

УДК 616.711:616.13]–02:[616.7–092:612.76]–085.85–053.81:364.2–781.3

# ДИНАМІКА ЯКОСТІ ЖИТТЯ У МОЛОДИХ ПАЦІЄНТІВ З ВЕРТЕБРАЛЬНО–БАЗИЛЯРНОЮ НЕДОСТАТНІСТЮ І ПАТОБІОМЕХАНІЧНИМИ ЗМІНАМИ ОПОРНО–РУХОВОГО АПАРАТУ НА ТЛІ КОМПЛЕКСНОЇ НЕМЕДИКАМЕНТОЗНОЇ ТЕРАПІЇ

Морозова О. Г., Ярошевський О. А., Логвіненко Г. В.

Морозова Ольга Григорівна<sup>1</sup>

e-mail: office@med.edu.ua; ORCID 0000-0002-3088-624X

Ярошевський Олександр Анатолійович<sup>1</sup>

e-mail: office@med.edu.ua; ORCID 0000-0002-2720-9985

Логвіненко Ганна Вікторівна<sup>1</sup>

e-mail: office@med.edu.ua; ORCID 0000-0001-5138-754

<sup>1</sup>Харківська медична академія післядипломної освіти; вул. Амосова, 54, м. Харків, 61176, Україна

## THE DYNAMICS OF QUALITY OF LIFE IN YOUNG PATIENTS WITH VERTEBROBASILAR INSUFFICIENCY AND PATHOBIOMECHANICAL CHANGES IN THE MUSCULOSKELETAL SYSTEM AGAINST THE BACKGROUND OF COMPLEX NON-DRUG THERAPY

### Abstract.

The main reason for the development of dysgenic disorders in the vertebrobasilar system in young people is pathobiomechanical changes in the cervical spine and myofascial pain syndrome of the cervico-brachial localization. The aim of the study was to study the dynamics of life quality in young patients with VBI, biomechanical disorders of the cervical spine and myofascial pain syndrome of the neck and shoulder localization on the background of complex non-drug therapy (biomechanical correction of the musculoskeletal system, medical exercises, acupuncture and the dry needling). 83 patients (mean age –  $37,4 \pm 4,8$  years) with clinical manifestations of VBI on the background of pathobiomechanical changes of the cervical spine and myofascial pain syndrome of the neck-brachial localization were investigated. They were divided into 2 groups depending on the chosen treatment strategy: 1 group - 42 patients, in the treatment of which were used complex non-drug therapy, 2 group - 41 patients, in the treatment of which were used drug therapy (nicergoline 30 mg / day, meloxicam 15 mg / day). The control group consisted of 20 healthy individuals ( $37 \pm 3,7$  years). Evaluation of the severity of VBI according to the VBI scale, vertebro-neurological examination with the calculation of the muscle syndrome index, pain syndrome assessment (VAS), affective disorders (HADS), quality of life (MOS SF-36) in the dynamics - before the start of therapy, at 11 and on the 31st day after the start of therapy. The results of evaluating QOL using the MOS SF-36 questionnaire in young patients with VBI on the background of pathobiomechanical changes in the musculoskeletal system showed a significant decrease in all indicators of the questionnaire scales, which is associated with the presence of clinical manifestations of VBI in these patients, as well as painful, musculo-tonic syndrome of neck and shoulder localization and affective disorders.

The use of complex non-drug therapy in the treatment of these patients, aimed at the biomechanical correction of the musculoskeletal system and the elimination of myofascial pain of neck and shoulder localization, has contributed to a more effective regression of manifestations of VBI, affective disorders, pain and musculo-tonic syndrome, leading to a significant increase in all indicators of QOL and had advantages over traditional treatment with the use of vasoactive drugs and non-steroidal anti-inflammatory drugs.

**Key words:** vertebrobasilar insufficiency, pathobiomechanical changes, myofascial pain, quality of life.

## ДИНАМІКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ У МОЛОДЫХ ПАЦИЕНТОВ С ВЕРТЕБРАЛЬНО–БАЗИЛЯРНОЮ НЕДОСТАТОЧНОСТЮ І ПАТОБІОМЕХАНІЧНИМИ ЗМІНЕННЯМИ ОПОРНО–ДВИГАТЕЛЬНОГО АПАРАТУ НА ФОНЕ КОМПЛЕКСНОЇ НЕМЕДИКАМЕНТОЗНОЇ ТЕРАПІЇ.

### Аннотация.

Основной причиной развития дисгенических нарушений в ВБС у лиц молодого возраста являются патобиомеханические изменения шейного отдела позвоночника (ШОП) и миофасциальный болевой синдром (МФБС) шейно–плечевой локализации. Целью исследования стало изучение динамики качества жизни (КЖ) у молодых пациентов с вертебрально–базиллярной недостаточностью (ВБН), биомеханическими нарушениями ШОП и МФБС шейно–плечевой локализации на фоне комплексной немедикаментозной терапии (биомеханической коррекции опорно–двигательного аппарата, лечебных упражнений, акупурессуры и введения сухой иглы в триггерные точки). Обследовано 83 пациента (средний возраст –  $37,4 \pm 4,8$  лет) с клиническими проявлениями ВСН на фоне патобиомеханических изменений ШОП и МФБС шей

но-плечевої локалізації, которые были разделены на 2 группы в зависимости от выбранной лечебной стратегии: 1 группа – 42 пациента, в лечении которых использовали комплексную немедикаментозную терапию, 2 группа – 41 пациент, в лечении которых использовали медикаментозную терапию (ницерголин 30 мг / сут, мелоксикам 15 мг / сут). Контрольная группа состояла из 20 практически здоровых лиц ( $37 \pm 3,7$  лет). Проведены оценка выраженности ВБН по шкале ВБН, вертебро-неврологическое обследование с вычислением индекса мышечного синдрома (ИМС), оценка болевого синдрома (ВАШ), аффективных нарушений (HADS), качества жизни (MOS SF-36) в динамике – до начала терапии, на 11-е и на 31-е сутки после начала терапии. Результаты оценки КЖ по опроснику MOS SF-36 у молодых пациентов с ВБН на фоне патобиомеханических изменений опорно-двигательной системы продемонстрировали существенное ее снижение по всем показателям шкал опросника, что связано с наличием у данных пациентов клинических проявлений ВБН, а также – болевого, мышечно-тонического синдрома шейно-плечевої локалізації и аффективных расстройств. Применение в лечении данных пациентов комплексной немедикаментозной терапии, направленной на биомеханическую коррекцию опорно-двигательной системы и устранение МФБС шейно-плечевої локалізації способствовало более эффективному регрессу проявлений ВБН, аффективных расстройств, болевого и мышечно-тонического синдрома шейно-плечевої локалізації, приводя к достоверному повышению всех показателей КЖ и имела преимущества перед традиционным лечением с применением вазоактивных препаратов и нестероидных противовоспалительных средств.

**Ключевые слова:** вертебрально-базиллярная недостаточность, патобиомеханические изменения, миофасциальная боль, качество жизни.

### ДИНАМІКА ЯКОСТІ ЖИТТЯ У МОЛОДИХ ПАЦІЄНТІВ З ВЕРТЕБРАЛЬНО–БАЗИЛЯРНОЮ НЕДОСТАТНІСТЮ І ПАТОБІОМЕХАНІЧНИМИ ЗМІНАМИ ОПОРНО–РУХОВОГО АПАРАТУ НА ТЛІ КОМПЛЕКСНОЇ НЕМЕДИКАМЕНТОЗНОЇ ТЕРАПІЇ

#### Анотація

Основною причиною розвитку дисгемічних порушень у ВБС у осіб молодого віку є патобиомеханічні зміни шийного відділу хребта (ШВХ) і міофасціальний больовий синдром (МФБС) шийно-плечевої локалізації. Метою дослідження стало вивчення динаміки якості життя (ЯЖ) у молодих пацієнтів з вертебрально-базиллярною недостатністю (ВБН), біомеханічними порушеннями ШВХ і МФБС шийно-плечевої локалізації на тлі комплексної немедикаментозної терапії (біомеханічної корекції опорно-рухового апарату, лікувальних вправ, акупресури і введенням сухої голки у тригерні точки). Обстежено 83 пацієнта (середній вік –  $37,4 \pm 4,8$  років) з клінічними проявами ВБН на тлі патобиомеханічних змін ШВХ і МФБС шийно-плечевої локалізації, які були розділені на 2 групи у залежності від обраної лікувальної стратегії: 1 група – 42 пацієнта, у лікуванні яких використовували комплексну немедикаментозну терапію, 2 група – 41 пацієнт, у лікуванні яких використовували медикаментозну терапію (ніцерголін 30 мг/добу, мелоксикам 15 мг/добу). Контрольна група складалася із 20 практично здорових осіб ( $37 \pm 3,7$  років). Проведені оцінка виразності ВБН за шкалою ВБН, вертебро-неврологічне обстеження з обчисленням індексу м'язового синдрому (ИМС), оцінка больового синдрому (ВАШ), аффективних порушень (HADS), якості життя (MOS SF-36) у динаміці – до початку терапії, на 11-ту та на 31-ту добу після початку терапії. Результати оцінки ЯЖ за опитувальником MOS SF-36 у молодих пацієнтів з ВБН на тлі патобиомеханічних змін опорно-рухової системи продемонстрували суттєве її зниження за всіма показниками шкал опитувальника, що пов'язане із наявністю у зазначених хворих клінічних проявів ВБН, а також – больового, м'язово-тонічного синдрому шийно-плечевої локалізації і аффективних розладів. Застосування у лікуванні зазначених хворих комплексної немедикаментозної терапії, спрямованої на біомеханічну корекцію опорно-рухової системи і усунення МФБС шийно-плечевої локалізації сприяло більш ефективному регресу проявів ВБН, аффективних розладів, больового і м'язово-тонічного синдрому шийно-плечевої локалізації, призводячи до достовірного підвищення всіх показників ЯЖ та мала переваги перед традиційним лікуванням із застосуванням вазоактивних препаратів і нестероїдних протизапальних засобів.

#### Ключові слова

вертебрально-базиллярна недостатність, патобиомеханічні зміни, міофасціальний біль, якість життя.

Актуальною медико-соціальною проблемою сьогодення є хронічні порушення мозкового кровообігу, наслідком яких є розвиток когнітивної недостатності та судинної деменції. Провідне місце в їх структурі належить патології вертебрально-базиллярної системи (ВБС), яка є причиною поступового зростання у хворих неврологічних, когнітивних і психічних розладів [1–3].

Домінування патології ВБС серед інших причин розвитку ЦВЗ зумовлено анатомічними особливостями хребтової артерії (ХА), серед яких варто виділити проходження ХА у рухливому кістковому каналі, утвореному поперечними відростками шийних хребців, а також – її тісний взаємозв'язок із навколо хребтовими шийними м'язами, що створює умови для компресії ХА, іритатії її нервового сплетіння і розвитку гемодинамічних порушень у ВБС [4–8].

На сьогоднішній день є доведеним зв'язок гемодинамічних порушень у ВБС з патобиомеханічними змінами хребта і міофасціальним больовим синдромом (МФБС), що розвивається на їх тлі. Зазначений механізм розвитку дисгемій у ВБС є особливо актуальним серед осіб молодого віку, що пов'язано із тривалими ста-

тичними навантаженнями на шийний відділ хребта (ШВХ) під час роботи за комп'ютером, користування електронними гаджетами, тощо [9].

Розвиток вертебрально–базилярної недостатності (ВБН) у осіб молодого віку, що виникає на тлі патобіомеханічних змін ШВХ і МФБС, неминуче впливає на якість життя (ЯЖ), яка (за визначенням ВООЗ) є інтегральною характеристикою фізичного, психологічного, емоційного і соціального функціонування хворого, заснованою на його суб'єктивному сприйнятті. ЯЖ пацієнта є динамічним показником, який змінюється у залежності від стану хворого, тому її визначення можна використовувати з метою оцінки ефективності проведеного лікування, оскільки вона характеризує суб'єктивну оцінку пацієнтом свого стану, незалежну від точки зору лікаря [10].

**Метою** проведеного дослідження стало вивчення динаміки ЯЖ у пацієнтів молодого віку з ВБН, біомеханічними порушеннями ШВХ і МФБС шийно–плечової локалізації на тлі комплексної немедикаментозної терапії.

**Матеріали і методи.** Обстежено 83 пацієнти (42 жінки та 41 чоловіка) віком від 18 до 44 років з клінічними проявами ВБН на тлі патобіомеханічних змін ШВХ і МФБС шийно–плечової локалізації. Середній вік хворих склав  $37,4 \pm 4,8$  років. Тривалість захворювання у всіх пацієнтів перевищувала 3 місяці.

Критерії включення у дослідження: наявність клінічно та доплерографічно підтвердженої ВБН на тлі патобіомеханічних змін ШВХ і МФБС шийно–плечової локалізації, вік хворих від 18 до 44 років.

Критерії виключення з дослідження: аномалії розвитку ХА, аномалії краніовертебральної зони, атеросклеротичні ураження ХА, ішемічна хвороба серця, гострий інфаркт міокарду або мозковий інсульт в анамнезі, тяжкі серцеві аритмії, серцева недостатність, артеріальна гіпертензія, системні захворювання з'єднувальної тканини, ревматизм, васкуліти, порушення згортання крові, цукровий діабет, травми ШВХ в анамнезі, онкопатологія, вагітність.

Перед початком дослідження всі хворі отримали повну інформацію щодо участі в ньому та підписали інформовану згоду, що відповідає міжнародним етичним вимогам до проведення медичних досліджень за участю людини.

Для виконання мети дослідження всі хворі були розподілені на 2 групи у залежності від застосованої лікувальної методики. До 1 групи увійшли 42 пацієнти (21-жінки, 21-чоловіки), у лікуванні яких використовували комплексну немедикаментозну терапію – мануальну терапію, спрямовану на усунення біомеханічних

порушень хребта, симетризацію тіла у тривимірному просторі і усунення МФБС шийно–плечової локалізації, яку доповнювали акупресурою і введенням сухої голки (dry needling) у тригерні точки (ТТ), а також – лікувальними вправами, метою яких було закріплення досягнутих під час мануального лікування результатів. Лікувальні сеанси проводили через день, 5 сеансів на курс лікування.

До 2 групи увійшов 41 пацієнт (21 жінка, 20 чоловіків), в лікуванні яких застосовували стандартну медикаментозну терапію ВБН (прийом вазоактивних препаратів – ніцерголін у дозі 30 мг на добу протягом 1 місяця) і больового синдрому (мелоксикам 15 мг на добу протягом 5–7 діб). Контрольну групу склали 20 практично здорових осіб віком від 18 до 44 років (середній вік –  $37 \pm 3,7$  років). Групи були співставні за віком і статтю.

**Методи дослідження.** Всі пацієнти були обстежені у відповідності зі спеціально розробленим протоколом, який включав в себе: клініко–неврологічне дослідження з оцінкою виразності ВБН за шкалою В. Hoffenberth (1990); вертеброневрологічне обстеження (візуальну оцінку порушень статичної і динамічної опорно–рухового апарату, мануальну діагностику м'язово–тонічних синдромів з обчисленням індексу м'язового синдрому (ІМС) за методикою І. Г. Саліхова зі співавт. (1987)); оцінку больового синдрому у шийно–плечовому регіоні з використанням візуально–аналогової шкали (ВАШ); оцінку тривоги і депресії за допомогою Госпітальної шкали тривоги і депресії (HADS). Якість життя оцінювали, використовуючи опитувальник MOS SF–36 (Medical Outcomes Study–Short Form). Дослідження проводили у динаміці – до початку терапії, на 11–ту та на 31–у добу після початку терапії. Статистичну обробку результатів, отриманих у ході дослідження, проводили за допомогою програми STATISTICA (StatSoft Inc., США). Результати вважали статистично значущими за умови  $p < 0,05$ .

**Результати дослідження і їх обговорення.**

Основними скаргами пацієнтів обох досліджуваних груп були: головний біль, запаморочення системного та несистемного характеру, яке виникало під час рухів голови, відчуття нестійкості під час ходьби, шум у вухах, порушення зору у вигляді нечіткості зору, порушення пам'яті, уваги, підвищена стомлюваність, низька толерантність до фізичних і емоційних навантажень, тривожність, біль і відчуття скутості у ШВХ і надпліччях, обмеження обсягу активних рухів у ШВХ. Загальна оцінка за шкалою В. Hoffenberth (1990) у 1 групі складала  $17,21 \pm 1,34$  бали, у 2 групі –  $17,19 \pm 1,46$  балів, що відповідає середньому ступеню проявів ВБН. Відмінності між групами не були статистично значущими

( $p=0,19$ ). В групі контролю прояви ВБН були відсутні.

Мануальне дослідження виявило в обох групах гіпертонус і активні ТТ у нижніх косих м'язах голови, великих і малих прямих м'язах голови, ремінному м'язі, верхніх і середніх порціях трапецієподібного м'язу, в грудинно-ключично-соскоподібних та передніх драбинчастих м'язах. Середні показники ІМС у пацієнтів 1 групи становили  $17,2 \pm 2,03$  бали, 2 групи –  $16,9 \pm 1,96$  балів, що відповідає тяжкому ступеню м'язового синдрому. Відмінності між двома групами не були статистично значущими ( $p=0,085$ ). У 8/40 % осіб контрольної групи мануальне дослідження виявило наявність латентних ТТ у великих і малих прямих м'язах голови, ремінному м'язі, верхніх і середніх порціях трапецієподібного м'язу. Значення ІМС у контрольній групі складало  $2,7 \pm 1,31$  балів, що відповідає легкому ступеню м'язового синдрому ( $p < 0,05$ ).

Середня оцінка больового синдрому у шийно-плечовому регіоні за шкалою ВАШ становила у 1 групі  $69,7 \pm 11,6$  балів, у 2 групі –  $69,3 \pm 11,4$  балів.

Статистично значущих відмінностей в інтенсивності больового синдрому між групами не було ( $p=0,091$ ). Оцінка за шкалою HADS виявила наявність виразних тривожних розладів і субклінічної депресії в обох досліджуваних групах та відсутність афективних розладів у осіб контрольної групи (табл. 1).

Розвиток афективних розладів у пацієнтів обох досліджуваних груп пов'язаний, на нашу думку, із наявністю у них хронічного больового і м'язово-тонічного синдромів.

Дослідження ЯЖ за опитувальником MOS SF–36 до початку терапії продемонструвало зниження ЯЖ в обох досліджуваних групах за всіма показниками шкал опитувальника порівняно з контролем, що було пов'язане із наявністю у хворих больового синдрому шийно-плечової локалізації, проявів ВБН, зниженої толерантності до фізичних і емоційних навантажень, афективних розладів (табл. 2). Відмінності між двома досліджуваними групами не були статистично значущими ( $p > 0,05$ ).

Таблиця 1.

Оцінка психоемоційного статусу за шкалою HADS в досліджуваних групах і контролі до початку лікування

Показники	1 група (n=42)	2 група (n=41)	Контроль (n=20)
Субшкала тривоги	$15,6 \pm 1,53$ *	$15,3 \pm 1,47$ **	$2,8 \pm 0,41$
Субшкала депресії	$8,4 \pm 1,14$ *	$8,2 \pm 1,12$ **	$2,4 \pm 0,23$

Примітка: \* –  $p < 0,05$  порівняно з контролем, \*\* –  $p > 0,05$  порівняно з першою групою

Таблиця 2.

Оцінка якості життя за опитувальником MOS SF–36 до початку лікування

Субшкала	1 група (n=42)	2 група (n=41)	Контроль (n=20)
Фізичне функціонування (PF)	$49,18 \pm 3,41$ '	$49,23 \pm 3,62$ '	$97,1 \pm 3,29$
Вплив фізичного стану на рольове функціонування (RP)	$58,4 \pm 4,46$ '	$58,61 \pm 4,51$ '	$95,22 \pm 3,11$
Інтенсивність болю (BP)	$24,18 \pm 4,77$ '	$24,3 \pm 4,55$ '	$94,37 \pm 3,52$
Загальне здоров'я (GH)	$20,9 \pm 3,81$ '	$21,1 \pm 3,69$ '	$95,1 \pm 6,4$
Життєздатність (VT)	$21,81 \pm 4,15$ '	$21,9 \pm 4,3$ '	$93,8 \pm 5,76$
Соціальне функціонування (SF)	$31,15 \pm 3,6$ '	$31,2 \pm 3,71$ '	$94,6 \pm 4,98$
Вплив емоційного стану на рольове функціонування (RE)	$22,3 \pm 4,54$ '	$22,6 \pm 4,61$ '	$93,6 \pm 4,87$
Самооцінка психічного здоров'я (MH)	$32,12 \pm 5,61$ '	$32,26 \pm 5,23$ '	$94,21 \pm 5,18$

Примітка: ' –  $p < 0,05$  порівняно з контролем



В результаті проведеного лікування в обох досліджуваних групах спостерігалася позитивна динаміка. Суб'єктивно пацієнти обох досліджуваних груп відмічали зменшення інтенсивності больового синдрому шийно–плечової локалізації, зменшення інтенсивності цефалгічного, вестибуло–атактичного і астеничного синдрому. Оцінка ВБН за шкалою В. Hoffenberth (1990), проведена на 11–ту та 31–у добу від початку терапії, продемонструвала зменшення проявів ВБН в обох досліджуваних групах, більш значуще у пацієнтів 1 групи (табл. 3).

Візуальна оцінка порушень статички і ди-

ня, та клінічно проявилася більш значним регресом проявів ВБН порівняно із пацієнтами 2 групи. У пацієнтів 2 групи зберігався гіпертонус і значна кількість активних ТТ у м'язах шийно–плечової локалізації. Динаміка ІМС і виразності больового синдрому за ВАШ на тлі лікування наведені у таблиці 4.

Як видно з таблиці 4, у пацієнтів 1 групи на тлі проведеного комплексного немедикаментозного лікування спостерігався значний регрес м'язового і больового синдромів шийно–плечової локалізації порівняно з пацієнтами 2 групи ( $p < 0,05$ ). Крім того, звертає на себе увагу збільшення інтенсивності бо-

Таблиця 3

Оцінка ВБН за шкалою В. Hoffenberth (1990) після проведеної терапії

	До початку лікування	На 11–ту добу	На 31–у добу
1 група (n=42)	17,21±1,34'	5,3±1,12''	5,2±1,07''
2 група (n=41)	17,19±1,46'	14,9±1,33''	9,6±1,14''

Примітка: ' –  $p > 0,05$ , '' –  $p < 0,05$

Таблиця 4.

Динаміка оцінки ІМС і ВАШ на тлі лікування

Показники	1 група (n=42)			2 група (n=41)			Контроль (n=20)
	До лікування	11 доба	31 доба	До лікування	11 доба	31 доба	
ІМС, бали	17,2±2,03	3,6±1,1	3,74±1,2	16,9±1,96	16,4±1,7	16,96±1,89	2,7±1,31
ВАШ, мм	69,7±11,6	3,1±0,6	3,4±0,4	69,3±11,4	4,6±1,1	69,1±12,3	0

наміки виявила покращення статичного і динамічного стереотипів у пацієнтів 1 групи, у лікуванні яких застосовувалася біомеханічна корекція. Наслідком формування оптимальної статички і динаміки у зазначених хворих став значний регрес м'язового гіпертонусу і зменшення кількості активних ТТ у м'язах шийно–плечового регіону, що, вочевидь, призвело до усунення рефлекторного і компресійного впливу на ХА і її нервові сплетін-

льового синдрому у пацієнтів 2 групи на 31 добу після початку лікування, що пояснюється припиненням прийому «Мелоксикаму» і збереженням у зазначених хворих патобіомеханічних змін ШВХ і м'язово–тонічного синдрому шийно–плечової локалізації.

Динаміка психоемоційного статусу пацієнтів досліджуваних груп за шкалою HADS на тлі проведеного лікування наведена у таблиці 5.

Таблиця 5

Динаміка психоемоційного статусу пацієнтів досліджуваних груп за шкалою HADS на тлі проведеного лікування

Показники	1 група (n=42)			2 група (n=41)			Контроль (n=20)
	До лікування	11 доба	31 доба	До лікування	11 доба	31 доба	
Субшкала тривоги	15,6±1,53	8,2±1,15	4,9±1,2	15,3±1,47	8,9±1,1	15,1±1,6	2,8±0,41
Субшкала депресії	8,4±1,14	7,4±0,97	4,1±1,4	8,2±1,12	7,8±1,3	8,4±1,7	2,4±0,23

Як видно з наведеної таблиці, на 11 добу в обох досліджуваних групах спостерігалось зменшення виразності афективних розладів за двома субшкалами шкали HADS, що можна пояснити зменшенням у пацієнтів обох груп виразності больового синдрому шийно–плечової локалізації. Звертає на себе увагу посилення виразності тривоги і депресію у пацієнтів 2 групи на 31 добу після початку лікування, що пов'язано, вочевидь, із посиленням інтенсив-

но–плечової локалізації після закінчення прийому «Мелоксикаму» та посиленням внаслідок цього виразності афективних порушень.

#### Висновки.

1. Результати оцінки ЯЖ за опитувальником MOS SF–36 у молодих пацієнтів з ВБН на тлі патобіомеханічних змін опорно–рухової системи продемонстрували суттєве її зниження за всіма показниками шкали опитувальника, що пов'язане з наявністю у зазначених хворих клінічних

Таблиця 6.

Динаміка оцінки якості життя за MOS SF–36 на тлі лікування

Субшкала	1 група (n=42)	2 група (n=41)
На 11-ту добу		
Фізичне функціонування (PF)	92,4±3,15	88,6±3,44
Вплив фізичного стану на рольове функціонування (RP)	88,9±3,67	84,6±3,23
Інтенсивність болю (BP)	88,98±3,71	86,7±3,11
Загальне здоров'я (GH)	83,6±3,19	79,4±3,43
Життєздатність (VT)	87,8±3,42	82,4±3,7
Соціальне функціонування (SF)	91,4±3,2	80,17±3,6
Вплив емоційного стану на рольове функціонування (RE)	89,7±3,53	86,4±3,19
Самооцінка психічного здоров'я (MH)	89,4±3,76	86,1±3,71
На 31-у добу		
Фізичне функціонування (PF)	92,6±3,24	70,3±3,18
Вплив фізичного стану на рольове функціонування (RP)	89,1±3,11	69,4±3,27
Інтенсивність болю (BP)	92,3±3,42	27,9±2,9
Загальне здоров'я (GH)	83,6±3,19	69,2±2,18
Життєздатність (VT)	87,8±3,42	66,11±3,25
Соціальне функціонування (SF)	91,4±3,2	67,8±3,41
Вплив емоційного стану на рольове функціонування (RE)	89,7±3,53	54,9±3,19
Самооцінка психічного здоров'я (MH)	90,1±3,12	52,6±3,2

ності больового синдрому після закінчення прийому «Мелоксикаму». Відмінності між групами були статистично значущими ( $p < 0,05$ ).

Аналіз опитувальника MOS SF–36 на 11 і 31 добу після лікування продемонстрував покращення ЯЖ за рахунок фізичного і психічного компонентів здоров'я, більш виразне у пацієнтів 1 групи ( $p < 0,05$ ), що пояснюється більшим регресом у них проявів ВБН, больового синдрому та афективних розладів (таблиця 6).

Негативна динаміка показників ЯЖ у пацієнтів 2 групи, що спостерігалася на 31 добу після початку терапії, зумовлена екзацербациєю у зазначених хворих больового синдрому ший-

проявів ВБН, а також – больового, м'язово–тонічного синдрому шийно–плечової локалізації і афективних розладів.

2. Застосування у лікуванні зазначених хворих комплексної немедикаментозної терапії, спрямованої на біомеханічну корекцію опорно–рухової системи і усунення МФБС шийно–плечової локалізації сприяє більш ефективному регресу проявів ВБН, афективних розладів, больового і м'язово–тонічного синдрому шийно–плечової локалізації, призводячи до достовірного підвищення всіх показників ЯЖ та має переваги перед традиційним лікуванням із застосуванням вазоактивних препаратів і нестероїдних протизапальних засобів.

**Перелік літератури:**

1. Мищенко Т. С. Эпидемиология цереброваскулярных заболеваний и организация помощи больным с мозговым инсультом в Украине / Т. С. Мищенко // Український вісник психоневрології. – 2017. – Т. 25. Вип. 1 (90). – С. 22–24.
2. Зозуля І. С. Інсульт: стратегія і тактика надання медичної допомоги / І. С. Зозуля, В. І. Цымбалюк, А. І. Зозуля // Український медичний часопис. – 2012. – № 5 (91). – С. 36–39.
3. Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 328 diseases and injuries for 195 countries, 1990–2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. // Lancet. – 2017. – № 390. – P. 1211–1259.
4. Влияние вертеброгенной компрессии позвоночной артерии на гемодинамические параметры сосудов головы и шеи / Р. Е. Калинин, И. В. Андреева, И. А. Сучков [и др.]. – М.: "ГЭОТАР - Медиа", 2015. – 168 с.
5. Новосельцев С. В. Вертебрально-базиллярная недостаточность. Возможности мануальной диагностики и терапии / С. В. Новосельцев. – С.–П. : Фолиант, 2007. – 208 с.
6. Ситель А. Б. Влияние дегенеративно-дистрофических процессов в шейном отделе позвоночника на нарушения гемодинамики в вертебрально-базиллярной системе / А. Б. Ситель, К. О. Кузьминов, М. А. Бахтадзе // Мануальная терапия. – 2010. – № 1. – С. 10–21.
7. Некрасова Н. А. Изучение некоторых показателей метаболизма у пациентов молодого возраста со спондилогенной вертебрально-базиллярной недостаточностью / Н. А. Некрасова // Журнал Гродненского государственного медицинского университета. – 2015. – № 2 (50). – С. 73–75.
8. Ярошевский А. А. Эффективность комплексной терапии нарушения церебральной гемодинамики в вертебрально-базиллярной системе артерий при миофасциальной дисфункции шейно-плечевой локализации / А. А. Ярошевский. // Международный неврологический журнал. – 2014. – С. 52–59.
9. Ярошевский А. А. Биомеханические аспекты миофасциальных синдромов шейно-плечевой локализации / А. А. Ярошевский // Український морфологічний альманах. – 2013. – № 2 (64). – С. 73 – 76.
10. Александров А. В. Использование показателей качества жизни при разработке модели персонализированной реабилитации больных с воспалительными заболеваниями суставов / А. В. Александров, И. В. Черкашина, Н. В. Александрова // Современные проблемы науки и образования. – 2018. – №. 4. – С. 161-162.

**Морозова Ольга Григорьевна** - Харьковская медицинская академия последипломного образования, ул. Амосова, 54, г. Харьков, 61176, Украина

**Morozova Olga G.** - Kharkiv Medical Academy of Postgraduate Education, Amosova st., 54, Kharkiv, 61176, Ukraine

e-mail: office@med.edu.ua; ORCID 0000-0002-3088-624X

**Ярошевский Александр Анатольевич** - Харьковская медицинская академия последипломного образования, ул. Амосова, 54, г. Харьков, 61176, Украина

e-mail: office@med.edu.ua; ORCID 0000-0002-2720-9985

**Логвиненко Анна Викторовна** - Харьковская медицинская академия последипломного образования, ул. Амосова, 54, г. Харьков, 61176, Украина

**Logvinenko Anna V.** - Kharkiv Medical Academy of Postgraduate Education, Amosova st., 54, Kharkiv, 61176, Ukraine

e-mail: office@med.edu.ua; ORCID 0000-0001-5138-7549