

SECTION 3. NEUROLOGY

DOI: 10.46299/ISG.2024.MONO.MED.3.3.1

3.1 Вивчення показників втоми та оцінка якості життя у осіб з тривалим больовим синдромом при дегенеративно-дистрофічній патології хребта

Вступ

Вертеброгенні попереково-крижові больові синдроми, що виникають внаслідок дегенеративно-дистрофічних змін хребта, належать до найбільш поширених неврологічних захворювань [29, 30].

Епідеміологічні дослідження, які були проведені в різних країнах свідчать, що поширеність дегенеративно-дистрофічно-деструктивних змін хребта серед дорослого населення в різних популяційних групах становлять від 40 % до 100 %, при чому впродовж життя 80 % людей мають вірогідність відчувати біль у нижній частині спини, що робить цю проблему другою причиною звернення за медичною допомогою у світі після гострих респіраторних захворювань [31, 32]. У структурі захворюваності України вертеброгенна патологія, що супроводжується тимчасовою втратою працездатності, займає друге місце та становить 20-30 % від загальної кількості хворих [33].

Дегенеративно-дистрофічні та деструктивні зміни хребетного стовпа можуть мати різні прояви за даними нейровізуалізації. Більше того, дегенеративно-дистрофічно-деструктивні зміни хребта часто не відповідають характеру, інтенсивності та тривалості больового синдрому [34]. За даними клініко-нейровізуалізаційних порівнянь, інтенсивність болю не корелює зі ступенем випинання міжхребцевого диска чи механічною компресією нервового корінця. Це може створювати труднощі в практичній діяльності, оскільки немає чітко визначених і патофізіологічно обґрунтованих факторів, які дозволяють сформулювати прогноз та, з їх урахуванням, розробити ефективну лікувальну програму для кожного пацієнта.

Люмбоішіалгія — один із клінічних варіантів больового синдрому (БС) (симптомокомплексів) при дегенеративному захворюванні міжхребцевого диска

в поперековому відділі хребта у вигляді болю в попереку (БП), що розповсюджується в сідницю, стегно, гомілку або водночас вздовж усієї ноги. У 2020 р. від болю в попереку страждали 619 млн людей у всьому світі, і їх кількість зростатиме, головним чином внаслідок збільшення чисельності населення та його старіння [35].

Біль у поясниці (БП) — основна причина обмеження життєдіяльності та найпоширеніше з усіх неінфекційних захворювань. Поширеність захворювання підвищується з віком, а найбільша кількість випадків припадає на вік 50–55 років [36]. БП може бути гострий (триває до 6 тижнів), підгострий (6–12 тижнів) або хронічний (>12 тижнів). Хронічний БП (ХБП) становить близько 20% усіх випадків БП та близько 80% прямих витрат на лікування БП [37]. ХБП впливає на повсякденну діяльність (вставання, нахили, ходьба, оплачувана робота, подорожі, соціальна взаємодія). Збільшення кількості людей із ХБП спричиняє економічний тягар для країн — втрату робочої сили, істотні витрати на лікування. Життя з постійним болем викликає депресію, тривожність, погіршення якості життя [38]. У 90% пацієнтів із ХБП клініцисти не можуть встановити специфічний діагноз, і тому пацієнтів класифікують як таких, що мають «неспецифічний» ХБП. Існує потреба визначити та оцінити ефективність втручань, здатних лікувати неспецифічний ХБП [37]. Доступно багато неінвазивних варіантів лікування корінцевого та некорінцевого БП, включаючи фармакологічні та нефармакологічні втручання. Актуальність ефективного лікування хронічної люмбоішіалгії — це попередження прогресування дегенеративних змін хребта з утворенням великих екструзій та секвестрацій, що приводитиме до компресії спинномозкових корінців та дурального мішка.

Питанням вибору залишається надання консервативного або оперативного методу лікування дегенеративно-дистрофічної патології хребта з його неврологічними проявами.

Болі в спині зустрічаються в 40–80 % населення. У віці 20–64 роки болі в спині турбують 24 % чоловіків та 32 % жінок. Найчастіше найбільш виражені болі в спині спостерігаються у осіб віком 50–64 років . Спрогнозовано, що у

найближчі 10-15 років біль у нижньому відділі спини при дегенеративно-дистрофічній патології хребта стане головною причиною інвалідизації дорослого населення України. Тому актуальним залишається питання надання своєчасної якісної медичної допомоги цій категорії пацієнтів [39].

На сьогоднішній день встановлено, що найчастіше причиною болю в поясниці є грижа диска – фокальне випинання між хребцевого диску внаслідок дегенеративно-дистрофічних процесів (остеохондрозу). Основні клінічні ознаки грижі між хребцевого диску можуть проявлятися окремо або в поєднанні з наступними синдромами: локальний біль (люмбалгія), відображений біль (люмбоішіалгія), корінцевий синдром (радикулопатія), синдром ураження спинного мозку (мієлопатія).

При обстеженні хворих в першу чергу треба виключити серйозну патологію, яка потребує негайних спеціальних медичних втручань (перелом хребта, пухлина, інфекція, захворювання внутрішніх органів та інше) [40]. Після опитування проводять обстеження пацієнта, що включає в себе наступні тести: 1) огляд пацієнта (порушення акту ходьби, анталгічні пози, симетричність частин тіла); 2) пальпація (болючість в області спини, особливо в місцях локалізації болю, болючість в точках Вале і Гара); 3) дослідження ступеня напруги паравертебральних м'язів (м'язово-тонічний синдром); 4) дослідження рухливості попереку (статико-динамічні порушення); 5) дослідження шкірної чутливості (якщо є порушення, визначити за яким типом – центральним, сегментарним або неавральним); 6) оцінка м'язової сили в кінцівках (якщо є порушення – визначити в якій групі м'язів, до якого міотома відноситься); 7) оцінка сухожильних рефлексів (живі, підвищені, понижені, випадіння); 8) оцінка симптомів натягнення нервових корінців (Нері, Ласега, Дежеріна, Вассермана, Сікара, Селецького, Мацкевича, Туріна); 9) оцінка вазомоторних, трофічних і секреторних симптомів [40].

В клінічній практиці дослідження симптомів натягу корінців поперекового відділу хребта, в основі більшості яких лежить рефлекторна міофіксація

ураженого рухового сегменту хребта внаслідок подразнення рецепторів його деформованих тканин, проводять за допомогою таких симптомів.

1) **Симптом Нері** – при активних і пасивних нахилах голови вперед біль виникає в зоні ураженого корінця.

2) **Симптом Лерміта** – при різкому нахилі голови вперед з'являється біль у вигляді проходження електричного струму через усе тіло уздовж хребта.

3) **Проба Бонне** – приведення і ротація всередину стегна супроводжується болями внаслідок натягнення грушовидного м'яза.

4) **Симптом Ласега – Лазаревича** – виділяють три ступені його вираженості:

I ступінь (слабо виражений) – біль по ходу дерматому (корінця) з'являється при піднятті ноги до кута 60° . Біль інтенсивний, є помірне захисне скорочення м'язів спини, черевної стінки, тазу;

II ступінь (помірно виражений) – біль з'являється при піднятті ноги до кута 45° , виникає різке захисне скорочення окремих м'язів, помірна вегетативна реакція;

III ступінь (різко виражений) – кут підняття ноги складає до 30° , виникає генералізоване захисне скорочення м'язів, різка вегетативна реакція.

5) **Симптом «посадки»** – згинання хворої ноги або обох ніг при спробі хворого сісти в ліжку з випрямленими ногами.

6) **Симптом Бехтєрєва** (перехресний симптом Ласега) – виникнення болю в хворій нозі при дослідженні симптому Ласега на здоровій стороні.

7) **Симптом Вассермана** – виникнення болю по передній поверхні стегна при підйомі вгору випрямленої ноги у хворого, що лежить на животі.

8) **Симптом Мацкевича** – поява болю по передній поверхні стегна при згинанні гомілки у хворого, що лежить на животі.

9) **Симптом «кашльового поштовху» (Дежеріна)** – поява болю в попереку при кашлі, чханні, натуженні.

10) **Синдром Говерса-Сікара** – біль по ходу сідничного нерва при сильному тильному розгинанні стопи.

11) **Симптом Сікара** – біль по ходу сідничного нерва при сильному підшовному згинанні стопи у хворого, що лежить.

12) **Симптом «дзвінка»** – при натисканні на між остисту зв'язку, остистий відросток або, краще, на паравертебральні точки – біль віддає в корінцеву або склеро томну зону хворої ноги.

13) **Амоса симптом** – характеризується своєрідним переходом з положення лежачи в положення сидючи – намагаючись сісти, хворий допомагає собі, упираючись руками в поперекову область.

14) **Симптом гомолатеральної напруги багатороздільного м'яза** – у нормі м'яз при стоянні на одній нозі розслабляється гомолатерально і різко напружується на гетеро латеральній стороні; при люмбоішіалгії розслаблення м'яза на гомо латеральній стороні немає.

15) **Маршова проба** – у положенні стоячи просять марширувати на місці, пальпуючи одночасно поперекові паравертебральні м'язи; на гомо латеральній стороні (стороні болю) виявляється виражена напруга м'язів.

Клінічне обстеження пацієнта не завжди дозволяє точно встановити причину захворювання. Тому потрібно застосовувати додаткові методи обстеження. Досить часто застосування їх стає проблематичним, що обумовлене віддаленістю цих діагностичних центрів від пацієнта; ці методики досить дорого вартісні, а на фоні загального зубожіння населення (особливо це стосується осіб пенсійного віку) ця проблема стає в нашій країні соціальною.

Для діагностики дегенеративно-дистрофічної патології поперекового відділу хребта і його неврологічних ускладнень застосовують ряд інструментальних методів дослідження.

Рентгенографія є неінвазивним дослідженням, що ґрунтується на вивченні кісткових структур, які відображаються за допомогою рентгенівських променів на спеціальній плівці або папері. Проте на рентгенограмах не візуалізуються м'які тканини (зв'язки, м'язи, диски та ін.), не бажано застосовувати цей метод діагностики жителям, які проживають на радіаційно забруднених територіях.

Магнітно-резонансна томографія – це сучасний, високоінформативний метод дослідження, що ґрунтується на отриманні зображення тканин і органів за допомогою електромагнітних хвиль. МРТ є «золотим стандартом» для діагностики патологічних змін м'яких тканин, таких як нервові структури, зв'язки, м'язи; виявляє дегенеративні зміни в хребцях та між хребцевих дисках, зміни хребетного каналу. Проте це є дорого вартісний прилад (від 24 млн. гривень і вище) та потребує спеціального приміщення, дотримання певного режиму роботи; на цьому приладі повинні працювати спеціально навчені спеціалісти.

Комп'ютерна томографія – використовується рентгенівське випромінювання, так само як і при звичайній рентгенографії. Отримана інформація піддається комп'ютерній обробці, внаслідок чого зображення представлені у вигляді серії подовжніх і поперечних зрізів. Прилад дорого вартісний: від 8 млн. гривень і вище; потребує спеціально обладнаного приміщення і на ньому може працювати лише спеціально навчений персонал.

Електронеуроміографія – використовується для підтвердження ураження корінцевого апарату або для виключення ураження сплетінь і периферичних нервів, клінічний перебіг яких може бути схожим. В той же час треба відмітити, що в гострий період ураження спинномозкового корінця ЕНМГ не може виявити будь яких ознак. Оскільки в цей період ще не відбуваються зміни в досліджуваних міотомах (відповідному периферичному нерві + м'язі). Тільки після 7 – 10 днів від початку компресії корінця з'являються ознаки денервації в м'язах. Прилад для обстеження пацієнта коштує від 150 тис. гривень і вище. Встановити точний характер неврологічного процесу в ушкоджені нервовому корінці в перші години/дні захворювання неможливо.

Питанням вибору залишається надання консервативного або оперативного методу лікування дегенеративно-дистрофічної патології хребта з його неврологічними проявами. З цієї точки зору цікавим є погляд на прояв втоми у осіб з цією патологією на етапі надання консервативного або хірургічного лікування.

Відомо, що втома являє собою комплексний, багатовимірний, переважно суб'єктивний феномен, який описується різними термінами: «суб'єктивне відчуття нестачі фізичної та (або) психічної енергії, що перешкоджає звичайній щоденній діяльності та цілеспрямованій активності» [42], «відчуття раннього виснаження при фізичній та (або) психічній активності, ухилення від навантажень» [43], «відчуття виснаження або втомлюваності, яке відрізняється від відчуття смутку або млявості» [44].

З біологічної точки зору втома є одним з найстаріших адаптивних фізіологічних процесів. Фізіологічна (нормальна) втома – звичайне явище і є сигналом для відпочинку після певного об'єму діяльності з метою відновлення енергетичного балансу та попередження ушкоджень [45].

З анатомічної точки зору втома умовно поділяється на втому центрального походження (при змінах в центральній нервовій системі) та втому периферичного походження (при змінах метаболізму скелетних м'язів, нервово-м'язової трансмісії, кардіоваскулярної системи) [44].

За якісними характеристиками втома – це багатогранний феномен, що складається з різних компонентів: фізичного, когнітивного/психічного, мотиваційного, соматичного тощо [42, 43]. Фізична втома виникає при м'язовому виснаженні і проявляється в неможливості підтримувати сталий рівень зусилля або темп виконання при здійсненні певної діяльності [42, 45]. Психічна втома описується як відчуття виснаження, нестачі енергії та зниження ініціативи при розумовій активності, що не дозволяє пацієнту підтримувати певний рівень останньої протягом звичайного періоду часу [42, 43]. Мотиваційна (психологічна) втома – зниження інтересу та нестача мотивації при здійсненні будь-якої діяльності [42, 43]. Соматична втома – прояв патології внутрішніх органів [42, 46]. Як правило, у пацієнта одночасно присутні різні типи втоми у різних співвідношеннях.

За тривалістю втома умовно поділяється на гостру (триває до шести тижнів) та хронічну (присутня більше 50% часу протягом останніх шести тижнів або довше) [42].

Феномен втоми складається як з суб'єктивного (власне відчуття втоми), так і з об'єктивного (кількісні характеристики втомлюваності при здійсненні певної діяльності) компонентів [45]. Відчуття втоми не може бути виміряне зовнішніми техніками, це виключно суб'єктивне відчуття виснаження. Натомість, втомлюваність як загалом, так і окремі її компоненти (фізичний, психічний тощо), можуть бути об'єктивізовані із залученням фізичних, когнітивних та інших тестів [42, 45].

Сьогодні найбільш доступним методом оцінки втоми залишається опитування пацієнта. До тепер не існує жодного специфічного для діагностики соматичної патології діагностичного інструменту. Усі опитувальники та шкали, що використовуються для оцінки дегенеративно-дистрофічної патології хребта, першопочатково були призначені для дослідження втоми іншого походження. Шкали оцінки втоми поділяються на одномірні та багатомірні.

Одномірні шкали розраховані на отримання єдиного показника, що інтегрує в собі різноманітні скарги та симптоми. Такі шкали, як правило, короткі, що робить їх досить простими у використанні. Багатомірні шкали містять велику кількість питань (іноді є громіздкими), але забезпечують більш детальне якісне та кількісне вивчення втоми [42].

Водночас необхідно відмітити, що на сьогодні не існує ідеального та універсального інструменту оцінки втоми, кожен опитувальник має певні свої особливості (як недоліки, так і переваги) [45]. Крім того, усі опитувальники втоми мають спільні недоліки: формальна дихотимізація пацієнтів залежно від критичного значення опитувальників (що спрощує поняття втоми), відсутність оцінки або нерівномірна оцінка окремих складових втоми (фізичного, когнітивного, емоційного тощо) [44].

При аналізі показників розповсюдженості втоми необхідно зауважити, що загалом втома є досить розповсюдженим явищем – біля 11-23% осіб загальної популяції вказують на наявність у них ознак втоми [44, 46].

В різних дослідженнях виявляється виражена варіабельність частоти втоми, причини якої до теперішнього часу залишаються не до кінця

з'ясованими. Серед можливих основ даної варіабельності розглядається гетерогенність популяції пацієнтів за клінічними, демографічними, культуральними, національними характеристиками (зокрема, в азіатській популяції показники розповсюдженості втоми є нижчими, порівняно з іншими регіонами – 35% проти 54% [40]), залучення пацієнтів в різні терміни після розвитку захворювання, різні критерії включення/виключення пацієнтів в дослідження, нерівномірне залучення усіх сегментів популяції пацієнтів з тією чи іншою соматичною патологією. Необхідно зауважити, що загалом втома є досить розповсюдженим явищем – біля 11-23% осіб загальної популяції вказують на наявність у них ознак втоми [42].

На сьогодні, більш детально вивчені показники прояву хронічної втоми у осіб, котрі перенесли гостре порушення мозкового кровообігу. За різними даними, від однієї до двох третин пацієнтів, що перенесли гостре порушення мозкового кровообігу (ГПМК), мають розвиток постінсультної втоми (ПІВ) [45].

ПІВ — “невидимий дефект”, за наявності якого вимоги до пацієнта можуть значно перевищувати його функціональну здатність. ПІВ значимо обмежує професійну діяльність [45], є предиктором формування постінсультних інвалідизуючих станів та повсякденної залежності від сторонньої допомоги.

В якості етіопатогенетичних чинників ПІВ, з досить неоднозначними результатами, розглядаються імунно-запальні зрушення у вигляді постішемичної запальної відповіді в гострому періоді ГПМК та синдрому системного хронічного запалення в більш пізні постінсультні терміни [45]. Також останніми роками з'явилися поодинокі повідомлення про роль одонуклеотидних поліморфізмів (ОНП) генів, що кодують різноманітні субстанції імунно-запальних реакцій, в етіопатогенезі втоми загалом [42] та ПІВ зокрема [45].

З теоретичної точки зору будь-яке соматичне захворювання може супроводжуватися відчуттям втоми. Загалом роль запалення в генезі втоми базується на цілому ряді клінічних феноменів. Втома є спільним симптомом у пацієнтів з різноманітними хронічними імунно-запальними захворюваннями [42, 45]. Призначення прозапальних цитокінів здоровим індивідуумам

супроводжується відчуттям втоми [43]. Модуляція запальних процесів за допомогою агоністів цитокінів супроводжується зменшенням відчуття втоми [40, 42, 46].

Імуно-запальні процеси як локального церебрального, так і системного характеру супроводжуються цитокін-індукованою “хворобливою поведінкою”, що включає, поряд з відчуттям втоми, зниження рухової активності, сонливість, порушення когнітивної сфери, апатію, ангедонію, уникнення соціальної активності, зниження апетиту тощо [42, 44].

Досі немає єдиної концепції того, через які саме механізми прозапальні реакції викликають відчуття втоми.

Прозапальні цитокіни негативно впливають на стан моноамінергічних нейротрансмітерних систем через порушення процесів синтезу, накопичення в мікроезистиках, вивільнення та зворотного захоплення в синаптичній щілині серотоніну та дофаміну [40].

Прозапальні субстанції активують індоламін 2,3 діоксигеназу (фермент, що ініціює окислювальну деградацію L-триптофану за кінуреніновим шляхом) зі зменшенням біодоступності триптофану для біосинтезу серотоніну [42, 45]. Зокрема Ormstad Н. зі співавторами на когорті з 45 пацієнтів виявили, що зменшення триптофанового індексу сироватки крові (маркера доступності триптофану для синтезу серотоніну) протягом перших трьох діб асоціюється зі збільшенням ризиком ПІВ (згідно шкали FSS) через 12 місяців, а збільшення рівня кінуренінової кислоти в сироватці крові (маркера метаболізму триптофану за кінуреніновим шляхом) в той же час після інсульту– з підвищеним ризиком ПІВ через 18 місяців [42].

Прозапальні медіатори стимулюють активність ферменту гуанозин-3-фосфат циклогідролази, що приймає участь в синтезі неоптерину з тетрагідробіоптерину, а останній є есенціальним кофактором в біосинтезі дофаміну та серотоніну [42].

Запалення викликає оксидантний стрес, що супроводжується процесами нейродегенерації допамінергічних нейронів мезостріарного та мезолімбічного трактів [40, 46].

Активация мікроглії мозку при запаленні збільшує чутливість допамінергічних систем до різноманітних нейротоксичних субстанцій [46]. Однак, разом з тим, беручи до уваги неефективність селективних інгібіторів зворотного захоплення серотоніну в лікуванні ПІВ [35], існують обґрунтовані сумніви щодо прямої участі серотонінергічних систем в генезі ПІВ. Запалення супроводжується значними змінами метаболізму глутамату [44], зокрема, прозапальні цитокіни послаблюють кліренс астроглією позаклітинного глутамату та порушують глутаматну трансмісію [42]. В невеликому дослідженні знайдено, що рівень глутамату в плазмі крові корелював з інтенсивністю ПІВ через 6 місяців після ТІА та «малих» інсультів [43,44].

В останні роки все більше уваги приділяється генному поліморфізму в етіопатогенетичних аспектах втоми. В систематичному огляді, присвяченому цій проблематиці, підкреслюється, що незалежно від нозологічної приналежності існують певні стійкі асоціації між характеристиками втоми та певними ОНП генів, що кодують різноманітні субстанції імунно-запальних реакцій (ФНП- α , ІЛ 1 β , ІЛ-4, ІЛ-6 тощо) [42].

Існує гіпотеза, що втома пов'язана з порушеннями функціональної інтеграції лімбічної системи та базальних гангліїв, що веде до порушення самомотивації, здатності тривало підтримувати увагу і, як наслідок, розвитку відчуття втоми [42, 45].

В доступній нам літературі ми не знайшли робіт, котрі б висвітлювали питання проявів втоми у осіб з дегеративно-дистрофічною патологією хребта, в тому числі, і в його попереково-крижовому відділі, в період загострення процесу.

На протязі багатьох років розробляються питання оцінки ступеня неврологічних порушень як критерія відбору пацієнтів на консервативне або

оперативне втручання при цій патології. Тому в своїх дослідженнях ми звернули особливу увагу на оцінку якості життя у декретованої групи хворих.

Якість життя - це поняття, що використовується для оцінки та вимірювання рівня задоволення, здоров'я, комфорту та загального благополуччя людей або співвідношення цих аспектів в контексті певного індивіда, групи або населеного пункту. Воно відображає ступінь, до якого особа вважає своє життя задовільним та задовільним.

Термін "якість життя" охоплює багато різних факторів, таких як:

1. Здоров'я: Фізичне, психологічне та соціальне здоров'я людини. Це може включати фізичний стан, відсутність хронічних хвороб, рівень фізичної активності тощо.

2. Економічна благополучність: Рівень доходу, зайнятість, ступінь фінансової стабільності та можливість доступу до матеріальних благ.

3. Соціальні відносини: Рівень підтримки та взаємодії з родиною, друзями, співробітниками та сусідами.

4. Освіта: Доступ до якісної освіти та можливості для саморозвитку.

5. Розваги та культурні можливості: Доступ до розважальних подій, культурних заходів, спортивних подій та інших форм відпочинку.

6. Середовище: Якість навколишнього середовища, включаючи рівень забруднення повітря та води, якість інфраструктури тощо.

7. Житлові умови: Доступність та якість житла.

8. Безпека: Рівень протидії злочинності та загрозам безпеці.

Оцінка **якості життя** може залежати від індивідуальних очікувань та цінностей. Для дослідників і політиків оцінка якості життя може використовуватися для порівняння різних груп населення, регіонів або країн, а також для виявлення пріоритетів у політиках та програмах соціального розвитку.

Якість життя — це термін, який використовується для опису повного емоційного, фізичного і психологічного досвіду людини. Ідея покращення якості життя стає все більш актуальною для багатьох людей, оскільки вони починають розуміти, що матеріальні блага не є єдиним ключем до щастя. У цій статті ми

розглянемо, що насправді означає якість життя і як вона пов'язана з психологічним благополуччям.

ЯКІСТЬ ЖИТТЯ (англ. *quality of life*, скор. QOL; нім. *Lebensqualitat*, скор. LQ) — економіко-філософська категорія, яка постійно еволюціонує та характеризує матеріальну та духовну комфортність існування людей. Головними завданнями в концепції якості життя. проголошуються: забезпечення фізичного та морального здоров'я суспільства; поширення вживання населенням екологічно чистих продуктів харчування; гармонізація умов праці.

Категорія якості життя. вперше була введена в науковий обіг у 60-х роках XX ст. у зв'язку зі спробами моделювання закордонними дослідниками траєкторій промислового розвитку. У 90-ті р. XX ст. проблема захисту прав споживачів та інтересів суспільства розглядається з позицій якості життя., що включає забезпечення робочими місцями, дохід, що гарантує певний рівень добробуту, певну якість медичного обслуговування, основних соціальних послуг. Якість життя. припускає можливість для всіх членів суспільства брати участь у прийнятті життєво важливих рішень і використання можливостей, які надаються соціальними, економічними та політичними свободами. Якість життя. — це система духовних, матеріальних, соціокультурних, екологічних і демографічних якостей (компонентів життя). У цій системі виявляється рівень реалізації родових сил людини, творчий зміст її життя. Відповідно до навчання про три роди якості — предметно-речовинний, функціональний та системно-соціальний — розкриваються й індивідуальні, й суспільні якості життя., різноманітність потреб людини, потенціал її всебічного, гармонійного, творчого розвитку. Три роди якості життя. — це декілька її «зрізів»: предметно-речовинні, які дозволяють розглянути біологофізичні та матеріальні аспекти якості життя; функціональні, з їх допомогою можна оцінити життя з погляду потреб і здібностей людини у взаємодії з соціально-економічними, культурними й екологічними «просторами»; системно-соціальні, які розкривають якість самих «просторів». ООН щорічно проводить дослідження з метою ранжування країн світу за індексом якості життя (глобальний рівень управління якістю). Як головні

індикатори використовуються очікувана тривалість життя, рівень освіти та купівельна спроможність населення. Одним із синтетичних індикаторів якості життя є здоров'я людини. При цьому відповідно до подання ВООЗ категорія здоров'я містить у собі категорії фізичного, психічного, духовного та соціального здоров'я. Термін «якість життя» почав використовуватися у вітчизняній медицині на початку 2000 р., коли набули поширення багатоцентрові та багатонаціональні клінічні випробування нових лікарських препаратів. Сучасні вимоги до терапевтичних втручань зумовлюють необхідність включення до їх оцінки ефективності та безпеки показників якості життя. На зміну біомедичній моделі здоров'я та хвороби приходить модель біопсихосоціальна (глобальна), у центрі якої хворий як особистість, зі своїми суб'єктивними поданнями про захворювання, страхами та тривогами, власними спостереженнями та досвідом.

Захворювання впливає не тільки на самого індивідуума, але й на його родину, професійне оточення. Такі погляди є новим осмисленням традицій гуманістичної медицини в епоху технічного прогресу. Поняття «якість життя» для хворого непостійне, багатофакторне, але найбільше індивідуальне. Серед безлічі визначень можна виділити кілька типів: компоненти якості життя., що враховують і акцентуються на «голосі хворого», і найбільш загального типу, такі, напр., як «інтеграція захворювання в повсякденне життя хворого». Серед складових якості життя звичайно називають функціональні можливості, сприйняття, симптоми захворювання. Ступенями якості життя вважають психологічні, соціальні та функціональні аспекти життя, пов'язані із захворюванням. Індивідуальну Якість життя можна визначити як оцінку відповідності індивідуальних бажань і прагнень до їх виконання або можливості виконання.

Означення якості життя:

Якість життя – це сукупність факторів, які впливають на задоволення та благополуччя людини. Вона включає такі аспекти, як фізичне здоров'я, емоційний стан, соціальні взаємини, особистість, духовність і здатність до

самореалізації. Якість життя не вимірюється лише матеріальними стандартами, але складається з особистого задоволення, спокою і гармонії.

Вплив якості життя на психологічне благополуччя:

Висока якість життя є основою для досягнення психологічного благополуччя. Коли людина відчуває задоволення від свого життя, вона стає впевненою, емоційно стійкою і має вищий рівень самооцінки. Це дозволяє людині справлятися зі стресом, конфліктами і труднощами, що відбуваються навколо неї.

Основні фактори, що впливають на якість життя:

1. Фізичне здоров'я: Здоров'я є основою для ефективного функціонування та насолоди життям. Це включає здорову харчову поведінку, регулярну фізичну активність та прийняття профілактичних заходів для збереження здоров'я.

2. Емоційне благополуччя: Здатність контролювати свої емоції, впоратися зі стресом та розвивати емоційну інтелекцію є ключем до психологічного благополуччя. Розвиток позитивних емоцій, таких як радість і вдячність, сприяє підвищенню якості життя.

3. Соціальні взаємини: Якість наших взаємин з родиною, друзями та спільнотою впливає на наше самопочуття і задоволення від життя. Спілкування з рідними і близькими допомагає нам відчувати підтримку та налагоджує позитивне ставлення до життя.

4. Особистісний розвиток: Стрімке розвиток особистості і самовдосконалення сприяють підвищенню якості життя. Розвиток нових навичок, набуття знань і досягнення нових цілей дарують нам почуття задоволення і самореалізації.

Якість життя – це цінність, яку ми повинні цінувати і прагнути підтримувати. Відмінна якість життя сприяє покращенню нашого психологічного благополуччя. Дотримуючись здорового способу життя, забезпечуючи позитивне емоційне становище, підтримуючи здорові соціальні взаємини та розвиваючи себе як особистість, ми стаємо ближче до досягнення щастя і гармонії у своєму житті.

З метою оцінки якості життя хворих і практично здорових осіб у роботі ми використали загальний опитувальник SF-36 (Heals Status Survey). SF-36 [47, 48] призначений для використання в клінічній практиці і наукових дослідженнях для оцінки загального здоров'я населення і тактики охорони здоров'я та розрахований на пацієнтів у віці від 14 років і старше. Він містить 36 питань, які охоплюють 8 основних характеристик здоров'я.

Вимірювання в межах SF-36 має три рівні:

- 1) 36 пунктів (питання); 2) 8 шкал, кожна з яких об'єднує від 2 до 10 пунктів;
- 3) 2 узагальнених показники, які об'єднують разом шкали.

8 шкал формують 2 різні високо упорядковані групи (сумарні оцінки психологічного і фізичного здоров'я).

Шкали групуються в два узагальнених показники наступним чином.

1) *Фізичний компонент здоров'я* (PCS – Physical Component Summary), що включає шкали фізичного функціонування (PF), рольового фізичного функціонування (RP), і болю (BP), які вимірюють фізичне здоров'я.

2) *Психологічний компонент здоров'я* (MCS – Mental Component Summary), включає шкали психічного стану здоров'я (MH), рольового емоційного функціонування (RF), і соціального функціонування (SF), що корелюють найбільш тісно з психологічним компонентом здоров'я і вимірюють його.

Отже, метою проведених нами досліджень було вивчення проявів втоми та оцінка якості життя у осіб хронічним вертеброгенним больовим синдромом, котрим проводилося сучасне мінімалізоване оперативне втручання або консервативне лікування.

Матеріал та методи дослідження

Об'єктом нашого дослідження були 147 пацієнтів з неврологічними проявами остеохондрозу хребта в попереково-крижовому його відділі, зумовленими грижами та протрузіями міжхребцевих дисків на цьому рівні. 105 пацієнтам були проведені оперативні втручання: відкрита мікродискектомія або біпортальна мікроендоскопічна дискектомія. 42 особа складала контрольну групу, котрим проводилося консервативне лікування з приводу люмбалгії та люмбоішіалгії в

стадії загострення процесу. Тривалість больового синдрому у всіх пацієнтів була більш ніж півроку.

Діагностику втоми та визначення її характеристик проводили за допомогою шкал втоми MFIS-20, FAS та FSS у 63 прооперованих пацієнтів та 21 пацієнт ввійшли до контрольної групи.

Шкала MFIS-20 складається з 20 питань, на кожне з яких пропонується 5 варіантів відповідей. MFI-20 включає в себе 5 субшкал (з чотирьох питань кожна):

- субшкала для оцінки глобальної (загальної) втоми (питання No 1, 5, 12, 16) та

- субшкали для оцінки окремих компонентів втоми – фізичного (питання No 2, 8, 14, 20), психічного (питання No 7, 11, 13, 19), мотиваційного (питання No 4, 9, 15, 18) та зниженої активності (питання No 3, 6, 10, 17). **Глобальна втома** описує загальне відчуття втоми та зниженої активності, поєднує в собі фізичний та психологічний аспекти. **Фізична втома** охоплює фізичні аспекти відчуття втоми. **Психічна втома** стосується когнітивного функціонування, включаючи порушення концентрації. **Мотиваційна втома** відображає зниження рівня мотивації для здійснення певної активності. Знижена активність має на увазі негативний вплив втоми на рівень активності пацієнтів. Значення кожної з субшкал MFI-20 коливається від 4 до 20 балів, вищі показники свідчать про більш високий рівень відповідного компоненту втоми. Значення субшкали глобальної втоми 12 та більше балів з 20 можливих вважається маркером наявності хронічної втоми [42, 45].

Шкала FAS складається з 10 питань: 5 питань щодо психічної складової втоми та 5 питань щодо фізичної складової втоми. На кожне питання пропонується 5 варіантів відповідей. Значення опитувальника коливається від 10 до 50 балів. Показник шкали у 22 бали та вище свідчить про наявність у пацієнта втоми.

Шкала FSS складається з 9 питань, кожне з яких оцінюється від 1 до 7 балів. Показник шкали розраховують як середнє арифметичне суми балів. Критичне

значення — 4 бали та вище, свідчить про наявність у пацієнта втоми. Шкала оцінює вплив втоми на якість життя пацієнта (питання 1-4, 6) та на його моторну і когнітивну функції (питання 5, 7-9) .

Всіх пацієнтів просили оцінити наявність та характер втоми, якщо вона спостерігалась на протязі останніх чотирьох тижнів до госпіталізації.

В цій групі дослідження осіб чоловічої статі було 24 особи (38 %), жінок – 39 (62 %). Грижі міжхребцевих дисків на рівні $L_{IV}-L_V$ – хребців були у 23% осіб чоловічої статі і у 60 % – жіночої; на рівні L_V-S_I – хребців – у 31 % чоловіків і у 20 % – жінок; дві – три грижі в поперековому відділі хребта були у 38 % чоловіків і у 20 % – жінок; поєднання гриж міжхребцевих дисків на поперековому рівні з протрузіями міжхребцевих дисків були у 8 % чоловіків. Грижі були в межах 4,5 – 7 мм і були переважно заднелатеральними. Всім хворим проводилося детальне клініко-неврологічне обстеження.

З метою об'єктивізації даних у хворих визначали наступні показники:

- вираженість больового синдрому;
- напруження паравертебральних м'язів;
- коефіцієнт симптому Ласега;
- порушення чутливості та характер парестезій.

Рівень інтенсивності болю оцінювали за допомогою вербально-аналогової шкали (ВАШ). Застосовували шкалу 100-міліметрової довжини з міліметровими поділками, яка додатково через кожні 20 мм містить слова, які характеризують інтенсивність болю: 0 — означає відсутність болю (початкова точка лінії), 20 мм відповідає дескриптор «слабкий», 40 мм — «помірний», 60 мм — «сильний», 80 мм — «надзвичайно сильний», 100 мм — «нестерпний» (кінцева точка лінії). Інтенсивність болю оцінювали в міліметрах [46].

Симптом Ласега оцінювався за п'ятибальною шкалою. При I ст. піднімання ноги можливе під кутом 90° , але при цьому виникає легкий біль по задній поверхні нижньої кінцівки. II ст. відповідає помірному больовому синдрому при піднятті ноги під кутом $75-89^\circ$. III ст. – помірний біль при піднятті ноги під кутом $45-74^\circ$. Для IV характерний чи сильний біль при піднятті ноги під кутом до 45° .

При V ст. виникає різкий біль в положенні з витягнутою ногою, вимушене положення – хворий лежить із зігнутою в коліні ногою.

Оцінка вираженості напруження паравертебральних м'язів проводилася за трьома ступенями [36]. Для першого ступеня напруження паравертебральних м'язів характерним є м'який м'яз, у який легко занурюється палець, відмічається лише набухання досліджуваного м'яза. При другому ступені м'яз помірної щільності, випинається, палець вдається в нього занурити лише при певному зусиллі. При III ст. м'яз кам'янистої щільності, його майже неможливо чи неможливо деформувати при пальпації.

При проведенні неврологічного обстеження тематичних хворих враховувалися порушення чутливості.

З метою оцінки якості життя хворих і практично здорових осіб у роботі ми використали загальний опитувальник SF-36 (Heals Status Survey). SF-36 [47, 48] призначений для використання в клінічній практиці і наукових дослідженнях для оцінки загального здоров'я населення і тактики охорони здоров'я та розрахований на пацієнтів у віці від 14 років і старше. Він містить 36 питань, які охоплюють 8 основних характеристик здоров'я.

Вимірювання в межах SF-36 має три рівні:

- 2) 36 пунктів (питання);
- 2) 8 шкал, кожна з яких об'єднує від 2 до 10 пунктів;
- 3) 2 узагальнені показники, які об'єднують разом шкали.

8 шкал формують 2 різні високо упорядковані групи (сумарні оцінки психологічного і фізичного здоров'я).

Шкали групуються в два узагальнені показники наступним чином.

1) *Фізичний компонент здоров'я* (PCS – Physical Component Summary), що включає шкали фізичного функціонування (PF), рольового фізичного функціонування (RP), і болю (BP), які вимірюють фізичне здоров'я.

2) *Психологічний компонент здоров'я* (MCS – Mental Component Summary), включає шкали психічного стану здоров'я (MH), рольового емоційного функціонування (RF), і соціального функціонування (SF), що корелюють найбільш тісно з психологічним компонентом здоров'я і вимірюють його.

Дослідження виконані з дотриманням основних положень «Правил етичних принципів проведення наукових медичних досліджень за участю людини», затверджених Гельсінською декларацією (1964-2013 рр.), ICH GCP (1996 р.), Директиви ЄЕС № 609 (від 24.11.1986 р.), наказів МОЗ України №690 від 23.09.2009 р., № 944 від 14.12.2009 р., № 616 від 03.08.2012 р. Кожен пацієнт підписував інформовану згоду на участь у дослідженні, вжито всі заходи для забезпечення анонімності пацієнтів.

Результати досліджень підлягали статистичній обробці матеріалів за допомогою програми Statistica 6.0.

Результати дослідження та їх обговорення

У всіх обстежених пацієнтів виявлено анталгічне положення тулуба з кутом нахилу у бік розповсюдження болю. Положення пацієнтів в ліжку було вимушеним із-за стійкого больового синдрому. Кульгавість була виявлена у 69 % осіб. У 28 % обстежених було виявлено порушення функції тазових органів. У 18 % пацієнтів позитивним був симптом Керніга, що вказувало на втягування в процес спинно - мозкових оболонок. У 12 % тематичних хворих наявним був парез стопи.

У пацієнтів молодого віку, котрим була проведена мікродискектомія, грижі між хребцевих дисків частіш за все локалізувалися на рівні L5–S1 (у 31 особи із 33: у 19 чол. і 12 жін.). Біль та чутливі розлади спостерігалися у 34 % осіб по ходу корінця S1. Інтенсивність больового синдрому за шкалою ВАШ складала $59 \pm 1,2$ мм. Кут нахилу при визначенні симптому Ласега складав $40-45^\circ$. Частіш за все напруження паравертебральних м'язів було II ступеню за Я. Попелянським. Сила цих м'язів у 66 % обстежених хворих була в межах трьох балів. Підсилення венозного малюнку на ногах спостерігалось у 9 % обстежених.

У пацієнтів середнього віку цієї тематичної групи у 47 % випадків грижі локалізувалися на рівні між хребцевого диску L4-L5, у 29 % – більш високої локалізації (L2-L3, L3-L4). Частіше спостерігалися секвестровані грижі, нестабільність хребців I-II ст. ВАШ була в межах $53 \pm 2,4$ мм. Симптом Ласега у 70 % хворих складав $40-45^\circ$, у 22 % – $30-40^\circ$ і у 8 % – більше 45° . Напруження

паравертебральних м'язів було переважно II ступеню, а сила паравертебральних м'язів у 79 % осіб була 3 бали, у інших – в межах 4-5 балів. Характерними були перекошування тулуба та накульгування. Підсилення венозного малюнку на ногах не було характерним.

Для осіб похилого віку в цій тематичній групі характерними були наявність нестабільності в попереково-крижовому відділі хребта, наявність секвестрованої грижі, поява менінго - корінцевої симптоматики, частіше на рівні L5-S1 корінця; парез стопи на стороні болю. ВАШ коливалася в межах $51 \pm 2,8$ мм. Напруження паравертебральних м'язів – переважно II ступеню, а сила м'язів – 2-3 бали. У однієї пацієнтки кут нахилу при вимірюванні симптому Ласега складав 25° , у інших – $40-45^\circ$. Підсилення венозного рисунку в ділянці попереку та ніг не було характерним.

Результати неврологічного обстеження осіб, котрим була проведена біпортальна ендоскопічна дискектомія, виявили наступне. Обстежено 48 % осіб молодого віку, 33 % – середнього та 19 % – похилого віку. Для всіх пацієнтів було характерним анталгічна постава, накульгування було майже відсутнім. Стеноз спинно-мозкового каналу був у 10 % обстежених, стеноз форамінального отвору – у 23 % обстежених. Сила паравертебральних м'язів у одного пацієнта склала 3 бали, у інших 37 осіб – 5 балів. Напруження паравертебральних м'язів у одного пацієнта було II ступеню, у всіх інших – III ступеню. У 92 % обстежених характерним було посилення венозного малюнку на ногах, в паравертебральній зоні, а у однієї пацієнтки намічався «симптом галіфе». Порушення функції тазових органів не було характерним.

У осіб молодого віку грижа між хребцевого диску розташовувалася на рівні L5-S1. Біль у 75 % пацієнтів цієї вікової групи іррадіював вздовж корінця S1, частіше вліво або на обидва боки. Розлади поверхневих видів чутливості не були характерними. У одного пацієнта був стеноз спинно-мозкового каналу. Показники ВАШ склали $74 \pm 3,9$ мм. У 80 % пацієнтів кут нахилу симптому Ласега складав $30-35^\circ$, у інших – більше 45° .

У осіб середнього віку у 61 % грижі МХД виникали на рівні L4-L5. Біль частіш за все іррадіював вздовж корінця L5 вправо. Показники ВАШ були в межах $66 \pm 3,8$ мм. Симптом Ласега у 29 % обстежених складав $25-30^\circ$, у 37 % – $30-35^\circ$, у 26% – $40-45^\circ$, у інших – більше 45° . У однієї пацієнтки процес протікав на фоні спонділолістезу L4-хребця.

В похилому віці ендоскопічна дискектомія була переважно проведена у осіб жіночої статі (62 %). Грижі МХД в цьому віці в 90 % випадків локалізувалися на рівні L5-S1 і частіш за все протікали за типом люмбалгії. ВАШ в цій віковій групі дорівнювала $68 \pm 1,5$ мм. Симптом Ласега у переважної більшості прооперованих складав $25-30^\circ$.

Таким чином, для осіб, котрим проводилася мікродискектомія, на фоні вираженого больового синдрому, характерним є наявність слабо або помірно вираженої ішемічної нейропатії відповідного спинно-мозкового корінця. Процес, в першу чергу, охоплював короткі гілки цього корінця, спинно-мозкові оболонки. Для осіб, яким проводилася ендоскопічна дискектомія, характерним є наявність рефлекторних змін у відповідному сегменті хребта, ушкодження ноцицептивних рецепторів на цьому рівні та наявність хронічної венозної недостатності у нижньому відділі спини та ніг. Виявлені неврологічні ознаки можуть сприяти покращенню лікування цієї категорії хворих.

Встановлено, що відкрита мікродискектомія проведена у 69 % осіб чоловічої статі в молодому віці та у 56 % осіб жіночої статі середнього віку. В похилому віці чоловіки і жінки оперувалися майже однаково часто: 19 % чол. і 22 % жін. Менш часто оперувалися чоловіки в середньому віці та жінки в молодому віці (12%). Сторона ураження у чоловіків та жінок дещо різнилися між собою: у чоловіків в 44 % випадків операція проводилася зліва, у 38 % – справа і у 18 % – було двостороннє ушкодження; у жінок порівну ушкоджувалися ліва і права сторони (по 22 % випадків), та найчастіше було двостороннє ушкодження – 56 %.

У пацієнтів, котрі оперувалися методом мікроскопічної ендоскопічної біполярної дискектомії виявлені такі показники. Цій методиці лікування надавали перевагу особи молодого віку (73 % чол. та 44 % –жін.). В середньому

та похилому віці жінки однаково часто оперувалися: по 28 % в кожній віковій групі. У чоловіків в цих вікових групах розподіл був таким: 18 % осіб середнього віку та 9 % – похилого віку.

Стосовно сторони ушкодження при цьому виді операції виявлено наступне. У 18 % чоловіків ушкодження спостерігалось зліва, у 45 % – справа, у 37 % – двосторонній процес. У жінок в 64 % випадків був лівосторонній процес, у 21 % – правосторонній, 15 % – двосторонній.

Осіб контрольної групи було майже порівну: 11 чоловіків та 10 жінок. Вікові групи розподілилися майже порівну: приблизно по 33 % в кожній віковій групі. Сторона ушкодження у 9 % чоловіків була зліва, у 45 % – справа, у 36 % випадків була двостороння симптоматика. У жінок у 60 % випадків спостерігалася лівостороння симптоматика, у 30 % – правостороння і у 10 % випадків був двосторонній процес. Такі розбіжності в характері протікання процесу можна пояснити особливостями фізичного навантаження на попереково-крижовий відділ хребта, який неоднаково навантажують чоловіки та жінки.

При вивченні характеру втоми у наших пацієнтів виявлено наступне.

Таблиця 1.

Характеристика втоми у осіб з різновидами дискектомії при локалізації гриж
в попереково-крижовому відділі хребта

Вид операції	MFIS-20	FAS	FSS
Відкрита мікродискектомія	3,57± 0,15 **	2,18±0,49 **	2,00±0,81 *
Біполярна мікроендодискектомія	1,80± 0,54 *	1,22± 0,65 **	0,63± 0,02
Контрольна група	0,36± 0,08	0,33± 0,03	1,6± 0,14 *

Примітка: * – $p < 0,5$;

** – $p < 0,05$

Проведені дослідження показали, що у всіх обстежених пацієнтів були відсутні ознаки хронічної втоми, оскільки за даними шкали MFIS із 20 можливих балів у всіх обстежених показники були нижче 12 балів (від 12 до 20 балів – маркери прояву хронічної втоми).

Нами виявлені розбіжності в оцінці показників втоми між двома групами хворих, яким проводилися оперативні втручання.

При обстеженні за допомогою шкали MFIS-20 у осіб першої клінічної підгрупи (відкрита мікродиссектомія) виявлені такі скарги. В 53 % випадків пацієнти скаржилися на свої фізичні здібності: рухи у них були незграбними і некоординованими; вони відчували слабкість у м'язах ніг, були проблеми з тривалим фізичним навантаженням; вони мало рухалися при фізичних навантаженнях. Середній бал в цій субшкалі сягав $34 \pm 1,5$. При аналізі тверджень стосовно когнітивних питань, таких як пам'ять, концентрація уваги та прийняття рішень пацієнти цієї групи у 47 % випадків скаржилися на свою забудькуватість, концентрацію уваги, їм важко було приймати рішення; була проблема із виконанням завдань, що вимагають продумування. Середній бал складав $27 \pm 0,9$. Стосовно психосоціальних аспектів їхнього здоров'я, то їх менше мотивувало приймання участі в соціальних заходах; вони були обмежені у своїх можливостях робити якісь речі поза домом. Субмасштабний діапазон в психосоціальній субшкалі складав $5 \pm 0,4$ бали.

Шкали FAS та FSS визначили теж наявність у них фізичної та психічної втоми, які у 68 % і 61 % випадків були легкого ступеню, але у 32% і 39 % випадків відповідно наближалися до помірного ступеню.

Стосовно осіб другої клінічної підгрупи (особи, яким була проведена біполярна мікроскопічна ендоскопічна диссектомія) у значної кількості пацієнтів (47 %) було також виявлено наявність глобальної втоми легкого ступеню, але з нижчими показниками, що видно з таблиці 1.

Деякі відмінності у них були виявлені і при опитуванні по субшкалам MFIS-20. У фізичній субшкалі субмасштабний діапазон у 41 % опитаних коливався від 11 до 29 балів. Пацієнти скаржилися переважно на проблеми навіть

з незначним фізичним навантаженням; вони часто були незграбними і нескоординованими, малорухомими. У субшкалі пізнавальних функцій у 31 % опитаних були проблеми з концентрацією уваги, інколи у них виникала забудькуватість. Середній бал у цій шкалі у них сягав 18 ± 2.1 . В психосоціальній субшкалі середній бал складав $2 \pm 0,4$ бали.

Значення показників шкал FAS та FSS коливалися в межах показників легкого ступеня, але вони були нижчими, ніж у осіб першої клінічної групи.

У осіб контрольної підгрупи значення субшкал фізичної втоми, психічної втоми, мотиваційної втоми та зниженої активності не мали будь-яких достовірних відмінностей між окремими спостереженнями над пацієнтами цієї клінічної групи та наближалися до показників, близьких до нормальних значень.

Отже, визначення показників втоми за допомогою стандартизованих шкал MFIS-20, FAS та FSS допомагає покращити відбір пацієнтів до того чи іншого виду оперативного мікрохірургічного втручання на попереково-крижовому відділі хребта з приводу гриж міжхребцевих дисків на цьому рівні та покращити складання індивідуальних програм реабілітації пацієнтів в післяопераційному періоді.

Таким чином, для осіб, котрим проводилася відкрита мікродискектомія, на фоні вираженого больового синдрому, характерним є наявність слабо або помірно вираженої ішемічної нейропатії відповідного спинно-мозкового корінця. Процес, в першу чергу, охоплював короткі гілки цього корінця, спинно-мозкові оболонки. Протікання хвороби у них носило переважно перманентно-прогресуючий характер.

Для осіб, яким проводилася біпортальна ендоскопічна дискектомія, характерним є наявність рефлексорних змін у відповідному сегменті хребта, ушкодження ноцицептивних рецепторів на цьому рівні та наявність хронічної венозної недостатності у нижньому відділі спини та ніг. Біль у цієї категорії пацієнтів носив стійкий постійний характер, без виражених ознак ремісії. Виявлені неврологічні ознаки можуть сприяти покращенню лікування цієї категорії хворих.

Згідно з проведеними клінічними обстеженнями осіб третьої підгрупи (групи порівняння), котрим проводилося консервативне лікування і надавалася перевага застосуванню голкорексфлексотерапії, було виявлено наступне. Цьому виду лікування надавали перевагу жінки – 16 осіб (76 %) із 21 особи в середньому та похилому віці (по 8 пацієнтів в цих групах обстежених). Біль був нетривалим (у 63 % із них він тримався до 1 року), носив ремітуючий характер і проявлявся переважно рефлекторними розладами з боку нервової системи. ВАШ коливалася в межах $48,2 \pm 1,9$ мм. Напруження паравертебральних м'язів – переважно II ступеню, а сила м'язів – 2-3 бали. Кут нахилу при вимірюванні симптому Ласега складав 35 – 40°.

Якість життя оцінювали 84 пацієнтам.

При оцінці якості життя за допомогою шкали SF-36 перед початком лікування (оперативного чи консервативного) виявлено наступне (таблиця 2).

Таблиця 2.

Показники якості життя у хворих з грижами міжхребцевих дисків в попереково-крижовому відділі хребта, котрим були застосовані різні методи лікування (дані анкети SF-16)

Групи хворих	Показники шкал SF-36 (M±m)								Узагальнені показники (M±m)	
	PF	RP	BR	GH	VT	SF	RE	MH	PCS	MCS
I група хворих (n=21)	45,4±9,1	52,1±6,4	61,9±16,4	45,6±21,2	50,3±7,1	53,4±24,1	58,1±25,2	61,1±19,3	43,1±13,7	47,8±12,5
II група хворих (n=21)	41,7±11,0*	33,5±7,3**	49,2±18,6**	39,7±29,3	39,5±6,9**	47,3±18,6*	54,2±23,1	59,3±17,4	32,2±16,8*	38,7±11,5

Продовження таблиці 2

Група порівняння (n= 21)	56,3± 11,3	51,3± 13,4	69,7± 28,6	52,2± 19,8	50, 3± 19,1	62,4± 23,0	68,4± 23,7	70,0± 17,6	49,7± 9,9	45,9± 9,3
Контроль на група (n= 21)	85,7± 16,9	76,8± 23,8	83,2± 21,4	72,4± 19,0	70,11± 18,7	82,7± 25,3	86,0± 23,3	83,5± 24,1	68,2± 21,1	73,5± 17,6

Примітка – рівень значущості відмінностей ЯЖ у хворих з грижами МХД у порівнянні з контролем: * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$.

В результаті обрахування показників якості життя у пацієнтів з грижами міжхребцевих дисків в попереково-крижовому відділі хребта, котрим проводилося оперативне чи консервативне лікування, в порівнянні з контрольною групою, показники якості життя були достовірно нижчими як за окремими шкалами, так і за рахунок узагальнених показників. Найбільш значимою була різниця за шкалами RP (рольового фізичного функціонування), VT (шкали життєвої активності), BP (шкали болю). У пацієнтів I та II клінічних підгруп також відрізнялися узагальнені показники якості життя: PCS (фізичний компонент здоров'я) і MCS (психологічний компонент здоров'я).

Як видно із отриманих даних, у II підгрупі хворих, де відмічається достовірно більший показник інтенсивності болю ($p < 0,05$), має місце достовірне превалювання астеничних, депресивних і когнітивних розладів ($p < 0,05$; $p < 0,01$; $p < 0,05$ відповідно), зареєстровані достовірно нижчі показники якості життя за декількома шкалами та узагальненими показниками.

В процесі проведення порівняльного аналізу якості життя у всіх трьох клінічних підгрупах, в залежності від статі, форми перебігу, терміну захворювання, ступеня важкості процесу, ми отримали гетерогенну картину сприйняття хворими свого захворювання. Виявилось, що якість життя чоловіків нижче, ніж у жінок. Особливо велика різниця за шкалою RP: 27,4 та 46,3 відповідно.

Якість життя у хворих з ремітуючою формою перебігу захворювання вища ніж при прогресуючій. Так, у хворих з ремітуючою формою захворювання, показники шкали Pf знижені не грубо порівняно з контрольною підгрупою, тоді як у разі прогресуючої форми перебігу зростає вираженість фізичних симптомів.

Таким чином, аналіз клінічних даних пацієнтів, у яких були наявними грижі міжхребцевих дисків з клінічними неврологічними проявами патології показав залежність їх від індивідуальних особливостей хворих та патогенетичних аспектів розвитку неврологічних порушень.

Висновки

1. Пацієнти, котрим проводяться сучасні методи оперативного втручання на хребті з приводу гриж МХД, потребують зваженого всебічного обстеження неврологом для вибору тактики лікування таким пацієнтам.

2. У осіб, котрим проводилася мікродискектомія, виявлені легкі або помірні розлади по типу ішемічної нейропатії сегментарного та регіонального рівнів.

3. В основі розвитку больового синдрому у осіб з проведеною ендоскопічною дискектомією, виявлені рефлекторні неврологічні розлади з ушкодженням ноцицептивних механізмів на сегментарному та периферичному рівнях, котрі протікають переважно на фоні хронічної венозної недостатності в нижньому відділі спини та ніг.

4. Проведені дослідження показали, що особам з неврологічними проявами остеохондрозу хребта в попереково-крижовому відділі, зумовленого грижами міжхребцевих дисків, притаманні скриті ознаки втоми, які можна виявити, провівши дослідження за допомогою стандартизованих шкал втоми.

5. Визначення показників втоми за допомогою стандартизованих шкал MFIS-20, FAS та FSS допомагає покращити відбір пацієнтів до того чи іншого виду оперативного мікрохірургічного втручання на попереково-крижовому відділі хребта з приводу гриж міжхребцевих дисків на цьому рівні та покращити складання індивідуальних програм реабілітації пацієнтів в післяопераційному періоді.

6. Найбільш чутливою у визначенні рівня втоми у пацієнтів з ознаками неврологічних проявів остеохондрозу хребта є шкала втоми MFIS-20, яка значно покращує диференційований відбір пацієнтів до мікрохірургічного втручання у пацієнтів з грижами міжхребцевих дисків в попереково-крижовому відділі хребта.

7. Застосування опитувальника якості життя SF-36 сприяє більш кращому розумінню патогенезу розвитку неврологічних ускладнень при грижах міжхребцевих дисків в ділянці попереку як на периферійному рівні, так і при ушкодженні структур головного мозку.

8. Оцінка якості життя та визначення інтенсивності болю в передопераційному періоді у пацієнтів з грижами міжхребцевих дисків в попереково-крижовому відділі хребта дозволяє більш диференційовано підібрати метод оперативного втручання чи різновид консервативного лікування при цій патології.