

Некоторые особенности социальной адаптации больных в отдаленном периоде дискэктомии

Дорохова Е.А., Федянин С.А.

Some peculiarities of the social adaptation in patients with discectomia in distant period

Dorochova Ye.A., Fedyanin S.A.

ГУЗ «Краевая клиническая больница», г. Барнаул

© Дорохова Е.А., Федянин С.А.

С целью исследования социальной адаптации больных с рецидивом болевого синдрома в отдаленном периоде дискэктомии обследовано 215 пациентов. Методы исследования включали неврологический осмотр, магнитно-резонансную томографию, рентгенографию, ультразвуграфию, тест Осверстри. Выявлены причины рецидива боли. Установлено, что рецидив боли сопровождается социальной дезадаптацией. Рекомендовано участие социальных работников в процессе адаптации этих пациентов.

Ключевые слова: дискэктомия, опросник Осверстри, социальная адаптация.

With purpose of studying of social adaptation in patients with pain syndrome recurrence in the discectomia distant period were 215 patients investigated. Study methods included neurological examination, magnetic resonance tomography, rentgenography, ultrasonography, Osverstry query. Reasons of pain syndrome recurrence were revealed. It was ascertain, that the pain syndrome recurrence is accompanied by social desadaptation. Participation of social specialists in adaptation process is recommended.

Key words: discectomia, Osverstry query, social adaptation.

УДК 616.71-089.878

Введение

Неврологические осложнения остеохондроза занимают основное место среди причин всей инвалидности вследствие заболеваний нервной системы, причем ведущей является дискогенная пояснично-крестцовая радикулопатия [2]. Радикальным методом, устраняющим причину болей в спине при грыжах межпозвонковых дисков, является оперативное лечение. Однако у 18—19% больных, перенесших дискэктомию посредством ламинэктомии и гемиламинэктомии, развиваются рецидивы болевого синдрома [1]. Боль у таких пациентов может иметь хронический и рецидивирующий характер, при котором она приобретает статус самостоятельной болезни [3]. В таких случаях психологический и социально-экономический факторы становятся сильными негативными моментами, предопределяющими неблагоприятный исход лечения болевых синдромов [4, 5].

Социальная адаптация — процесс активного приспособления человека к изменившейся среде с помощью различных социальных средств. Показателем успешной социальной адаптации выступает высокий социальный статус индивида в данной среде, а также его удовлетворенность этой средой в целом. Показателем неуспешной адаптации является перемещение индивида в иную социальную среду либо отклоняющееся поведение.

Цель исследования — определение выраженности социальной дезадаптации у пациентов с рецидивом болевого синдрома, перенесших оперативные вмешательства по поводу грыж межпозвонковых дисков посредством ламинэктомии и гемиламинэктомии.

Материал и методы

Обследовано 215 больных после оперативного лечения грыж межпозвонковых дисков поясничного отдела позвоночника, отобранных из числа пациентов,

направленных на прием к неврологу в связи с рецидивом болевого синдрома. Возраст больных колебался от 30 до 66 лет. Средний возраст составил $(45,6 \pm 0,6)$ года. Сроки от момента проведения оперативного лечения колебались от 1,5 до 28 лет, в среднем $(7,4 \pm 0,4)$ года. Методы исследования включали неврологический осмотр, рентгенографию поясничного отдела позвоночника, магнитно-резонансную томографию, ультрасонографию, социальная адаптация оценивалась по опроснику Осверстри.

Результаты и обсуждение

После обследования пациенты были разделены на пять групп в зависимости от причин рецидива болевого синдрома. В 1-ю группу вошли 84 (39,1%) пациента с рецидивом грыжи межпозвонкового диска на уровне прооперированного позвоночно-двигательного сегмента. Во 2-й группе было 48 (22,3%) человек с рецидивом болевого синдрома, обусловленным возникновением грыж межпозвонковых дисков в поясничном отделе позвоночника в других, смежных с прооперированными позвоночно-двигательными сегментами. В 3-ю группу были включены 38 (17,7%) пациентов, у которых болевой синдром развился вследствие прогрессирования спондилоартроза и спондилеза. Пациенты со стенозом позвоночного канала — 36 (16,7%) человек — составили 4-ю группу. В 5-ю группу вошли 9 (4,2%) больных с рецидивом, являющимся следствием асептического рубцового эпидурита и арахноидальных кист (рисунок).



Причины рецидива болевого синдрома в отдаленном периоде после операций по поводу грыж межпозвонковых дисков

Анализ выраженности социальной дезадаптации показал, что у больных в отдаленном периоде оперативного лечения грыж межпозвонковых дисков сред-

ний балл нарушений жизнедеятельности по опроснику Осверстри равнялся $31,3 \pm 0,8$. При этом выраженность социальной дезадаптации соответственно составила 62,6%.

В группах больных с различными причинами рецидива болевого синдрома выраженность социальной дезадаптации отличалась. Наиболее выраженная социальная дезадаптация выявлена у пациентов с арахноидальными кистами и асептическим эпидуритом — $(40,2 \pm 2,9)$ балла. У больных со стенозом позвоночного канала средний балл по опроснику Осверстри составил $34,5 \pm 1,0$. У пациентов с рецидивами грыж межпозвонковых дисков на уровне прооперированного сегмента средний балл равнялся $32,5 \pm 1,1$. При наличии грыж межпозвонковых дисков в смежных с ранее прооперированными сегментами выраженность социальной дезадаптации была $(30,5 \pm 1,6)$ балла. Наименьший балл нарушений социальной адаптации наблюдался в группе больных со спондилезом и спондилоартрозом, обуславливающими рецидив болевого синдрома, — $(24,9 \pm 1,2)$ балла. Данные о нарушении адаптации обследованных больных представлены в таблице.

Выраженность социальной дезадаптации в подгруппах больных, перенесших дискэктомии

Причина рецидива боли	Показатель социальной дезадаптации	
	Балл	%
Спондилез и спондилоартроз	24,9	49,8
Грыжи межпозвонковых дисков в смежных с прооперированными сегментах	30,5	61
Рецидив грыж межпозвонковых дисков на уровне прооперированного сегмента	32,5	65
Стеноз позвоночного канала	34,5	69
Арахноидальные кисты и асептический эпидурит	40,2	80,4

Таким образом, рецидив болевого синдрома у пациентов в отдаленном периоде дискэктомии сопровождается явлением социальной дезадаптации. Известно, что основные страхи и опасения пациентов относительно болей в спине следующие: «боли в спине — признак серьезной болезни» и «они никогда не закончатся». Кроме того, такие пациенты имеют страх повторения боли и повторной операции. У больных возникает ощущение постоянства проблем со спиной, ощущение, что «заболевание будет прогрессировать и неминуемо приведет к инвалидизации» [6]. Это способствует формированию болевого поведения и снижению повседневной активности, приводя к социальной деза-

даптации. Установлено, что выраженные расстройства социальной адаптации развиваются у пациентов с наиболее неблагоприятным течением рецидива болевого синдрома, проявляющегося прогрессивным течением заболевания. У больных со спондилезом и спондилоартрозом, провоцирующими рецидив болевого синдрома, выраженность социальной дезадаптации была менее яркой и отражала более благоприятное течение заболевания. У обследованных пациентов дезадаптация выступала проявлением заболевания, однако в ряде случаев имела непропорциональную выраженность, что свидетельствует о необходимости лечения и реабилитации таких пациентов в рамках междисциплинарных лечебных программ.

Выводы

1. Основными причинами возобновления болевого синдрома в отдаленном периоде оперативного лечения грыж межпозвонковых дисков выступают рецидивы грыж межпозвонковых дисков, грыжи дисков в смежных с прооперированными позвоночно-двигательных сегментах, прогрессирование спондилеза и спондилоартроза, стеноз позвоночного канала, асептический эпидурит и арахноидальные кисты.

2. Рецидив болевого синдрома в отдаленном периоде дискэктомии сопровождается нарушением социальной адаптации и нарушением жизнедеятельно-

сти по опроснику Осверстри до $(31,3 \pm 0,8)$ балла. Наиболее неблагоприятной группой в плане социальной адаптации являются больные с арахноидальными кистами и хроническим асептическим эпидуритом. Наиболее адаптированными — пациенты со спондилоартрозом и спондилезом.

3. Полученные данные свидетельствуют о необходимости проведения комплексной реабилитации, которая включала бы методы психотерапии, трудотерапии, а также участие работников социальных служб.

Литература

1. Аул Ш.А., Долженко Д.А. Перспективы использования эндовидеотехники в лечении дискогенных пояснично-крестцовых радикулитов // Актуал. вопр. неврологии. Новосибирск, 2002. С. 42—44.
2. Клиническая неврология с основами медико-социальной экспертизы / под ред. проф. А.Ю. Макарова. СПб., 1998. С. 595.
3. Кукушкин М.Л. Боль как самостоятельная форма болезни // Боль и паллиативная помощь: тез. докл. Сиб. межрегион. науч.-практ. конф. Новосибирск, 2002. С. 3—5.
4. Finneson B.E., Schmidek H.H., Sweet W.H. Lumbar disc excision in operative neurosurgical techniques // Third Edition. 1995. V. 2. P. 1095—1923.
5. Smith D., McMurray N., Disler P. Early intervention for acute back injury: Can we finally develop an evidence based approach? // Clin. Rehabil. 2002. № 1 (16). P. 1—11.
6. Waddell G., Main C.J. Illness behavior // The back pain revolution / Ed. G. Waddell. Edinburgh: Churchill Livingstone, 1999. P. 155—173.

Поступила в редакцию 01.10.2009 г.

Утверждена к печати 15.10.2009 г.

Для корреспонденции

Федянин Сергей Александрович, тел. 8-385-2-68-97-41, 8-905-082-0046, e-mail: fedsa@bk.ru