



# ВЛИЯНИЕ КОМПЛЕКСНОЙ КОНСЕРВАТИВНОЙ ТЕРАПИИ НА ДИНАМИКУ ИНТЕНСИВНОСТИ БОЛИ ПРИ HIP-SPINE SYNDROME

**Н.В. Сазонова, Е.Н. Шурова**

*РНЦ «Восстановительная травматология и ортопедия» им. акад. Г.А. Илизарова, Курган*

**Цель исследования.** Изучение влияния комплексной консервативной терапии на интенсивность болевого синдрома в покое, при движении и ночью у больных с hip-spine syndrome.

**Материал и методы.** Проведено исследование интенсивности боли у 18 пациентов с hip-spine syndrome. Обследование проводили до лечения и в разные сроки после комплексной консервативной терапии. Интенсивность болевого синдрома оценивали с помощью цифровой рейтинговой и визуально-аналоговой шкал.

**Результаты.** Комплексная консервативная терапия в первой группе больных с hip-spine syndrome значительно снижает боль в покое, при движении и ночью. Этот эффект сохраняется в отдаленные периоды наблюдения. Во второй группе больных после проведенного лечения снижение боли при движении ограничено, через 1,5 года интенсивность боли возвращается к исходному уровню.

**Заключение.** Комплексная консервативная терапия значительно влияет на интенсивность боли у пациентов с hip-spine syndrome, имеющих коксартроз I-II стадии и поясничный остеохондроз без выраженной неврологической симптоматики. В группе больных с коксартрозом III стадии и поясничным остеохондрозом с хронической люмбагопальгией после проведенной терапии уменьшение оценок боли происходит в меньшей степени, особенно в процессе движения, и эта группа больных требует более радикального лечения.

**Ключевые слова:** болевой синдром, комплексная консервативная терапия, hip-spine syndrome.

THE INFLUENCE OF COMPLEX CONSERVATIVE TREATMENT ON PAIN SEVERITY IN HIP-SPINE SYNDROME

*N.V. Sazonova, E.N. Schurova*

**Objective.** To study the influence of complex conservative treatment on severity of pain at rest, on movement, and at night in patients with hip-spine syndrome.

**Material and Methods.** Severity of pain was assessed in 18 patients with hip-spine syndrome. Examination was conducted before and at different terms after the complex conservative treatment. Severity of pain syndrome was assessed using digital rating and visual analogous scales.

**Results.** Complex conservative therapy was found to considerably reduce pain at rest, on movement, and at night in the first group of patients with hip-spine syndrome, and this effect remained unchanged at long-term follow-up. In the second group the reduction of pain on movement was rather limited, and pain severity returned to the initial level in a year and a half after the treatment.

**Conclusion.** Complex conservative treatment significantly influences the severity of pain in patients with hip-spine syndrome suffering from coxarthrosis grade 1 and 2 and lumbar osteochondrosis without severe neurological symptoms. The group of patients with coxarthrosis grade 3 and lumbar osteochondrosis with chronic lumbar ischialgia showed lesser reduction in pain scores after the treatment, especially for pain on movement, therefore this group of patients requires more radical treatment.

**Key Words:** pain syndrome, complex conservative treatment, hip-spine syndrome.

Hir. Pozvonoc. 2008;(3):48–51.

В научных публикациях последних лет неоднократно говорилось об увеличении удельного веса дегенеративных поражений пояснично-крестцового отдела позвоночника [5] и тазобедренных суставов [1] в общей структуре заболеваемости населения.

Сочетанная патология пояснично-крестцового отдела позвоночника и тазобедренных суставов не без оснований считается одной из серьезных проблем современной ортопедии [4]. Лечение бедренно-позвоночного синдрома (hip-spine syndrome), впервые

описанного С.М. Offierski, I. MacNab в 1983 г. [10], имеет много нерешенных вопросов. Основной жалобой больных с hip-spine syndrome является жалоба на боль. Изучению особенностей болевого синдрома при данной патологии уделено много

внимания [3, 4, 6, 9]. Однако не все проявления боли являются достаточно освещенными.

Цель исследования — изучить влияние комплексной консервативной терапии на интенсивность болевого синдрома в покое, при движении и ночью у пациентов с hip-spine syndrome.

### Материал и методы

Исследование проведено на 18 больных с бедренно-позвоночным синдромом (6 мужчин и 12 женщин) в возрасте от 24 до 59 лет. По степени выраженности клинических проявлений заболевания пациенты были разделены на две группы.

В первую группу вошли 11 пациентов с I–II стадией коксартроза, по классификации Н.С. Косинской [2], и поясничным остеохондрозом без выраженной неврологической симптоматики.

Вторая группа включала 7 пациентов с коксартрозом III стадии и поясничным остеохондрозом с хронической люмбаишиалгией.

Интенсивность болевого синдрома оценивали с помощью вербально-рейтинговой шкалы (ВРШ) и визуально-аналоговой шкалы (ВАШ), позволяющих проанализировать боль в покое, при движении и ночью. Пациентам предлагали заполнить карту оценки болевого синдрома при поступлении в клинику и на разных этапах после проведенного лечения (через 1, 3, 6 мес., 1,5 года).

Пациентам проведен курс комплексной консервативной терапии, включающей фармакотерапию, физиотерапию, лечебную физкультуру и массаж.

Фармакотерапия состояла из комбинации нестероидных противовоспалительных препаратов и хондропротекторов.

Физиолечение включало лазеротерапию, магнитотерапию и электростимуляцию мышц нижних конечностей.

Комплекс лечебной физкультуры состоял из силовых изометрических упражнений для мышц бедра, голени и массажа четырехглавой мышцы бед-

ра, задней группы мышц голени, мышц спины (10 сеансов).

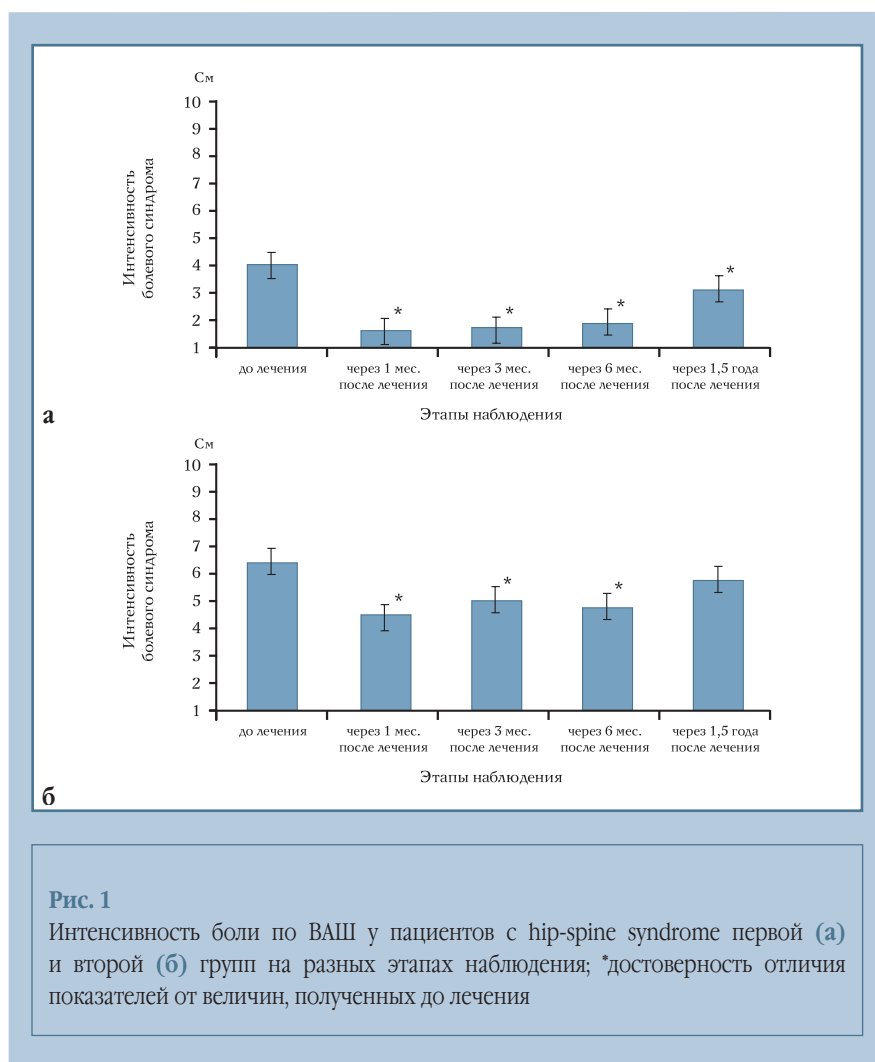
Статистическая обработка результатов проведена с использованием методов вариационной статистики. Были использованы стандартные программы «Microsoft Excel-2003» и «Attestat-2001». Оценка достоверности различия средних величин производилась с помощью t-критерия Стьюдента.

### Результаты

Анализ интенсивности боли по ВАШ определил наличие существенных различий в группах пациентов как до лечения, так и после комплексной консервативной терапии. Оценка боли до лечения в первой группе была ниже на 38,1% ( $P \leq 0,05$ ), чем во второй (рис. 1). Отличалась и оценка боли

после проведенного лечения. В первой группе (рис. 1а) интенсивность боли на всех этапах наблюдения была достоверно ниже, чем до лечения. В большей степени оценка болевого синдрома была снижена в течение 6 мес. после лечения. Величина снижения показателя составила 61,0–69,0% ( $P \leq 0,05$ ). Через 1,5 года после консервативной терапии показатели боли увеличились, но были достоверно ниже, чем до лечения (на 24,0%;  $P \leq 0,05$ ).

Во второй группе больных (рис. 1б) снижение оценки боли было значительно меньше, чем в первой группе, и составило через 1 мес. после лечения 33,0% ( $P \leq 0,05$ ), через 3 мес. — 22,7% ( $P \leq 0,05$ ), через 6 мес. — 27,3% ( $P \leq 0,05$ ). В отдаленном периоде наблюдения (1,5 года) показатель



оценки боли не отличался от исходных значений ( $P \leq 0,05$ ).

Анализ динамики интенсивности боли с использованием ВРШ выявил, что до лечения величины оценок боли в двух группах при движении и в покое отличались на 35,0% ( $P \leq 0,05$ ) и 30,0% ( $P \leq 0,05$ ) соответственно (рис. 2). Величина оценки боли в ночное время во второй группе больных была выше на 69,0% ( $P \leq 0,05$ ).

После проведенного лечения боль при движении в первой группе пациентов (рис. 2а) значительно уменьшалась, весь период наблюдения она была достоверно меньше исходного уровня. Наибольшее снижение наблю-

далось через 1–3 мес. после терапии и составляло 69,0% ( $P \leq 0,05$ ). На последующих этапах наблюдения (6 мес. и 1,5 года) этот показатель составлял 38,5% ( $P \leq 0,05$ ) и 15,4% ( $P \leq 0,05$ ) соответственно.

Во второй группе (рис. 2б) после лечения боль при движении изменялась в меньшей степени. Оценка боли достоверно снижалась на этапах наблюдения 3 и 6 мес. (на 37,5%,  $P \leq 0,05$  и 50,0%,  $P \leq 0,05$  соответственно). В отдаленном периоде интенсивность боли соответствовала исходному уровню.

Боль в ночное время в первой группе имела наименьшую интенсивность

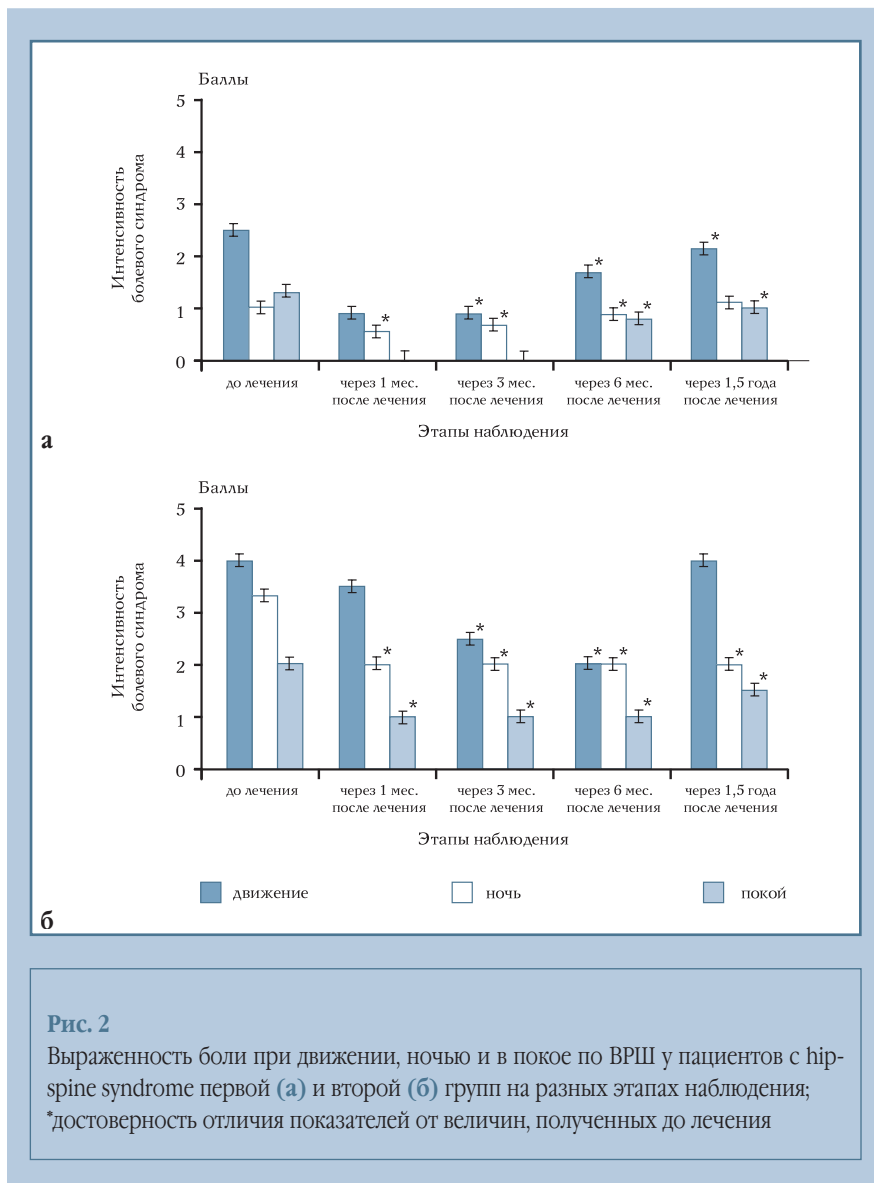
по сравнению с другими типами болей (при движении и в покое). В ближайшие сроки наблюдения после лечения (1 и 3 мес.) оценка боли ночью снижалась на 40,0–50,0% ( $P \leq 0,05$ ), через 6 мес. — на 20,0% ( $P \leq 0,05$ ). В отдаленном периоде наблюдения этот показатель возвращался к исходному уровню.

Во второй группе пациентов интенсивность боли ночью была сопоставима с оценкой боли при движении. После лечения она снижалась на 39,4% ( $P \leq 0,05$ ), все последующие периоды наблюдения оставалась на этом уровне.

Боль в покое в наибольшей степени была подвержена влиянию консервативной терапии. В первой группе на начальных этапах наблюдения (1 и 3 мес.) она полностью купируется (рис. 2а). В последующие периоды наблюдения (6 мес. и 1,5 года) ее оценка была ниже исходного уровня на 50,0% ( $P \leq 0,05$ ) и 28,7% ( $P \leq 0,05$ ) соответственно.

Во второй группе (рис. 2б) боль в покое в ближайшие сроки наблюдения снижалась на 50,0% ( $P \leq 0,05$ ), в отдаленные сроки (1,5 года) — на 25,0% ( $P \leq 0,05$ ).

Таким образом, комплексная консервативная терапия пациентов с hip-spine syndrome без выраженной неврологической симптоматики поясничного остеохондроза и с коксартрозом I–II стадии значительно снижает боль в покое, при движении и ночью. Этот эффект сохраняется в отдаленные периоды наблюдения (1,5 года). В группе больных с бедренно-позвоночным синдромом, включающим коксартроз III стадии и поясничный остеохондроз с хронической люмбагоидией, после проведенного лечения снижение боли при движении менее выражено. Через 1,5 года интенсивность боли возвращается к исходному уровню. Оценка боли в покое и ночью имеет достоверное снижение, которое сохраняется в отдаленный период наблюдения. Болевой синдром у пациентов второй группы в отдаленные периоды наблюдения в большей степени формируется за счет боли при дви-



жении и в меньшей степени — в покое и ночью.

### Обсуждение

У больных с бедренно-позвоночным синдромом диапазон варьирования и разновидность проявления болевого синдрома весьма широки [4]. Иногда пациент не может четко определить локализацию боли и сообщает врачу о том, что у него все болит. Контроль боли — ключевая терапевтическая задача у пациентов с hip-spine syndrome.

В большинстве научных публикаций, посвященных бедренно-позвоночному синдрому, интенсивность болевого синдрома оценивается с помощью ВАШ. Динамика боли отслеживается при оперативном вмешательстве на одном или двух сегментах (бедренном и поясничном) у больных с hip-spine syndrome [3] при тотальном эндопротезировании [6, 7, 9], тотальном сагиттальном выпрямлении позвоночника [8]. В наших исследованиях интенсивность боли была зарегистрирована с помощью ВРШ и ВАШ.

Анализ интенсивности боли по ВАШ показал, что в первой группе больных после проведенного комплекс-

ного консервативного лечения оценка боли снижалась в ближайшие сроки наблюдения на 61,0–69,0%, в отдаленный период — на 24,0%. Во второй группе процент уменьшения боли был значительно ниже в ближайшие сроки наблюдения (от 22,0 до 33,0%), в отдаленный период выраженность боли достоверно не отличалась от исходного уровня.

По данным литературы, у пациентов с hip-spine syndrome при эндопротезировании тазобедренного сустава процент снижения боли по ВАШ составлял 64,4% [6], при сагиттальном выпрямлении позвоночника — 56,0% [8], достигнутый эффект лечения сохранялся в отдаленные сроки наблюдения.

В наших исследованиях пациенты второй группы требовали более радикального лечения, направленного на поясничный отдел позвоночника и тазобедренные суставы.

Использование ВРШ позволяет дифференцировать боль при движении, в покое и ночью. В первой группе у пациентов до лечения преобладает боль при движении. Оценка этого вида боли на 40,0% и более превышает показатели других типов боли (ночью и в покое). После лечения интенсивность боли значительно снижает-

ся при движении, в покое и ночью. В отдаленный период исследования боль увеличивается, но при движении и в покое по-прежнему ниже исходного уровня.

У пациентов второй группы оценка боли при движении и в ночное время вполне сопоставима. Интенсивность боли в покое значительно ниже (на 50,0%). После проведенного консервативного лечения боль в покое и ночью снижается на всех этапах наблюдения. Снижение боли при движении незначительно.

### Заключение

Комплексная консервативная терапия влияет на интенсивность болевого синдрома у пациентов с hip-spine syndrome, имеющих коксартроз I–II стадии и поясничный остеохондроз без выраженной неврологической симптоматики. В группе больных с коксартрозом III стадии и поясничным остеохондрозом с хронической люмбаишалгией после проведенной терапии снижение оценок боли происходит в меньшей степени, особенно в процессе движения, эта группа больных требует более радикального лечения.

### Литература

1. Коваленко В.Н., Борткевич О.П. Остеоартроз. Киев, 2005.
2. Косинская Н.С. Дегенеративно-дистрофические поражения костно-суставного аппарата. Л., 1961.
3. Стегний С.А., Худобин В.Ю., Гехфельд И.Г. и др. Особенности диагностики и лечения пострадавших с «hip-spine syndrom» // III съезд нейрохирургов России: Тез. докл. СПб., 2002. С. 285–286.
4. Хвисьок А.Н., Яковенчук Н.Н. Диагностические и прогностические возможности блокад с местными анестетиками при тазобедренно-поясничном синдроме // Травма. 2007. Т. 8. № 1. С. 18–24.
5. Якушин М.А., Гилянская Н.Ю. Дифференцированный подход к диагностике и лечению компрессионных синдромов остеохондроза // Рус. мед. журн. 2002. Т. 10. № 21. С. 961–965.
6. Ben-Galim P., Ben-Galim T., Rand N., et al. Hip-spine syndrome: the effect of total hip replacement surgery on low back pain in severe osteoarthritis of the hip // Spine. 2007. Vol. 32(19). P. 2099–2102.
7. Fogel G.R., Esses S.I. Hip spine syndrome: management of coexisting radiculopathy and arthritis of the lower extremity // Spine. 2003. Vol. 3. P. 238–241.
8. Matsuyama Y., Hasegawa Y., Yoshihara H., et al. Hip-spine syndrome: total sagittal alignment of the spine and clinical symptoms in patients with bilateral congenital hip dislocation. // Spine. 2004. Vol. 29. P. 2432–2437.
9. Nilsdotter A.K., Petersson I.F., Roos E.M., et al. Predictors of patient relevant outcome after total hip replacement for osteoarthritis: a prospective study // Ann. Rheum. Dis. 2003. Vol. 62. P. 923–930.
10. Offierski C.M., MacNab I. Hip-spine syndrome // Spine. 1983. Vol. 8. P. 316–321.

### Адрес для переписки:

Щурова Елена Николаевна  
640014, Курган, ул. М. Ульяновой, 6,  
РНЦ «ВТО» им. акад. Г.А. Илизарова,  
elena.shurova@mail.ru

Статья поступила в редакцию 30.07.2008