

УДК 616.722-036.3-002:616-08-039.76

*Е.Н. Мороз***ОГРАНИЧЕНИЕ ЖИЗНЕДЕЯТЕЛЬНОСТИ БОЛЬНЫХ С НЕВРОЛОГИЧЕСКИМИ ОСЛОЖНЕНИЯМИ ОСТЕОХОНДРОЗА ПОЯСНИЧНО-КРЕСТЦОВОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА, КАК ИНТЕГРАЛЬНЫЙ ПОКАЗАТЕЛЬ СНИЖЕНИЯ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ**

Украинский государственный научно-исследовательский институт медико-социальных проблем инвалидности

Ключевые слова: неврологические осложнения остеохондроза, ограничение жизнедеятельности

Вертеброгенные заболевания пояснично-крестцового отдела нервной системы (рефлекторные, корешковые и корешково-сосудистые) являются широко распространенными, поражая преимущественно лиц трудоспособного возраста, приводя к временной и стойкой утрате трудоспособности.

Наиболее частым симптомом остеохондроза пояснично-крестцового отдела позвоночника (ОХ) является боль в спине. Около 20% взрослого населения страдает от периодически рецидивирующих болей в спине, среди них у 80% боли проходят под воздействием лечения в течение месяца, а у 4% - боли принимают хронический характер [1]. Хроническое течение заболевания, приводящее к стойкому ограничению различных аспектов жизнедеятельности, снижает качество жизни пациентов и вызывает их инвалидизацию. В то же время, малоэффективное лечение заболевания приводит к возрастанию эмоционального напряжения, что снижает еще больше результативность терапии, формируя «порочный круг» [2].

Качество жизни – это интегральная характеристика физического, психологического, эмоционального и социального функционирования больного, основанная на его субъективном восприятии [3].

В 1999 г. в Украине в связи с заболеваниями костно-мышечной системы были признаны инвалидами 17535 человек, из них 28,4% вследствие ОХ [4]. Несмотря на активное внедрение в повседневную клиническую практику современных диагностических и лечебных технологий, показатели официальной статистики инвалидности вследствие вертеброгенной патологии

на Украине за 2000 – 2003 годы [5, 6, 7] свидетельствуют о росте инвалидизации. Так, показатель первичной инвалидности среди населения трудоспособного возраста в 2000 и 2003 годах составил соответственно 1,8 и 2,1 случаев на 10 000 населения, а ежегодный прирост первичной инвалидности колебался от +5,6 до +5,0%. Количество первично признанных инвалидами среди взрослого населения по Украине составило в 2000 и 2003 годах соответственно 5738 и 6718, среди трудоспособного населения – 5012 и 6022 человек.

Официальная медицинская статистика накопленной инвалидности при вертеброгенных заболеваниях в настоящее время отсутствует. Доля накопленной инвалидности вследствие неврологических осложнений ОХ в структуре всей накопленной инвалидности за 1998-2000 годы по г.Днепропетровску составила 5,4%, 9,4% и 7,9% [8].

Прямые и опосредованные затраты обусловленные вертеброгенной патологией весьма значительны. Так, ежегодный экономический ущерб в результате боли в поясничном отделе позвоночника в США составил 19 млрд. долл., включая затраты на диагностику, лечение и компенсацию нетрудоспособности работающим [9]. Аналогичных отечественных исследований не проводилось.

Цель исследования: исследовать взаимосвязи степени выраженности клинических синдромов ОХ, количественных характеристик нарушений по балльным оценочным шкалам и степени ограничения основных видов жизнедеятельности у больных с неврологическими осложнениями остеохондроза пояснично-крестцового отдела позвоночника.

## Материал и методы исследования

В клинике института обследованы 160 больных с неврологическими осложнениями томографически верифицированного ОХ. Оценивался неврологический статус с выделением ведущих клинических симптомов (рефлекторные синдромы – 30 больных, корешковые – у 97, корешково-сосудистые – 33 пациента) и их унифицированной градацией, всем больным проведена функциональная спондилография.

Для определения нарушений жизнедеятельности по степени выраженности за основу нами были взяты «Инструкция об установлении групп инвалидности» [10]. Для оценки вида и степени выраженности ограничения жизнедеятельности применяли также «Международную классификация функционирования, ограничения жизнедеятельности и здоровья» [11]. Согласно вышеизложенного номенклатура ограничения жизнедеятельности включает следующие аспекты: способность к передвижению, самообслуживанию, ориентации, общению, контролю за своим поведением, способность к обучению и труду [10,11], каждый из них имеет четыре степени выраженности. Определение стойкого ограничения жизнедеятельности (групп инвалидности) основывается на качественных и количественных характеристиках указанных аспектов. Под ограничением жизнедеятельности следует понимать отклонение от

нормы деятельности человека вследствие нарушения здоровья, которое характеризуется ограничением способности осуществлять самообслуживание, передвижение, ориентацию, общение, контроль за своим поведением, обучением и трудовой деятельностью [12]. При патологии позвоночника преимущественно страдают самообслуживание, передвижение и возможность трудовой деятельности. Последний аспект во многом зависит от профессии и класса выполняемого труда и на степень его нарушений влияют первые два аспекта. Ввиду этого нами исследовались аспекты «ограничение способности осуществлять самообслуживание и передвижение».

Степень нарушения жизнедеятельности вследствие вертеброгенной патологии устанавливали по данным опросника Освестри (Oswestry Low Back Pain Disability Questionnaire) [13], модифицированного индекса нарушения физического состояния Ваделля (Waddell Disability Index) [14], опросника о характере боли Мак-Гилла (McGill pain questionnaire) [15], с применением визуальной аналоговой шкалы оценки боли/ВАШ (visual analog scale/VAS) [15]. Данная система шкал балльной оценки состояния пациентов с исследуемой патологией использовалась в клинических исследованиях, проводившихся в нашей клинике [16].

## Результаты исследования и их обсуждение

При комплексной оценке полученных количественных характеристик исследуемых показателей различные виды ограничения жизнедеятельности выявлены у 98,1% больных. Среди них у 93,7% пациентов наблюдалось ограничение способности к самостоятельному передвижению, у 87,5% отмечалось ограничение способности к самообслуживанию.

Ограничение способности к передвижению. I степень зафиксирована у 33,7% пациентов, (легкое- нарушение передвижения, сохранная возможность передвижения на большие расстояния с небольшим изменением походки, необходимостью замедления темпа ходьбы, использованием простых вспомогательных средств). Балльная количественная оценка соответствовала: опросник Освестри (11,4±1,6%), индекса Ваделля (15,7±2,8%), опросника Мак-Гилл (8,7±0,4 балла), данных ВАШ (17,0±9,7 балла). В клинических группах I степень ограничения передвижения

встречалась: в группе рефлекторных синдромов у 53,3% больных, корешковых – у 15,5%, корешково-сосудистых - у 6,1% пациентов.

2 степень зафиксирована у 56,8% пациентов (умеренное нарушение передвижения, ограничение расстояния передвижения от 1 до 1,5 км. при медленном темпе ходьбы, явном изменении походки, необходимости использования более сложных вспомогательных средств (функциональные виды протезов, ортезов), пользование транспортом возможно без посторонней помощи, но затруднено). Балльная количественная характеристика соответствовала: опросник Освестри (35,7±7,4%), индекса Ваделля (19,5±2,5%), опросника Мак-Гилл (9,2±1,4 балла), данных ВАШ (39,5±8,5 баллов). В клинических группах 2 степень ограничения передвижения встречалась: среди больных с рефлекторными синдромами - 43,3% больных, корешковыми синдромами – 61,8%, корешково-сосудистыми синдромами - 9,1% пациентов.

3 степень зафиксирована у 9,4% больных (значительное ограничение мобильности, передвижение ограничено расстоянием до 0,5 км., резко изменена походка и темп ходьбы, необходимо использование сложных вспомогательных средств (костыли, ходунки, кресла-коляски), невозможно пользование общественным транспортом без посторонней помощи). Балльная количественная характеристика соответствовала: опросник Освестри (62,7±9,2%), индекса Ваделля (35,4±7,1%), опросника Мак-Гилл (29,3±5,6 баллов), данных ВАШ (62,4±6,8 баллов). В клинических группах 3 степень ограничения передвижения встречалась: группа рефлекторных синдромов 3,0%, группа корешковых синдромов – 22,7%, в группе корешково-сосудистых синдромов - у 84,8% пациентов.

4 степень ограничения передвижения у исследуемых больных не встречалась (полная утрата мобильности и резкое ограничение передвижения, при котором передвижение ограничено пределами жилья, кресла или постели).

Ограничение самообслуживания:

1 степень наблюдалась у 28,7% пациентов (легкая физическая зависимость, необходимость в небольшой, непостоянной и нерегулярной помощи других лиц (генеральная уборка, крупная стирка, ремонт и т.д.). Балльная количественная характеристика соответствовала: опросник Освестри (12,5±1,4%), индекс Ваделля (14,7±2,4%), опросник Мак-Гилл (7,6±2,0 баллов), данных ВАШ (18,7±4,6 баллов). В клинических группах 1 степень ограничения самообслуживания встречалась: в группе рефлекторных синдромов – у 50,0% пациентов, в группе корешковых синдромов – 22,7%, в группе корешково-сосудистых синдромов - у 6,1% пациентов.

2 степень зарегистрирована у 56,9% пациентов (умеренная физическая зависимость, существует необходимость эпизодической помощи других лиц в осуществлении одной или нескольких регулируемых потребностей при самостоятельной реализации других повседневных нужд (помощь при вхождении и выходе из ванны и т.д.). Балльная количественная характеристика соответствовала: опросник Освестри (34,2±6,5%), индекс Ваделля (19,5±3,5%), опросник Мак-Гилл (9,7±1,5 баллов), данных ВАШ (39,5±4,5 баллов). В клинических группах 2 степень ограничения самообслуживания встречалась: среди рефлекторных синдромов – у 46,6%, в группе корешковых синдромов – 46,4%, в группе корешково-сосудистых синдромов - у 9,3% пациентов.

3 степень - у 14,4% пациентов (значительное ограничение физической независимости, необходимость систематической помощи других лиц хотя бы 1 раз в сутки (покупка продуктов, приготовление пищи, пользование домашней утварью). Балльная количественная характеристика соответствовала: опросник Освестри (54,2±8,6%), индекс Ваделля (36,4±1,5%), опросник Мак-Гилл (26,7±4,5 баллов), данных ВАШ (62,4±2,7 баллов). В клинических группах 3 степень ограничения передвижения встречалась: в группе рефлекторных синдромов - 3,4% случаев, в группе корешковых – 30,9%, в группе корешково-сосудистых синдромов - у 84,8% пациентов.

4 степень – резко выраженное или полное нарушение физической зависимости (необходимость помощи других лиц в удовлетворении нерегулируемых потребностей через короткие интервалы или постоянно) в наблюдаемых группах не встречалась.

Согласно полученных данных медицинскими показаниями для установления стойкого ограничения жизнедеятельности, соответствующего III группе инвалидности, являются умеренно выраженное ограничение передвижения, умеренно выраженное ограничение самообслуживания вследствие наличия умеренно выраженных рефлекторного и корешкового синдромов, что проявляется оценочными показателями балльных шкал: ВАШ (40 - 60 баллов), шкалы Ваделля (25 - 34%), опросника Мак Гилла (15 - 24 баллов). При этом балл по опроснику Освестри составляет от 40 до 60. При установлении II группы инвалидности необходимо наличие у больного выраженных органичений передвижения и самообслуживания, выраженных рефлекторного, корешкового и корешково-сосудистого синдромов, что проявляется оценочными показателями балльных шкал: ВАШ (60 – 80 баллов), шкалы Ваделля (35 - 37%), опросника Мак Гилла (25 - 34 балла). При этом балл по опроснику Освестри составляет от 60 до 80. В проведенном исследовании отсутствовали пациенты со степенью выраженности ограничений жизнедеятельности, являвшейся основанием для установления I группы инвалидности.

Таким образом, установлена взаимосвязь степени выраженности ограничения жизнедеятельности и показателей балльных шкал. На степень ограничения самообслуживания в большей степени влияет выраженность болевого синдрома, которая количественно оценивается шкалами ВАШ, Ваделль, МакГилла. Полученные данные

прямо коррелирують с проявленнями клінічних синдромів (рефлекторних, корешкових, судистих).

Шкала Освестри дає можливість комплекс-

сної кількісної оцінки як обмеження передвиження, так і самообслуговування, основуючись не тільки на болевих, но і на двигательних порушеннях.

*О.М. Мороз*

## **ОБМЕЖЕННЯ ЖИТТЄДІЯЛЬНОСТІ ХВОРИХ З НЕВРОЛОГІЧНИМИ УСКЛАДНЕННЯМИ ОСТЕОХОНДРОЗУ ПОПЕРЕКОВО-КРИЖОВОГО ВІДДІЛУ ХРЕБТА, ЯК ІНТЕГРАЛЬНИЙ ПОКАЗНИК ЗНИЖЕННЯ ЯКОСТІ ЖИТТЯ**

Український державний НДІ медико-соціальних проблем інвалідності

Неврологічні ускладнення остеохондрозу (ОХ) попереково-крижового відділу хребта незважаючи на активне впровадження сучасних технологій продовжують представляти значну медико-соціальну проблему, приводячи до росту інвалідизації населення України. Мета роботи: дослідження взаємозв'язку ступеня вираженості клінічних синдромів, кількісних характеристик порушень за бальними шкалами та ступеня обмеження основних видів життєдіяльності в цих хворих. Проведене комплексне обстеження 160 хворих з томографічно верифікованим ОХ. Оцінювалися наступні обмеження життєдіяльності - здатність до пересування і самообслуговування згідно бальних шкал - опросник Освестри, індекс порушення фізичного стану Ваделля, опросник про характер болю Мак-Гілла, візуальна аналогова шкала (ВАШ) оцінки болю. Встановлено взаємозв'язок ступеня вираженості обмеження життєдіяльності та показників бальних шкал. На ступінь обмеження самообслуговування в більшому ступені впливає стан більового синдрому, що кількісно оцінюється шкалами ВАШ, Ваделля, Мак-Гілла. Отримані дані прямо корелюють із проявами клінічних синдромів (рефлекторних, корішевих, судинних). Шкала Освестри дає можливість комплексної кількісної оцінки як обмеження пересування, так і самообслуговування, ґрунтуючись не тільки на болевих, але і на рухових порушеннях. (Журнал психіатрії та медичної психології. — 2004. — № 2 (12). — С.14-17)

*E.N. Moroz*

## **HABITABILITY LIMITATIONS IN PATIENTS WITH NEUROLOGICAL COMPLICATIONS OF LUMBAR DISK PATHOLOGY AS QUALITY OF LIFE AFFECTION INTEGRAL PARAMETER**

The Ukrainian State Institute of Medical and Social Problems of Disability

Neurological complications of lumbar disk pathology (LDP) despite of active intrusion of modern diagnostic and medical technologies are still introduce a considerable medical and social problem, resulting to growth of invalid's population in Ukraine. The aim of the work is to investigate intercommunication of clinical syndromes' manifestation, quantitative characteristics of grading scale's data and limitations of main habitability types for LDP patients. For this purpose we conduct complex examination of 160 patients with tomographically verified LDP. The following aspects of habitability limitations were evaluated - ability to move and self-assistance. Used grading scales - Oswestry Low Back Pain Disability Questionnaire, Waddell Disability Index, McGill Pain Questionnaire, visual analogue scale (VAS). The intercommunication of a degree of expressiveness of habitability limitation and parameters of grading scales was established. The degree of limitation of self-assistance was influenced by an expressiveness of a pain, quantitatively estimated by VAS, Waddell, McGill scales. The obtained data directly correlate with expression of clinical syndromes. The Oswestry scale enables integrated quantitative assessment both limitation of ability to move and self-assistance, based both on pain and movement disturbance. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2004. — № 2 (12). — P.14-17)

### *Литература*

1. Вознесенская Т.Г. Боли в спине и конечностях. / В кн.: Болевые синдромы в неврологической практике. А.М. Вейн и др. 1999 Москва, с.217-284.
2. Григорьева В.Н., Густов А.В. Психологическая характеристика больных с неврологическими проявлениями поясничного остеохондроза. // Журн. неврол. и психиатр. им. С.С. Корсакова. - 1997 - Т.97(3). - С.12-16.
3. Salek M.S., Luscombe D.K. Health-related quality of life: a review. // J. Drag Dev. - 1992. - Vol.5(3). - P.37-153.
4. Рой І.В., Зинченко В.В., Твардовская С.П. Досвід лікування хворих на остеохондроз хребта. // Журн. практичного лікаря. - 2002. - №5. - С.65-68.
5. Маруніч В.В., Іпатов А.В., Сергієні О.В., Войтчак Т.Г. и др. Основні показники інвалідності та діяльності медико-соціальних експертних комісій України за 2000 рік. Аналітико-інформаційний довідник. Пороги: Дніпропетровськ, 2001, 93с.
6. Маруніч В.В., Іпатов А.В., Сергієні О.В., Войтчак Т.Г. и др. Основні показники інвалідності та діяльності медико-соціальних експертних комісій України за 2001 рік. Аналітико-інформаційний довідник. Пороги: Дніпропетровськ, 2002, 95с.
7. Маруніч В.В., Іпатов А.В., Сергієні О.В., Войтчак Т.Г. Основні показники інвалідності та діяльності медико-соціальних експертних комісій України за 2002 рік. Аналітико-інформаційний довідник. Пороги: Дніпропетровськ, 2003. - 95с.
8. Удосконалити медико-соціальну експертизу та реабілітацію хворих з неврологічними ускладненнями остеохондроза хребта і розробити для них основні принципи побудови індивідуальних реабілітаційних програм: Отчет о НИР. Укр. гос. НИИ медико-социальных

проблем инвалидности.-ВН 69 ИИ.01; Днепр. - 2004. - 135с.

9. Wanek V., Brenner H., Novak P., Reime B. Back pain in industry: prevalence, correlation with work conditions and requests for reassignment by employees. // - Gesundheitswesen. - 1998. - Vol.60 (8-9). - P.513-522.

10. Інструкція про встановлення груп інвалідності: Наказ Міністерства охорони здоров'я України 07.04.2004. №183.

11. Коробов М.В., Шостка Г.Д., Ряснянский В.Ю. и др. Международная классификация функционирования, ограничения жизнедеятельности и здоровья. Матер. VI Рос. национ. конгресса. Человек и его здоровье, С.-Петербург, 2001. С. 216.

12. Іпатов А.В., Сергієні Е.В., Маруніч В.В., Науменко Ю.Л., Войтчак Т.Г. Методика складання індивідуальної програми медичної реабілітації інвалідів, управління процесом її реалізації і контролю. Дніпропетровськ, 2003. - 107 с.

13. Fairbank J.C., Mbaot J.C., Davies J.B., O'Brien J.P. The Oswestry low back pain disability questionnaire. // Psysiotherapy. - 1980. - Vol. 66(8). - P.271-273.

14. Waddell G., Main C.J. Assessment of severity of low back disorders. Acta Orthop. Belg. - 1997. - Vol. 53(2). - P.269-271

15. Карих Т.Д. Рандомизированное исследование сравнительной эффективности комплексов у больных с неврологическими проявлениями поясничного остеохондроза. / В кн.: Периферическая нервная система. Вып. 13. Минск. 1990 - С.234-237.

16. Голик В.А., Машенко Ю.И., Мороз Е.Н. Мовалис в лечении хронических пояснично-крестцовых болевых синдромов. // Украинский медицинский часопис. - 2004. - Т.2(40). - С.61-64.

Поступила в редакцию 9.06.2004