

ОРИГИНАЛЬНЫЕ СТАТЬИ

ORIGINAL ARTICLES

УДК: 616-009.7.8-07

ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ У БОЛЬНЫХ С ДОРСОПАТИЯМИ

М. А. Абдусаломова, О. А. Ким, Ж. Т. Дусяров

Самаркандский Государственный медицинский институт, Самарканд, Узбекистан

Ключевые слова: качество жизни, дорсопатия, опросник Освестри, индекс общего психологического состояния, реабилитация.

Таянч сўзлар: ҳаёт сифати, дорсопатия, Освестри сўровномаси, умумий психологик ҳолат индекси, реабилитация.

Key words: quality of life, dorsopathy, Oswestry Questionnaire, Index of general psychological state, rehabilitation.

В данной статье рассмотрена оценка качества жизни больных с диагнозом дорсопатия. С целью проведения исследования вовлечены 100 больных, лечащихся в стационарных условиях, и изучены изменения в качестве их жизни в результате проведенных реабилитационных мероприятий с помощью опросника Освестри и теста “Индекс общего психологического состояния”.

ДОРСОПАТИЯ БИЛАН ОҒРИГАН БЕМОРЛАРДА ҲАЁТ СИФАТИНИ БАҲОЛАШ

М. А. Абдусаломова, О. А. Ким, Ж. Т. Дусяров

Самарқанд Давлат тиббиёт институти, Самарқанд, Ўзбекистон

Ушбу мақолада дорсопатия ташҳиси билан даволанаётган беморларнинг ҳаёт сифати баҳоланган. Текшириш ўтказиш мақсадида стационар шароитда даволанаётган 100 та бемор олиниб, уларда реабилитацион чора тadbирлар таъсири натижасида ҳаёт сифатидаги ўзгаришлар Освестри сўровномаси ва “Умумий психологик саломатлик индекси” тести ёрдамида ўрганилди.

ASSESSMENT OF LIFE QUALITY IN PATIENTS WITH DORSOPATHIES

M. A. Abdusalomova, O. A. Kim, J. T. Dusyarov

Samarkand State medical institute, Samarkand, Uzbekistan

This article looks through the evaluation of patients life quality diagnosed with dorsopathia. 100 patients being treated in stationary conditions were involved to lead the investigation, and modifications in the quality of their life were examined as a result of taken rehabilitative measures with the help of Oswestry's questionnaire and test on “The index of general psychological state”.

Актуальность. В настоящее время дорсопатии - это большая группа заболеваний костно-мышечной системы и соединительной ткани, при которой боль в туловище и конечностях является ведущим симптомокомплексом. В развитых странах дорсопатия возникает у 70-90% населения, при этом у 25% пациентов в последующем развивается хроническая боль, которая служит причиной длительной нетрудоспособности. Основанием для постановки диагноза должны быть данные клинического обследования и лучевой диагностики (спондилография, рентгеновская компьютерная томография (КТ) или магнитно-резонансная томография (МРТ) позвоночника).

Для дорсопатии характерно хроническое течение и периодические обострения заболевания, при которых ведущими являются различные болевые синдромы. В зависимости от локализации выделяют дорсопатию шейного, грудного, поясничного отделов позвоночника. Способствуют развитию дорсопатии такие факторы как: нарушение осанки; гиподинамия; ожирение; частые простудные заболевания; болезни ЖКТ; злоупотребление алкоголем; курение; пристрастие к жареной, копченой пище, соленьям, пряностям и продуктам, богатым пуриновыми основаниями; постоянная работа в неблагоприятных метеоусловиях, когда низкая температура сочетается с большой влажностью воздуха; вибрация; незаметная неравномерная нагрузка на позвоночный столб из-за действия самых разных факторов.

Следует отметить, что дорсопатии поражают в основном людей трудоспособного возраста по всему миру, снижают качество жизни и приводят к значительным экономическим потерям, связанным с высокой стоимостью диагностики, лечения и реабилитации, а эффек-

тивность стандартной медикаментозной терапии дорсопатий позвоночника остается невысокой.

Цель: оценить качество жизни больных с дорсопатиями с помощью опросника Освестри и индекса психологического благополучия.

Материал и методы исследования. Нами были обследованы 100 больных с дорсопатиями в период 2017 – 2019 года, находившихся на стационарном лечении в Клинике СамМИ. Длительность заболевания от его дебюта до настоящего обострения колебалась от 1 месяца до 10 лет: до года – у 20 (20%), от 1 года до 3 лет - 38 (38%) больных, от 4 до 6 лет — у 30 (30%), свыше 6 лет - у 22 (22%) (рис 1).

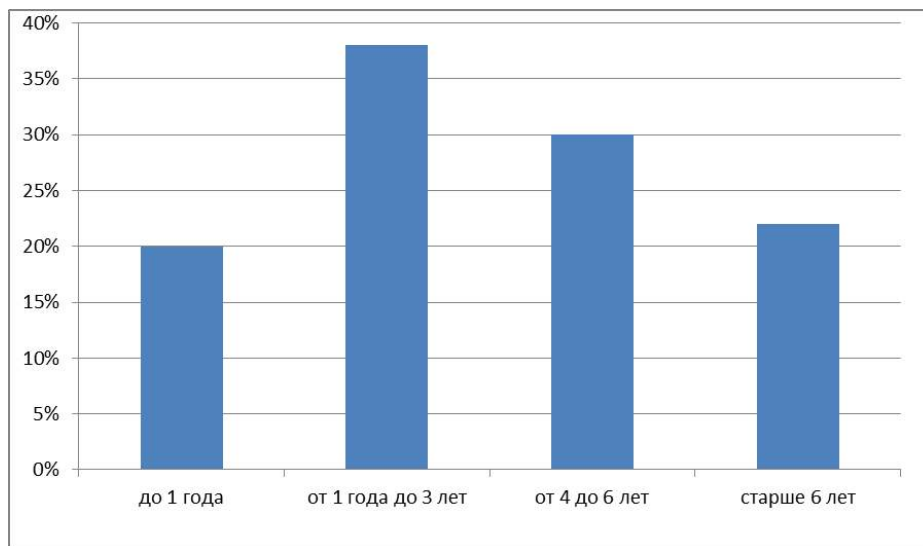


Рис.1. Длительность заболевания

Все пациенты были разделены на две группы в зависимости от лечения. В основную группу вошли 50 больных, получавших стандартное лечение и реабилитационные мероприятия, контрольную группу составили 50 больных, получавших только стандартное медикаментозное лечение. Всем больным диагноз был поставлен по Международной классификации болезней 10-го пересмотра (МКБ-10), проведен неврологический осмотр, сделаны общие анализы крови, мочи, исследована реакция Хедельсона, проведены ЭКГ, КТ, МРТ, УЗИ внутренних органов. Оценка качества жизни проведена с использованием русскоязычной версии опросника Освестри и исследования психологического благополучия. При этом использовали симптом Форестье, пробу подбородок–грудина, пробу Отта, определение ограничения дыхательной экскурсии грудной клетки, пробу Шобера, пробу Томайера.

Результаты исследования показали, что у 50% больных наблюдаются кифотические изменения, у 26% больных - положительная проба подбородок – грудина, у 35% больных наблюдалось ограничение подвижности грудного отдела позвоночника, у 50% больных - ограничения дыхательной экскурсии грудной клетки, у 40% - ограничения подвижности в поясничном отделе позвоночника, а у 70% больных наблюдалось общее ограничение подвижности позвоночника, тест Лассега выявлен у 75% пациентов (Рис 2).

С больными, входившими в основную группу, проводили следующие виды лечения: применение нестероидных противовоспалительных препаратов (НПВП), миорелаксанты, локальная терапия (гели, мази, кремы), блокада местными анестетиками, витамины группы В, лечебная физкультура (лечебная гимнастика, вытяжение позвоночника), физиотерапия (электрофорез, лазеротерапия, магнитотерапия, качество жизни является интегральной характеристикой физического, психологического, эмоционального и социального функционирования человека. Опросник Освестри состоял из 10 разделов. 1. Интенсивность боли; 2. Самообслуживание (например, умывание, одевание); 3. Поднятие предметов; 4. Ходьба;



Рис.2. Изменения, наблюдающиеся у больных при дорсопатии.

Таблица 1.

Сравнительная характеристика параметров КЖ в группах до лечения (опросник Освестри).

Параметры КЖ	Основная группа		Контрольная группа	
	N=50		N=50	
Число обследованных	До лечения	После лечения	До лечения	После лечения
Интенсивность боли	3±0,05	0,8±0,1	3,1±0,05	1,6±0,1
Самообслуживание	0,75±0,12	0,1±0,01	0,78±0,05	0,65±0,05
Поднятие предметов	1,8±0,05	0,2±0,01	1,75±0,5	0,8±0,05
Ходьба	0,65±0,01	0,1±0,05	0,58±0,05	0,4±0,05
Положение сидя	1,0±0,05	0,1±0,05	1,5±0,05	0,8±0,05
Положение стоя	0,85±0,01	0,15±0,01	0,75±0,01	0,45±0,05
Сон	0,75±0,05	0,10±0,05	0,85±0,05	0,5±0,01
Сексуальная жизнь	1,25±0,01	0,35±0,05	1,15±0,01	0,45±0,01
Досуг	1,15±0,05	0,15±0,01	1,1±0,05	0,25±0,05
Поездки	0,9±0,05	0,13±0,01	1,0±0,01	0,15±0,01

Таблица 2.

Показатели теста «Индекс общего психологического благополучия» в группы (баллы)

Параметры КЖ	Основная группа		Контрольная группа	
	N=50		N=50	
	До лечения	После лечения	До лечения	После лечения
Тревога - 24-25 баллов	17±1,5	24±0,05	3,1±0,05	1,6±0,1
Депрессия - 14-15 баллов	0,75±0,12	0,1±0,01	0,78±0,05	0,65±0,05
Самоконтроль - 14-15 баллов	1,8±0,05	0,2±0,01	1,75±0,5	0,8±0,05
Общее здоровье - 14-15 баллов	0,65±0,01	0,1±0,05	0,58±0,05	0,4±0,05
Эмоциональное благополучие -19-20 баллов	1,0±0,05	0,1±0,05	1,5±0,05	0,8±0,05
Жизненная энергия - 14-15 баллов	0,85±0,01	0,15±0,01	0,75±0,01	0,45±0,05
Общее: 100-110 баллов	0,75±0,05	0,10±0,05	0,85±0,05	0,5±0,01

5. Положение сидя; 6. Положение стоя; 7. Сон; 8. Сексуальная жизнь (если возможна); 9. Досуг; 10. Поездки.

Из таблицы 1 видно, что в основной группе параметры качества жизни значительно улучшились по сравнению с контрольной группой. У всех больных с дорсопатией отмечались боль, трудности к самообслуживанию, испытывают трудности во время стояния, сидения, поднимания предметов.

Из таблицы 2 видно, что все больные испытывают некоторые трудности в психологической адаптации к болезни и переживают за свое здоровье.

После проведенного комплекса лечебных мероприятий среди пациентов основной группы повысился уровень жизненной энергии, самоконтроля и эмоционального благополучия, уменьшились тревожность и депрессия.

В результате проведенных лечебных мероприятий, включающие в себя реабилитацию, в основной группе улучшение отмечалось - у 5 (10%) человек, значительное улучшение у 45 (90%). В контрольной группе улучшение наблюдалось только у 15 (23,7 %) больных, а значительное улучшение - у 20 (25,6 %), у 15 (50,6 %) изменений в состоянии не было.

Таким образом, проведенное нами исследование показало, что комплекс лечебных мероприятий, проведенных с использованием методов физической реабилитации, способствует улучшению качества жизни больных с дорсопатиями. В свою очередь, опросник Освестри и тест «Индекс общего психологического благополучия» позволяет оценить качество жизни больных с дорсопатиями. После методов физической реабилитации параметры качества жизни значительно улучшились.

Использованная литература:

1. Ачкасов Е.Е., Твороговой Н.Д. Психологические аспекты медицинской реабилитации // Учебное пособие.—Геотар-медиа, 2018.—С. 148.
2. Гольдблат Ю.В. Медико-социальная реабилитация в неврологии. «Политехника», 2006.—С. 64.
3. Нестеров А.И. и другие. Боль в спине в практике врача. Методические рекомендации. Москва, 2014.—С.29.
4. Бекназаров Н, Шмырина К.В., Джурабекова А.Т. Качество жизни женщин при дискогенной болезни пояснично-крестцового отдела позвоночника. Международный научный журнал «Инновационная наука» №6, - 2015.—С. 246-249.
5. Комлева Н.Е., Спирин В.Ф. Качество жизни у пациентов с болью в спине.// Бюллетень ВСНЦ СО РАМН, 2013, - №3 (91).—С. 19-22.