



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).

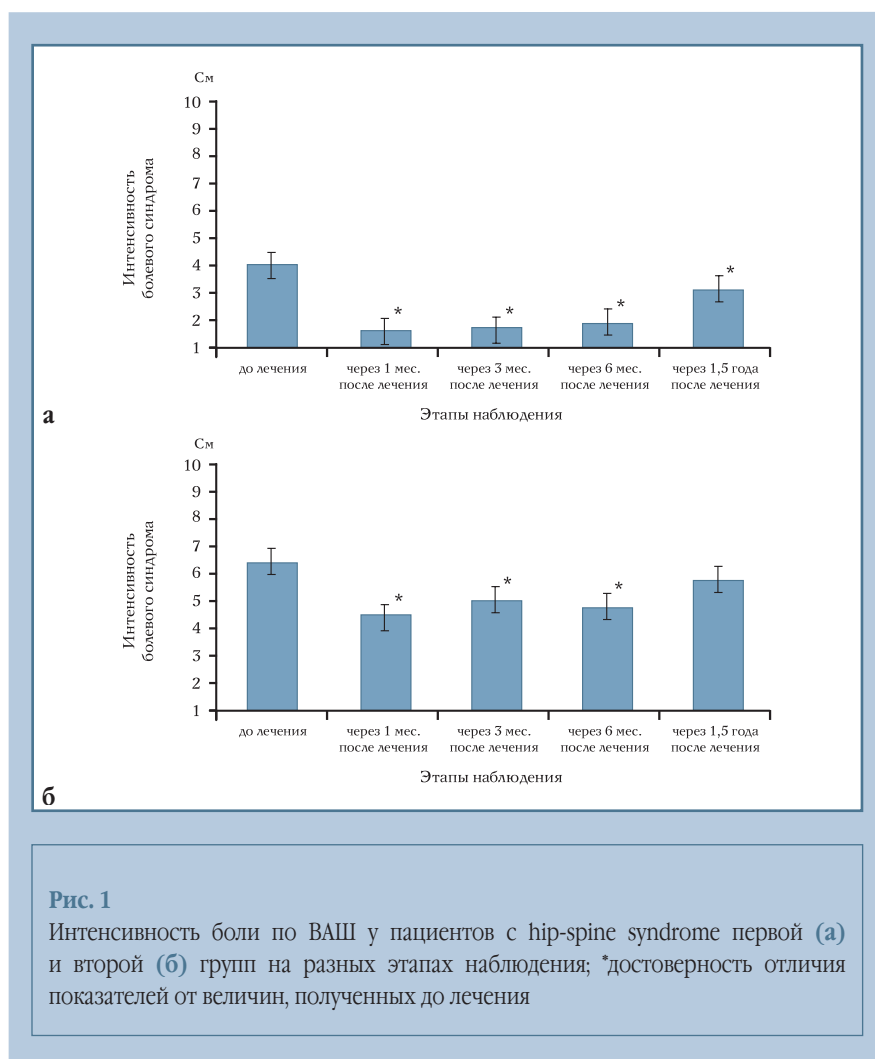
Статистическая обработка результатов проведена с использованием методов вариационной статистики. Были использованы стандартные программы «Microsoft Excel-2003» и «Attestat-2001». Оценка достоверности различия средних величин производилась с помощью t-критерия Стьюдента.

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

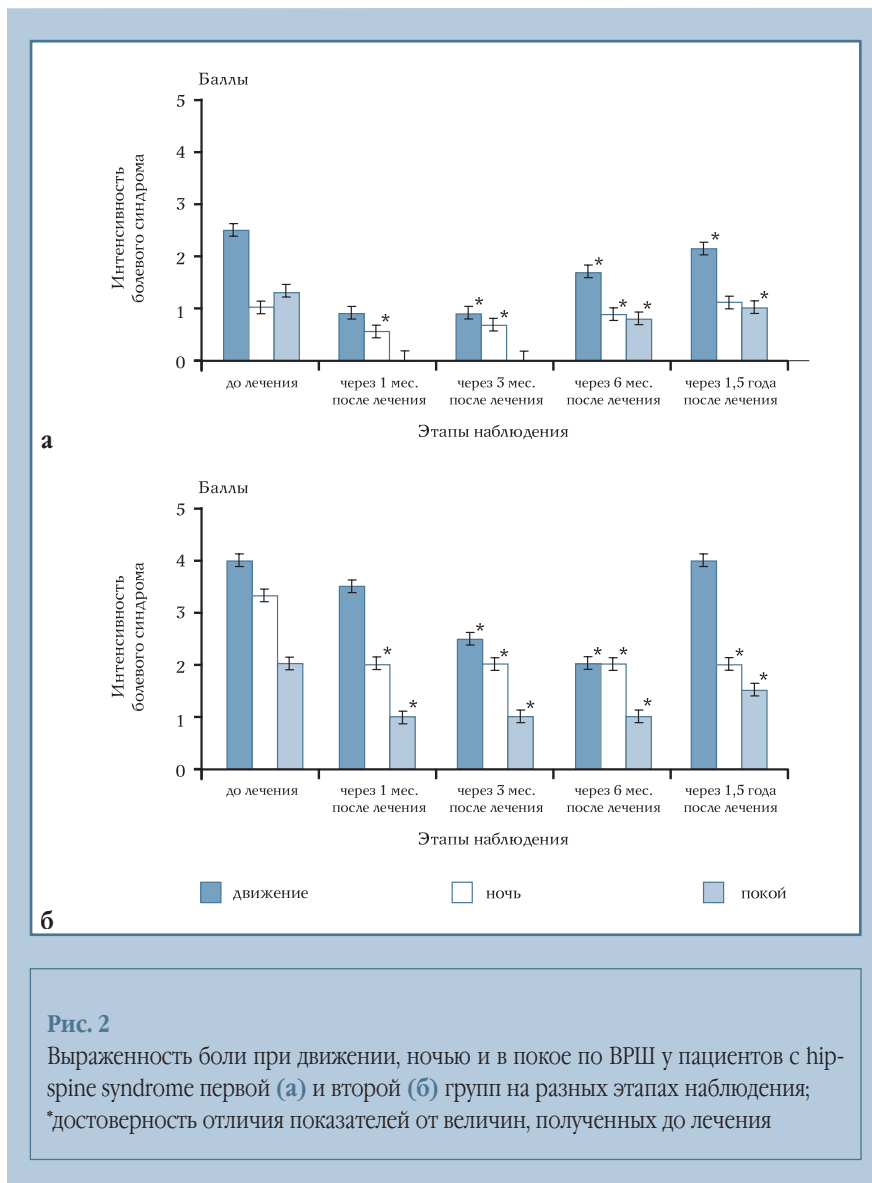
по сравнению с другими типами болей (при движении и в покое). В ближайшие сроки наблюдения после лечения (1 и 3 мес.) оценка боли ночью снижалась на 40,0–50,0% ($P \leq 0,05$), через 6 мес. — на 20,0% ($P \leq 0,05$). В отдаленном периоде наблюдения этот показатель возвращался к исходному уровню.

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. Хвсюк 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