



Анализ Влияний Интенсивности И Длительности Болевого Синдрома Вертеброгенного Характера На Качество Жизни Больных

1. Бурибаева А. Х.
2. Некбаева О. С.
3. Хасанжанова Ф. О.

Received 2nd Aug 2023,
Accepted 19th Sep 2023,
Online 19th Oct 2023

^{1,2} Самаркандский филиал
Республиканского научного центра
экстренной медицинской помощи

³ Самаркандский государственный
медицинский университет,
г. Самарканд Узбекистан

Аннотация: В данной научной работе оценено влияние интенсивности и длительности болевого синдрома вертеброгенной этиологии на качество жизни больных. Исследование проводилось на базе Самаркандского филиала РНЦЭМП в отделение неврологии. Обследованы 32 пациента (24 женщины, 8 мужчин) с болями в спине, средний возраст пациентов 58,3±9,2 года. Из них 17 больных (53%) лечились с диагнозом вертеброгенная люмбоишиалгия, 5 больных (16%) – с радикулопатией, 7 больных (22%) – с цервикобрахиалгией, 2 больных (6%) – с люмбалгией, 1 больной (3%) – с торакалгией. Качество жизни оценивалось по шкале SP-36, уровень тревожности – по шкале Спилберга – Ханина, оценка интенсивности боли проводилась по шкале ВАШ. Полученные результаты свидетельствуют о неблагоприятном влиянии болевого синдрома вертеброгенной этиологии на эмоционально-волевую сферу деятельности человека, приводя к развитию тревожности от умеренной до высокой степени, а также существенно снижая качество жизни, социальное и физическое функционирование.

Ключевые слова: качество жизни, болевой синдром, радикулопатия, люмбоишиалгия и др.

Актуальность

С давних времен у многих народов и этнических групп при появлении болей в спине применяли хождение по ней, что сопровождалось хрустом и приносило значимое облегчение. Боль в спине и шее в 82–95% случаев обусловлена вертебро-неврологическими заболеваниями (ВНЗ) [4, 8] и обоснованно считается одной из актуальных проблем современной медицины. ВНЗ ограничивают жизнедеятельность пациентов, снижают качество жизни, изменяют психику и поведение людей (у 50 % больных имеются признаки хронического эмоционального

напряжения) [1, 3]. В соответствии с новой парадигмой клинической медицины повышение качества жизни пациента является либо главной, либо дополнительной целью лечения [2], и оценка данного показателя особенно актуальна у пациентов с хроническими заболеваниями [5, 10], так как важно учитывать влияние как самого заболевания, так и лечения на повседневную жизнедеятельность больного [6]. Качество жизни может рассматриваться как важный самостоятельный показатель состояния больного, а его динамика в ходе лечения может иметь не меньшее, а иногда и большее значение, чем обычно оцениваемые клинические параметры – данные лабораторных и клинко-инструментальных исследований, которые являются суррогатными конечными точками с позиции принципов доказательной медицины.

В последние годы наблюдается значительный рост числа больных с патологией опорно-двигательного аппарата [1]. По данным ВОЗ, более 4% населения планеты страдают различными заболеваниями суставов и позвоночника, а боль, связанная с поражением компонентов опорно-двигательного аппарата, встречается хотя бы один раз у 20–45% людей во всем мире [2, 3]. Более чем 40% людей, страдающих хронической болью, указывают ее как причину существенного снижения качества жизни [4].

Хроническая боль представляет собой чрезвычайно распространенное, недооцененное явление и относится к одной из важных медицинских и социальных проблем в связи с упорным течением, нередким отсутствием значимого эффекта от проводимой терапии и высокими затратами на лечение [5].

Приблизительно 2/3 людей во всем мире испытывают боль в шее [6, 13, 14]. Патогенез таких болей обычно комплексный. Возрастные дегенеративные изменения в позвоночнике могут обнаруживаться уже после 25–30-летнего возраста. Их развитию способствуют врожденные аномалии по типу люмбализации и сакрализации, гипермобильность позвоночных сегментов, частая микротравматизация позвоночника (вынужденная поза в течение длительного времени, постоянные однотипные движения, незначительные и регулярные сотрясения позвоночного столба). Определенную роль в патогенезе играют поструральные факторы и малоподвижный образ жизни, тревога и депрессия, постоянное напряжение мышц шеи, производственная и спортивная травматизация [7, 10, 15].

Речь идет о неправильном распределении нагрузки, а происходит это вследствие особенностей профессиональной деятельности или привычного образа жизни. В ситуации, когда спинные мышцы начинают слабеть, главную причину этого следует искать в низкой подвижности в течение дня и отсутствии физических нагрузок. В эпоху тотальной компьютеризации, резкого перехода от физического труда к умственному, происходит уменьшение двигательной активности человека. Сидячая работа, езда в автомобиле приводят к снижению тонуса мышц.

Проведенными исследованиями установлено, что 80% времени позвоночник пребывает в вынужденном полусогнутом положении. Длительное пребывание в такой позе вызывает растяжение мышц-сгибателей спины и снижение их тонуса. Это один из основных факторов, который приводит к возникновению дегенеративно-дистрофических заболеваний позвоночника, являющихся одной из ведущих причин возникновения хронического болевого синдрома в области шеи [8, 12, 14]. В большинстве случаев развитию деформирующего спондилоартроза сопутствуют чувство неловкости, дискомфорта в позвоночнике, расстройство статики, ограничение подвижности. Болевой синдром в области шеи — проблема междисциплинарная, вследствие чего лечение данной категории больных представляет собой большую трудность и требует порой особых, новых, альтернативных подходов.

Цель исследования: оценка влияние интенсивности и длительности болевого синдрома вертеброгенной этиологии на качество жизни пациентов.

Материалы и методы: Данное исследование проводилось на базе Самаркандского филиала РНЦЭМП в отделение неврологии. Обследованы 32 пациента (24 женщины, 8 мужчин) с болями в спине, средний возраст пациентов $58,3 \pm 9,2$ года. Из них 17 больных (53%) лечились с диагнозом вертеброгенная люмбоишалгия, 5 больных (16%) – с радикулопатией, 7 больных (22%) – с цервикобрахиалгией, 2 больных (6%) – с люмбалгией, 1 больной (3%) – с торакалгией. Качество жизни оценивалось по шкале SP-36, уровень тревожности – по шкале Спилбергера – Ханина, оценка интенсивности боли проводилась по шкале ВАШ. Физический компонент здоровья, который рассчитывается из показателей физического функционирования, ролевого функционирования, обусловленного физическим состоянием, интенсивности боли и общего состояния здоровья, составил 31,2 (17,8; 42,2) балла. Психический компонент здоровья, который складывается из показателей жизненной активности, социального функционирования, психического здоровья и ролевого функционирования, обусловленного эмоциональным состоянием, составил 36,9 (21,3; 62,2) балла.

Результаты исследования: Полученные данные указывают на преобладание низкого и среднего уровней качества жизни у опрошенных пациентов. Так, показатели менее 50 баллов обнаружены в следующем проценте случаев: физический компонент здоровья – 100%; физическое функционирование – 57%; ролевое функционирование, обусловленное физическим состоянием – 100%; общее состояние здоровья – 76%; психический компонент здоровья – 90%; жизненная активность – 84%; социальное функционирование – 80%; ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием – 81%; психическое здоровье – 62%. При анализе уровня реактивной и личностной тревожности при помощи шкалы Спилбергера – Ханина было выявлено, что 100% опрошенных имели уровень тревожности от умеренного до высокого: высокий уровень реактивной тревожности – 73%, умеренный уровень реактивной тревожности – 27%; высокий уровень личностной тревожности – 88%, средний уровень тревожности – 12%. В 56% случаев наблюдались высокие показатели уровней как личностной, так и реактивной тревожности. Средние значения реактивной тревожности составили 50,6 (34,0; 70,0) балла, личностная тревожность равнялась 47,3 (14,0; 70,0) балла. При проведении корреляционного анализа были выявлены статистически достоверные зависимости выраженности болевого синдрома по шкале ВАШ и уровня личностной тревожности ($p=0,025$; $r=0,67$), а также выраженности болевого синдрома и уровня реактивной тревожности ($p=0,022$, $r=0,95$).

Выводы: Полученные результаты свидетельствуют о неблагоприятном влиянии болевого синдрома вертеброгенной этиологии на эмоционально-волевую сферу деятельности человека, приводя к развитию тревожности от умеренной до высокой степени, а также существенно снижая качество жизни, социальное и физическое функционирование.

Список литературы:

1. Бадашкев, М. В., and Е. Ю. Кузьмина. "ОСОБЕННОСТИ ГОЛОВНОЙ БОЛИ ВЕРТЕБРОГЕННОГО ХАРАКТЕРА." ОБЩЕСТВО-НАУКА-ИННОВАЦИИ. 2021.
2. Бурибаева, А. Х., Ф. О. Хасанжанова, and О. С. Некбаева. "ОЦЕНКА КАЧЕСТВО ЖИЗНИ У БОЛЬНЫХ С БОЛЕВЫМ СИНДРОМОМ ВЕРТЕБРОГЕННОГО ХАРАКТЕРА." "RUSSIAN" ИННОВАЦИОННЫЕ ПОДХОДЫ В СОВРЕМЕННОЙ НАУКЕ 9.1 (2023).
3. Ветрилэ, Марчел Степанович, et al. "Вертеброгенный болевой синдром у детей 9–17 лет с деформациями позвоночника." Ортопедия, травматология и восстановительная хирургия детского возраста 7.1 (2019): 5-14.
4. Камчатнов, П. Р., Чугунов, А. В., Умарова, Х. Я., & Воловец, С. А. (2006). Алгоритм терапии острого вертеброгенного болевого синдрома. Consilium Medicum, 8(2), 83-85.

5. Костенко, Е. В., А. А. Тяжельников, and Р. К. Магомедова. "ОРГАНИЗАЦИЯ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ НЕВРОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ С ВЕРТЕБРОГЕННЫМИ БОЛЕВЫМИ СИНДРОМАМИ В АМБУЛАТОРНОПОЛИКЛИНИЧЕСКИХ УСЛОВИЯХ." *Российский журнал боли* 1 (2012): 11-11.
6. Левин, О. С., and Т. А. Макотрова. "Вертеброгенная шейная радикулопатия." *РМЖ* 20.12 (2012): 621-627.
7. Манвелов, Лев Сергеевич. "Вертеброгенные болевые синдромы." *Нервные болезни* 3 (2004): 42-44.
8. Мокрова, А. В. "Применение метода искусственных нейронных сетей в оценке механизмов вертеброгенного поясничного хронического болевого синдрома." *Наука молодых–Eruditio Juvenium* 3 (2015): 78-81.
9. Острова, Ксения Александровна. "Факторы риска и причины рецидива болевого синдрома при операциях на поясничных межпозвоночных дисках: дисс. канд. мед. наук." Автореф. дисс.... канд. мед. наук. М (2010).
10. Салина, Екатерина Анатольевна, et al. "Тактика лечения вертеброгенного болевого синдрома в сочетании с гемангиомами позвонков." *Медицинский альманах* 1 (2011): 127-129.
11. Саидов, М. А., Хасанжанова, Ф. О., Низамов, Х. Ш., Хушназаров, Р. С., & Абдивалиев, Б. К. (2023). КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ИНФАРКТА МИОКАРДА У КОМОРБИДНЫХ МУЖЧИН И ЖЕНЩИН МОЛОЖЕ 60 ЛЕТ НА ГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ ЛЕЧЕНИЯ. *International Bulletin of Medical Sciences and Clinical Research*, 3(10), 18-21.
12. Хасанжанова, Ф. О., et al. "Оценка Частоты Встречаемости Аритмий Сердца И Показателей Реполаризации Желудочков У Больных С Гипертоническим Кризом." *Central Asian Journal of Medical and Natural Science* 4.3 (2023): 455-460.
13. Хасанжанова, Ф. О., et al. "Эффективность Тромболитической Терапии У Больных С Острым Коронарным Синдромом С Подъемом Сегмента St У Лиц В Молодом Возрасте." *Central Asian Journal of Medical and Natural Science* 4.2 (2023): 632-636.
14. Saidov, M. A., et al. "FEATURES OF THE CLINICAL COURSE OF MYOCARDIAL INFARCTION WITH CHRONIC HEART FAILURE IN PATIENTS AT YOUNG AGE." *World Bulletin of Public Health* 23 (2023): 36-38.
15. Khasanjanova, F. O., et al. "CLINICAL STATUS OF PATIENTS WITH UNSTABLE ANGINA AND CHRONIC HEART FAILURE WITH RETAINED EFFICIENCY FRACTION." *International Bulletin of Medical Sciences and Clinical Research* 3.6 (2023): 20-24.