ISSN 0869-8678

ВЕСТНИК
травматологии и ортопедии
ИМЕНИ Н.Н.ПРИОРОВА

НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ
ОСНОВАН В 1994 ГОДУ

1
январь-март
2011

ИЗДАТЕЛЬСТВО «МЕДИЦИНА»

© Е.А. Черепанов, 2011

РУССКАЯ ВЕРСИЯ ОПРОСНИКА ОСВЕСТРИ: ВАЛИДНОСТЬ И НАДЕЖНОСТЬ ТЕСТА

Е.А. Черепанов

НУЗ «Центральная больница № 4 ОАО "РЖД"», Москва

Целью исследования было определение надежности русскоязычного опросника Освестри версии 2.1а. Оценка проводилась на основе проспективного когортного исследования 101 пациента с их анкетированием, выполнявшимся в три временных периода: при обращении за медицинской помощью, через 2–5 дней и после завершения курса лечения. Исследовали повторяемость результатов, внутреннюю согласованность теста, корреляцию с визуальной аналоговой шкалой и субшкалами вопросника SF-36. Повторяемость результатов составила 0,96, коэффициент α Кронбаха — 0,919, корреляция с визуальной аналоговой шкалой — 0,668. Адаптированный русскоязычный опросник Освестри версии 2.1а является валидным и надежным инструментом и рекомендуется для использования в практической и научной работе для оценки нарушений жизнедеятельности у пациентов с болями в нижней части спины. Исследование одобрено автором опросника Освестри проф. J. Fairbank.

Ключевые слова: опросник Освестри, оценка нарушений жизнедеятельности, боль в нижней части спины, позвоночник.

Russian Version of Oswestry Questionnaire: Test Validity and Reliability

E.A. Cherepanov

The purpose of the study was the evaluation of Russian Oswestry questionnaire (disability index) version 2.1a reliability. Evaluation was performed on the basis of prospective cohort examination of 101 patients. All patients were questioned at the time of first examination, within 2–5 days after first visit and after completion treatment. Repetition of results, internal consistency of the test, correlation with visual analog scale (VAS) and SF-36 questionnaire subscales were studied. Repetition of results made up 0.96, Cronbach's α coefficient – 0.919, correlation with VAS – 0.668. Adapted of Russian Oswestry questionnaire version 2.1a is a valid and reliable tool. It is recommended for application in practical and scientific work for the evaluation of vital activity disturbances in patients with low back pains. The study was approved by Prof. J. Fairbank, the author of Oswestry questionnaire.

Key words: Oswestry questionnaire, evaluation of vital activity disturbances, low back pain, spine.

Достоверность научных знаний, получаемых в ходе клинических исследований, в значительной мере зависит от адекватности метода, который выбран для оценки динамики заболевания в исследуемой популяции. К сожалению, в исследованиях, затрагивающих проблему боли в спине, обоснованные и надежные методы не всегда доступны. Это является одной из причин дефицита качественных доказательных исследований и обилия противоречивой научной информации в данной области [4]. Из-за нехватки стандартизованных инструментов многие исследователи используют произвольно выбранные методы с неизвестной надежностью и валидностью, что пагубно влияет на достоверность получаемых результатов.

Предоставление информации о результате лечения в стандартизованной форме не только повышает качество научных исследований, но и является условием для сравнения данных, полученных из различных источников. Это позволяет извлекать новые знания при анализе всей массы информации, накопленной научным сообществом. Например, могут быть сравнены результаты, полученные при использовании самых разных подходов к лечению, либо, наоборот, сделан общий вывод на основании данных, полученных в ряде независимых исследований. Использование стандартизованных методов оценки результатов может улучшить и качество ретроспективных исследований, не влияя, конечно, на их принципиальные недостатки.

Многие годы было принято считать, что оценка пациентом собственного состояния менее точна, чем оценка, основанная на так называемых «объективных» методах. Хотя термин «субъективный» носит негативную окраску, в действительности именно объективные показатели (симптомы и находки, выявляемые врачом) в большей степени подвержены ошибкам, а результаты многих традиционно применяемых в ортопедии методов (рентгенографии или других инструментальных либо клинических методов) в меньшей степени связаны с исходом ле-

чения, чем это принято считать. Нужно подчеркнуть, что это утверждение относится именно к проблеме боли в спине, а не к другим областям медицины. Например, методы визуализации исключительно важны при лечении повреждений позвоночника. Но если оценивать успешность спондилодеза, выполненного в связи с болью в спине, на основании рентгенологических признаков формирования блока, достоверность результатов будет ниже: самочувствие и трудоспособность пациентов далеко не всегда зависят от того, как сформировался блок. Если пациент подвергается операции на позвоночнике с целью уменьшения боли, основной переменной, характеризующей результат лечения, должна быть выраженность боли. А поскольку боль является субъективным ощущением, ее выраженность может оценить только сам пациент. То же можно сказать и о функциональных ограничениях, которые могут возникать в связи с болевым синдромом. При консервативном лечении болей в спине оценить результаты лечения независимо от пациента, как правило, еще труднее, поскольку чаще всего за время наблюдения не происходит каких-либо явных изменений, которые можно было бы измерить или зафиксировать документально.

Лишь относительно недавно наметился положительный сдвиг в этой области: проспективные показатели качества жизни и состояния здоровья пациента, частично или полностью оцениваемые им самим, все больше вытесняют менее объективные индикаторы эффективности лечения. Эти показатели представляют собой специально разработанные шкалы и опросники, предназначенные для заполнения самим пациентом.

Одним из наиболее широко распространенных инструментов оценки состояния пациентов с болями в спине является опросник Освестри, который на момент написания данной статьи переведен на 31 язык. Отсутствие стандартного адаптированного текста этого инструмента на русском языке затрудняет проведение качественных клинических исследований, посвященных болям в спине. Для устранения этого пробела автором настоящей публикации с помощью группы экспертов подготовлена Русская версия опросника Освестри. Поскольку доказательства надежности оригинального вопросника не могут быть применены к его переводу на другой язык, возникла необходимость выполнить независимую проверку надежности инструмента.

Целью нашего исследования было определение валидности и надежности русского перевода опросника Освестри версии 2.1а в качестве инструмента для оценки выраженности нарушений жизнедеятельности у пациентов с болями в нижней части спины.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Проведено проспективное когортное исследование с анкетированием пациентов, осуществляемым в три визита: исходно (на момент включения в исследование до начала лечения); на 2–5-й день после первого визита; после завершения запланированного курса лечения. Во время первого и третьего визита субъектам предлагали для заполнения буклет, содержащий финальный русский вариант опросника Освестри версии 2.1а, опросник SF-36 и визуальную аналоговую шкалу (ВАШ). Во время второго визита предлагалось заполнить только опросник Освестри. Кроме того, при втором и третьем визите субъекты оценивали изменение своего состояния по шкале Likert. Все испытуемые заполняли опросники в одинаковых условиях, при отсутствии внешних помех и отвлекающих факторов, за одинаковый промежуток времени. Интервал между первым и вторым визитами (от 2 до 5 дней) был выбран так, чтобы испытуемые уже могли забыть свои первоначальные ответы, но существенного изменения характера болевого синдрома еще не произошло. Врач контролировал заполнение анкеты и при необходимости просил пациентов заполнить пропущенные пункты. Третий визит проводился по завершению курса лечения.

Исследуемая популяция. Исследование проведено в период с 25 июня 2008 г. по 5 января 2009 г. Обследованы пациенты, обратившиеся за помощью в связи с болями в нижней части спины. Протокол исследования не рассматривался этическим комитетом, поскольку исследование не предполагало активного вмешательства в здоровье пациентов, использования какого-либо исследуемого способа лечения либо разделения пациентов на основную и контрольную группы. Участие субъектов в исследовании никак не отражалось на характере проводимого лечения. Все субъекты получали консервативное лечение.

Критериями включения в исследование являлись наличие боли в спине и/или ноге, обусловленной дегенеративным поражением позвоночника, возраст пациента 18 лет и старше, способность свободно читать и понимать по-русски. Критериями исключения были наличие злокачественного новообразования в анамнезе; необъяснимая потеря массы тела; длительное применение кортикостероидов; инфекционные заболевания; боль, усиливающаяся или не облегчающаяся в покое; лихорадка; значительная травма в молодом возрасте либо незначительная травма при наличии факторов риска развития остеопороза; нарушение функции тазовых органов; показания к неотложному хирургическому лечению; ревматоидные заболевания; алкогольная или наркотическая зависимость; сопутствующие соматические заболевания, существенно ограничивающие жизнедеятельность и влияющие на толерантность к физическим нагрузкам; другие факторы, делающие невозможным или сомнительным участие пациента в исследовании в течение 3 нед.

Анализируемые переменные. *Количество баллов по опроснику Освестри 2.1а.* Вопросник пред-

назначен для самостоятельного заполнения пациентами и оценивает их способность выполнять отдельные действия по 10 параметрам с шестью вариантами оценок каждого параметра. В каждом разделе испытуемый выбирает только одно утверждение, которое в наибольшей степени соответствует его состоянию. Каждый ответ оценивается по шкале от 0 до 5 баллов. Если испытуемый, несмотря на инструкции, выбрал несколько вариантов ответов в одном разделе, учитывается тот ответ, которому соответствует наибольшее число баллов. Ответы (баллы) по всем разделам суммируются, после чего производится пересчет в проценты от максимально возможного количества баллов. Более высокое значение соответствует более высокой степени нарушения жизнедеятельности. Использовалась русская версия опросника Освестри (см. ниже) с доказанной валидностью, текст который опубликован ранее [2, 14].

Визуальная аналоговая шкала. Данная шкала представляет собой линию длиной 10 см, которая отражает выраженность болевого синдрома. Левая часть линии соответствует отсутствию боли, правая часть — нестерпимой боли. Пациента просят отметить на шкале место, которое соответствует выраженности болевого синдрома. Результат отражается в миллиметрах (от 0 до 100). Это очень простой и вместе с тем надежный инструмент, который используется при различных нозологиях, в том числе и для оценки болей в нижней части спины [11, 12].

SF-36. Данный опросник является общим инструментом оценки качества жизни людей с различными заболеваниями. К его недочетам относятся недостаточная специфичность и более сложная схема обработки результатов. Опросник состоит из 8 субшкал, из которых нами были отобраны субшкалы физической функции (PF), боли (BP), социального (SF) и ролевого (RP) функционирования. Субшкалы PF, BP, RP и SF коррелируют с англоязычным опросником Освестри [8]. Поскольку у разных субшкал диапазоны возможных результатов неодинаковы, для сравнения с опросником Освестри все значения преобразовывали в проценты от максимально возможного значения. При этом для шкалы боли 100% соответствуют максимальной выраженности болевого синдрома, а для остальных шкал — максимально сохранной функции. Использован вариант SF-36 Межнационального центра исследования качества жизни (Санкт-Петербург), предложенный в 1998 г. В нашем исследовании субъекты оценивали самочувствие за последнюю неделю, что отличается от стандартной схемы использования опросника, согласно которой испытуемые оценивают свое состояние за последние 4 нед. Это связано с коротким периодом наблюдения субъектов.

Общая ретроспективная оценка результата лечения. Ретроспективная оценка ощущения пациентом общих изменений состояния здоровья за период лечения проводилась на основе шкалы Likert, имеющей семь градаций ответов от «намного лучше» до «намного хуже».

Статистическая обработка. При планировании исследования мы основывались на рекомендациях, приведенных в руководстве А.Н. Беловой [1]. Демографические данные анализировали при помощи методов описательной статистики. Для оценки распределения использовали тест Колмогорова—Смирнова. Для оценки корреляции применяли непараметрический ранговый коэффициент Спирмана, поскольку не все показатели характеризовались нормальным распределением.

Оценка надежности определяется как отношение истинной дисперсии к дисперсии эмпирически зарегистрированных баллов и отражает степень схожести результатов, полученных при повторении измерений с помощью изучаемого инструмента через определенный промежуток времени. Оценка надежности проводилась с использованием внутриклассового коэффициента корреляции между показателями, полученными при первом и втором визите пациента. Надежными считаются тесты с коэффициентом внутриклассовой корреляции 0,7 и выше [1]. В оригинальном исследовании 1980 г. Fairbank и соавт. [6] изучали повторяемость результатов, полученных с интервалом в 24 ч. Однако при столь малом временном интервале возможно воздействие эффекта памяти, вследствие чего показатели повторяемости могут быть завышенными. При большом интервале (свыше 5 дней) корреляция начинает прогрессивно снижаться в связи с действительными изменениями в состоянии пациентов [1]. Поэтому нами был выбран срок от 2 до 5 дней как наиболее адекватный, при котором влияние запоминания собственных ответов уже минимизируется, а динамика в состоянии здоровья еще отсутствует.

Внутренняя согласованность опросника оценивалась путем разбивания его на пункты с расчетом коэффициента α по формуле Кронбаха и определением статистической значимости последнего по формуле χ^2. Тест считается согласованным, если коэффициент α находится в диапазоне 0,7–0,9 [1].

Критериальная валидность теста оценивалась путем определения корреляционной взаимосвязи с отдельными субшкалами опросника SF-36 и с ВАШ.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Общие сведения. В соответствии с указанными выше критериями в исследование был включен 101 субъект с болью в нижней части спины. Все пациенты дали согласие на участие в исследовании. Среди субъектов было 55 мужчин и 48 женщин, средний возраст составлял 51,1±8,7 года (от 27 до 76 лет).

Второй визит проведен у 93 субъектов. В 9 случаях интервал между первым и вторым визитами

Опросник Освестри 2.1а

ФИО_____ Год рождения_____ Дата заполнения_____

Инструкция. *Пожалуйста, заполните эту анкету. Она предназначена для того, чтобы мы могли понять, каким образом Ваши проблемы со спиной (или ногой) нарушают способность выполнять обычные в жизни действия. Пожалуйста, в каждом разделе отметьте только один квадрат, который соответствует утверждению, наиболее близкому Вашему состоянию сегодня*

РАЗДЕЛ 1. Интенсивность боли

- ☐ В настоящее время у меня нет боли
- ☐ В настоящее время боль очень легкая
- ☐ В настоящее время боль умеренная
- ☐ В настоящее время боль весьма сильная
- ☐ В настоящее время боль очень сильная
- ☐ В настоящее время боль настолько сильна, что трудно себе представить

РАЗДЕЛ 2. Самообслуживание (например, умывание, одевание)

- ☐ Я могу нормально о себе заботиться, и это не вызывает особой боли
- ☐ Я могу нормально о себе заботиться, но это весьма болезненно
- ☐ Чтобы заботиться о себе, я вынужден из-за боли быть медлительным и осторожным
- ☐ Чтобы заботиться о себе, я вынужден обращаться за некоторой посторонней помощью, хотя большую часть действий могу выполнять самостоятельно
- ☐ Чтобы заботиться о себе, я вынужден обращаться за посторонней помощью при выполнении большей части действий
- ☐ Я не могу одеться, с трудом умываюсь и остаюсь в постели

РАЗДЕЛ 3. Поднятие предметов

- ☐ Я могу поднимать тяжелые предметы без особой боли
- ☐ Я могу поднимать тяжелые предметы, но это вызывает усиление боли
- ☐ Боль не дает мне поднимать тяжелые предметы с пола, но я могу с ними обращаться, если они удобно расположены (например, на столе)
- ☐ Боль не дает мне поднимать тяжелые предметы, но я могу обращаться с легкими или средними по весу предметами, если они удобно расположены (например, на столе)
- ☐ Я могу поднимать только очень легкие предметы
- ☐ Я вообще не могу поднимать или носить что-либо

РАЗДЕЛ 4. Ходьба

- ☐ Боль не мешает мне ходить на любые расстояния
- ☐ Боль не позволяет мне пройти более 1 километра
- ☐ Боль не позволяет мне пройти более 500 метров
- ☐ Боль не позволяет мне пройти более 100 метров
- ☐ Я могу ходить только при помощи трости или костылей
- ☐ Я бóльшую часть времени нахожусь в постели и вынужден ползком добираться до туалета

РАЗДЕЛ 5. Положение сидя

- ☐ Я могу сидеть на любом стуле столько, сколько захочу
- ☐ Я могу сидеть столько, сколько захочу, только на моем любимом стуле
- ☐ Боль не позволяет мне сидеть более 1 часа
- ☐ Боль не позволяет мне сидеть более чем 1/2 часа
- ☐ Боль не позволяет мне сидеть более чем 10 минут
- ☐ Боль совсем лишает меня возможности сидеть

РАЗДЕЛ 6. Положение стоя

- ☐ Я могу стоять столько, сколько захочу, без особой боли
- ☐ Я могу стоять столько, сколько захочу, но при этом боль усиливается
- ☐ Боль не позволяет мне стоять более 1 часа
- ☐ Боль не позволяет мне стоять более 1/2 часа
- ☐ Боль не позволяет мне стоять более 10 минут
- ☐ Боль совсем лишает меня возможности стоять

РАЗДЕЛ 7. Сон

- ☐ Мой сон никогда не прерывается из-за боли
- ☐ Мой сон редко прерывается из-за боли
- ☐ Из-за боли я сплю менее 6 часов
- ☐ Из-за боли я сплю менее 4 часов
- ☐ Из-за боли я сплю менее 2 часов
- ☐ Боль совсем лишает меня возможности спать

РАЗДЕЛ 8. Сексуальная жизнь (если возможна)

- ☐ Моя сексуальная жизнь нормальна и не вызывает особой боли
- ☐ Моя сексуальная жизнь нормальна, но немного усиливает боль
- ☐ Моя сексуальная жизнь почти нормальна, но значительно усиливает боль
- ☐ Моя сексуальная жизнь существенно ограничена из-за боли
- ☐ У меня почти нет сексуальной жизни из-за боли
- ☐ Боль полностью лишает меня сексуальных отношений

РАЗДЕЛ 9. Досуг

- ☐ Я могу нормально проводить досуг и не испытываю при этом особой боли
- ☐ Я могу нормально проводить досуг, но испытываю усиление боли
- ☐ Боль не оказывает значительного влияния на мой досуг, за исключением интересов, требующих наибольшей активности, таких как спорт, танцы и т.д.
- ☐ Боль ограничивает мой досуг, я часто не выхожу из дома
- ☐ Боль ограничивает мой досуг пределами моего дома
- ☐ Боль лишает меня досуга

РАЗДЕЛ 10. Поездки

- ☐ Я могу ездить куда угодно без боли
- ☐ Я могу ездить куда угодно, но это вызывает усиление боли
- ☐ Несмотря на сильную боль, я выдерживаю поездки в пределах 2 часов
- ☐ Боль сокращает мои поездки до менее 1 часа
- ☐ Боль сокращает самые необходимые поездки до 30 минут
- ☐ Боль совсем не дает мне совершать поездки, я могу отправиться только за медицинской помощью

$$\text{Результат: } \frac{\qquad}{\times 100} = \quad \%$$

Подсчет результата: *каждому разделу может соответствовать от 0 до 5 баллов; если отмечено первое утверждение, то раздел оценивается в 0 баллов, если отмечено последнее утверждение, то в 5 баллов. Если заполнены все 10 разделов, то общий результат подсчитывается в соответствии со следующим примером:*

$$\text{Результат: } \frac{\text{16 (сумма баллов)}}{\text{50 (максимально возможная сумма баллов)} \times 100} = 32{,}0\%$$

Если один раздел пропущен или непригоден для оценки:

$$\text{Результат: } \frac{\text{16 (сумма баллов)}}{\text{45 (максимально возможная сумма баллов)} \times 100} = 35{,}5\%$$

по организационным причинам составил более 5 дней, при этом в 7 из 9 указанных случаев при втором визите по шкале Likert отмечена отчетливая положительная динамика. Это наблюдение подтверждает правильность рекомендации, согласно которой повторяемость может быть оценена лишь при повторном заполнении анкеты не позднее чем через 5 дней [3]. Таким образом, при втором визите было получено 84 анкеты, заполненных в полном соответствии с протоколом. Из этих 84 субъектов в подгруппу оценки надежности теста были включены только те, которые оценили изменение своего состояния во время второго визита по шкале Likert как «не изменилось», «незначительное улучшение» или «незначительное ухудшение». Всего таких субъектов было 65. Для этих пациентов интервал между первым и вторым визитами составил 3,07±1,02 дня.

Третий визит проведен у 80 субъектов в среднем через 18,7±5 дней после первого визита. Исследование в соответствии с протоколом не завершил 21 субъект: один досрочно прекратил курс лечения из-за смерти близкого родственника, один был экстренно госпитализирован в неврологический стационар в связи с развитием ишемического инсульта, два исключены в связи с плановым направлением в хирургический стационар для оперативного лечения (удаление грыж дисков), 17 субъектов потеряны для наблюдения. Оценка динамики показателей выходит за рамки данной статьи и будет опубликована отдельно.

Пропуски разделов анкеты. Из 274 обработанных анкет только в одной было пропущено три раздела, в 8 анкетах респонденты оставили незаполненными два раздела, в 50 анкетах — один раздел. Как видно из табл. 1, доля пропусков составляет менее 2% для всех разделов, за исключением раздела 8. Чаще всего субъекты не отвечали на вопрос о сексуальной жизни (53 анкеты), другие разделы были оставлены незаполненными в единичных случаях.

Повторяемость результатов. Русская версия опросника Освестри продемонстрировала очень хорошую повторяемость результатов, внутриклассовый коэффициент корреляции равнялся 0,96. Повторяемость была изучена и для каждого раздела опросника в отдельности (табл. 2). Корреляция результатов по каждому разделу с общим результатом теста отражена в табл. 3.

Внутренняя согласованность русской версии опросника Освестри (α Кронбаха) составила 0,919. С целью оценки влияния каждого раздела на внутреннюю согласованность α Кронбаха рассчитана с поочередным исключением разделов из опросника (табл. 4).

Корреляция с другими шкалами. Корреляция с визуальной аналоговой шкалой (ВАШ) составила 0,668. Корреляционная взаимосвязь меж-

Табл. 1. *Пропуски пациентами разделов русской версии опросника Освестри*

Визит	Раздел опросника									
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	число анкет с незаполненными разделами									
Первый	0	0	1	2	0	0	0	12	1	0
Второй	0	0	2	0	0	0	2	24	1	1
Третий	0	0	2	2	0	0	1	17	0	1
Всего пропусков, %	0	0	1,8	1,5	0	0	1,1	19,3	0,7	0,7

Табл. 2. *Повторяемость результатов по отдельным разделам русской версии опросника Освестри*

Показатель	Раздел опросника									
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Внутриклассовая корреляция*	0,684	0,902	0,892	0,866	0,931	0,841	0,937	0,960	0,815	0,800
95% доверительный интервал	0,484	0,839	0,822	0,778	0,882	0,738	0,896	0,930	0,696	0,672
	0,807	0,940	0,935	0,919	0,959	0,903	0,962	0,977	0,888	0,878

*Для всех показателей значимость <0,001.

Табл. 3. *Корреляция результатов по отдельным вопросам с общим результатом теста*

Раздел	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Внутриклассовая корреляция*	0,777	0,778	0,699	0,752	0,736	0,766	0,704	0,798	0,81	0,756

*Для всех показателей значимость <0,001.

Табл. 4. *Внутренняя согласованность русской версии опросника Освестри*

Показатель	Исключенный раздел										
	нет	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
α Кронбаха	0,919	0,909	0,908	0,919	0,909	0,911	0,911	0,913	0,904	0,905	0,911
95% доверительный интервал	0,902	0,890	0,889	0,901	0,889	0,892	0,892	0,895	0,885	0,885	0,893
	0,934	0,926	0,926	0,934	0,926	0,928	0,928	0,930	0,920	0,923	0,928

Табл. 5. *Корреляционная взаимосвязь между SF-36 и русской версией опросника Освестри*

Параметры	Шкала физического функционирования (PF)	Шкала ролевого функционирования (RP)	Шкала боли (BP)	Шкала социального функционирования (SF)
Коэффициент корреляции для русской версии опросника	−0,876*	−0,709*	0,800*	−0,760*
Число анкет	182	184	184	184
Коэффициент корреляции для оригинальной версии опросника	−0,77	−0,48	0,64	−0,67

*Для всех показателей значимость <0,001.

ду опросником Освестри и анкетой SF-36 представлена в табл. 5, в которую для сравнения внесены аналогичные показатели по данным Grevitt и соавт. [8], опубликованным в 1997 г.

ОБСУЖДЕНИЕ

Важным является достижение повторяемости результатов при неизменном состоянии пациента и четкой зависимости результатов тестирования от тех параметров жизнедеятельности (качества жизни, здоровья, выраженности боли и т.п.), которые они призваны отражать. Русская версия опросника Освестри характеризуется высокой повторяемостью результатов. По данным литературы, повторяемость оригинального опросника Освестри через 24 ч составляет 0,99 [6], через четыре дня — 0,91 [13], через неделю — 0,83 [9]. С учетом того, что повторяемость русской версии опросника была оценена с интервалом 3±1 день, можно сделать вывод, что этот показатель полностью соответствует характеристикам оригинального инструмента. Получена хорошая повторяемость и для каждого раздела в отдельности, при этом относительно меньшей повторяемостью характеризуется раздел 1 («Выраженность боли»), что можно объяснить вариабельностью болевого синдрома. Коэффициенты корреляции результатов по отдельным разделам с общим результатом, которые составили от 0,699 до 0,810, демонстрируют, что все разделы теста связаны между собой, но в то же время каждый раздел отвечает за самостоятельный показатель. Русская версия опросника Освестри характеризуется высокой внутренней согласованностью.

Корреляция результатов анкетирования по русской версии опросника Освестри с ВАШ также хорошо согласуется с показателями для опросника Освестри версии 2.0, опубликованными Fairbank и Pynsent [7]: по их данным, корреляция с ВАШ составляет 0,62 (n=94). Также отмечена хорошая корреляция со шкалами вопросника SF-36, но при этом результаты отличаются от литературных данных. Grevitt и соавт. [8] использовали близкую по размеру выборку — в исследование было включено 120 пациентов, из них 18 потеряны для наблюдения. Однако исследование имело отличия, которые могут объяснить неполное соответствие результатов: авторами была использована другая версия вопросника (1.0), все пациенты подвергались хирургическому лечению (чрескожная микродискэктомия и задний спондилодез). Кроме того, из текста статьи невозможно установить исходный уровень нарушения жизнедеятельности у пациентов. Русский опросник Освестри версии 2.1а продемонстрировал более высокую корреляцию со всеми протестированными шкалами SF-36, чем оригинальный опросник Освестри версии 1.0. Наименьшая корреляция, как и для оригинального инструмента, выявлена в отношении шкалы ролевого функционирования.

Следует обратить внимание на методику опроса испытуемых. В проведенном нами исследовании пациенты не имели доступа к заполненной ранее анкете. Хотя это условие является обязательным для проверки повторяемости результатов, в практической деятельности подобных ограничений нет: допустимо знакомить пациентов с заполненными ими ранее опросниками. Более того,

по мнению Guyatt и соавт. [10], это помогает пациентам точнее оценить изменение своего состояния.

Опросник Освестри не лишен недостатков. Несомненно, в будущем появятся более современные шкалы, но на сегодняшний день следует по возможности пользоваться инструментами, которые уже проверены временем, широко распространены и фактически являются стандартными. До признания новых и нестандартных инструментов научным сообществом к их использованию следует прибегать только в тех случаях, когда они имеют неоспоримые преимущества либо решают задачи, которые не могут быть решены другим способом. В любом случае все новые методы до их применения должны быть изучены на предмет валидности и надежности. Использование неапробированных шкал может существенно ухудшить качество любого исследования.

Дальнейшее исследование свойств русской версии опросника Освестри должно быть направлено на уточнение чувствительности адаптированного инструмента, естественной вариабельности результатов, определение величины минимального клинически значимого изменения и сравнение этих характеристик с аналогичными характеристиками оригинального опросника.

Заключение. Адаптированный русскоязычный опросник Освестри версии 2.1а является современным инструментом, предназначенным для оценки нарушений жизнедеятельности при болях в нижней части спины. Валидность и надежность данного инструмента соответствует таковым оригинальной английской версии. Проведенное исследование одобрено автором опросника Освестри проф. J. Fairbank. С целью получения максимально достоверных оценок нарушения жизнедеятельности пациентов с болью в нижней части спины и сохранения возможности обобщения и сравнения результатов различных клинических исследований рекомендуется использовать публикуемый текст и тщательно придерживаться методики подсчета результатов. Применение опросника Освестри в научной и практической деятельности не требует разрешения автора.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Белова А.Н.* Шкалы, тесты и вопросники в неврологии и нейрохирургии. — М., 2004.
2. *Черепанов Е.А.* Русская версия опросника Освестри: культурная адаптация и валидность //Хирургия позвоночника. — 2009. — N 3. — С. 91–98.
3. *Beurskens A.J., de Vet H.C., Koke A.J. et al.* Measuring the functional status of patients with low back pain. Assessment of the quality of four disease-specific questionnaires //Spine. — 1995. — Vol. 20. — P. 1017–1028.
4. *Bogduk N.* Draft evidence based clinical guidelines for the management of acute low back pain. — Australia: National Health and Medical Research Council, 1999.
5. *Co Y.Y., Eaton S., Maxwell M.W.* The relationship between the St. Thomas and Oswestry disability scores and the severity of low back pain //J. Manipul. Phys. Ther. — 1993. — Vol. 16. — P. 14–18.
6. *Fairbank J.C., Couper J., Davies J.B. et al.* The Oswestry low back pain disability questionnaire //Physiotherapy. — 1980. — Vol. 66. — P. 271–273.
7. *Fairbank J.C., Pynsent P.B.* The Oswestry disability index //Spine. — 2000. — Vol. 25. — P. 2940–2952.
8. *Grevitt M., Khazim R., Webb J. et al.* The short form-36 health survey questionnaire in spine surgery //J. Bone Jt Surg. — 1997. — Vol. 79B. — P. 48–52.
9. *Gronblad M., Hupli M., Wennerstrand P. et al.* Intercorrelation and test-retest reliability of the Pain disability index (PDI) and the Oswestry disability questionnaire (ODQ) and their correlation with pain intensity in low back pain patients //Clin. J. Pain. — 1993. — Vol. 9. — P. 189–195.
10. *Guyatt G.H., Berman L.B., Townsend M. et al.* Should study subjects see their previous responses? //J. Chronic Dis. — 1985. — Vol. 38. — P. 1003–1007.
11. *Jaeschke R., Singer J., Guyatt G.* A comparison of seven-point and visual analogue scales. Data from a randomized trial //Control Clin. Trials. — 1990. — Vol. 11. — P. 43–51.
12. *Jeon C.H., Kim D.J., Kim S.K. et al.* Validation in the cross-cultural adaptation of the Korean version of the Oswestry disability index //J. Korean Med. Sci. — 2006. — Vol. 21. — P. 1092–1097.
13. *Kopec J.A., Esdaile J.M., Abrahamowicz M. et al.* The Quebec Back Pain Disability Scale: conceptualization and development //J. Clin. Epidemiol. — 1996. — Vol. 49. — P. 151–161.
14. *Fairbank J.C.T., Pynsent P.B., Disney S.* Oswestry disability index. — http://www.orthosurg.org.uk/odi/

Сведения об авторе: *Черепанов Евгений Аркадьевич* — канд. мед. наук, зав. ортопедическим отделением НУЗ «Центральная больница № 4 ОАО "РЖД"».
Для контактов: 121596, Москва, Барвихинская ул., дом 4, кор. 2, кв. 296. Тел.: (8 499) 233–39–27; +7–915–189–53–26. E-mail: 95326@mail.ru