

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ И ФАКТОРЫ, ОПРЕДЕЛЯЮЩИЕ ЕГО

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2014

УДК 617.547-009.7-08-036.868

Соков Е.Л., Корнилова Л.Е., Яковлев М.В.

ДИНАМИКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ В ПРОЦЕССЕ РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ СО СПОНДИЛОГЕННЫМИ ПЕЛЬВИО-МЕМБРАНАЛЬНЫМИ БОЛЕВЫМИ СИНДРОМАМИ

ФГБОУ ВПО «Российский университет дружбы народов», 117198, г. Москва

Обследовали 62 пациентов со спондилогенными пельвиомембранными болевыми синдромами. 31 пациенту основной группы в программу стандартной медицинской реабилитации дополнительно включался курс внутрикостных блокад (ВКБ), 31 пациент контрольной группы получали курс стандартного лечения. Эффективность лечения оценивали по динамике параметров повседневной активности по данным опросника Остервер, показателей качества жизни (QoL), показателя продолжительности жизни, соотношенной с ее качеством QALY. Выявлена более высокая эффективность реабилитационной программы с применением ВКБ и улучшение качества жизни по сравнению со стандартным лечением.

Ключевые слова: внутрикостные блокады; качество жизни; спондилогенные пельвиомембранные болевые синдромы.

THE DYNAMICS OF LIFE QUALITY INDICATORS IN THE REHABILITATION OF PATIENTS WITH SPONDYLOGENIC PELVIO MEMBRANE – PAIN SYNDROME

Sokov E.L., Kornilova L.E., Yakovlev M.V.

Peoples' Friendship University of Russia, 117198, Moscow, Russian Federation

62 patients with spondylogenic pelvio – membrane pain syndromes were examined. A course of intraosseous blockades was included in the standard medical rehabilitation program of 31 patients of the main group, 31 patients in the control group received a standard course of treatment. Treatment efficacy was assessed by changes of parameters according to daily activity questionnaire Ostver, indicators of life quality (QoL), life expectancy, correlated with its quality QALY. Revealed higher efficiency of the rehabilitation program using the intraosseous blockades and improved quality of life compared with standard treatment.

Key words: intraosseous blockade; life quality; spondylogenic pelvio-membrane pain syndromes.

Стремительное развитие научно-технического прогресса, нарастающая индустриализация, урбанизация, ускорение темпов жизни и изменение ее условий, с одной стороны, хронический стресс, гиподинамия, ожирение, статические перегрузки позвоночника – с другой приводят к росту «болезней цивилизации», ведущее место в которых занимает остеохондроз позвоночника [1–3]. 20% всего населения в мире в возрасте старше 30 лет имеют клинические проявления данного заболевания. Анализ медико-демографических показателей России выявил, что в структуре инвалидности трудоспособного населения дегенеративно-дистрофические заболевания позвоночника занимают 3-е место [2]. Подавляющее большинство пациентов имеют ограничение жизнедеятельности и снижение качества жизни вследствие заболевания, которые неблагоприятно влияют на результаты лечения и реабилитации. Поэтому поиск новых высокоэффективных методов лечения и реабилитации, повышающих повседнев-

ную активность и качество жизни пациентов, является актуальным.

На кафедре нервных болезней и нейрохирургии Российского университета дружбы народов профессором Е.Л. Соковым разработан и внедрен в медицинскую практику инновационный метод лечения хронических болевых синдромов – внутрикостные блокады [4–6].

Цель исследования – оценить динамику показателей качества жизни в процессе применения стандартной программы реабилитации пациентов со спондилогенными пельвиомембранными болевыми синдромами (ПМБС) и программы реабилитации с применением новой медицинской технологии – внутрикостных блокад (ВКБ).

Материал и методы

В исследование включены 62 пациента (30 мужчин и 32 женщины) в возрасте от 41 до 65 лет (средний возраст $50,17 \pm 7,73$ года) с диагнозом: поражение межпозвоночных дисков поясничного отдела позвоночника с рефлекторными пельвиомембранными болевыми синдромами. Средняя длительность заболевания составляла $11,5 \pm 0,4$ года, количество обострений в год – $2,9 \pm 0,1$ раза, продолжительность последнего обострения – $3,6 \pm 0,1$ мес.

Для корреспонденции:

Соков Евгений Леонидович – д-р мед. наук, проф., зав. каф. нервных болезней и нейрохирургии; 117292, г. Москва, ул. Вавилова, д. 61; e-mail: 1346469@mail.ru.

Повседневная активность пациентов оценивалась с помощью Освестровского опросника нарушения жизнедеятельности до лечения, после лечения и через 6 мес. Опросник включает в себя разделы, оценивающие интенсивность боли, самообслуживание, поднятие предметов, ходьбу, положение сидя, положение стоя, сон, сексуальную жизнь, досуг, поездки по 6-балльной системе, где 0 – функция не нарушена, 5 – максимальное нарушение функции. Оценивались как показатели, по каждому разделу, так и суммарный индекс состояния здоровья (суммарный балл) [7, 8].

Для оценки качества жизни пациента рассчитывался утилитарный (предпочтительный) показатель (*quality of life* – *QoL*) и показатель, характеризующий годы сохраненной качественной жизни (*quality adjusted life years* – *QALY*) пациента. Показатель *QoL* рассчитывался по формуле: $QoL = I/Imax$; где *I* – суммарный индекс состояния здоровья пациентов, полученный в результате анкетирования по Освестровскому опроснику (в баллах); *Imax* – максимально возможный индекс предусмотренный данным опросником (50 баллов). Показатель *QoL* соответствовал значениям в диапазоне от 0 (полное здоровье) до 1 (выраженное нарушение жизнедеятельности).

Показатель продолжительности жизни, соотносённый с ее качеством *QALY*, рассчитывается после курса лечения (*QALY₁*) и через 6 мес (*QALY₂*), согласно формуле $QALY = QoL \times Y$, где *Y* – интервал времени (в годах), для которого производится расчет. В данном случае расчет проводился за период 0,5 года. Показатель полезности $\Delta QALY$ характеризовал уровень приращения сохраненных лет качественной жизни и рассчитывался по формуле $\Delta QALY = QALY_1 - QALY_2$. Чем больше значение $\Delta QALY$, тем эффективнее метод проводимого лечения [7–9].

Результаты и обсуждение

При поступлении в клинику пациенты предъявляли жалобы на постоянные, выраженные боли в поясничном отделе позвоночника с иррадиацией в одну

или обе ноги, усиливающиеся при ходьбе или статических нагрузках.

Методом простой рандомизации все пациенты были разделены на 2 группы: 1-я группа основная – 31 пациент, в программу реабилитации которого, кроме стандартного медикаментозного и физиотерапевтического лечения, были включены ВКБ. 2-я группа контрольная – 31 пациент, программа реабилитации которого включала только стандартную медикаментозную и физиотерапию. Выделенные группы пациентов были сопоставимы по полу, возрасту, локализации поражения, тяжести состояния, давности и выраженности хронического болевого синдрома.

Данные повседневной активности пациентов до лечения, после лечения и через 6 мес после лечения представлены в таблице.

До лечения суммарные индексы состояния здоровья (общий балл) и индексы *QoL* согласно опроснику Освестри, в обеих группах не различались. Наиболее выраженные изменения у больных с ПМБС отмечались по разделам: интенсивность боли, стояние, общественная жизнь, поднимание предметов.

После курса лечения как в 1-й группе с применением ВКБ, так и во 2-й группе отмечалось улучшение суммарных индексов состояния здоровья (общий балл) уменьшение значений *QoL*, достоверно более выраженное в 1-й группе ($p < 0,05$).

Через 6 мес у пациентов 1-й группы суммарный индекс состояния здоровья (общий балл) и индекс *QoL* были достоверно ниже, чем во 2-й группе ($p < 0,05$). В течение 6 мес продолжалось улучшение жизнедеятельности и качества жизни у всех пациентов, более выраженное в 1-й группе.

По сравнению с исходным уровнем через 6 мес после курса лечения у пациентов, получавших курс ВКБ, повседневная активность возросла на 58,9%, качество жизни улучшилось на 70,7%. У пациентов, получавших стандартное лечение, повседневная активность возросла на 35,5%, качество жизни улучшилось на 39,3%.

Показатели Освестровского опросника нарушения жизнедеятельности

Показатель	До лечения		После лечения		Через 6 мес	
	1-я группа	2-я группа	1-я группа	2-я группа	1-я группа	2-я группа
Интенсивность боли	3,3 ± 0,1	3,4 ± 0,1	1,4 ± 0,1***	2,4 ± 0,1*	0,9 ± 0,1***	2,0 ± 0,1
Самообслуживание	2,4 ± 0,1	2,3 ± 0,1	1,2 ± 0,1*	1,8 ± 0,1*	0,9 ± 0,1***	1,5 ± 0,1
Поднимание предметов	2,9 ± 0,2	3,0 ± 0,2	1,9 ± 0,1***	2,4 ± 0,1	1,0 ± 0,1***	2,0 ± 0,1
Ходьба	2,5 ± 0,2	2,6 ± 0,2	1,3 ± 0,1***	2,1 ± 0,1	0,9 ± 0,1***	1,9 ± 0,1
Сидение	2,9 ± 0,2	3,2 ± 0,2	1,7 ± 0,1***	2,3 ± 0,2*	1,2 ± 0,1***	2,0 ± 0,1
Стояние	3,1 ± 0,1	3,0 ± 0,2	1,5 ± 0,1***	2,3 ± 0,1	1,1 ± 0,1***	2,1 ± 0,1
Сон	2,2 ± 0,1	2,6 ± 0,2	1,7 ± 0,1*	2,0 ± 0,1	1,5 ± 0,1***	1,8 ± 0,1
Сексуальная жизнь	2,8 ± 0,2	2,8 ± 0,3	1,7 ± 0,1*	2,2 ± 0,2	1,4 ± 0,1***	1,9 ± 0,2
Общественная жизнь	3,3 ± 0,2	3,7 ± 0,2	1,8 ± 0,1***	2,7 ± 0,1*	1,2 ± 0,1***	2,1 ± 0,1
Поездки	3,0 ± 0,2	3,1 ± 0,2	1,7 ± 0,1*	2,3 ± 0,1	1,3 ± 0,1***	1,9 ± 0,1
Суммарный индекс (общий балл)	28,6 ± 0,8	29,7 ± 1,0	15,9 ± 0,6*	22,4 ± 0,8*	11,8 ± 0,5***	19,1 ± 0,7
QoL	0,6 ± 0,1	0,6 ± 0,1	0,3 ± 0,1***	0,5 ± 0,1	0,2 ± 0,1***	0,4 ± 0,1

Примечание. * – $p < 0,05$ в сравнении показателей в группах до и после курса лечения, ** – $p < 0,05$ в сравнении показателей I и II групп после курса лечения, *** – $p < 0,05$ в сравнении показателей I и II групп через 6 месяцев после курса лечения.

В соответствии с формулами были рассчитаны утилитарные показатели качества жизни на моменты до лечения и через 6 мес. Эти показатели составили в 1-й группе 0,213 *QALY*₁ и 0,382 *QALY*₂ соответственно (расчетный период времени – 6 мес). Уровень приращения показателя сохраненных лет качественной жизни составил 0,169 *ΔQALY*. Во 2-й группе утилитарные показатели составили 0,203 *QALY*₁ и 0,308 *QALY*₂ соответственно (расчетный период времени – 6 мес). Уровень приращения показателя сохраненных лет качественной жизни составил 0,105 *ΔQALY*.

Большее значение приращения показателя сохраненных лет качественной жизни *ΔQALY* у пациентов 1-й группы указывает на большую эффективность реабилитационной программы, в которую дополнительно были включены ВКБ.

Клиническая практика и данные литературы свидетельствуют о значительном снижении повседневной активности и качества жизни у пациентов со спондилогенными ПМБС. Выявленное улучшение повседневной активности более чем на 58% и повышение качества жизни более чем на 70% от исходного уровня как после курса лечения с применением ВКБ, так и через 6 мес позволяют рекомендовать данный метод лечения к включению в стандартные программы реабилитации. Большее значение приращения показателя сохраненных лет качественной жизни у пациентов, получавших ВКБ, подтверждает повышение эффективности реабилитации при применении новой медицинской технологии по сравнению со стандартной реабилитационной программой.

Заключение

Включение внутрикостных блокад в схемы стандартной терапии пациентов со спондилогенными ПМБС значительно повышает эффективность лечения, повседневную активность и качество жизни пациентов в течение 6 мес последующего наблюдения.

Работа выполнена по плану НИР РУДН, тема № 031703-2-693, при поддержке гранта РФФИ №12-06-00146-а.

ЛИТЕРАТУРА

1. Алексеев В.В. Диагностика и лечение болей в пояснице. *Consilium medicum*. 2002; 2 (2): 96–102.
2. Попелянский Я.Ю. *Ортопедическая неврология (вертебрoneврология): Руководство для врачей*. М.: «МЕДпресс-информ», 2003.

3. Bogduk N., McGuirk B. Medical management of acute at chronic low back pain. – Amsterdam: Elsevier, 2002.
4. Соков Е.Л., Корнилова Л.Е. *Соматоневрологические синдромы. Новые аспекты патогенеза и лечения: Учеб.пособие*. М.:РУДН, 2008.
5. Соков Е.Л., Корнилова Л. Е. Остеогенная вертебрoneврология и внутрикостные блокады. Монография. М. РУДН; 2013.
6. Соков Л.П., Соков Е.Л., Соков С.Л. *Клиническая нейротравматология и нейроортопедия: Руководство*. М.: ИД «Камерон», 2004.
7. Новик А.А., Матвеев С.А., Ионова Т.И. и др. Оценка качества жизни больного в медицине. *Клиническая медицина*. 2000; 2: 10–3.
8. Белова А.Н., Щепетова О.Н. ред. *Шкалы, тесты и опросники в медицинской реабилитации*. М: Антидор, 2002.
9. Bullinger M. et al. Translating health study questionnaires and evaluating them: the quality of life a project approach. International of quality of life assessment. *Clin. Epidemiol*. 1998; 51: 913–23.

REFERENCES

1. Alekseev V.V. Diagnosis and treatment of low back pain. *Consilium medicum*. 2002; 2: 102–96. (in Russian)
2. Popeljanskij Ja.Ju. *Orthopedic neurology (Vertebroneurology): A Guide for Physicians. [Ortopedicheskaya nevrologiya (vertebronevrologiya): Rukovodstvo dlya vrachej.]* M.: «MEDpress-inform», 2003. (in Russian)
3. Bogduk N., McGuirk B. Medical management of acute at chronic low back pain. – Amsterdam: Elsevier, 2002.
4. Sokov E.L., Kornilova L.E. *Somatoneurological syndromes. New aspects of the pathogenesis and management: Textbooks. [Somatonevrologicheskie sindromy. Novye aspekty patogeneza i lecheniya: Ucheb.posobie.]* M.:RUDN, 2008. (in Russian)
5. Sokov E.L., Kornilova L.E. *Osteogenic vertebroneurology and intraosseous blockades. [Osteogennaya vertebronevrologiya i vnutrikostnye blokady.]* Monograph. M: RUDN, 2013. (in Russian)
6. Sokov L.P., Sokov E.L., Sokov S.L. *Clinical neurotraumatology and neuroortopediya. Guide. [Klinicheskaya neyrotравmatologiya i neyroortopediya: Rukovodstvo.]* M.: PH «Kameron», 2004. (in Russian)
7. Novik A.A., Matveev S.A., Ionova T.I. et al. Assessment of the quality of life of patients in medicine. *Klinicheskaya meditsina*. 2000; 2: 10–3. (in Russian)
8. Belova A.N., Shhepetova O.N., eds. *Scale, tests and questionnaires in medical rehabilitation. [Shkaly, testy i oprosniki v meditsinskoy reabilitatsii.]* M: Antidor, 2002. (in Russian)
9. Bullinger M. et al. Translating health study questionnaires and evaluating them: the Quality of life a project approach. International of Quality of life assessment. *Clin Epidemiol* 1998; 51: 913–23.

Поступила 09.12.13
Received 09.12.13