

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ АВТОНОМНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
**«БЕЛГОРОДСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ
ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»**
(**Н И У « Б е л Г У »**)

МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ
МЕДИЦИНСКИЙ КОЛЛЕДЖ

ЦМК Терапевтических дисциплин

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ ПРИ ОСТЕОХОНДРОЗЕ

Дипломная работа студента

**очной формы обучения
специальности 31.02.01 Лечебное дело
4 курса группы 03051521
Кузубова Руслана Евгеньевича**

Научный руководитель
преподаватель Смирнова Т.В.

Рецензент
Врач пульмонологического отделения
ОГБУЗ «Городская больница № 2
г. Белгорода» Баранова Т.Е.

БЕЛГОРОД 2019

ОГЛАВЛЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ.....	3
ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ С ОСТЕОХОНДРОЗОМ ПОЗВОНОЧНИКА	6
1.1. Остеохондроз, определение, классификация. Факторы риска. Этиология и патогенез. Клиническая картина. Лечение. Профилактика.	6
1.2. Качество жизни. Определение. Составляющие качество жизни.	14
ГЛАВА 2. ПРАКТИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ С ОСТЕОХОНДРОЗОМ ПОЗВОНОЧНИКА.....	18
2.1. Организация проведения исследования	18
2.2. Результаты собственного исследования	18
2.3. Рекомендации пациентам с остеохондрозом для повышения качества жизни:	34
ЗАКЛЮЧЕНИЕ	36
СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ И ЛИТЕРАТУРЫ.....	38
ПРИЛОЖЕНИЯ.....	40

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность данного исследования состоит в том, что в последние годы отмечается неуклонный рост заболеваемости остеохондрозом позвоночника, приводящего к длительной потере трудоспособности, и общество в свою очередь начало всё больше акцентировать внимание на субъективных аспектах течения заболевания и качестве жизни больных. В связи с этим необходимо всесторонне изучить остеохондроз позвоночника с методологических и научно-практических позиций клинической психологии, которые позволяют учесть роль биологических, психологических, социальных и духовных аспектов в этиопатогенезе заболевания, оценить адаптацию и саморегуляцию личности

Качество жизни – категория, с помощью которой характеризуют существенные обстоятельства жизни населения, определяющие свободы личности каждого человека и степень достоинства, и степень комфортности внутри себя и в рамках общества. В 1994 Мишель Вивьер дал несколько иное определение, он рассматривал качество жизни как персональное восприятие своего состояния здоровья и удовлетворенность им. «Частичным аналогом индекса качества жизни является индекс развития человеческого потенциала (индекс человеческого развития), применяемые в ООН с 1990 года, в числе главных составляющих которого уровень образования населения, средняя продолжительность жизни при рождении, и реальный среднедушевой валовой внутренний продукт, рассчитанный с учетом паритета покупательной способности национальной валюты» [3, с.120].

В оценке качества жизни сам пациент является центральной фигурой, как и все его мнения и убеждения. Также, при оценке качества жизни пациент рассматривается не просто как случай, а как живой человек, находящийся в разных аспектах жизнедеятельности. Исходя из того, что качество жизни очень субъективно и персонально, самым лучшим определяющим фактором качества жизни пациента является он сам.

Изучение качества жизни играет ключевую роль в оценке эффективности различных методов терапии.

Практическая значимость исследования:

Остеохондроз позвоночника имеет высокое распространение и занимает четвертое место среди всех заболеваний, являясь при этом одной из наиболее значимых современных медицинских и социальных проблем т.к. приводит к временной утрате трудоспособности и снижению качества жизни больного. Также результаты исследования могут быть интересны для медицинских работников в сфере разработке рекомендаций, позволяющих улучшить качество жизни больных с остеохондрозом позвоночника.

Цель исследования: проанализировать современные взгляды на качество жизни больных с остеохондрозом позвоночника и найти оптимальные пути полноценной медико-психологической и социальной реабилитации пациентов с остеохондрозом позвоночника.

Предмет исследования: качество жизни пациентов с остеохондрозом позвоночника и его медицинские и социальные аспекты.

Объект исследования: пациенты неврологического отделения ОГБУЗ «Городская клиническая больница №1 города Белгорода» с остеохондрозом позвоночника.

Задачи исследования:

1. На основе теоретического изучения литературных источников выяснить и уточнить причины, влияющие на качество жизни при остеохондрозе позвоночника.

2. Изучить субъективную картину болезни, отношение к заболеванию и лечению у пациентов, страдающих остеохондрозом позвоночника.

3. Изучить влияние социально-демографических факторов на качество жизни и эмоциональное состояние больных с остеохондрозом позвоночника.

4. Изучить психологические особенности больных с остеохондрозом позвоночника и их связь с качеством жизни и эмоциональным состоянием.

5. Исследовать эмоциональное состояние пациентов больных с остеохондрозом позвоночника.

Методы исследования:

1. Научно-теоретический анализ медицинской литературы по данной теме.
2. Эмпирический метод (наблюдение).
3. Психодиагностический метод (беседа).
4. Социологический метод (анкетирование).
5. Статистический метод (обработка статистических данных).

База исследования: неврологическое отделение ОГБУЗ «Городская больница № 2» г. Белгорода

Время исследования: 2019 г.

ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ С ОСТЕОХОНДРОЗОМ ПОЗВОНОЧНИКА

1.1. Остеохондроз, определение, классификация. Факторы риска.

Этиология и патогенез. Клиническая картина. Лечение. Профилактика.

Остеохондроз – это дегенеративно-деструктивное поражение позвоночника, которое включает в себя поражение тел позвонков, суставного аппарата, связочного аппарата и межпозвоночных дисков. Классификация остеохондроза позвоночника

Классификация по локализации: шейный остеохондроз, грудной остеохондроз, пояснично-крестцовый остеохондроз, обширный (распространенный) остеохондроз – поражает 2 и более отделов позвоночника.

Классификация по степени изменения межпозвоночного диска (рентгенологические стадии):

0 стадия – нет изменения диска

1 стадия – незначительные изменения, включающие в себя максимум внутренние разрывы;

2 стадия – выраженные изменения диска при сохранении наружной поверхности;

3 стадия – поражается весь диск полностью (трещины с распространением на наружную поверхность, выдавливание диска из-под тел позвонков и пр.).

«Классификация по клиническим проявлениям и степени нарушения функционирования позвоночника:

1 стадия – функционирование позвоночника не изменено, пациент ощущает незначительную болезненность в месте поражения;

2 стадия – функционирование позвоночника нарушено (происходят подвывихи тел позвонков, протрузия дисков, защемление нервов), боли в месте поражения усиливаются;

3 стадия – позвоночник деформируется, возникают грыжи межпозвоночных дисков, боли значительные;

4 стадия – пациент с трудом перемещается, подвижность позвоночника уменьшается, боли при малейшем движении» [3, с.145].

Возникновение остеохондроза позвоночника могут провоцировать следующие факторы риска: отягощенная наследственность, нарушения процесса формирования позвоночника в период внутриутробного развития, несбалансированное питание: недостаток белка, магния, витамина D, цинка; чрезмерное потребление жирных продуктов и сладостей, переохлаждение может спровоцировать изменения в позвоночных дисках, неудобная фиксированная поза в течение длительного времени, неправильная осанка, травмы позвоночника, неудобное положение головы и шеи во время сна, осложнения после инфекций, плоскостопие тяжелой степени,

Этиология и патогенез остеохондроза позвоночника почти полностью основаны на дегенеративных изменениях межпозвоночного диска. «Эластические свойства межпозвоночного диска и особенности мелких дугоотростчатых суставов при нормальных условиях позволяют обеспечить значительную амортизацию позвоночника при ходьбе, беге, прыжках и других движениях. За счёт них также имеет некоторая подвижность шейного и грудного отделов позвоночника. Но с течением времени межпозвоночный диск подвергается дегенеративным изменениям, истончается и стирается. Это происходит из-за уменьшения количества сосудов межпозвоночных дисков у людей при достижении возраста 21 года, в связи с чем трофика его в дальнейшем осуществляется за счет паренхимы прилежащих тел позвонков, но и она со временем оказывается недостаточной для обеспечения регенерации позвоночных дисков.

Как правило, это приводит к старению межпозвоночного диска. Происходит его дегидратация, пульпозное ядро снижает эластичность, что усиливает нагрузку, приходящуюся на фиброзное кольцо, межпозвоночный

диск уплощается. В результате происходит разволокнение, растяжение и выпячивание фиброзного кольца за пределы краев тел позвонков» [8, с.176].

Таким образом, развитие остеохондроза обеспечивается следующими механизмами:

Ослабление трофики межпозвоночного диска, дегидратация и морфологические изменения пульпозного ядра межпозвоночного диска. Снижается тургор ядра, происходит его уплощение, увеличивается нагрузка на фиброзное кольцо, образуются трещины и разрывы, отслоения. Пролабирование межпозвоночного диска. Ткань подвергшегося дегенеративным изменениям межпозвоночный диск выпячивается в сторону позвоночного канала и раздражает богатую болевыми рецепторами заднюю продольную связку, что приводит к возникновению спонтанного местного болевого синдрома и рефлекторному напряжению паравертебральных мышц.

Образование межпозвоночной грыжи. Истончение, а затем перфорация задней продольной связки, грыжевое выпячивание, чаще дорсолатеральное, ткани межпозвоночного диска в субарахноидальное пространство, раздражение ближайшего спинномозгового корешка, развитие локального аутоиммунного очага воспаления, что проявляется периодически обостряющимся корешковым синдромом (радикулитом).

«Компрессия корешковой артерии. При очередном обострении процесса возможна компрессия корешковой артерии. Это приводит к ишемии и к остро возникающему расстройству функций соответствующего спинномозгового нерва (сосудисто-корешковый конфликт)

Хроническая или острая недостаточность кровоснабжения спинного мозга. Вовлечение в патологический процесс корешково-спинномозговых артерий может привести к развитию хронической или острой недостаточности кровоснабжения спинного мозга. Хроническая или острая сосудисто-мозговая недостаточность в вертебрально-базилярном бассейне. Может быть осложнением выраженных проявлений шейного остеохондроза.

Дегенеративные изменения в межпозвоночном диске приводят к уменьшению объема и упругости их пульпозных ядер, снижению прочности фиброзных колец. При этом любая очередная, далеко не всегда значительная, дополнительная нагрузка на позвоночный сегмент (например сгибание и последующее резкое разгибание поясничного отдела позвоночника, особенно сочетающееся с поднятием тяжести, или резкое движение головой) может вести к протрузии межпозвоночного диска и возникновению вертебралгии» [6, с. 118].

Клиническая болезнь протекает в хронической форме. В фазе рецидива симптоматика проявляется в двух формах: острой и подострой. Обострение может быть спровоцировано: стрессом; переохлаждением; поднятием тяжестей; физической нагрузкой; длительным нахождением в неудобной позе. Течение остеохондроза позвоночника подразделяют на 2 стадии.

«В первой стадии нет признаков корешкового синдрома и, как правило, отрицательны симптомы натяжения обусловлены протрузией межпозвоночного диска назад, в сторону позвоночного канала, и раздражением задней продольной связки, богатой болевыми рецепторами. Основным проявлением этой стадии является локальный болевой синдром. Особенности данного синдрома зависят от локализации поврежденного позвоночно-двигательного сегмента, что находит отражение в названии вариантов клинического синдрома. Если он проявляется на поясничном уровне, то обозначается как люмбаго, люмбалгия, если на шейном уровне — цервикаго, цервикалгия, если на грудном уровне — торакалгия. Торакалгия вследствие остеохондроза отмечается редко, поскольку грудной отдел позвоночника малоподвижен. Наряду с локальной болью на уровне пораженного позвоночно-двигательного сегмента, вследствие рефлекторной мышечной реакции, в первой стадии возникает выраженное напряжение («дефанс») паравертебральных мышц, что ведет к усилению болевого синдрома и уплощению, сглаживанию шейного или поясничного физиологического лордоза (в зависимости от локализации патологического процесса), а также ограничению подвижности позвоночника. В острый период

дефанс паравертебральных мышц можно рассматривать как защитную реакцию.

Вторая (корешковая) стадия неврологических осложнений при остеохондрозе позвоночника характеризуется болью на уровне пораженного ПДС и корешковой симптоматикой, обычно гомолатеральной по отношению к стороне выпячивания грыжи диска. Раздражение задних спинальных корешков и спинального нерва вызывает корешковую боль, которая иррадирует в зону соответствующего дерматома, миотома, склеротома и сопровождается рефлекторным напряжением соответствующих мышц. Возникающие при этом корешковые симптомы характеризуются спецификой, обусловленной локализацией пораженного ПДС: цервикорадикалгии, торакарадикалгии или люмбаорадикалгии. В каждом случае дискогенного радикулита характерны определенные корешковые симптомы:

Симптом Нери: пассивный наклон головы вперед лежащего на спине пациента вызывает болевую реакцию на уровне пораженных ПДС. Однако в случае люмбоишиалгии или ишиорадикулита одновременно происходит еще и непроизвольное сгибание больной ноги в тазобедренном и коленном суставе.

Симптом Дежерина: появление или усиление боли на уровне патологического очага при кашле, чихании или натуживании. Если в первой стадии неврологических осложнений поясничного остеохондроза боли в основном срединные и локальные, то во второй стадии они чаще латерализованы и иррадируют по соответствующим спинальным корешкам и периферическим нервам» [3, с.215].

Остеохондроз позвоночника имеет различную клиническую картину в зависимости от локализации процесса, в тоже время имеется ряд общих симптомов при различных локализациях: спонтанная боль в зоне иннервации пораженных корешков, усиливающиеся при движении, кашле чихании, натуживании, ограничение подвижности позвоночника, защитная противоболевая поза больного (сколиоз), болезненность при надавливании на остистые отростки позвоночника и в паравертебральных точках, повышение

или понижение чувствительности на стороне поражения, двигательные нарушения - слабость и гипотрофия мышц в зоне корешковой иннервации.

Для пояснично-крестцового типа характерно: резкая боль в пояснично-крестцовой области, нередко отдающая в ногу, боль нередко усиливается при ходьбе кашле, чихании, ограничение движений, при попытке сесть в постели из положения «лежа на спине» больной опирается руками о постель, позади туловища (симптом треножника, или симптом Амосса), напряжение длинных мышц спины, защитное искривление позвоночника - сколиоз.

«Для выявления симптома Амосса больного кладут на спину с выпрямленными ногами, затем одну, а потом другую ногу, выпрямленную в коленном суставе, сгибают в тазобедренном суставе. При этом на стороне люмбаишиалгии возникает или резко усиливается боль по ходу седалищного нерва и в поясничной области. В таких случаях обычно учитывают, под каким углом по отношению к горизонтальной плоскости удастся поднять эту ногу. Если же после этого ту же ногу согнуть в коленном суставе, то болевые ощущения уменьшаются или исчезают. Одновременно становится возможным в значительно большей степени сгибание бедра. Атрофия передней группы мышц голени со свисанием стопы, снижение коленного и ахиллового рефлексов. Симптом посадки - появление боли в поясничной области и в ямке под коленом при попытке принять сидячее положение в постели с разогнутыми ногами. Гипостезии, болезненность по ходу ствола нерва» [3, с.230].

При шейном типе причиной дистрофических изменений в основном является слабое развитие мышечного каркаса данного отдела, вследствие которого даже небольшие нагрузки приводят к смещению сегментов позвоночника, сдавливанию нервных окончаний и сосудов. При этом проявляются следующие симптомы: Головные боли, которые усиливаются при повороте шеи, других движениях, частые головокружения, боли в шее, иррадиирующие в руку, лопатку, область грудной клетки, нарушение чувствительности (парезы), ограниченность движений языка, повышенная утомляемость глаз, ухудшение зрения.

При грудном типе боли распространяются по ходу одного или нескольких межреберных нервов, чаще всего имеют ноющий характер, реже приступообразный. Отмечается болезненность в паравертебральных точках, в межреберьях, гиперестезия или анестезия в зонах корешковой иннервации, иногда пузырьковые высыпания в этих зонах

Лечение остеохондроза позвоночника. Для лечения остеохондроза применяется длительная комплексная терапия, основными направлениями которой являются: сокращение боли в пояснично-крестцовом отделе; устранение патологического мышечного напряжения; укрепление мышц в области поясницы, ягодиц, ног; регулирование кровообращения и обменных процессов в пораженной зоне; устранение воспалительного процесса; восстановление нормального объема движений в пояснице и повышение чувствительности нижних конечностей; улучшение функционирования органов области малого таза.

Из лекарственных препаратов наиболее часто используемыми являются обезболивающие (ренальгин, анальгин, дексалгин). Для повышения эффективности иногда вводят с димедролом. Анальгетики снимают болевой синдром, но не устраняют причину его возникновения.

Для снятия корешковой боли и отечности применяются нестероидные противовоспалительные средства (НПВС), а при тяжелом течении поясничного остеохондроза – препараты на основе стероидных гормонов. Их действие заключается в сокращении или ликвидации воспалительного процесса.

Для местного обезболивания могут быть назначены паравертебральные блокады. Введение новокаина осуществляется по ходу поясничного отдела. Чаще всего применяются при болезни 3, 4 степени. Миорелаксанты – необходимы для устранения спастического сокращения мышц. Хондропротекторы (румалон, хондроитина сульфат) – оказывая влияние на обменные процессы в хрящевой ткани, стимулируют в них восстановительные процессы и останавливают или существенно замедляют деформацию хрящей.

Витамины группы В – улучшают клеточный метаболизм, сокращают воспаление, способствуют выведению лишней жидкости.

Мочегонные – помогают устранить отеки. Иммуномодуляторы (тимоген, пентоксил, Т-активин) – повышают защитные силы, стимулируют иммунитет. Препараты для улучшения кровообращения в области поражения (трентал, пентоксифиллин) – вводятся капельно внутривенно. Как правило, для лечения остеохондроза одних медикаментов оказывается недостаточно.

Для устранения боли, снятия мышечного спазма, стимулирования обменно-восстановительных процессов используются физиотерапевтические процедуры: амплипульс; фонофорез; диадинамические токи; дарсонвализация; магнитно-резонансная терапия; лазеротерапия.

Целью ЛФК является устранение боли, укрепление мышц спины, расслабление. Упражнения можно выполнять при острой фазе и на стадии восстановления.

Прекрасный результат дают рефлексотерапия и массаж. В качестве дополнительного лечения можно использовать некоторые рекомендации народной медицины. Хирургический метод назначается при отсутствии результата от применения медикаментов, наличии значительных двигательных нарушений и появлении грыж. Во время операции дисковые грыжи удаляются, после чего осуществляется пластика и укрепление сместившихся позвонков.

Профилактика остеохондроза позвоночника

Основными способами предупреждения остеохондроза являются: предупреждение чрезмерной нагрузки на поясницу, укрепление мышц спины, сохранение правильной осанки. Физическая активность. Правильное питание. Регулирование режима отдыха; своевременное лечение других заболеваний спины. Соблюдение правил подъема тяжестей. Использование ортопедических подушечек и матрасов.

1.2. Качество жизни. Определение. Составляющие качество жизни.

«Качество жизни - это интегральная характеристика физического, психологического, эмоционального и социального функционирования больного, основанная на его субъективном восприятии. То есть, благополучие во всех сферах жизнедеятельности, оцениваемое индивидом по совокупности своих субъективных переживаний, а, следовательно, не всегда отражающее его состояние по объективным критериям (наличие патологических симптомов, уровню дохода, и др.), но в определённой мере зависящее от них.

Качество жизни – это то, насколько, по ощущению самого больного, хороша или же наоборот плоха его жизнь, то есть это субъективная оценка человеком своего здоровья» [9, с.117].

Большое число работ появилось за последнее десятилетие, посвященных проблемам заболеваний позвоночника, которые в корне изменили наши взгляды на проблему патологии позвоночника в целом.

Составляющие качества жизни:

Физическая сфера:

- физическая боль и дискомфорт;
- жизненная активность, энергия и усталость;
- сон и отдых;
- подвижность, способность выполнять повседневные дела;
- зависимость от лекарств и лечения;
- способность к работе.

Психологическая сфера:

- положительные эмоции;
- мышление, обучаемость, память, концентрация внимания;
- самооценка, образ тела и внешность;
- отрицательные эмоции;
- религия;

- личные убеждения.

Социальная сфера:

- личные отношения;
- физическая безопасность и защищённость;
- сексуальная активность;
- финансовые ресурсы;
- практическая социальная поддержка;
- возможности для отдыха и развлечения;
- окружающая среда (загрязнённость, шум, климат);
- транспорт.

«Главным симптомом остеохондроза позвоночника является боль. Боль может быть острой с высокой интенсивностью, она усиливается при малейшем движении в пораженном сегменте и поэтому заставляет пациента принимать вынужденное положение. Так при остеохондрозе шейного отдела позвоночника пациент держит голову в наименее болезненной позе и не может ее повернуть, при остеохондрозе грудного отдела боль усиливается даже при глубоком дыхании, а при остеохондрозе поясничного отдела пациенту сложно садиться, вставать и ходить. Такой болевой синдром характерен для сдавления корешка спинномозгового нерва.

Остеохондроз поясничного отдела позвоночника может перейти в стадию обострения из-за чрезмерной нагрузки, резкого неловкого движения или переохлаждения. При этом сильная боль ощущается не только в пояснице, но и в ногах. Мышцы поясницы очень напряжены — так организм снижает нагрузку на поясничный отдел. При обострении болезни человек ищет удобное положение, в котором боль проходит, и старается не менять позу» [9, с.231].

У больных с остеохондрозом позвоночника, резко меняется уклад жизни. Приступы люмбалгии при привычной домашней физической нагрузке вызывают дискомфорт и нарушение нормальной жизни больного, ведет к нарушению сна, снижению трудоспособности и самообслуживанию. Появление нарушений функций органов малого таза ведет к асоциализации больного.

В психологической сфере клиническая психология рассматривает остеохондроз позвоночника как заболевание, которое имеет высокую психосоматическую корреляцию, так как психические факторы участвуют как в координации деятельности мышц позвоночника, выработке двигательного стереотипа и стрессового ответа организма, так и в формировании основных клинических проявлений заболевания (болевого синдрома или компрессионный синдром).

В ситуации психологического стресса, который сопровождается повышением уровня тревоги, происходит избыточная активация симпатoadреналовой системы, что, в свою очередь, сказывается на повышении тонуса скелетной мускулатуры, периферической вазоконстрикции и на других изменениях, которые способствуют локальной ишемии и формированию основного клинического симптома - болевого синдрома [9, с.231].

Порог болевой чувствительности, особенности и интенсивность болевого синдрома, переносимость боли зависят от уровня возбудимости ЦНС, особенностей личности и психического состояния пациента.

Интенсивность боли при остеохондрозе позвоночника связана с сочетанием ипохондрических и тревожно-депрессивных расстройств с ригидностью и склонностью к формированию различного рода фиксаций.

«К тому же при психосоматических расстройствах эмоциональное напряжение определяется не изолированной эмоцией, а одновременным существованием противоречивых эмоций (например, тревоги и агрессии, гнева и депрессии, чувства зависимости и честолюбия).

Противоречивость эмоций возникает в значительной мере вследствие дисгармоничности личности, поскольку стереотипы эмоционального реагирования тесно связаны с определенными личностными особенностями. Все это ведет к нарушению памяти, мышления, снижению концентрации» [9, с. 340].

Что касается социальной сферы, длительная боль уменьшает устойчивость больных к стрессам, приводит к снижению качества жизни,

зачастую может сопровождаться появлением вторичных заболеваний. Всё это негативно влияет на пациента и требует коррекции.

Также, у больных зачастую имеет место склонность к недостаточной экспрессии эмоций – что приводит к появлению психосоматики. Из-за удержания эмоций внутри себя человек добровольно ухудшает свое здоровье. Это может быть связано с излишней попыткой самоконтроля самого больного своих эмоций, которая возникает из-за потребности следовать принятой всеобщей норме, выглядеть социально приемлемым, соответствовать ожиданиям людей и т.д.

«И как следствие этого возникающие трудности относятся на счет физического здоровья, тем самым уменьшается тревога, обусловленная трудно разрешимыми проблемами, появляется возможность найти социально приемлемый выход из стрессогенной ситуации, избежать несостоятельности перед лицом требований среды.

Таким образом, основным фактором, вызывающим развитие остеохондроза позвоночника, является хроническое эмоциональное напряжение (негативные эмоции), вызванное различными конфликтами личности, нерешенными социальными проблемами, неудовлетворенными и противоречивыми потребностями, неспособностью адекватно проявлять эмоции, кризисами в межличностных отношениях, стрессами» [9, с.259].

ГЛАВА 2. ПРАКТИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ С ОСТЕОХОНДРОЗОМ ПОЗВОНОЧНИКА

2.1. Результаты собственного исследования

Исследование проходило на базе неврологического отделения ОГБУЗ «Городская больница № 2 г. Белгорода», методом анкетирования. В исследовании участвовали 30 человек.

2.2. Результаты собственного исследования

В ходе исследования были получены следующие данные:

По половой принадлежности: 47% респондентов - женщины, а 53% - мужчины (Рис. 1).

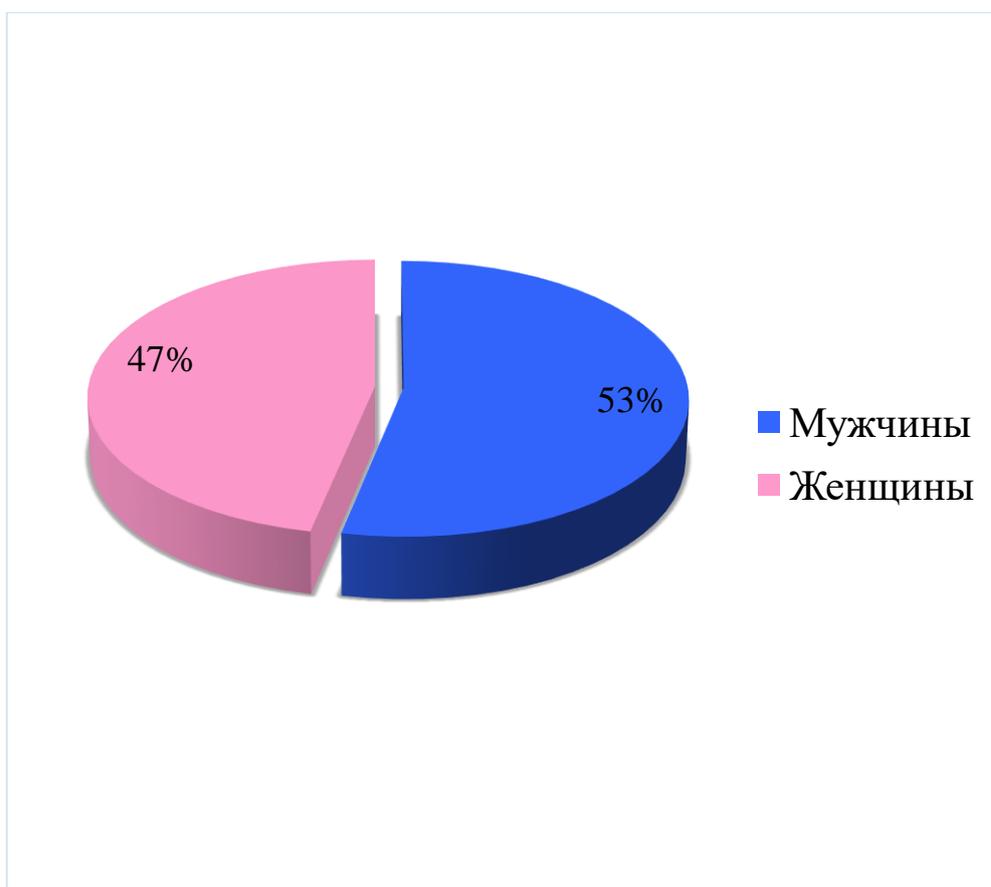


Рис. 1. Соотношение пациентов по пол

Соотношение пациентов по возрасту: у 10% возраст составлял 30-40 лет, у 20% - 40-50 лет, 37% - 50-60 лет и 33% - 60 и более лет (Рис. 2).

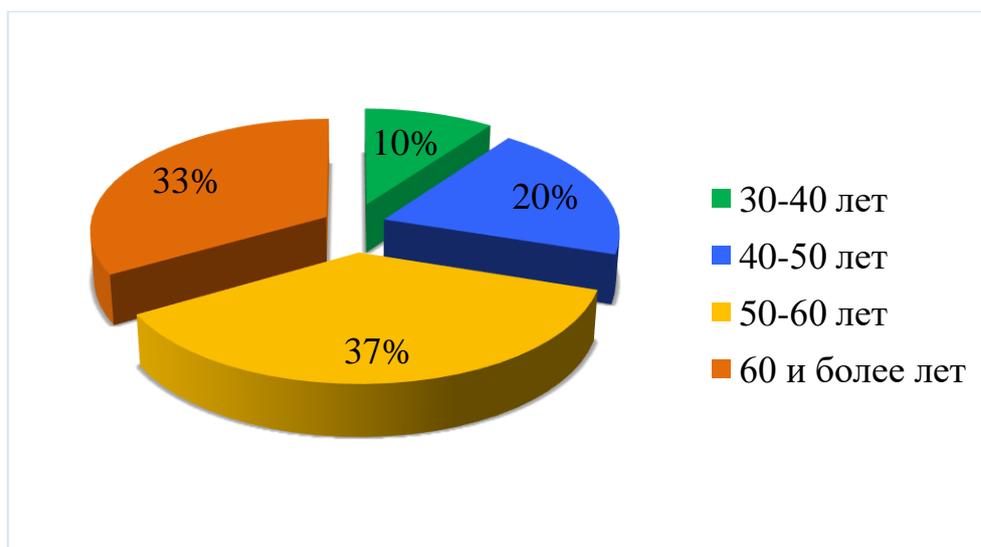


Рис. 2. Соотношение пациентов с остеохондрозом по возрасту

Место проживания: 20% респондентов ответили, что их место жительства находится в сельской местности, 80% - проживают в городе (Рис. 3).

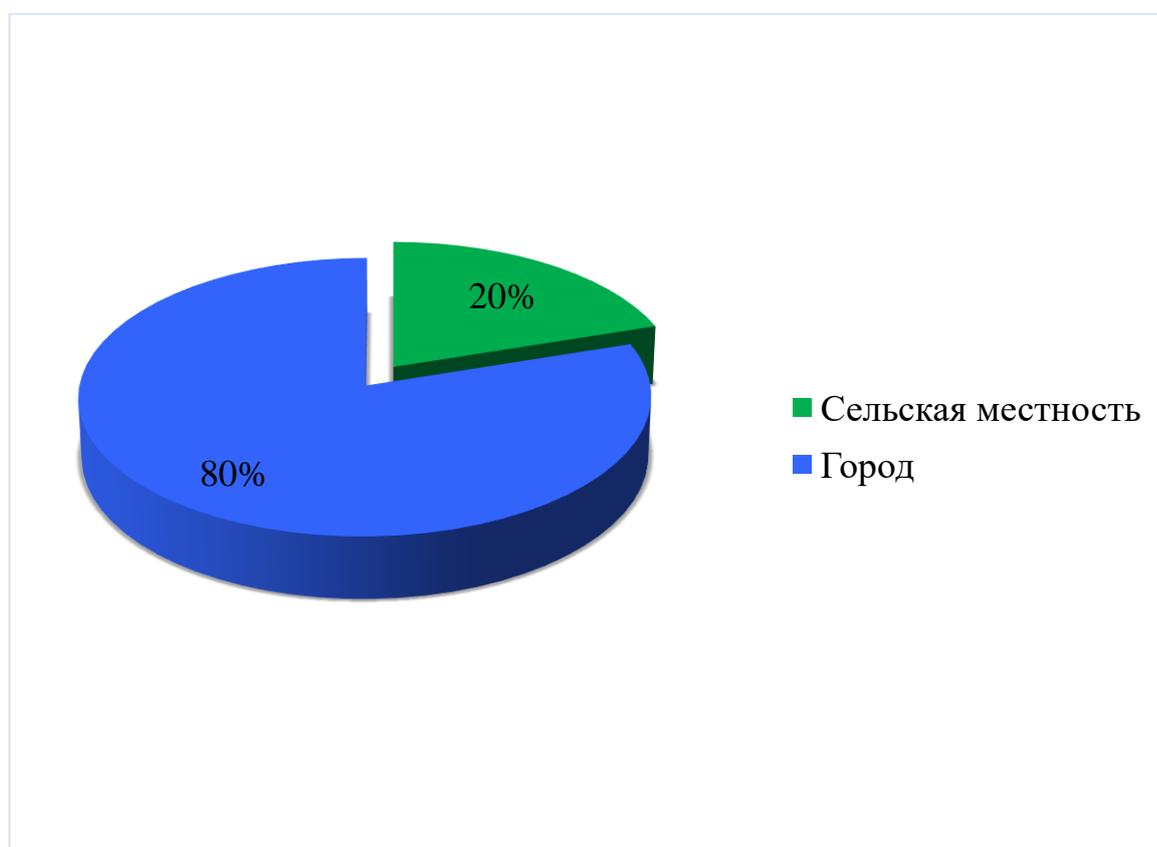


Рис. 3. Соотношение пациентов по месту жительства

Трудовая занятость респондентов выглядит следующим образом: работают (72%) пациентов, на пенсии находятся 24% и безработными являются 4% респондентов (Рис. 4).

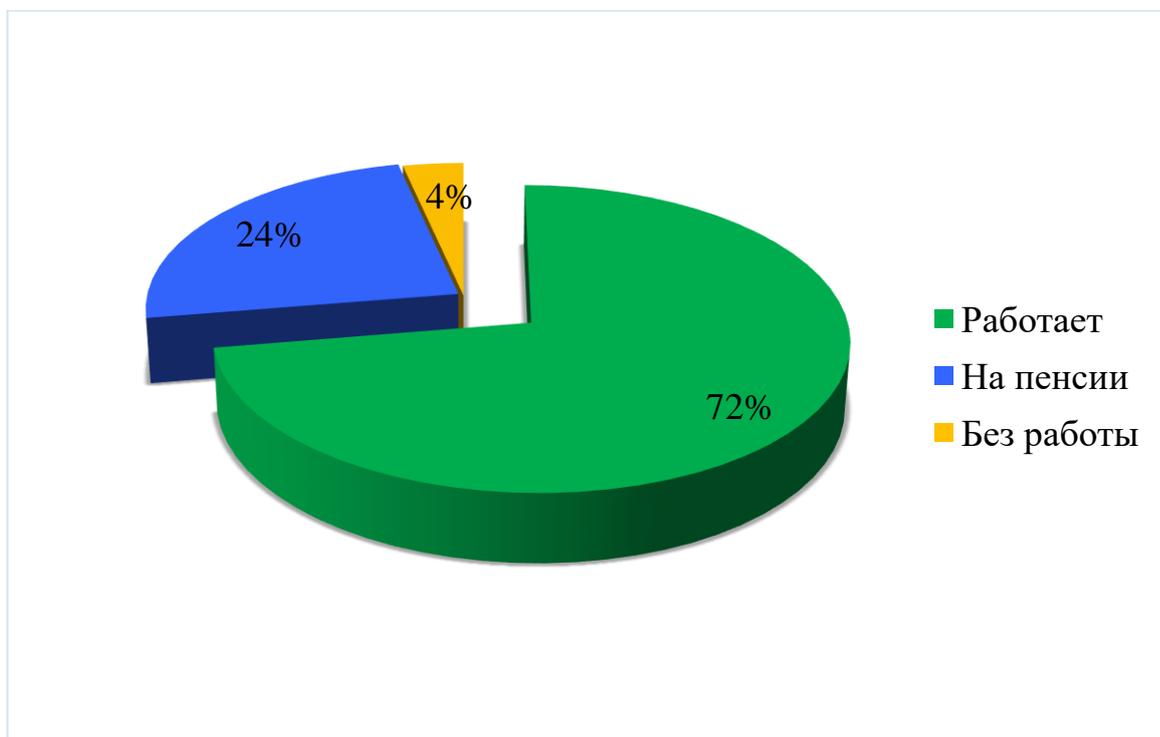


Рис. 4. Трудовая занятость

На вопрос «Связана ли ваша работа с переохлаждение, сквозняками?» утвердительно ответило 67% респондентов, а отрицательно – 33% (Рис. 5).

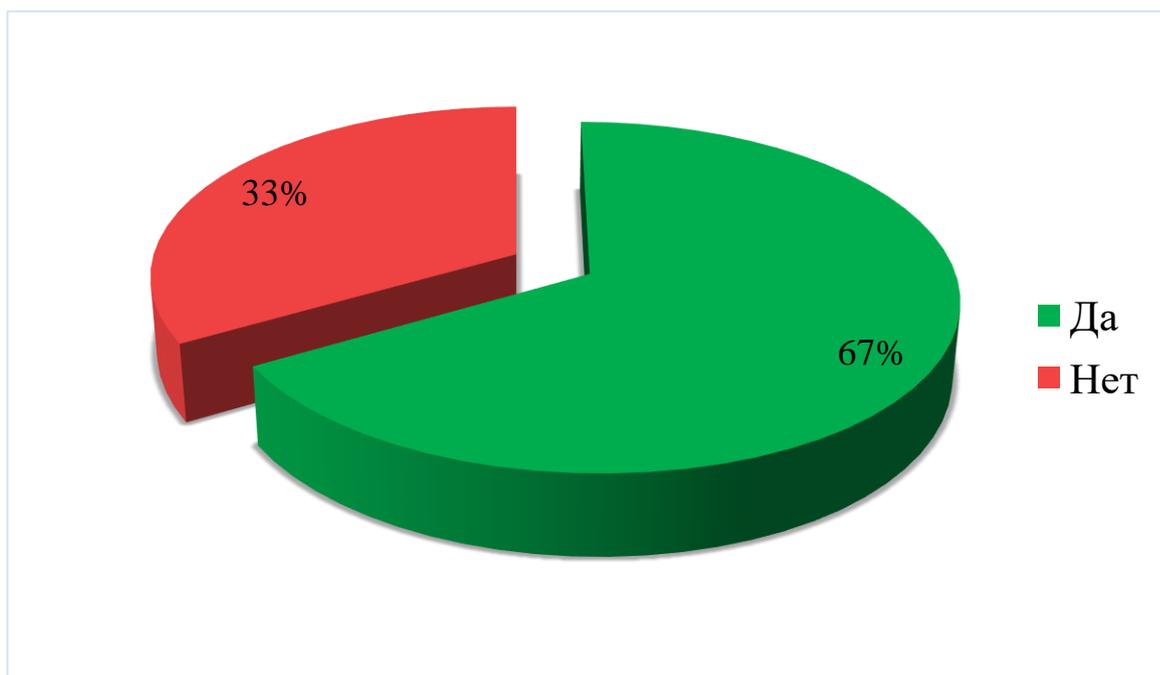


Рис. 5. Работа с переохлаждениями и сквозняками

Также было выяснено, что у 60% респондентов работа подразумевает подъем тяжестей, у 40% - подъем тяжестей минимален или отсутствует (Рис. 6).

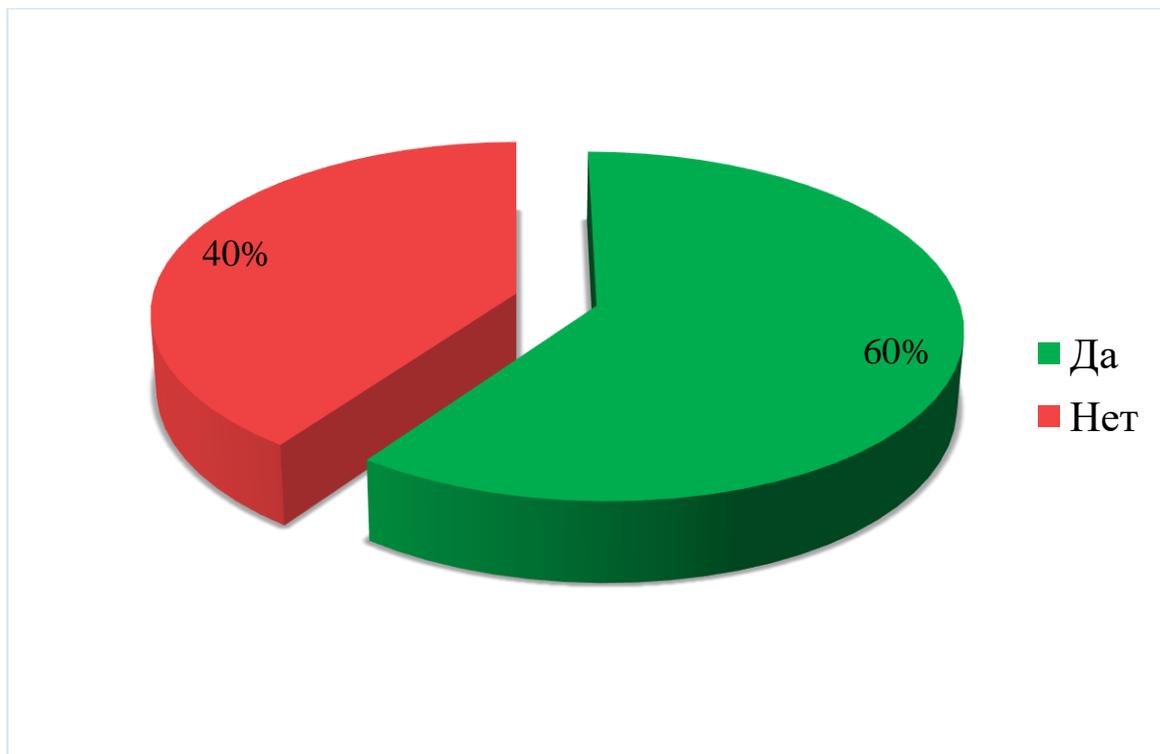


Рис. 6. Работа с подъемом тяжестей

63% пациентов при работе могут длительно находиться в статическом положении, оставшиеся 37% - при работе свободно меняют положение (Рис. 7).

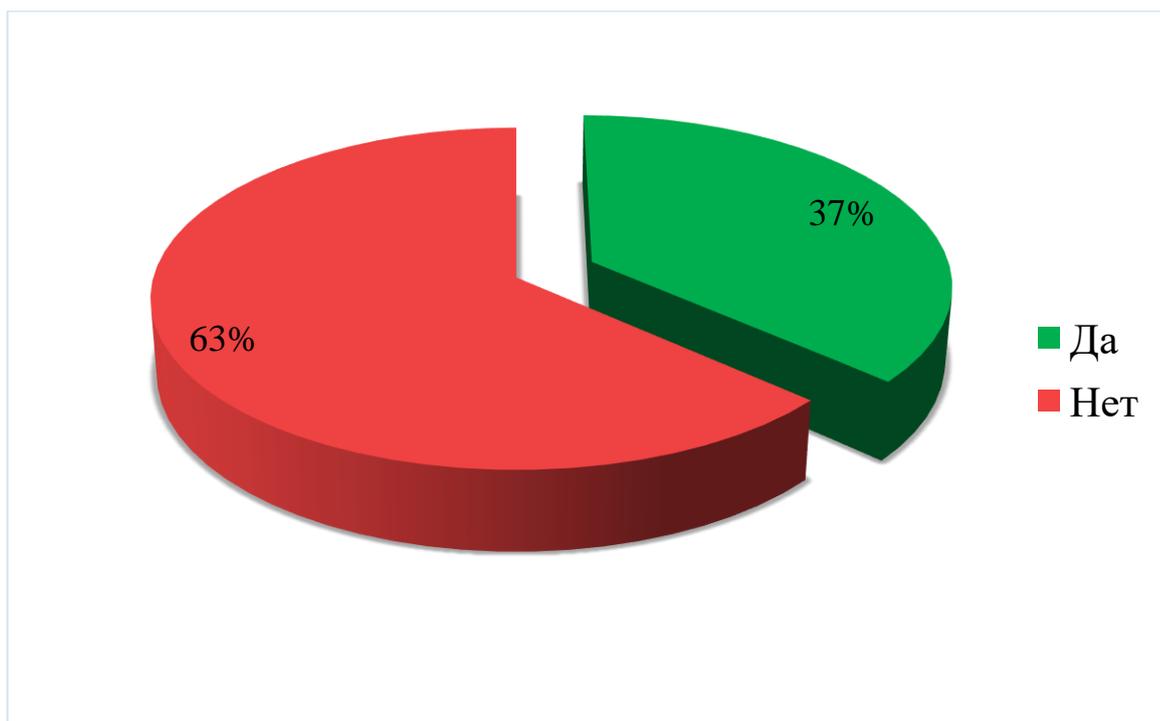


Рис. 7. Работа с длительным пребыванием в статическом положении

На вопрос о частоте стрессовых ситуаций дома или на работе 73% респондентов утверждало, что стрессы сопровождают их постоянно, 10% отрицают наличие стресса, и 17% изредка встречаются со стрессами (Рис. 8).

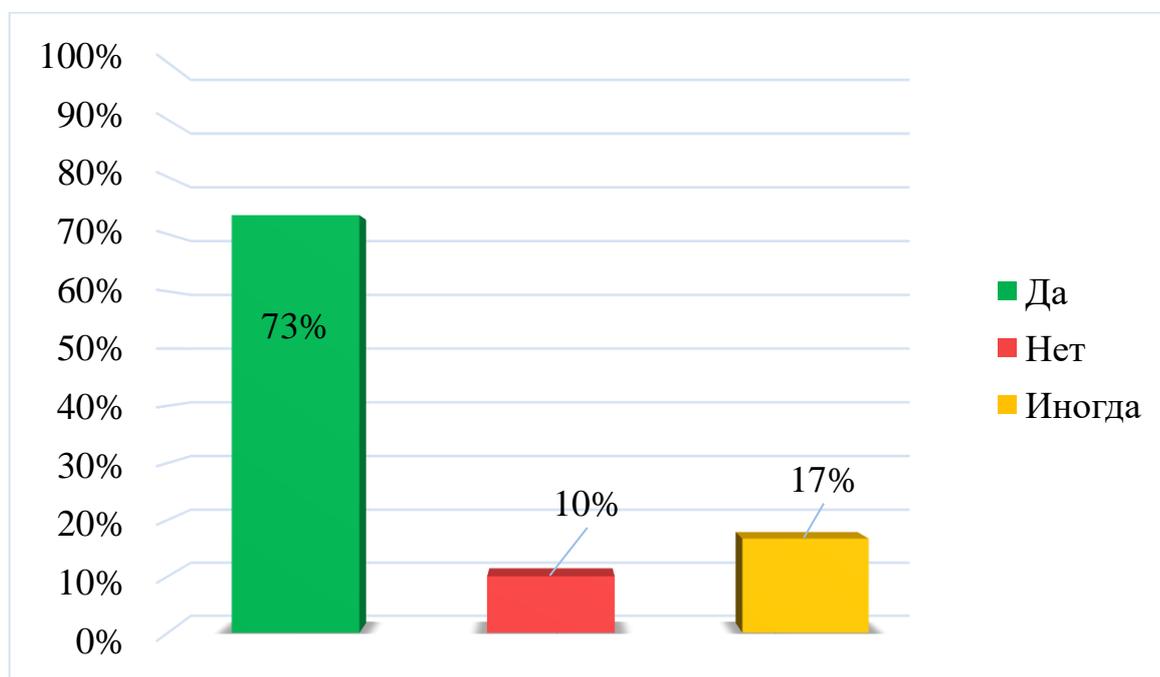


Рис. 8. Наличие стресса дома или на работе

Количество респондентов, сразу обратившихся к врачу при появлении признаков заболевания, составило 27%, остальные 73% с обращением к врачу повременили (Рис. 9).

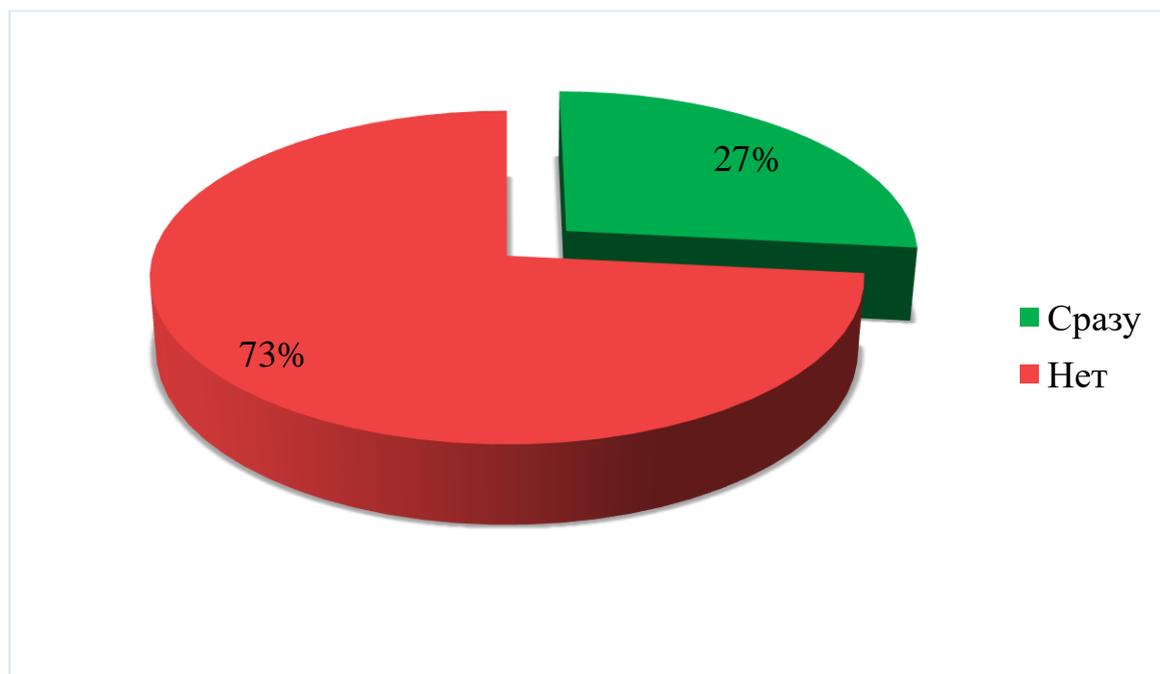


Рис. 9. Обращаемость к врачу при первых признаках заболевания

На вопрос о характере болей 20% респондентов ответило, что боль постоянная и интенсивная, слабой интенсивности отмечаются у 30% пациентов, 43% утверждают, что болевые ощущения возникают только во время движения, а у 7% боль отсутствует вовсе (Рис. 10).

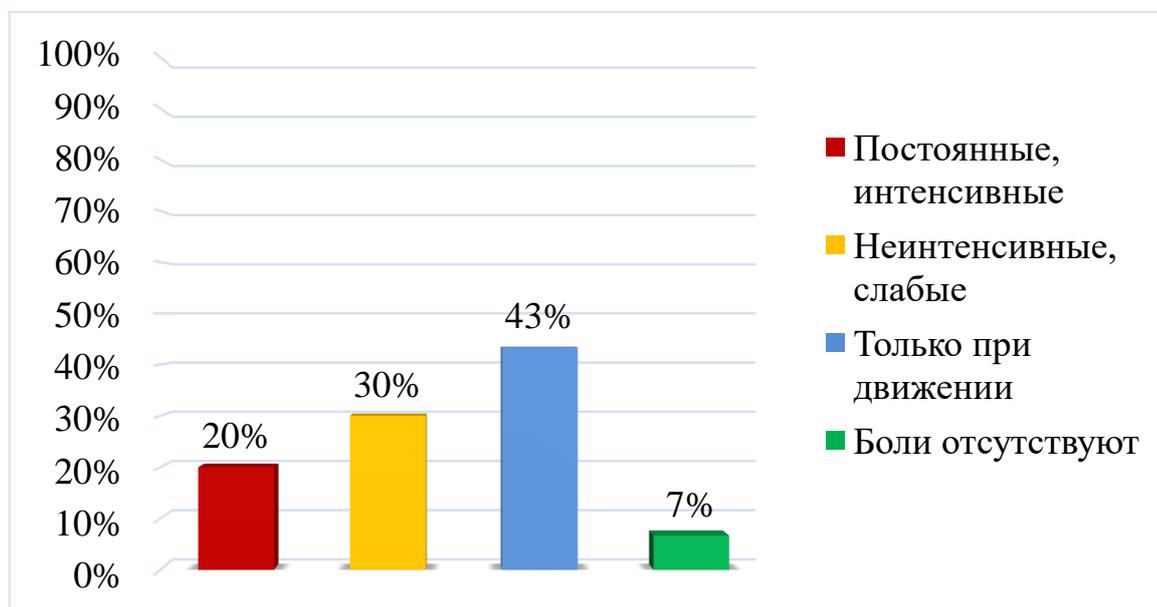


Рис. 10. Характер болевого синдрома

Половина респондентов в опросе отмечает, что невропатолога посещают только при ухудшении состояния, 17% делают это регулярно, и 33% - нерегулярно (Рис. 11).

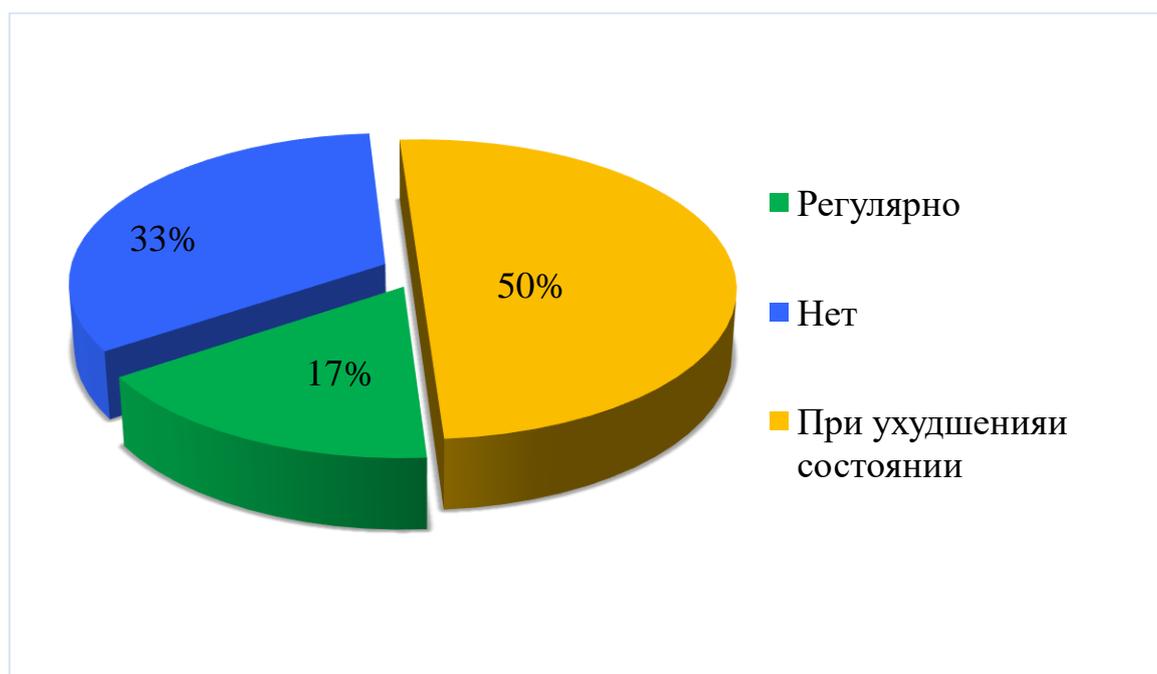


Рис. 11. Регулярность посещения невропатолога

Из опроса стало ясно, что 47% пациентов выполняют назначения врача только при появлении болевого синдрома, 36% опрошенных регулярно выполняют назначения врача, а 17% опрошенных не выполняют назначений вовсе (Рис. 12).

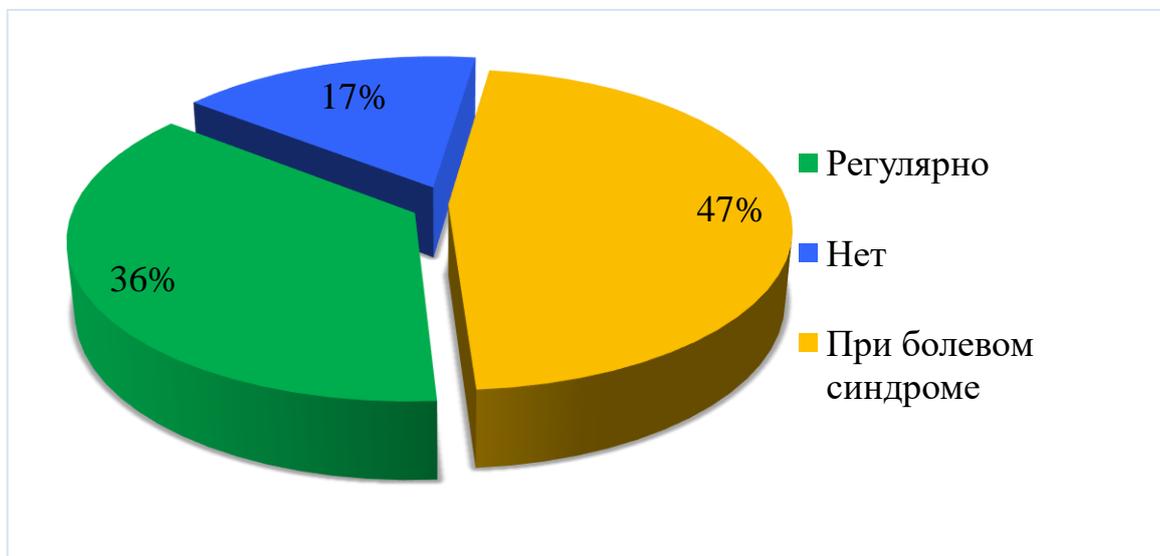


Рис. 12. Выполнение рекомендаций врача

В ходе исследования также было выявлено, что 63% респондентов отмечали ухудшение состояния по сравнению с предыдущим годом, 17% нашли этот вопрос затруднительным, а 20% пациентов усугубления состояния не заметили (Рис. 13).

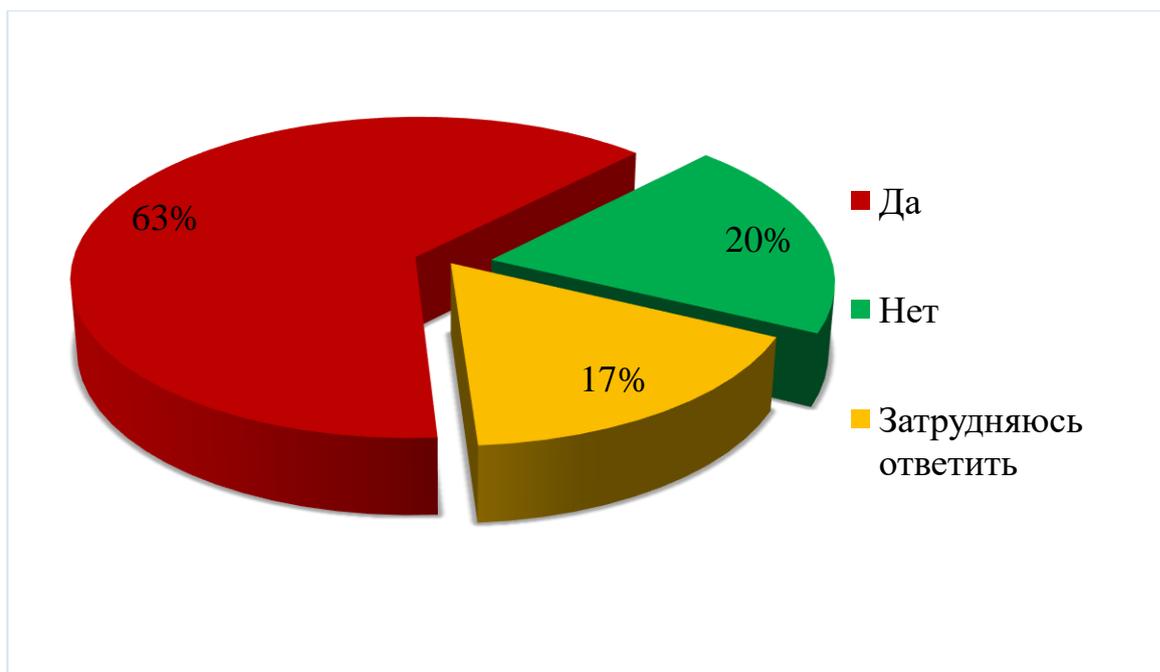


Рис. 13. Наличие ухудшения состояния

Также, 86% опрошенных состоят на диспансерном учете, 14% пациентов - на диспансерном учете не наблюдаются (Рис. 14).

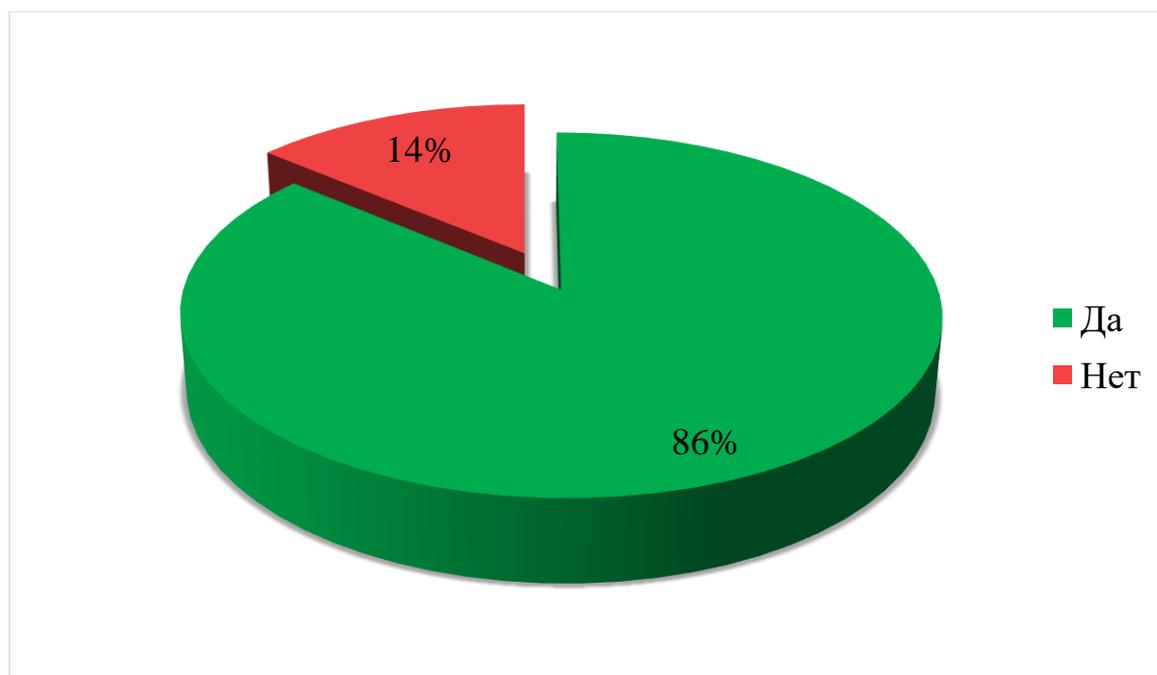


Рис. 14. Наблюдение пациентов на диспансерном учете

На вопрос о причине возникновения боли вариант «поднятие тяжестей» выбрало 23% респондентов, 27% отметили причиной обострения длительную вынужденную позу, 17% - длительное нахождение в вертикальном положении, а 33% пациентов – наблюдали возникновения болевого синдрома при резком повороте туловища (Рис. 15).

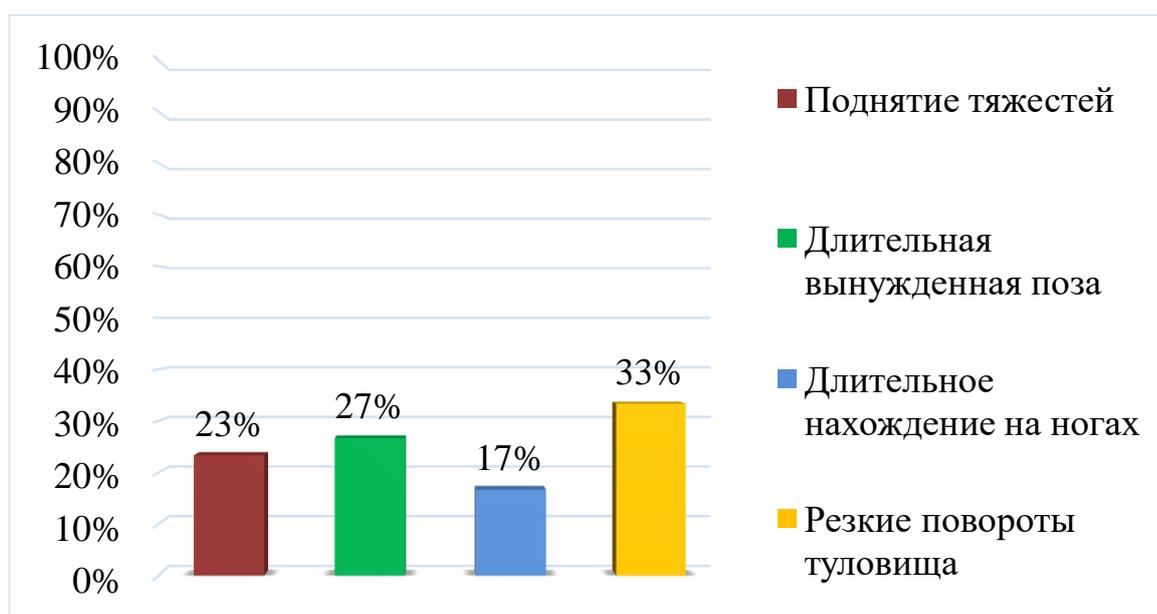


Рис. 15. Характер возникновения болевого синдрома

Частота обострений: 60% опрошенных пациентов отметили, что обострение заболевания у них встречается не чаще 1-2 раза в год, 17% - имеют обострения до 2-3 раз в год, а у 23% обострения наступают до 4 раз в год и чаще (Рис. 16).

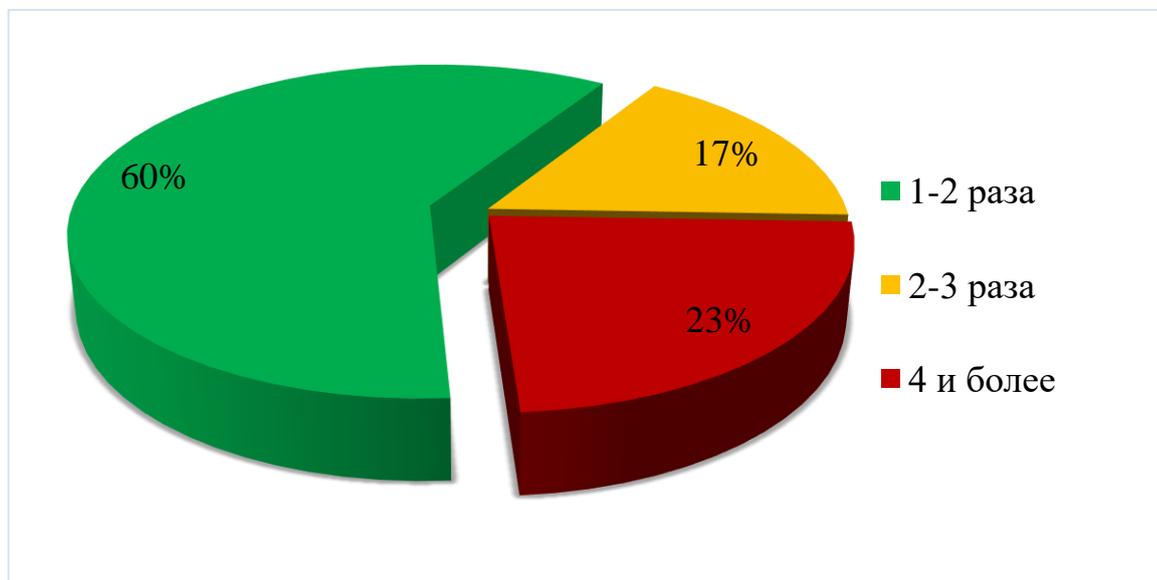


Рис. 16. Частота обострений остеохондроза у пациентов за 1 год

На вопрос «Повлияло ли заболевание на Вашу повседневную жизненную активность?» пациенты ответили следующим образом: 50% респондентов ответили, что остеохондроз повлиял на их повседневную жизненную активность, 33% - утверждали, что повлиял частично, и 17% - ответили «нет» (Рис. 17).

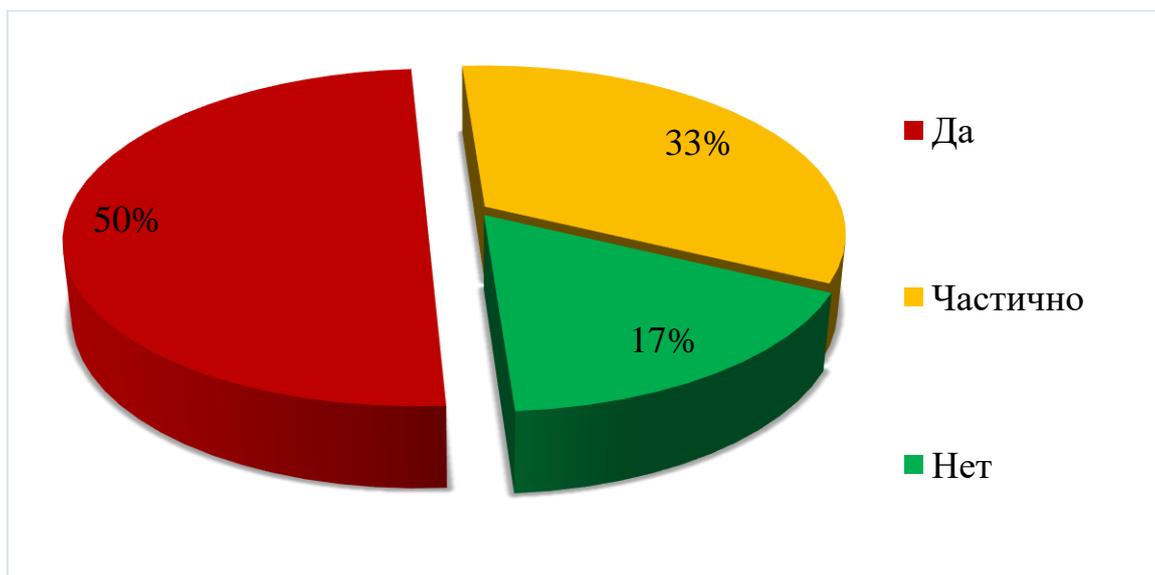


Рис. 17. Влияние остеохондроза на жизненную активность

Наиболее частым местом локализации болей при обострении остеохондроза оказался поясничный отдел позвоночника – его выбрали 56% пациентов. Болезненность в шейном отделе отмечают 27% респондентов, а в грудном отделе – 17% (Рис. 18).

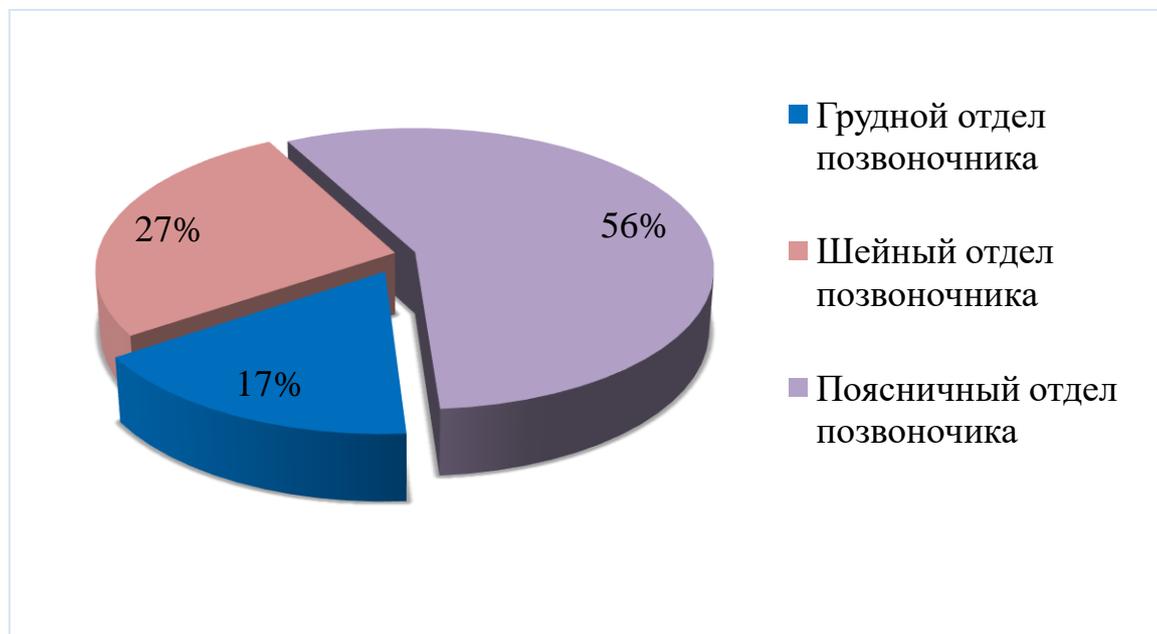


Рис. 18. Локализация болезненных ощущений при обострении

На вопрос «Какое влияние оказало заболевание на Вашу профессиональную деятельность?» 13% пациентов ответили – большое, 57% респондентов утверждают, что умеренное, 20% - незначительное, а 17% отрицают влияние заболевания на профессиональную деятельность (Рис. 19).

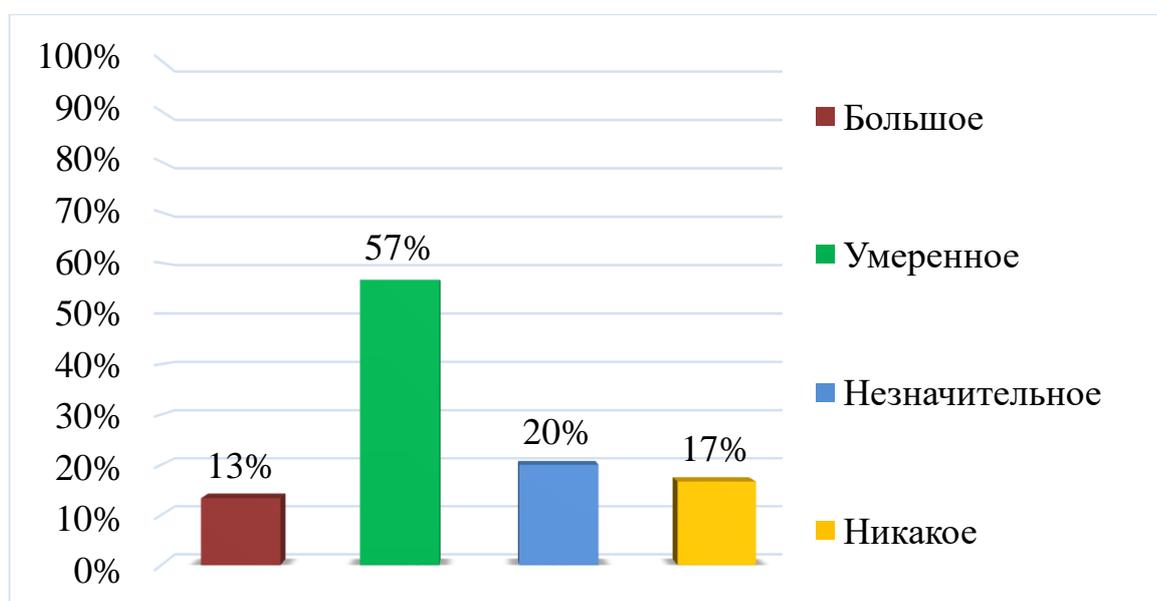


Рис. 19. Влияние остеохондроза на профессиональную деятельность

Подавляющее большинство пациентов (73%) утверждали, что во время заболевания получали поддержку от родственников и близких, 17% - лишь иногда, и 10% ответили, что поддержки со стороны родственников не ощущали (Рис. 20).

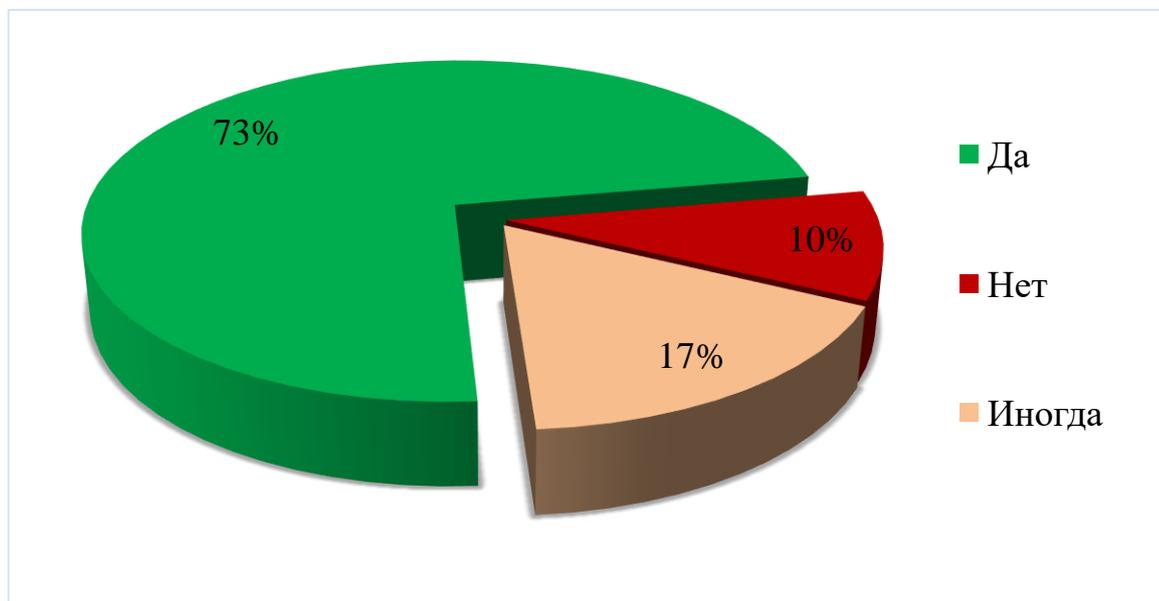


Рис. 20. Поддержка пациентов со стороны родственников и близких

На вопрос «Часто ли Вас беспокоит тревога, уныние?» 70% пациентов ответили – никогда, 20% - изредка, и 10% - постоянно (Рис. 21).

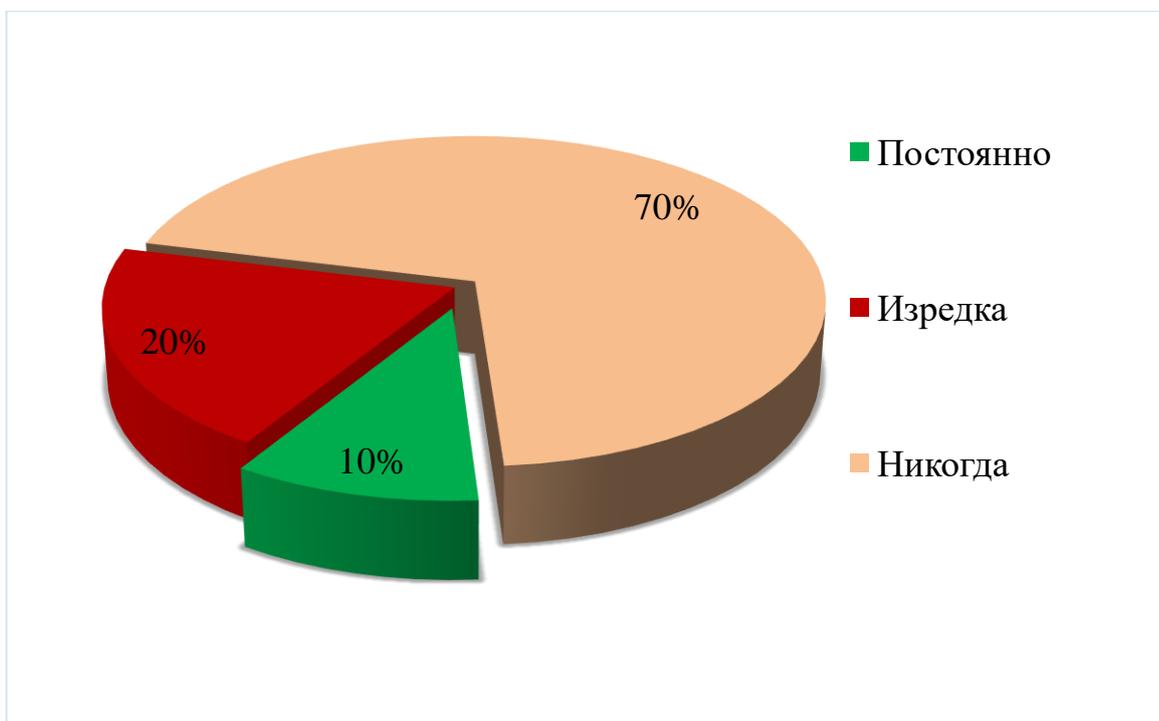


Рис. 21. Беспокойство и тревога у пациентов с остеохондрозом

Также, в ходе исследования было выявлено, что большинство пациентов (87%) проходят лечение в стационаре во время обострения 1-2 раза, 10% - 3-4 раза и 3% 4 и более раз. Все пациенты посещали стационар во время обострения хотя бы раз (Рис. 22).

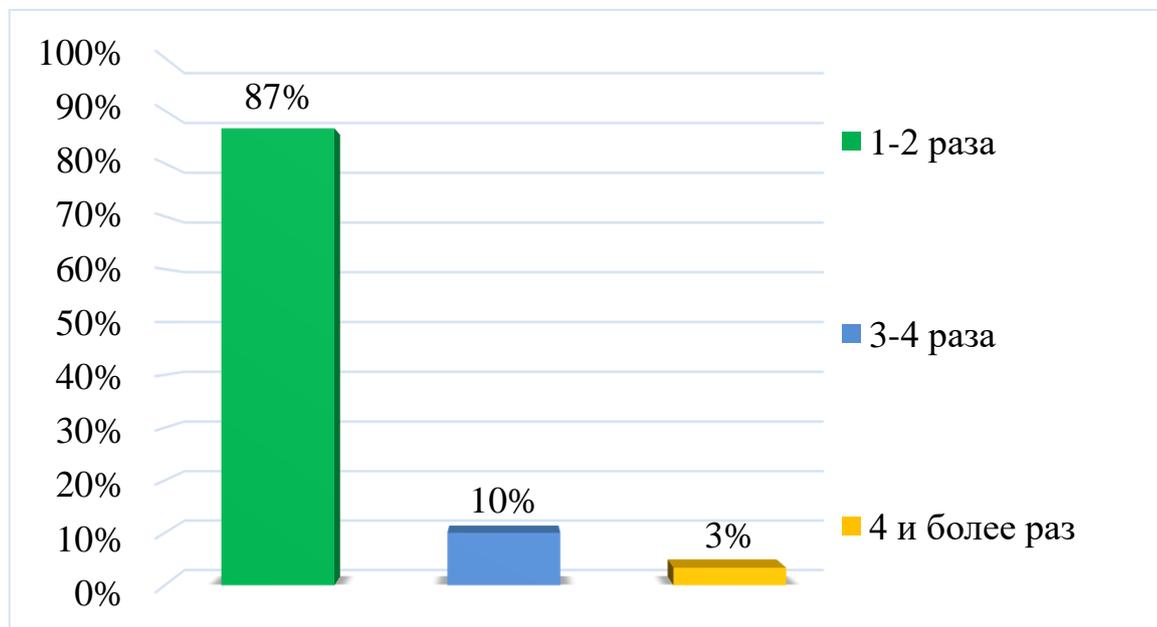


Рис. 22. Посещение стационара во время обострения

На вопрос: «До регистрации у Вас заболевания соблюдали ли вы ортопедический режим (старались правильно сидеть, не сутулились, правильно поднимали и переносили тяжести)?» ответ «Да» выбрали лишь 23% респондентов, остальные (77%) до появления заболевания ортопедический режим не соблюдали (Рис. 23).

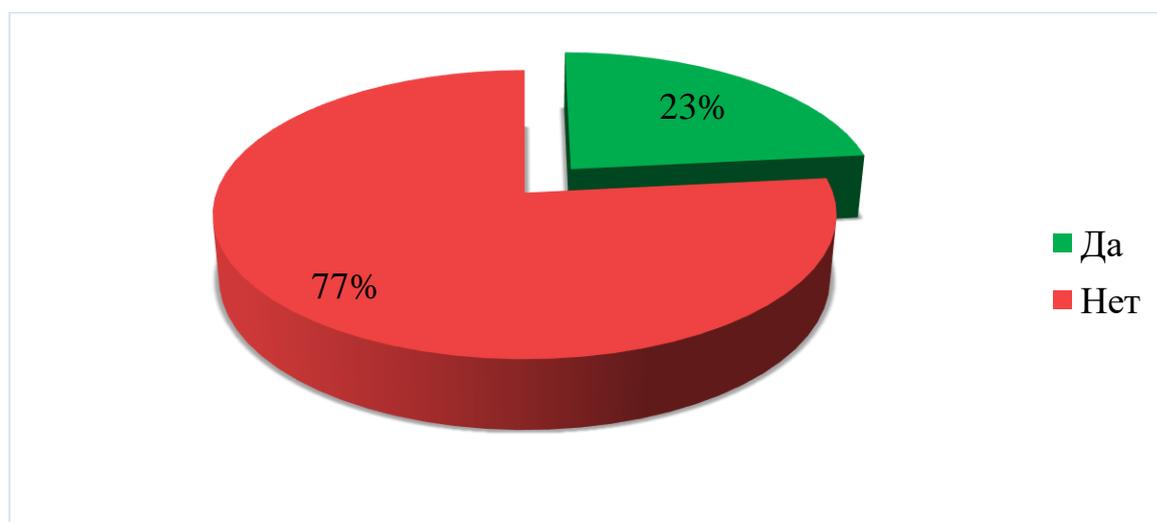


Рис. 23. Соблюдение ортопедического режима до выявления заболевания

После появления заболевания почти все 90% пациентов утверждали, что соблюдают ортопедический режим, оставшиеся 10% режим не соблюдали (Рис. 24).

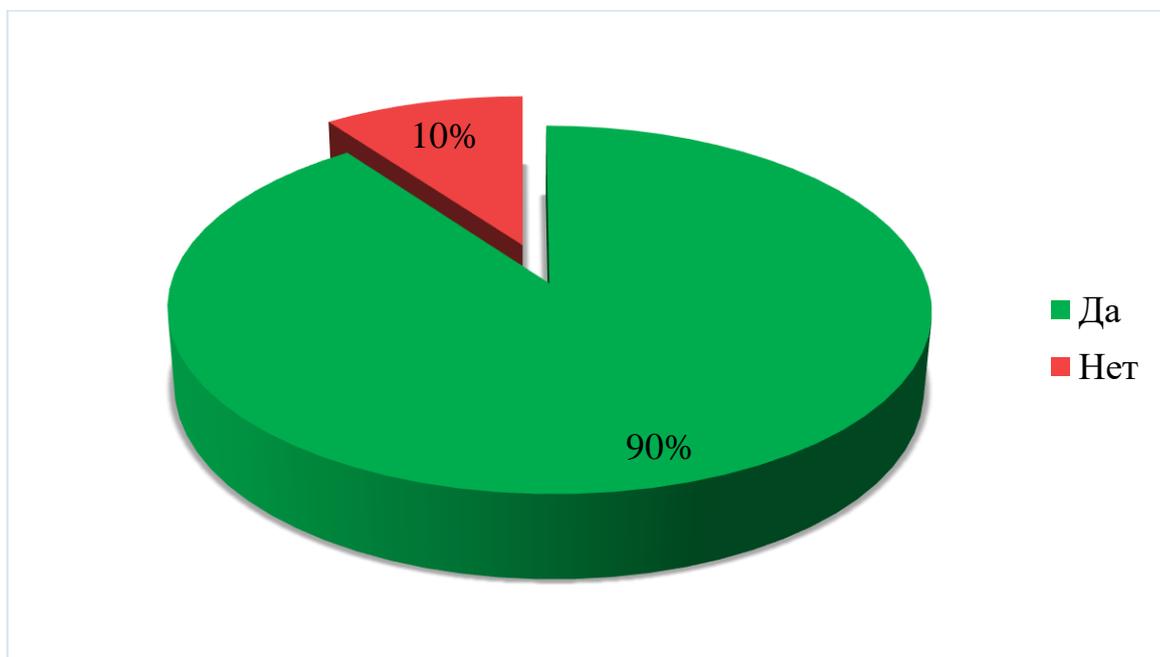


Рис. 24. Соблюдение ортопедического режима после появления заболевания

Из 30 пациентов спортом и физической культурой занимались лишь 17% пациентов, 83% спортом не занимались (Рис. 25).

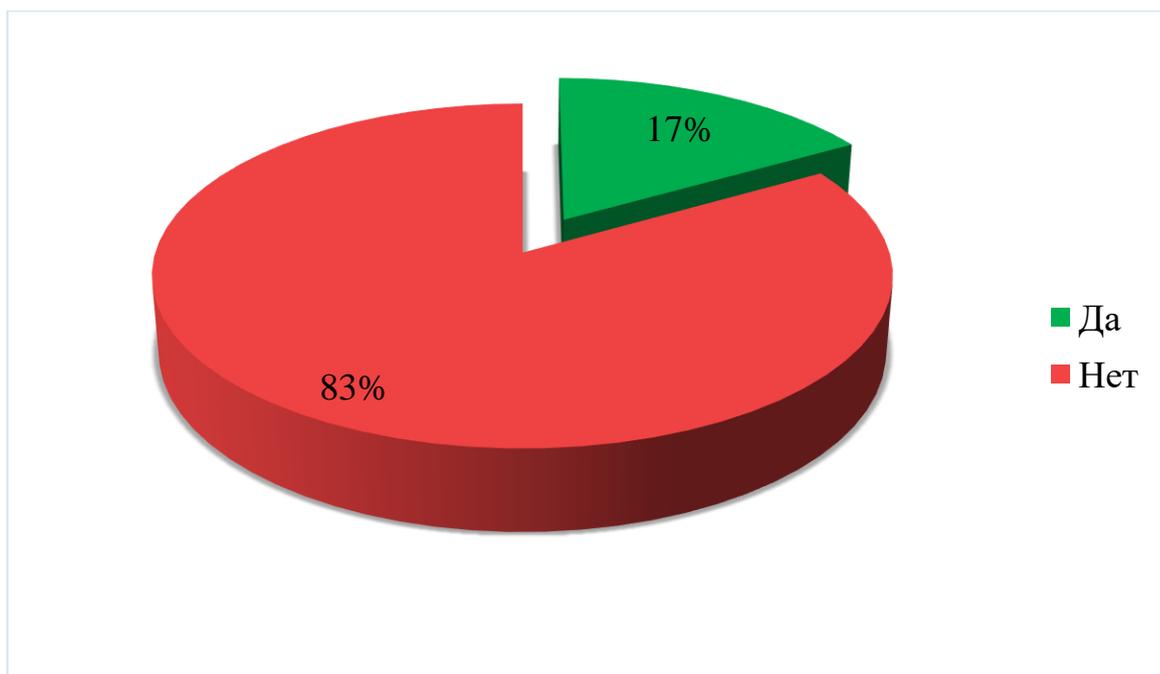


Рис. 25. Занятия спортом и физической культурой

Употребление алкоголя и табака: 67% респондентов утверждали, что алкоголь и табак употребляют редко, 20% потребляют постоянно, а 13%, не принимают вовсе (Рис. 26).

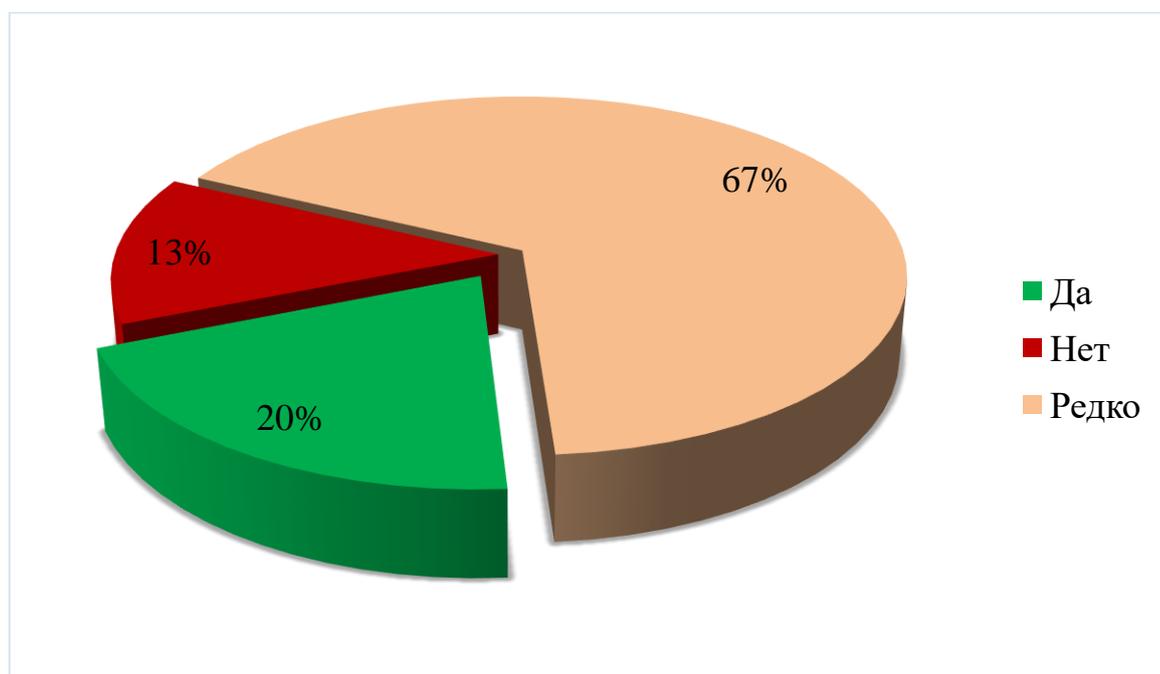


Рис. 26. Употребление алкоголя и табака

Большинство пациентов (83%) ответили, что заболевание сильно влияет на их повседневную деятельность, 17% влияния не отмечали (Рис. 27).

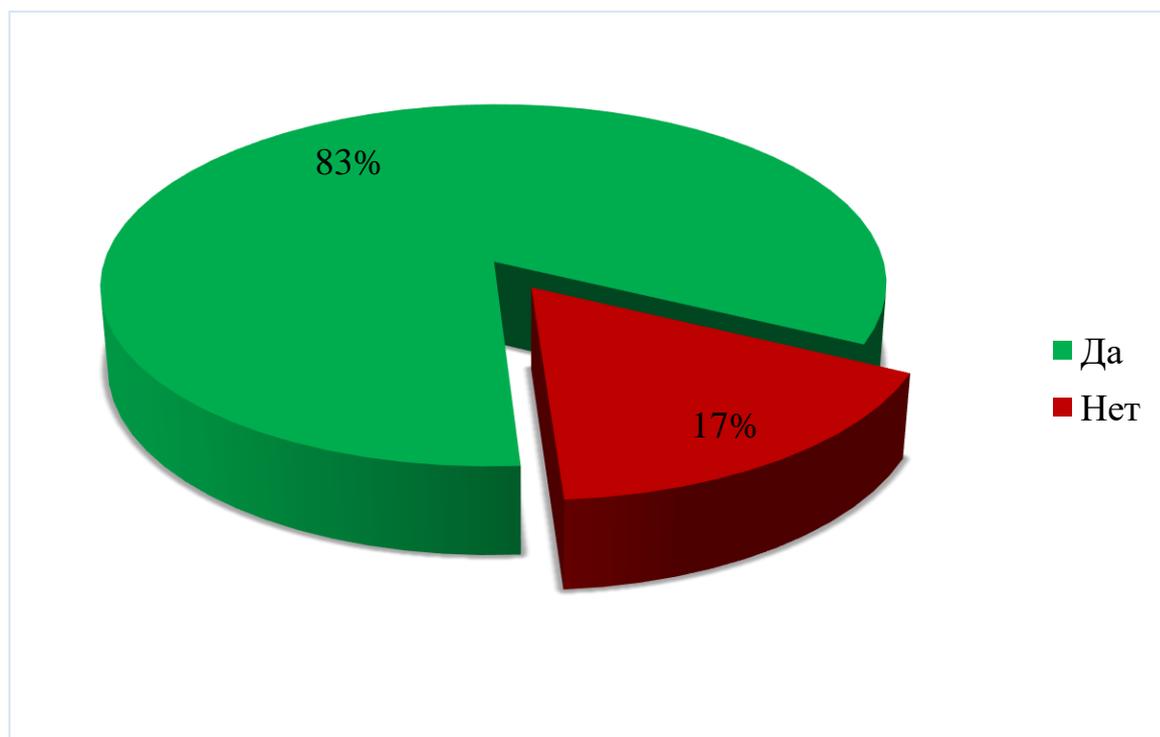


Рис. 27. Влияние остеохондроза на повседневную деятельность пациента

На вопрос: «Ощущаете ли вы какой-либо психологический дискомфорт, в связи с вашим заболеванием?» утвердительно ответили 70% респондентов, отрицательно – 30% (Рис. 28).

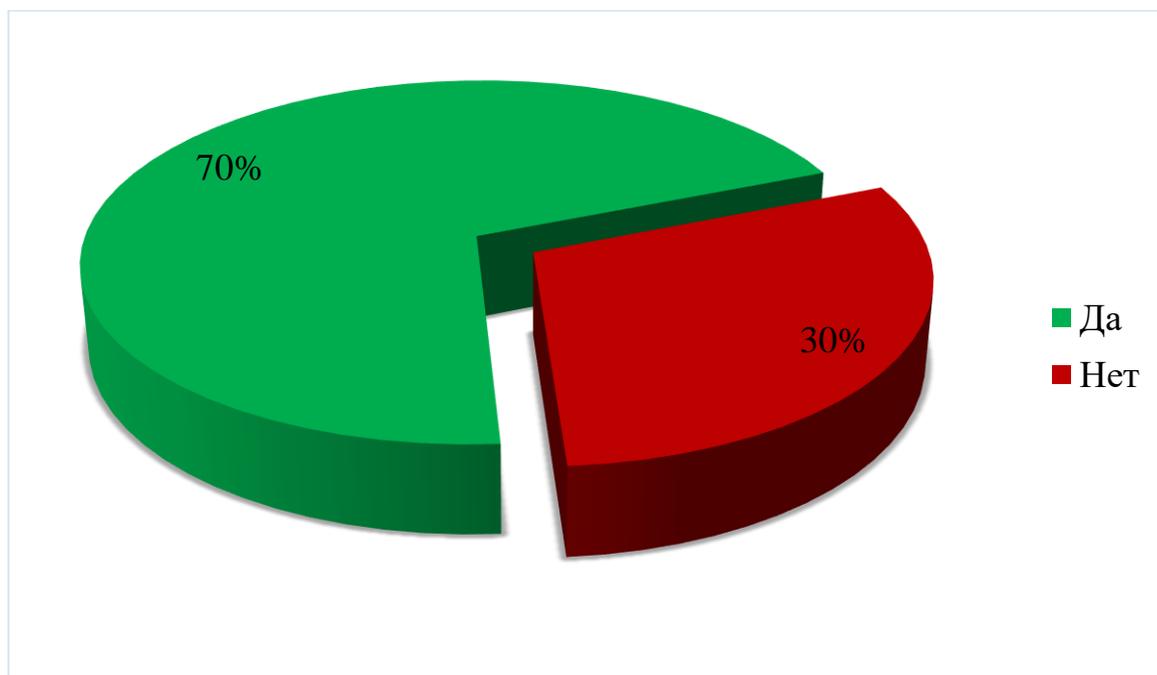


Рис. 28. Психологический дискомфорт

Состояние здоровья: в ходе исследования, 33% анкетированных ответили, что считают своё здоровье плохим, 47% - нормальным, 20% - хорошим, и никто из респондентов не назвал свое здоровье отличным (Рис. 29).

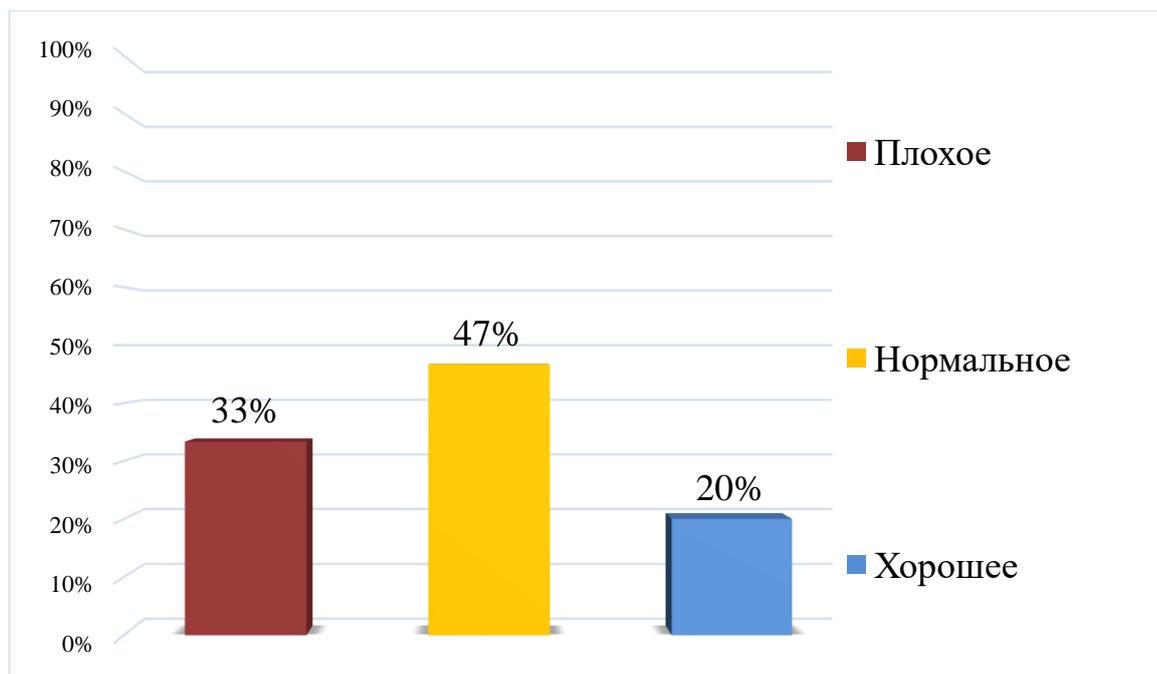


Рис. 29. Состояние здоровья

У подавляющего количества пациентов (90%) сохранилась способность к самообслуживанию, и только 10% её потеряли (Рис. 30).

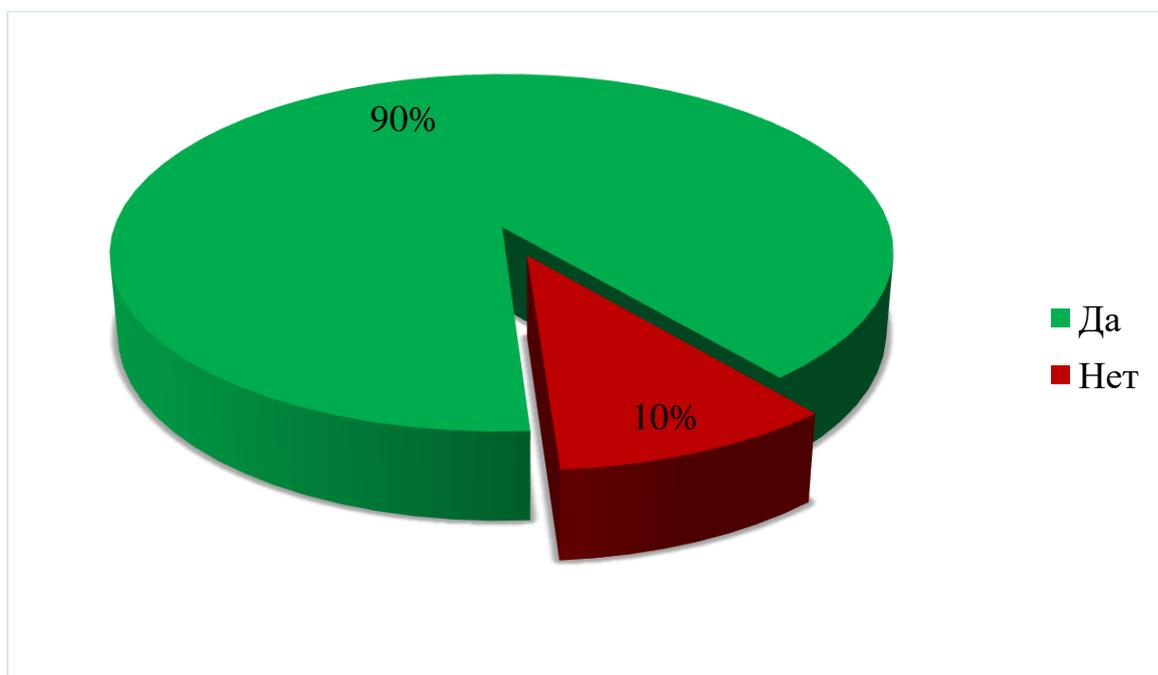


Рис. 30. Способность к самостоятельному обслуживанию

На вопрос: «Посещали бы вы Школу здоровья по остеохондрозу?» респонденты дали следующие ответы: «Да» - 60%, «Затрудняюсь ответить» - 23% и «Нет» - 17% (Рис. 31).

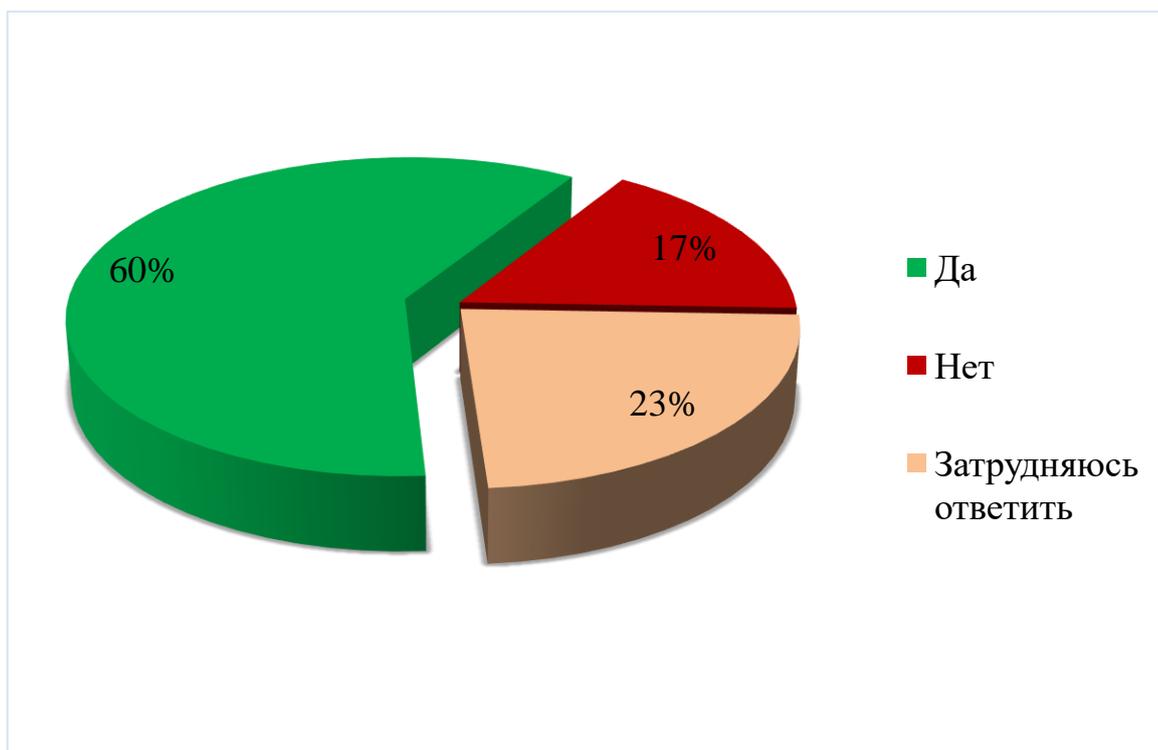


Рис. 31. Посещение «Школы здоровья»

Выводы

В результате проведенной работы установлено, что остеохондрозом позвоночника чаще болеют мужчины (53%), трудоспособного возраста(72%), проживающие в городе (80%), у которых работа чаще всего связана со сквозняками (67%), подъемом тяжести(60%) или длительным статическим положением (57%), ведущие малоактивный образ жизни, что значительно снижает качество жизни.

В то же время, основная часть пациентов состоит на диспансерном учете у врача (80%), большинство из них (53%) выполняют его назначения, соблюдают ортопедический режим, ведут здоровый образ жизни (87%), ощущают поддержку родных и близких (73%), не склонны к депрессии и унынию (90%), оценивают свое состояние здоровья как удовлетворительное и хорошее (67%), смотрят в будущее с оптимизмом, что значительно повышает качество жизни.

Таким образом, мы видим, что качество жизни пациента зависит не столько от его физического состояния, сколько от его психологического настроя на выздоровление, на способность не унывать, видеть позитивные стороны жизни, строить планы на будущее, находить положительные эмоции в окружающем мире.

2.3. Рекомендации пациентам с остеохондрозом для повышения качества жизни:

1. Соблюдать ортопедический режим.
2. Избегать сквозняков, длительного статического положения, подъема тяжести.
3. Постоянно наблюдаться у врача и регулярно проводить противорецидивное лечение.
4. Вести более активный образ жизни, регулярно выполнять ЛФК.
5. Следить за весом.

6. Не унывать, пытаться находить положительные моменты в окружающем мире.

7. Уметь радоваться даже малому, улучшению самочувствия, позитивно смотреть на окружающий мир и строить планы на будущее.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В современной медицине происходит смена приоритетов, когда целью врачей является не только борьба за продолжительность жизни, но и за её качество. В связи с этим исследование различных составляющих качества жизни самим больным с помощью опросников и контроль за их измерением в результате лечения является актуальным.

Основным фактором, вызывающим развитие остеохондроза позвоночника, является хроническое эмоциональное напряжение, давление по межпозвоночные диски и нарушения метаболизма. Симптомы остеохондроза выражаются в наличии постоянных болей ноющего характера, локализующихся в поражённом отделе позвоночника. Нередко их спутником становится ощущение ломоты и онемения верхних или нижних конечностей. Основными причинами снижения качества жизни у больных с остеохондрозом являются разного рода ограничения, прежде всего в физической и повседневной активности, трудоспособности.

«В общем, качество жизни следует понимать как удовлетворенность индивида в физическом, социальном, психологическом и духовном плане. То есть условно благополучие во всех сферах жизнедеятельности, оцениваемое индивидом по совокупности своих субъективных переживаний, а, следовательно, не всегда отражающее его состояние по объективным критериям (наличие патологических симптомов, уровню дохода и др.), но в определённой мере зависящее от них» [9, с.278].

В результате исследовательской работы были выполнены все поставленные задачи:

1. Изучены существующие литературные источники по проблеме качества жизни пациентов с данным заболеванием.
2. Изучена субъективная картина болезни, отношение к заболеванию и лечению у пациентов, страдающих гипертиреозом.

3. Изучено влияние социально-демографических факторов на эмоциональное состояние больных гипотиреозом и качество жизни.
4. Изучены психологические особенности больных с остеохондрозом позвоночника
5. Даны рекомендации пациентам с остеохондрозом для повышения качества жизни.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ И ЛИТЕРАТУРЫ

1. Гинсберг Л., Неврология для врачей общей практики [Электронный ресурс] / Л. Гинсберг ; пер. с англ. - 2-е изд., доп. (эл.). - М. : БИНОМ, 2015. - 368 с. (Лучший зарубежный учебник) - ISBN 978-5-9963-1324-2 - Режим доступа: <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785996313242.html>
2. Голубев В.Л., Болевые синдромы в неврологической практике [Текст] / Под ред. В.Л. Голубева. – Москва: «МЕДпресс–информ», 2015. - 330 с
3. Гусев Е.И., Неврология [Электронный ресурс] : учебник / Е.И. Гусев, А.Н. Коновалов, В.И. Скворцова; под ред. А.Н. Коновалова, А.В. Козлова. - 4-е изд., доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 640 с. - ISBN 978-5-9704-2901-3 - Режим доступа:
<http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970429013.html>.
4. Гусева Е.И., Неврология. Национальное руководство. Краткое издание [Электронный ресурс] / под ред. Е. И. Гусева, А. Н. Коновалова, А. Б. Гехт - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 688 с. - ISBN 978-5-9704-4405-4 - Режим доступа: <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970444054.html>
5. Епифанов, В.А. Остеохондроз позвоночника / В.А. Епифанов, И.С. Ролик, А.В. Епифанов[Текст]. – М.: ЗАО «Академический печатный дом», 2015. – 344 с.
6. Жарков, П.Л. Остеохондроз и другие дистрофические изменения позвоночника у взрослых и детей [Текст] / П.Л. Жарков. М.: Медицина, 2014. - 240 с.
7. Кадыков А. С., Практическая неврология [Электронный ресурс] / под ред. А. С. Кадыкова, Л. С. Манвелова, В. В. Шведкова - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 432 с. (Серия "Библиотека врача-специалиста") - ISBN 978-5-9704-3890-9 - Режим доступа:
<http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970438909.html>
8. Котешева И.А., Как избавиться от боли в спине [Электронный ресурс] / Котешева И.А. - М. : ВЛАДОС, 2015. - 253 с. (Профилактика и

лечение заболеваний в домашних условиях) - ISBN 5-305-00166-8 - Режим доступа: <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN5305001668.html>

9. Лукачер, Г.Я. Неврологические проявления остеохондроза позвоночника [Текст] / Г.Я. Лукачер. - М.: Медицина, 2016. - 240 с.

10. Макаров, А.Ю. Клиническая неврология с основами медико-социальной экспертизы: Руководство врачей [Текст] / Под ред. А.Ю. Макарова. – СПб.: ООО «Медлайн-Медиа», 2014. – 600 с.

11. Матхаликов, А.Ф. Неврологические синдромы шейного остеохондроза. Методическое пособие [Текст] / А.Ф. Матхаликов. – Ташкент, 2015. - 256 с.

12. Никифоров А.С., Неврологические осложнения остеохондроза позвоночника [Электронный ресурс] / А. С. Никифоров, Г. Н. Авакян, О. И. Мендель - 2-е изд. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 272 с. - ISBN 978-5-9704-3333-1 - Режим доступа: <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970433331.html>

ПРИЛОЖЕНИЕ

Анкета по вопросам исследования влияния факторов риска и профилактики остеохондроза

Уважаемые пациенты просим Вас принять участие в опросе от Медицинского колледжа Медицинского института НИУ «БелГУ», с рядом вопросов для изучения качества жизни и психологического состояния пациентов с остеохондрозом, для предоставления рекомендаций по улучшению Вашего самочувствия. Результаты будут использованы в обобщенном виде, свою фамилию и имя указывать не нужно.

1. Пол Жен. Муж.
2. Возраст 30-40 лет 40-50 лет 50-60 лет 60 и более лет
3. Вы живете: в городе в сельской местности
4. Ваша трудовая занятость? Работаете, На пенсии, Не работаете
5. Ваша работа связана с переохлаждением, сквозняками? Да, Нет
6. Ваша работа связана с подъемом тяжести? Да, Нет
7. Ваша работа связана с длительным статическим положением? Да, Нет
8. Вы часто испытываете стрессы на работе, дома? Да, Нет, Изредко
9. Вы сразу обратились к врачу, когда впервые появились боли в спине? Да
Нет
10. Насколько интенсивные боли? Не ощущаю болей, Очень интенсивные, постоянные боли, Боли слабой интенсивности, Боли только при движении
11. Регулярно Вы посещаете невропатолога? Да, Нет, При ухудшении состояния
12. Постоянно выполняете его рекомендации? Да, Нет, При болях
13. Отмечаете ухудшение с прошлым годом? Да, Нет, Затрудняюсь ответить
14. Состоите ли Вы на диспансерном учете? Да. Нет
15. Что провоцирует боль в позвоночнике? Перенос и поднятие тяжестей, Длительная вынужденная поза, Длительное нахождение на ногах, Резкие повороты туловища

16. Сколько раз в год отмечаются обострения? 1-2 раз, 3-4 раза, 4 и более
17. Повлияло ли заболевание на Вашу повседневную жизненную активность?
Да, Частично, Нет
18. В каком отделе спины вы ощущаете боль сильнее всего во время обострения? Шейном, Грудном, Поясничном
19. Какое влияние оказало заболевание на Вашу профессиональную деятельность? Большое, Умеренное, Незначительное, Никаког
20. Ощущаете ли Вы поддержку родственников и близких людей? Да, Нет, Иногда
21. Часто Вас беспокоит тревога, уныние? Постоянно, Изредка, Никогда
22. Проходите ли лечение в стационаре во время обострений и как часто (за год): Не прохожу 1-2 раза 3-4 раза 4 и более
23. Регулярно ли Вы получаете санаторно-курортное лечение? Да Нет Редко
24. До регистрации у Вас заболевания соблюдали ли вы ортопедический режим (старались правильно сидеть, не сутулились, правильно поднимали и переносили тяжести)? Да Нет
25. После регистрации у Вас заболевания соблюдали ли вы ортопедический режим (старались правильно сидеть, не сутулились, правильно поднимали и переносили тяжести)? Да Нет
26. Занимались ли Вы физической культурой или профессиональными видами спорта? Да Нет
27. Употребляете ли Вы алкоголь? Да Нет Иногда
28. Курите ли Вы? Да Нет Изредко
29. Влияет ли данное заболевание на повседневную жизнь? Да, Нет, Иногда
30. Как вы оцениваете своё состояние здоровья Плохое, Удовлетворительное, Хорошее
31. Ощущаете ли вы какой-либо психологический дискомфорт, в связи с вашим заболеванием? Да Нет
32. Можете ли вы сами себя полностью самостоятельно обслужить? Да, Нет
33. Имеется ли у вас снижение зрения? Да, Нет

34. Часто наблюдаются у Вас головокружения? Да Нет Постоянно

35. Вы хотели бы, чтобы при медицинском учреждении существовала «Школа здоровья по остеохондрозу»? Да Нет Затрудняюсь ответить

36. Вы бы ее посещали? (Да, Нет, Затрудняюсь ответить)

Спасибо за участие в исследовании!