

А. С. Сон, О. О. Гончарук, В. І. Солодовніков

ОЦІНКА ЯКОСТІ ЖИТТЯ ХВОРИХ ПІСЛЯ ПОПЕРЕКОВОЇ МІКРОДИСКЕКТОМІЇ

Одеський державний медичний університет

Остеохондроз (ОХ) — широко розповсюджене хронічне захворювання, в основі якого лежить дегенерація міжхребцевого диска (МД) із подальшим залученням тіл суміжних хребців, міжхребцевих суглобів і зв'язок. Схематично у патогенезі ОХ виділяють дві головні ланки. По-перше, це гіпоксія, набряк і дизгемічні порушення, які ведуть до структурних і біохімічних змін у МД, розлади білкового метаболізму та розвиток автоімунних реакцій. По-друге, це вплив больового синдрому на функціональний стан як центрального і периферійного відділів нервової системи, так і на цілком певні структури, які забезпечують нейрогуморальну регуляцію у складниках хребтових сегментів [1]. Найбільш тяжкою клінічною формою перебігу дегенеративного процесу опорно-рухового сегмента хребта є гризова компресія вмісту спинномозкового каналу або спинномозкових корінців [4]. На клінічні прояви, перебіг і результати лікування вертеброгенної патології суттєво впливають психологічні особливості хворих і тип їх взаємовідношень із хворобою, тому що поріг больової чутливості, характер й інтенсивність больового синдрому, переносимість болю деякою мірою залежать від особистісних рис пацієнта та його психічного стану [2; 3]. Емоційне напруження знижує поріг сприйняття больових подразнень, а також змінює надсегментарну регуляцію рефлексорної активності апаратів спинного мозку, впливаючи на прояви вертеброневрологічної патології [5; 8].

У зв'язку з наведеним, **метою** нашої роботи була оцінка

якості життя (ЯЖ) хворих у ранньому післяопераційному періоді після поперекової мікродискектомії на ґрунті вивчення рівня тривоги й депресії та їх кореляції з виразністю больового синдрому в доопераційному та ранньому післяопераційному періодах.

Матеріали та методи дослідження

Нами обстежена клінічно однорідна група з 62 хворих: 30 жінок (48,3 %), 32 чоловіки (51,7 %) у віці від 22 до 63 років (середній вік 40 років) із клінічною картиною компресії спинномозкового корінця на поперековому рівні. У всіх пацієнтів проведено клініко-неврологічне обстеження та верифікація гриж міжхребцевих дисків попереково-крижового відділу хребта інструментальними методами (КТ, МРТ). Усім хворим проведено хірургічну корекцію компресійного синдрому методом поперекової мікродискектомії. Виразеність больового синдрому оцінювалася за допомогою візуальної аналогової шкали (ВАШ) болю у до- і післяопераційному періодах [6]. Психологічне обстеження здійснювалося за допомогою шкали депресії та шкали самооцінки Спілбергера — Ханіна, що складається з двох частин, які роздільно оцінюють реактивну тривожність (РТ) та особистісну тривожність (ОТ). Якість життя визначали за допомогою опитувальника "SF-36 Health Status Survey", 36 пунктів якого згруповані у вісім шкал: фізичне функціонування, рольова діяльність, тілесний біль, загальне здоров'я, життєздатність, соціальне функціонування, емоційний стан і психічне

здоров'я [7]. Результати представлені у вигляді оцінок у балах (від 0 до 100) за кожною шкалою таким чином, що більш висока оцінка вказує на вищий рівень якості життя.

Результати дослідження та їх обговорення

Стан обстежених пацієнтів відповідав показанням до хірургічного втручання за С. G. Grunough (1999):

— два симптоми: 1) біль у ногах більший, ніж біль у спині; 2) специфічні неврологічні симптоми (парестезія);

— дві ознаки: 1) пряма нога піднімається менш ніж на 50 % від норми та/або позитивний симптом натягу; 2) 2–4 неврологічні ознаки (альтернуючий рефлекс, атрофія, слабкість, втрата чутливості);

— одне дослідження: наявність достовірних ознак за даними інструментальних досліджень (КТ, МРТ).

За локалізацією компресія спинномозкових корінців була діагностована: L5 праворуч — у 17 (29,3 %) пацієнтів; L5 ліворуч — у 23 (36,2 %) пацієнтів; S1 праворуч — у 9 (15,5 %) пацієнтів; S1 ліворуч — у 13 (18,9 %) пацієнтів. Клініко-неврологічне обстеження у всіх хворих виявило дуже інтенсивні болі з розповсюдженням у нижню кінцівку, порушення чутливості у відповідній зоні іннервації ушкодженого корінця, вимушену анталгічну позу, розлад функції ходьби. Відзначалися компенсаторні зміни біомеханіки попереково-крижового відділу хребта: сплющення поперекового лордозу, вторинний функціональний сколіоз, зміна постави. Аналіз ступеня вираз-



ності больового синдрому за допомогою ВАШ виявив, що до оперативного втручання показники цієї шкали коливалися від 55 до 99 балів (у середньому 89 балів), що свідчило про виражений больовий синдром. Повторна оцінка виразності больового синдрому у хворих проводилася на третю-четверту добу після операції. Показники ВАШ коливалися від 5 до 35 балів (у середньому 27 балів), що характерно для слабкого й помірно вираженого больового синдрому.

У доопераційному періоді високий рівень РТ виявлений у 8 (10,3 %) пацієнтів, помірна тривожність — у 40 (65,5 %) пацієнтів, низька тривожність — у 14 (24,1 %) пацієнтів. Рівень ОТ розподілювався так: 5 (6,8 %) пацієнтів — висока, 43 (34,4 %) пацієнти — помірна, 14 (58,6 %) пацієнтів — низька тривожність. У групі з помірним і низьким рівнем ситуативної та особистісної тривожності в післяопераційному періоді (57 спостережень) вербальна й візуальна оцінка болю була значно нижчою, ніж у групі з високою тривожністю, у середньому 8 і 30 балів відповідно. Стан без депресії у доопераційному періоді констатовано у 41 (56,9 %) пацієнта, легка депресія (ситуативного генезу) — у 17 (32,7 %), субдепресивний стан (маскована депресія) — у 4 (10,3 %) спостереженнях. Найвищу оцінку больового синдрому в післяопераційному періоді показала група, у якій високий рівень ситуативної та особистісної тривожності поєднувався із субдепресивним станом — у середньому 34 бали.

При оцінці якості життя в післяопераційному періоді у всіх обстежених відзначалися низькі показники (від 0 до 20) за шкалою фізичного та рольового функціонування, обумовлені фізичним станом та інтенсивністю болю. У групі пацієнтів із помірною та низькою тривожністю без депресії (41 пацієнт) середні показники за шкалами

становили: загальне здоров'я — 32 бали, життєва активність — 25 балів, соціальне функціонування — 85,7 бала, рольове емоційне функціонування — 66,66 бала, психологічне здоров'я — 44 бали. У групі з високим рівнем ситуативної та особистісної тривожності (8 спостережень) показники за шкалами опитувальника SF-36 були нижчими: загальне здоров'я — 22 бали, життєва активність — 18 балів, соціальне функціонування — 38 балів, рольове емоційне функціонування — 20 балів, психологічне здоров'я — 18 балів. Отже, повсякденна діяльність була значно порушена не тільки фізичним станом, вираженістю больового синдрому, а й погіршенням емоційного фону, наявністю тривожних і депресивних переживань, заниженою оцінкою стану свого здоров'я, а також скороченням соціальних контактів, що зумовлює більш низький рівень якості життя.

Висновки

Таким чином, виразність больового синдрому у хворих із дегенеративно-дистрофічними змінами в опорно-рухових сегментах хребта з грижовою компресією спинномозкових корінців попереково-крижової локалізації пов'язана з виразністю психічних змін, переважно тривожно-депресивних. Тривожність як емоційний стан, що проявляється відчуттям несприятливого розвитку подій, впливає на розвиток алгічного синдрому у передопераційному та післяопераційному періодах, а також на відновлення рухового стереотипу та якості життя. Емоційне напруження, рівень тривоги й депресії у хворих із грижами міжхребцевих дисків попереково-крижового відділу хребта можуть бути прогностичними ознаками перебігу післяопераційного періоду: регресу больового синдрому, відновлення рухової активності, підвищення якості життя.

ЛІТЕРАТУРА

1. *Некоторые аспекты микрохирургической декомпрессии нервно-сосудистых образований позвоночного канала при поясничном остеохондрозе* / Семенов В. В., Восьмирко Б. Н., Дубовой А. В. и др. // *Вопр. нейрохирургии.* — 2001. — № 3. — С. 11-14.
2. *Характеристика болевого синдрома у пациентов с клиническими проявлениями поясничного остеохондроза и его динамика при лечении внутрикостными блокадами* / Е. Л. Соков, Л. Е. Корнилова, Н. Ю. Мансур, В. А. Филимонов // *Вертеброневрология.* — 2006. — № 3-4. — С. 22-25.
3. *Григорьева В. Н.* Характеристика психологических особенностей больных с хроническими болями в спине, цереброваскулярной патологией и фибромиалгией // *В. Н. Григорьева // Журн. неврологии и психиатрии.* — 2002. — № 12. — С. 3-9.
4. *Хабиров Ф. А.* Клиническая неврология позвоночника / Ф. А. Хабиров. — Казань, 2003. — С. 37-45.
5. *Болевые синдромы в неврологической практике* / под ред. А. М. Вейна. — М.: МЕД-пресс, 1999. — 365 с.
6. *Холодов С. А.* Эффективность микрохирургического удаления грыж поясничных дисков / С. А. Холодов, Н. Ю. Францева // *Журн. неврол. и психиатрии.* — 2002. — № 4. — С. 18-20.
7. *SF-36 Health Survey. Manual and interpretation guide* / J. E. Ware, K. K. Snow, M. Kosinski, B. Gandek; The Health Institute, New England Medical Center. — Boston: Mass, 1993. — 198 p.
8. *Hellstrom C.* Psychological distress and adaptation to chronic pain: symptomatology in dysfunctional, interpersonally distressed and adaptive copers / C. Hellstrom, B. Jansson // *J. of musculoskeletal pain.* — 2001. — Vol. 9, N 3. — P. 51-57.

