



ИСПОЛЬЗОВАНИЕ АНКЕТЫ-ОПРОСНИКА В ОБСЛЕДОВАНИИ ПОДРОСТКОВ ПРИ КОРСЕТНОМ ЛЕЧЕНИИ СКОЛИОЗА

Ю.В. Дубонос¹, А.Ю. Мушкин²

¹Городская клиническая больница скорой медицинской помощи им. Д.Я. Ваныкина, Тула

²Санкт-Петербургский НИИ фтизиопульмонологии

Цель исследования. Изучение качества жизни и отношения к процессу корсетного лечения подростков со сколиотической деформацией II и III ст.

Материал и методы. С использованием анкеты SRS-24, адаптированной для задач корсетного лечения, опрошены 120 подростков в возрасте 10–15 лет со сколиотической деформацией II и III ст., получавших корсетное лечение по методике Шено.

Результаты. Наиболее негативно подростками, получающими корсетное лечение по Шено, воспринимаются внешний вид в корсете, ограничение общения со сверстниками и социальная активность. Эти направления являются основной целью воздействия психолога.

Заключение. Для повышения у пациентов мотивации к лечению в команду специалистов, занимающихся консервативным лечением сколиоза у подростков, должен быть включен психолог.

Ключевые слова: сколиоз, консервативное лечение, корсет Шено, качество жизни.

QUESTIONNAIRE-BASED EXAMINATION
OF ADOLESCENTS UNDERGOING BRACE
TREATMENT OF SCOLIOSIS

Yu. V. Dubonosov, A. Yu. Mushkin

Objective. To study the quality of life and attitude of adolescents with grade II and III idiopathic scoliosis towards brace treatment.

Material and Methods. The SRS-24 questionnaire adapted for brace treatment was used for examination of 120 adolescents aged of 10 to 15 years having grade II and III idiopathic scoliosis and treated with Cheneau brace.

Results. Adolescents receiving Cheneau brace treatment most negatively perceived self-image in a brace, and limitation of peer communication and social activities. These aspects present a target object for psychologist.

Conclusion. To raise motivation for treatment a psychologist should be included into the team of professionals dealing with conservative treatment of scoliosis in adolescents.

Key Words: scoliosis, conservative treatment, Cheneau brace, quality of life.

Hir. Pozvonoc. 2011;(1):26–32.

Помимо традиционных методов объективного лучевого и инструментального контроля (рентгенографии, МРТ, оптической топографии, стабилومتрии), в последние годы при анализе результатов лечения заболеваний позвоночника все большее внимание уделяют субъективному восприятию пациентом своего состояния и его отношению к проводимому лечению, отражающему понятие «качество жизни» [22]. Подобный подход учитывает не только сугубо медицинские факторы, но и психологическое состояние

пациента, адекватность его социальной адаптации [17]. Положительная оценка, сделанная врачом на основании объективных лучевых данных, не всегда совпадает с удовлетворенностью пациента результатами лечения. ВОЗ же определяет состояние здоровья так: «полное физическое, социальное и психологическое благополучие человека, а не просто отсутствие заболевания» [11].

Основным методом получения информации для исследования качества жизни является анкетирование. Несмотря

на широкое использование общих анкет (опросников), большинство из них имеет нозологическую основу и ориентированы на больных с заболеваниями определенных систем: сердечно-сосудистой, дыхательной, нервной и др. [15, 18, 22, 23]. Используемые в вертебрологии опросники обычно решают узкие задачи. Так, IPAM (Integrated Psychosocial Assessment Method) направлен на изучение хронического болевого синдрома в поясничном отделе [12], SRS-24 и SRS-22 (Scoliosis Research Society Outcomes Instrument) оценивают состо-

Ю.В. Дубонос, зав. отделением детской травматологии и ортопедии; А.Ю. Мушкин, д-р мед. наук, проф., рук. отдела внелегочного туберкулеза и отделения детской фтизиоостеологии и ортопедии.

яние пациентов после хирургического лечения деформации позвоночника [2, 3, 7, 10].

В последние годы увеличение исследований качества жизни отмечают и в педиатрии. Их особенность в том, что в возрасте ребенка до пяти лет необходимые критерии оценивают родители. В старшем, в том числе подростковом, возрасте оценку проводят совместно родители и дети [14, 20, 21], что диктует необходимость с определенной условностью относиться к регистрируемым параметрам эмоционального состояния, уровня активности, работоспособности детей, отношению к процессу и результатам лечения.

Цель исследования — изучение влияния корсетного лечения идиопатического сколиоза на психоэмоциональное и физическое состояние подростков, отражающее качество их жизни.

Материал и методы

Проведен анкетный опрос 120 пациентов (19 мальчиков и 101 девочка), получавших корсетное лечение по поводу идиопатического сколиоза. Отбор пациентов в исследование проводили путем сплошной выборки за период с 2006 по 2009 г. в соответствии со следующими критериями:

- возраст детей — от 10 до 15 лет;
- идиопатический характер ювенильного сколиоза, подтвержденный рентгенологическими и клиническими данными;
- деформации II и III ст. по Чаклину, к началу лечения II ст. сколиоза констатирована у 56 (46,6%) больных, III — у 64 (53,4%);
- отсутствие у пациентов в анамнезе каких-либо признаков нейропсихологического неблагополучия и заболеваний центральной нервной системы;
- единство места, времени исследования и метода лечения: всем пациентам проводили корсетное лечение по технологии Шено на базе детского ортопедотравматологического центра Тулы с изготовлением корсетов одной и той же бригадой ортезистов;

— катанез, прослеженный в сроки не менее 6 мес. от начала лечения.

Изготовление индивидуальных корсетов по технологии Шено полностью финансировалось за счет местного бюджета по целевой программе, что исключало влияние фактора финансовых затрат на лечение и на отношение к болезни.

Из взятого за основу русскоязычного варианта анкеты SRS-24 были исключены вопросы, связанные с хирургическим лечением, и введены пункты, непосредственно касающиеся корсетного лечения. В опросник вошел 21 вопрос (прил. на с. 32), ответы на которые пациенты оценивали по возрастающей шкале от наихудшего (1 балл) к наилучшему (5 баллов) значению показателя, за исключением пунктов 1 и 11, оцениваемых от 1 до 9 с последующим пересчетом по неизвестному для больного кодификатору. Опрос проводили при очных контрольных осмотрах в первые 6 мес. лечения, а также в сроки 1, 2 и 3 года.

Результаты анкетирования сопоставляли с данными клинического осмотра, рентгенологического и инструментального обследований пациентов.

Результаты

До начала лечения больше половины пациентов (82,5%) крайне негативно относились к имеющейся деформации (средний балл 1,73), при этом, как ни удивительно, при II ст. этот показатель оказался даже ниже, чем при III (1,63 и 1,83 соответственно). Изменение ситуации становится заметным после двух- и трехлетнего лечения (рис. 1), когда недовольство деформацией у детей со II ст. снижается значительно (показатель увеличивается до 3,81), а при сколиозе III ст. — менее значимо (до 2,32), что напрямую связано с эффективностью коррекции. Негативный настрой в основном сохранили пациенты с ригидными дугами или нарастающим, несмотря на упорное корсетное лечение, сколиозом, что подтверждалось результатами контрольных рентгенограмм

в корсете, компьютерной оптической топографии и стабилотрии.

В начальный период ношения корсета и в процессе привыкания (первые 6 мес.) дети испытывали весьма умеренные болевые ощущения (в среднем 3,83 балла), которые значительно уменьшались, но не исчезали полностью к концу первого года лечения (4,76 баллов). Наименее чувствительны к боли оказались пациенты с более выраженной деформацией и ригидностью позвоночника: через 2 и 3 года корсетного лечения те же ощущения оценивались ими в 4,85 балла, что, по-видимому, следует объяснить превалированием в этот период негативного отношения к сохраняющейся деформации и связанной с этим неудовлетворенности.

При исходно значительно сниженном уровне повседневной активности (в среднем 3,02 балла) различия между пациентами со II и III ст. деформации оказались достаточно существенными, составив соответственно 3,45 и 2,59 балла. На протяжении последующих 2–3 лет этот показатель еще более снизился (2,27 и 2,20 балла), что отражает значительные социальные самоограничения подростка в процессе лечения. В то же время работоспособность подростков во время учебы оставалась весьма высокой (в среднем 4,20 балла), не зависела от величины деформации и в процессе корсетного лечения практически не менялась (4,05 балла).

Заметно снижены у исследуемых подростков такие показатели, как занятия спортом, активность при выполнении работ по дому и участие в общественной жизни школы (колебания от 2,00 до 2,37 балла; рис. 2), с незначительным изменением в процессе лечения (до 2,54 балла). На наш взгляд, некоторое улучшение спортивной активности пациентов обусловлено их приобщением к занятиям специальной гимнастикой.

Свое отношение к внешнему виду в корсете и в одежде в начале лечения пациенты оценивают достаточно критично (в среднем 2,89 балла; рис. 3). В процессе лечения и привыкания их взгляды меняются в лучшую сто-

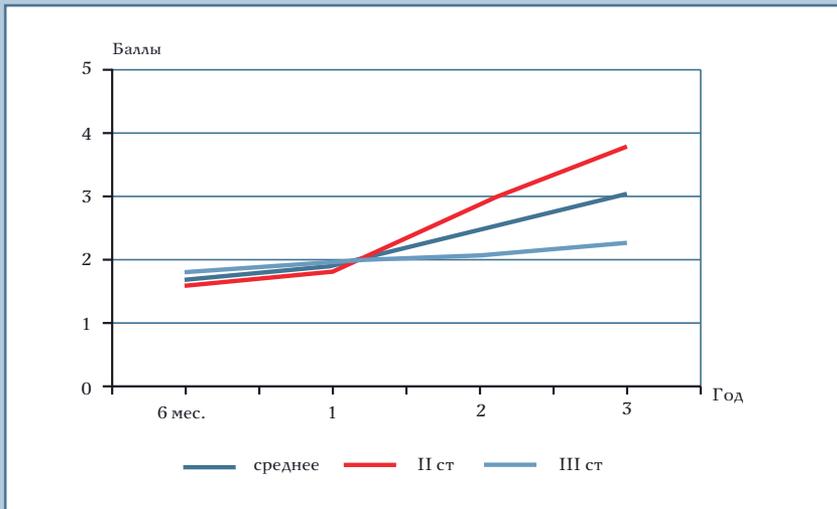


Рис. 1
Отношение пациентов к имеющейся деформации в зависимости от сроков корсетного лечения

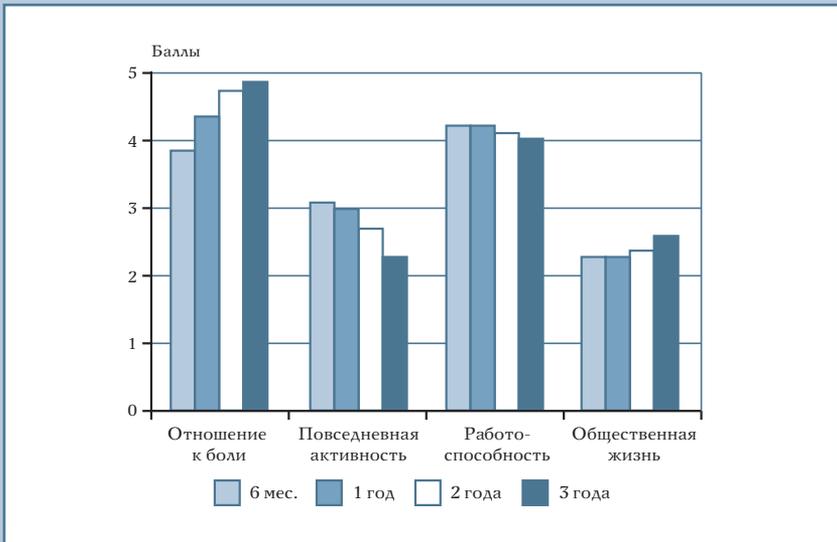


Рис. 2
Отношение пациентов к некоторым параметрам, характеризующим социальную активность

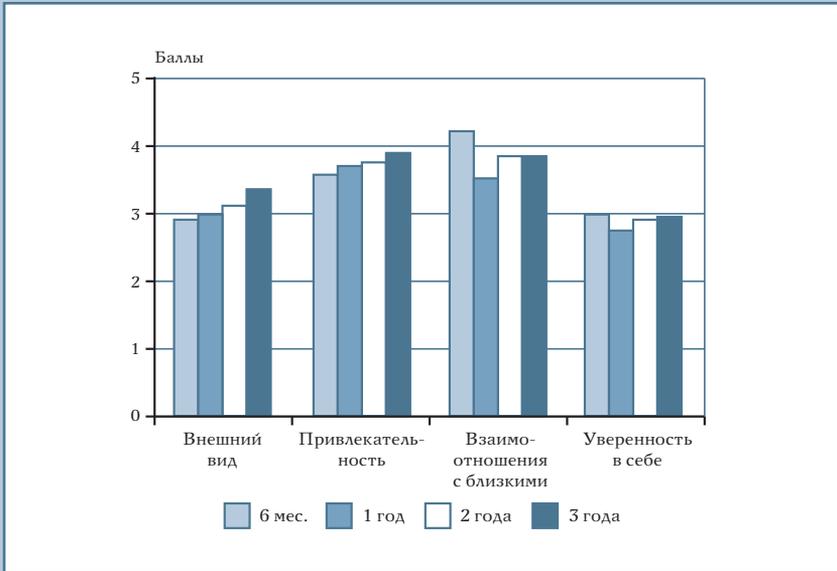


Рис. 3
Показатели, характеризующие психологическое состояние подростков в процессе корсетного лечения

рону, а средний показатель повышается до 3,33 балла без существенных различий у больных с деформациями II ст. (3,36 балла) и III ст. (3,29 балла). Указанный показатель практически коррелирует с самооценкой привлекательности, составляющей в начале лечения 3,39 балла при II и 3,61 балла при III ст. сколиоза (средний балл 3,50), которая существенно улучшается, возрастая до 4,00 и 4,04 балла соответственно (4,02 балла в среднем) при рентгенологически подтвержденном уменьшении. Характерно, что оценка внешнего вида пациентов окружающими их родственниками и знакомыми при этом более критична: показатель в этот период достигает лишь 3,41 балла для сколиозов II ст. и 3,63 балла для III ст. (среднее значение 3,52 балла).

Показатели взаимоотношения пациентов с близкими и родными, хотя и незначительно снижаются за время лечения (с 4,13 до 3,82 балла), все же остаются на высоком уровне. В то же время уверенность в себе при общении с другими практически на всем протяжении наблюдения остается низкой – 3,00 балла, что неизбежно сказывается на социальной активности подростков.

Несмотря на достаточно высокий (в среднем 4,00 балла) показатель приверженности детей к корсетному лечению, отражающий строгость соблюдения его режимов, в группах выявлены определенные различия: пациенты со сколиозом III ст. более дисциплинированы, чем со II (4,16 и 3,81 балла соответственно), однако сложившийся стереотип, к сожалению, практически не менялся в процессе лечения.

Наиболее важный показатель, характеризующий оценку пациентом эффективности лечения, удовлетворенность его результатами, оказался достаточно высоким, сравнимым в обеих группах, составив 4,13 и 4,08 балла соответственно. При этом на предложение повторить лечение при тех же условиях положительно высказались 82,5% пациентов со средней оценкой 4,37 балла.

При сопоставлении ответов на анкетные вопросы и результатов объективных методов контроля (осмотра, рентгенологического обследования в корсете, компьютерной оптической топографии, стабилотрии) отмечена прямая зависимость между изменением величины деформации и отношением ребенка и родителей к лечению: чем заметней результат, тем больше ответов свидетельствуют о твердости намерения продолжать лечение. Основная часть отрицательных ответов получена у детей с ригидными, мало поддающимися коррекции дугами.

Обсуждение

Понятие «качество жизни, связанное со здоровьем» широко распространено в медицине, современная концепция его исследования разработана экспертами Межнародного центра исследования качества жизни [4, 6, 9]. Изначально о качестве жизни как самостоятельном медико-социальном направлении стали говорить после публикаций профессора Колумбийского университета Karnofsky [16], всесторонне исследовавшего личность пациента, страдающего онкологическим заболеванием. Предложенная в 80-х гг. XX в. биопсихологическая модель медицины дополнила сугубо клиническое направление психосоциальными аспектами [13], что привело к лавинообразному росту публикаций по фундаментальным исследованиям качества жизни. Тем не менее единых критериев и норм качества жизни не существует. На его оценку оказывают влияние возраст, пол, национальность, социально-экономическое положение, характер трудовой деятельности, религиозные убеждения и культурный уровень человека, региональные особенности, культурные традиции и многие другие факторы. Это сугубо субъективный показатель объективности состояния [1].

В основе концепции качества жизни лежат три составляющие:

1) многомерность, подразумевающая наличие информации об основных сферах жизнедеятельности

человека — физической, психологической, социальной, духовной и экономической;

2) изменяемость во времени: оценка качества жизни меняется в зависимости от состояния больного, его возраста, отношения к болезни и лечению в разные периоды жизни;

3) участие больного в оценке собственного состояния: качество жизни, оцененное самим пациентом, является более ценным и надежным показателем его самочувствия [5].

Изучение психофизиологического и эмоционального статусов детей и подростков со сколиозом выявляет их существенное отличие от нормы, характеризующееся высоким уровнем депрессии, ситуативной и личностной тревожности, нарушением социальной адаптации, а в психовегетативной сфере — повышением лабильности и снижением реактивности вегетативной нервной системы [7]. В ретроспективном исследовании результатов лечения корсетом Milwaukee 50 девочек с идиопатическим сколиозом (контрольная группа — 50 девочек без деформации позвоночника) японские коллеги с использованием М-теста (Maudsley personality inventory) у 44 (88%) пациентов выявили изменения персональной инвертированности, что позволило авторам рекомендовать его использование для предотвращения преждевременного прекращения пациентами корсетного лечения [20].

Levitskiy et al. [19], обследовав 260 пациентов 10–16 лет, которые получали лечение по поводу сколиоза с использованием корсета Шено, также подчеркивают важность психологического компонента и негативное влияние корсета на эмоциональное состояние пациентов. Использование разных методик анализа (цветного имиджевого визуального теста Lusher, оценивающего уровень неврозов; опросника Spilberg для родителей и детей; обследования общесоматического статуса по Hildebrand и Kerdo) у всех пациентов выявило негативное эмоциональное состояние и внутреннюю дисгармонию, страх

и расстройство сна. У 30,0% опрошенных явления невроза объяснялись личным дискомфортом и потенциальным ожиданием плохих результатов лечения, а у 16,2% — сильной зависимостью от родственников. Авторы высказывают мнение, что мониторинг эмоционального состояния детей позволяет повысить эффективность лечения сколиоза корсетным методом Шено, но требуется включение психолога в лечение данной категории пациентов [19].

Г.В. Пятакова, С.В. Виссарионов [8] при сравнительном изучении личностных эмоциональных особенностей и компенсаторных возможностей 120 девушек 13–17 лет (60 девушек с тяжелыми деформациями позвоночника и 60 здоровых) с использованием опросника SF-36 и теста интеллектуального развития Слоссона выявили более выраженные эмоциональные проблемы в исследуемой группе, чем у их здоровых сверстниц.

Это также свидетельствует о необходимости использовать психосоциальный подход в реабилитации подростков с тяжелой деформацией позвоночника.

Заключение

Русскоязычный вариант анкеты SRS-24, модифицированный для оценки результатов корсетного лечения, на наш взгляд, достаточно прост для практического использования, не требует финансовых затрат и хорошо дополняет комплексный контроль состояния пациента с оценкой его субъективного отношения к процессу лечения. Использование анкеты позволяет врачу взглянуть на корсетное лечение сколиоза глазами самого подростка, попытаться понять, что он думает, видит и ощущает в этот период, как оценивает свой внешний вид, активность и работоспособность, удовлетворен ли результатами лече-

ния, меняется ли его взгляд на себя и на окружающих в процессе лечения. Наше исследование не только еще раз подтверждает необходимость раннего привлечения психологов к процессу корсетного лечения подростков со сколиотической болезнью, но и выявляет позиции, соответствующие наиболее низким показателям качества жизни пациентов, что позволяет специалистам и окружающим более эффективно нейтрализовать негативные факторы психоэмоциональной сферы, повышая тем самым мотивацию и приверженность пациента к лечению.

Важным, на наш взгляд, является и то, что подобная постановка вопроса неизбежно ставит еще одну задачу, выходящую за рамки сугубо медицинских проблем: необходимым условием эффективного лечения больных сколиозом является изменение отношения общества к таким подросткам.

Литература

1. **Алеева Г.Н., Гурьева М.Э., Журавлева М.В.** Критерии качества жизни в медицине и кардиологии // РМЖ. Кардиология. 2006. Т. 14. № 10. С. 761–764.
Aleeva G.N., Guryeva M.E., Zhuravleva M.V. Kriterii kachestva zhizni v meditsine i kardiologii // RMZh. Kardiologiya. 2006. T. 14. № 10. S. 761–764.
2. **Ветрилэ С.Т., Кисель А.А., Кулешов А.А.** Исследование изменения самооценки, качества жизни и удовлетворенности пациентов результатами хирургической коррекции диспластического сколиоза // Хирургия позвоночника. 2004. № 2. С. 40–44.
Vetrile S.T., Kisel' A.A., Kuleshov A.A. Issledovanie izmeneniya samoootsenki, kachestva zhizni i udovletvorennosti patsientov rezul'tatami hirurgicheskoy korrektsii displasticheskogo skolioza // Hirurgiya pozvonochnika. 2004. № 2. S. 40–44.
3. **Губина Е.В.** Клиническое применение русскоязычного варианта анкеты scoliosis research society outcomes instrument-24 (SRS-24) // Хирургия позвоночника. 2004. № 2. С. 34–39.
Gubina E.V. Klinicheskoe primeneniye russkoyazychnogo varianta ankety scoliosis research society outcomes instrument-24 (SRS-24) // Hirurgiya pozvonochnika. 2004. № 2. S. 34–39.
4. **Новик А.А., Ионова Т.И., Кайнд П.** Концепция исследования качества жизни в медицине. СПб., 1999.
Novik A.A., Ionova T.I., Kaynd P. Kontseptsiya issledovaniya kachestva zhizni v meditsine. SPb., 1999.
5. **Новик А.А., Ионова Т.И.** Руководство по исследованию качества жизни в медицине. М., 2007.
Novik A.A., Ionova T.I. Rukovodstvo po issledovaniyu kachestva zhizni v meditsine. M., 2007.
6. **Новик А.А., Матвеев С.А., Ионова Т.И. и др.** Оценка качества жизни больного в медицине // Клиническая медицина. 2000. № 2. С. 10–13.
Novik A.A., Matveev S.A., Ionova T.I. i dr. Otsenka kachestva zhizni bol'nogo v meditsine // Klinicheskaya meditsina. 2000. № 2. S. 10–13.
7. **Норкин И.А., Шемятенков В.Н., Зарецков В.В. и др.** Особенности психофизиологического статуса детей и подростков со сколиозом на разных этапах лечения // Хирургия позвоночника. 2006. № 4. С. 8–12.
Norkin I.A., Shemyatenkov V.N., Zaretskov V.V. i dr. Osobennosti psihofiziologicheskogo statusa detey i podrostkov so skoliozom na raznykh etapakh lecheniya // Hirurgiya pozvonochnika. 2006. № 4. S. 8–12.
8. **Пятакова Г.В., Виссарионов С.В.** Особенности личности подростков с тяжелой деформацией позвоночника // Хирургия позвоночника. 2008. № 3. С. 33–39.
Pyatakova G.V., Vissarionov S.V. Osobennosti lichnosti podrostkov s tyazhelyy deformatsiyey pozvonochnika // Hirurgiya pozvonochnika. 2008. № 3. S. 33–39.
9. **Шевченко Ю.А.** Качество жизни в кардиологии // Вестник РВМА. 2000. Т. 9. С. 5–15.
Shevchenko Yu.A. Kachestvo zhizni v kardiologii // Vestnik RVMA. 2000. T. 9. S. 5–15.
10. **Asher M., Min Lai S., Burton D., et al.** The reliability and concurrent validity of the Scoliosis Research Society – 22 patient questionnaire for idiopathic scoliosis // Spine. 2003. Vol. 28. P. 63–69.
11. Cancer Pain Relief. Geneva, 1986.
12. **Deyo R.A., Battie M., Beurskens A., et al.** Outcome measures for low back pain research. A proposal for standardized use // Spine. 1998. Vol. 23. P. 2003–2013.
13. **Engel G.E.** The clinical application of the biopsychosocial model // Am. J. Psychiatry. 1980. Vol. 137. P. 535–543.
14. **Feeny D.** Evaluation of HRQOL in special populations: children // Qual. Life Res. 2000. Vol. 9. P. 246.
15. **Guyatt G.H., Berman L.B., Townsend M., et al.** A measure of quality of life for clinical trials in chronic lung disease // Thorax. 1987. Vol. 42. P. 773–778.

16. **Karnofsky D.A., Burchenal J.H.** The clinical evaluation of chemotherapeutic agents in Cancer // In: Evaluation of Chemotherapeutic Agents / Ed. by C.M. Macleod. N. Y., 1947. P. 107–134.
17. **Koch K.D., Buchanan R., Birch J.G., et al.** Adolescents undergoing surgery for idiopathic scoliosis: how physical and psychological characteristics relate to patient satisfaction with the cosmetic result // Spine. 2001. Vol. 26. P. 2119–2124.
18. **Landgraf J.M., Abetz L., Ware J.E.** The CHQ: A User's Manual. Boston, 1999.
19. **Levitskiy F.A., Yaroslavska N.S., Litvinova N.L., et al.** Psychological problems of patients with scoliosis who utilize the Cheneau's brace // Scoliosis. 2009. Vol. 4. Suppl 1. P. 64.
20. **Matsunaga S., Sakou T., Nozoe S.** Psychological effects of brace therapy on patients with idiopathic scoliosis // J. Orthop. Sci. 1997. Vol. 2. P. 391–395.
21. **Ravens-Sieberer U., Bullinger M.** Current approaches to measure the health-related quality of life in children // Quality of Life Newsletter. 1997. Vol. 3. P. 12–13.
22. **Varni J.W., Seid M., Kurtin P.S.** The PedsQLTM 4.0 Measurement Model for the Pediatric Quality of Life Inventory TM Version 4.0 // Quality of Life Newsletter. 1997. Vol. 3. P. 4–10.
23. **Ware J.E.Jr.** SF-36 health survey update // Spine. 2000. Vol. 25. P. 3130–3139.

Адрес для переписки:

Мушкин Александр Юрьевич
194223, Санкт-Петербург,
2-й Муринский пр-т, 12, корп. 3,
spbniif_all@mail.ru,
aymushkin@mail.ru

Статья поступила в редакцию 01.09.2010

