P. 245-253.

21. Smith D., Bruce-Low S. Twenty years of specific, isolated lumbar extension research: a review // Journal of Orthopaedics. — 2008. — Vol. 5, № 1. — P. 14-15.

22. Vlanin M. Psychometric properties and clinical usefulness of the Oswestry disability index // The Journal of Chiropractic Medicine. — 2008. — Vol. 7, № 4. — P. 161-163.

Получено 30.06.13 □

Марамуха В.І.

ДЗ «Запорізька медична академія післядипломної освіти МОЗ України»

#### АНАЛІЗ ЕФЕКТИВНОСТІ РІЗНИХ МЕТОДІВ ЛІКУВАННЯ РЕФЛЕКТОРНИХ І КОМПРЕСІЙНО-КОРІНЦЕВИХ СИНДРОМІВ У ХВОРИХ З ОСТЕОХОНДРОЗОМ ПОПЕРЕКОВОГО ВІДДІЛУ ХРЕБТА З ПОЗИЦІЇ ОЦІНКИ ЯКОСТІ ЖИТТЯ: У ФОКУСІ М'ЯКІ МЕТОДИКИ

**Резюме.** Удосконалено методику цілеспрямованих лікувальних заходів у 120 хворих з остеохондрозом поперекового відділу хребта з урахуванням характеру перебігу остеохондрозу хребта та застосування розроблених нових засобів. Розроблені та застосовані в клінічній практиці інтегральні критерії оцінки якості життя для пацієнтів з остеохондрозом хребта, що дозволили уточнити й оптимізувати ефективність проведеного комплексу лікувальних заходів, а також сприяють виявленню нових аспектів для зменшення ризику розвитку рецидиву загострення патологічного процесу. Комплексне застосування запропонованих опитувальників для визначення якості життя дає можливість більш цілеспрямовано проводити лікувальні заходи, раціонально виявляти потенційну групу ризику з рецидиву захворювання та оцінити ефективність лікування. Застосування розроблених м'яких методик дозволяє зменшити тривалість госпіталізації, знизити частоту та тяжкість загострень остеохондрозу, поліпшити якість життя при остеохондрозі (найбільша позитивна динаміка відзначена в групі С при рефлекторних синдромах).

**Ключові слова:** мануальна терапія, якість життя, остеохондроз хребта.

Maramukha V.I.

State Institution «Zaporizhya Medical Academy of Postgraduate Education of Ministry of Public Health of Ukraine», Zaporizhya, Ukraine

#### ANALYSIS OF THE EFFECTIVENESS OF VARIOUS TREATMENTS FOR REFLEX AND COMPRESSION-RADICULAR SYNDROMES IN PATIENTS WITH OSTEOCHONDROSIS OF THE LUMBAR SPINE FROM A POSITION OF ASSESSING THE QUALITY OF LIFE: FOCUS ON SOFT TECHNIQUES

**Summary.** The authors improved the technique for targeted therapeutic interventions in 120 patients taking into account the nature of the clinical course of spinal osteochondrosis and application of new developed methods. There has been developed and applied in clinical practice the integral criteria of assessing the quality of life in patients with spinal osteochondrosis, allowed to refine and optimize the efficiency of the complex of medical interventions, as well as to help identify new aspects to reduce the risk of recurrence of exacerbation of the pathological process. Integrated application of the proposed questionnaires to determine the quality of life makes it possible to conduct therapeutic measures more purposefully, to identify rationally the potential group risk for recurrence of the disease and to evaluate the effectiveness of treatment. The use of developed soft techniques can reduce length of hospital stay, the incidence and severity of osteochondrosis exacerbations, to improve the quality of life in osteochondrosis (highest positive trend was noted in group C with reflex syndromes).

**Key words:** manual therapy, quality of life, spinal osteochondrosis.