

MEDYCZNE WYMIARY DOBROSTANU

ROZDZIAŁ III

¹Katedra i Zakład Pielęgniarstwa Neurologicznego
Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Lublinie
Chair and Department of Neurological Nursing
Faculty of Health Sciences, Medical University of Lublin

²Katedra Onkologii i Środowiskowej Opieki Zdrowotnej
Uniwersytet Medyczny w Lublinie
Chair of Oncology and Community Health Care
Medical University of Lublin, Poland

JOLANTA CELEJ-SZUSTER¹, KRZYSZTOF TUROWSKI¹,
TOMASZ ZDANOWICZ¹, KATARZYNA PIASECKA²,
ELŻBIETA PRZYCHODZKA¹, REGINA LORENCOWICZ¹

Wpływ bólu na funkcjonowanie chorych z dyskopatią lędźwiową

Effect of pain on the functioning of patients with lumbar discopathy

Słowa klucze: ból w odcinku lędźwiowym kręgosłupa, wydolność funkcjonalna, dyskopatia lędźwiowa

Key words: low back pain, functional ability, lumbar discopathy

WSTĘP

Dyskopatia to termin określający wysunięcie się jądra miażdżystego z otaczającego je pierścienia włóknistego. Pierścień ten ulega uszkodzeniu (pęknięciu i przerwaniu) z powodu utraty sprężystości. W dyskopatii lędźwiowej najczęściej urazowość dotyczy krążka pomiędzy L4-L5. Krążki międzykręgowe, składające się z płytek chrzęstnych, pierścienia włóknistego i jądra miażdżystego, mają istotny wpływ na utrzymanie kręgosłupa w prawidłowym ułożeniu [14, 17, 21]. Jądro miażdżyste dodatkowo amortyzuje obciążenia dynamiczne i zapewnia elastyczność oraz ruchomość kręgosłupa stanowiąc łożysko ślizgowe [21, 30, 32].

Dyskopatia jest obecnie określana jako jedna z chorób cywilizacyjnych naszych czasów. Ta jednostka chorobowa zaczyna dotyczyć ludzi w coraz to młodszym wieku i staje się problemem społecznym. Ma to związek z przeważającym obecnie siedzącym trybem życia. Wyróżnić tu można czynniki zawodowe, takie jak: wibracja, prowadzenie pojazdów mechanicznych przez długi okres oraz praca biurowa wymagająca pozostawania w jednostajnej, wymuszonej pozycji[8]. Styl życia charakteryzujący się niską aktywnością fizyczną, przewlekłym stresem, ale również otyłość i nikotynizm wpływają na pojawienie się choroby dyskowej[2]. W patogenezie dyskopatii biorą udział czynniki genetyczne odpowiedzialne za układ i jakość włókien kolagenowych tworzących pierścien włóknisty krążka międzykręgowego[1, 15, 21]. Do przyczyn tej choroby zalicza się także nieprawidłową eksploatację kręgosłupa tzn. niewłaściwy sposób podnoszenia i dźwigania ciężarów w związku z wykonywaniem ciężkiej pracy fizycznej[1,18].

W literaturze dokonuje się klasyfikacji objawów choroby dyskowej w odcinku lędźwiowym dzieląc je na: zespół miejscowy, zespoły korzeniowe i objawy ubytkowe ogona końskiego [21]. Miejscowy zespół obejmuje ból lędźwiowy lub lędźwiowo-krzyżowy i jest to najczęściej występująca dolegliwość w tej chorobie. Uwypuklenie lub wypadnięcie jądra miażdżystego powoduje rozciąganie się więzadła podłużnego tylnego wywołując silne bóle w danym obszarze[25]. Długotrwały ucisk na korzenie nerwowe prowadzi do zmian w mikrokrażeniu nerwu wywołując reakcję zapalną, obrzęk i zanik włókien[21, 22]. Do objawów zespołu miejscowego, poza bólem, zaliczamy przykurcz mięśni okolicy lędźwiowej oraz bolesność wyrostków kolczystych. Dochodzi do wystąpienia mechanizmu błędnego koła, gdzie ból wywołuje wzmożone napięcie mięśni, a wzmożone napięcie powoduje ból. Ruchomość kręgosłupa ulega ograniczeniu, a chory pozostaje wtedy w przymusowej pozycji, najczęściej leżącej[21, 25, 28, 29, 30]. W zespole korzeniowym pojawiają się dodatkowo ubytkowe objawy neurologiczne: osłabienie/brak odruchów, parestezje, niedowłady oraz zaburzenia czucia[21, 30]. Do objawów ubytkowych ogona końskiego występującego w przebiegu dyskopatii lędźwiowej/lędźwiowo-krzyżowej zalicza się: dysfunkcje zwieraczy, porażenie pęcherza i odbytnicy oraz zaburzenia czucia w okolicy krocza (tzw. anestezja siodłowa). Wystąpienie zespołu ogona końskiego stanowi wskazanie do operacji [21, 25, 30]. Ból jest dla odczuwającego nieprzyjemnym wrażeniem czuciowym i emocjonalnym powiązany z aktualnym bądź potencjalnym uszkodzeniem tkanek lub też opisywanym w kategoriach takiego uszkodzenia. Odczucie to powstaje w ośrodkowym układzie nerwowym w strukturach korowych, gdzie za pomocą wstępującego układu nocycyptywnego dociera informacja o zadziałaniu szkodliwego bodźca. Zarówno odczucie bólu, jak i reakcja na jego wystąpienie powstają w ośrodkowym układzie nerwowym. Ból powoduje powstanie lęku, a lęk go nasila[4, 5, 28]. Dolegliwości bólowe powodują zaburzenia snu, drażliwość, obniżają sprawność psychiczną, ruchową, seksualną i próg bólowy. Ponadto zaburzają życie chorego i jego bliskich w różnych obszarach. Są one również obciążeniem dla społeczeństwa, które jest zobowiązane, aby zapewnić środki (medyczne, naukowe i finansowe) wspierające chorego w walce o godne życie bez bólu[12, 13, 26]. Należy dodać, że pacjenci obawiają się o dalsze funkcjonowanie ze względu na ograniczenie sprawności ruchowej i nasilające się objawy powodujące

długotrwałą absencję w pracy i pogorszenie sytuacji materialnej. Pojawia się lęk przed utratą pracy, obniżenie nastroju i reakcja depresyjna [28]. Do czynników nasilających dolegliwości bólowe zalicza się również sytuację psychospołeczną chorego zwracając uwagę na niski poziom wykształcenia, monotonię i brak satysfakcji z pracy oraz złą kondycję fizyczną [17, 23]. Dodatkowo na odczuwanie bólu mają wpływ, m.in.: płeć, wiek, czynnik genetyczny, aktywność hormonów i endogennych opioidów [7].

Celem przeprowadzonych badań była ocena wpływu dolegliwości bólowych występujących u chorych z dyskopatią lędźwiową na ich funkcjonowanie w życiu codziennym.

MATERIAŁ I METODA

Badania przeprowadzono wykorzystując metodę sondażu diagnostycznego. Do zebrania materiału badawczego posłużono się standaryzowanym narzędziem wykorzystywanym do wykazania wpływu dolegliwości bólowych występujących u chorych z dyskopatią na ich codzienne funkcjonowanie, tj. Kwestionariuszem ODI. Kwestionariusz Oswestry (ODI) autorstwa Fairbanka [6] - to standaryzowane narzędzie umożliwiające ocenę niepełnosprawności wynikającej z występowania bólu w odcinku piersiowo-lędźwiowym kręgosłupa. Narzędzie to zawiera 10 pytań dotyczących zarówno nasilenia bólu, jak i jego wpływu na wydolność funkcjonalną chorego. Ocenie podlega samodzielność oraz wykonywanie podstawowych czynności tj. podnoszenie przedmiotów, chodzenie, siedzenie, stanie i spanie. Kwestionariusz obejmuje także pytania odnoszące się do funkcjonowania w sferze życia towarzyskiego, aktywności seksualnej oraz podróżowania. Odpowiedzi są klasyfikowane w przedziale od 0 do 5 pkt., przy maksimum 50 punktów. Zbiórny wynik można przedstawić również w skali procentowej od 0 do 100% i interpretuje się go w oparciu o ustalone wartości stopnia niepełnosprawności chorego [6, 10, 20]. Do subiektywnej oceny nasilenia bólu w odcinku lędźwiowo-krzyżowym kręgosłupa i bólu promieniującego do kończyn dolnych wykorzystano wzrokową skalę analogową VAS (Visual Analogue Scale). W przypadku tej skali badany określa natężenie występującego u niego bólu poprzez zaznaczenie punktu na prostej linii o długości 10 cm, przy czym wartości 0 cm oznacza stan całkowitego braku bólu, a 10 cm - najsilniejszy ból, jaki można sobie wyobrazić. Dodatkowo dla potrzeb opracowania badań własnych, wyniki zostały zinterpretowane również w oparciu o skalę opisową bólu [16]. Do oceny poziomu wsparcia społecznego chorych użyto Skali Wsparcia Społecznego D. Zarzyckiej [31]. Dane socjodemograficzne oraz uzupełniające badanie zawarto w autorskim kwestionariuszu własnym. Grupę badawczą stanowili pacjenci z potwierdzoną dyskopatią lędźwiową w liczbie 104 chorych hospitalizowani w Klinice Neurochirurgii i Neurochirurgii Dziecięcej Samodzielnego Publicznego Szpitala Klinicznego Nr 4 w Lublinie w latach 2012-2013. Analizy statystycznej zebranego materiału badawczego dokonano w programie IBM SPSS Statistics wykorzystując test Chi-2.

WYNIKI

Wyniki badania pacjentów z dyskopatią lędźwiową kwestionariuszem niesprawności powodowanej bólem - ODI wykazały, że badani osiągnęli w nim od 12 do 47 punktów, co przekłada się na wynik od 24% do 94%. Średnia liczba zdobytych punktów, to 28,09, co przekłada się na 56,17% (Tab.I.).

Tab.I. Podstawowe statystyki opisowe wyników w kwestionariuszu ODI w liczbach bezwzględnych i w procentach

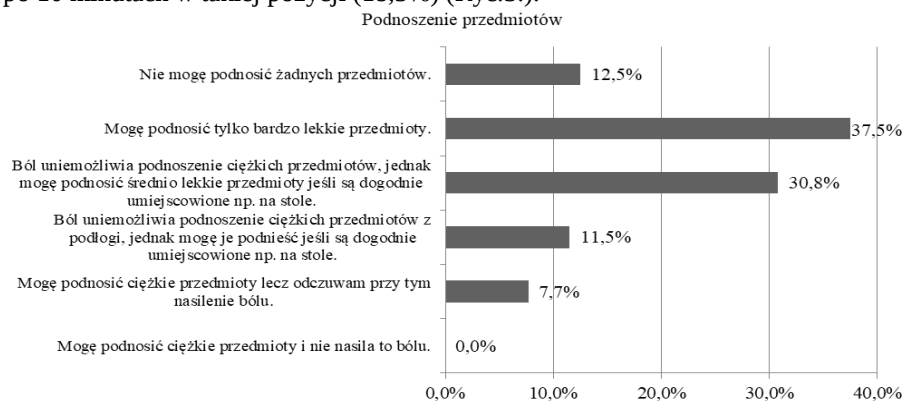
	Średnia	Odchylenie standardowe	Minimum	Maksimum
ODI	28,09	7,44	12,00	47,00
ODI %	56,17	14,88	24,00	94,00

Analiza wykazała wysoką zależność pomiędzy nasileniem bólu wg. VAS (interpretacja opisowa) w odcinku lędźwiowym kręgosłupa a niesprawnością powodowaną bólem obliczoną na podstawie wskaźnika ODI ($Rho\ Spearmana = 0,491$; $p=0,000$). Pacjenci z umiarkowanym i silnym bólem w lędźwiach częściej wskazywali na istotnie ograniczoną sprawność spowodowaną bólem, tj. 40-59% wskaźnika ODI. Natomiast bardzo silny ból i ból najsilniejszy istotnie częściej powodował u badanych znaczne upośledzenie funkcji ruchowych tj. 60-79% wskaźnika ODI. U wszystkich chorych z bólem łagodnym powstawała niesprawność umiarkowana. Oznacza to, że im większa była siła bólu kręgosłupa u pacjentów z dyskopatią lędźwiową, tym większa była ich niesprawność powodowana tym bólem obliczona za pomocą kwestionariusza ODI.

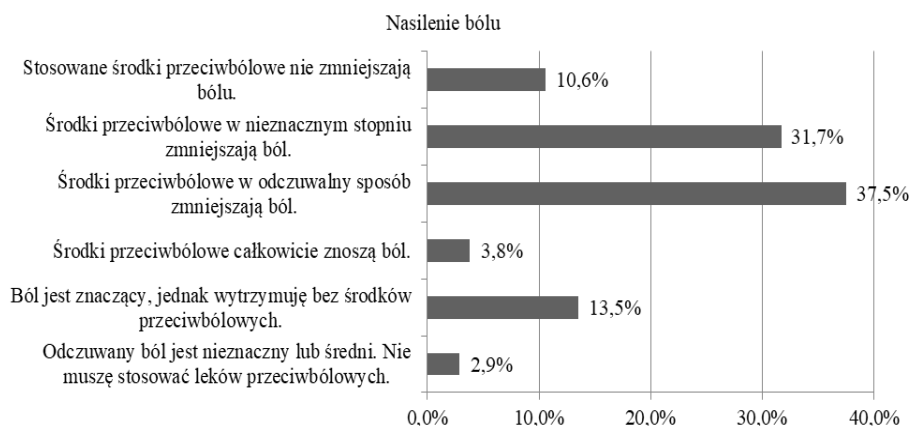
Analiza wykazała również zależność pomiędzy nasileniem bólu wg. VAS (interpretacja opisowa) promieniującego do kończyn dolnych a niesprawnością powodowaną bólem obliczoną na podstawie wskaźnika ODI ($Rho\ Spearmana = 0,425$; $p=0,000$). Pacjenci odczuwający ból najsilniejszy jaki można sobie wyobrazić istotnie częściej wykazywali upośledzenie funkcji ruchowych tj. 60-79% wskaźnika ODI oraz ograniczoną sprawność spowodowaną bólem, tj. 40-59% wskaźnika ODI. Natomiast bardzo silny ból istotnie częściej powodował u badanych znaczne upośledzenie funkcji ruchowych tj. 60-79% wskaźnika ODI. Tylko jeden respondent nie zgłaszał dolegliwości bólowych, a posiadał ograniczoną sprawność spowodowaną bólem. Oznacza to, że im większa była siła bólu promieniującego do kończyn dolnych u pacjentów z dyskopatią lędźwiową, tym większa była ich niesprawność powodowana tym bólem obliczona za pomocą kwestionariusza ODI.

W celu sprawdzenia wpływu dolegliwości bólowych na sprawności fizyczną pacjentów z dyskopatią lędźwiową wykorzystano kwestionariusz ODI. Największy wpływ na obniżenie sprawności obliczanej na podstawie ODI ma zdolność do podnoszenia przedmiotów, nasilenie bólu oraz zdolność do pozostawania w pozycji stojącej. Analizując zdolność podnoszenia przedmiotów zdecydowanie najwięcej badanych mogło podnosić tylko bardzo lekkie lub średnio lekkie przedmioty. Wyniki zawiera rycina 1 (Ryc.1.). Biorąc pod uwagę wyznacznik dotyczący nasilenia bólu analiza statystyczna wykazała, iż najczęściej środki przeciwbólowe w odczuwalny sposób zmniejszały ból. Dokładne wyniki w tej kwestii umieszczone są na

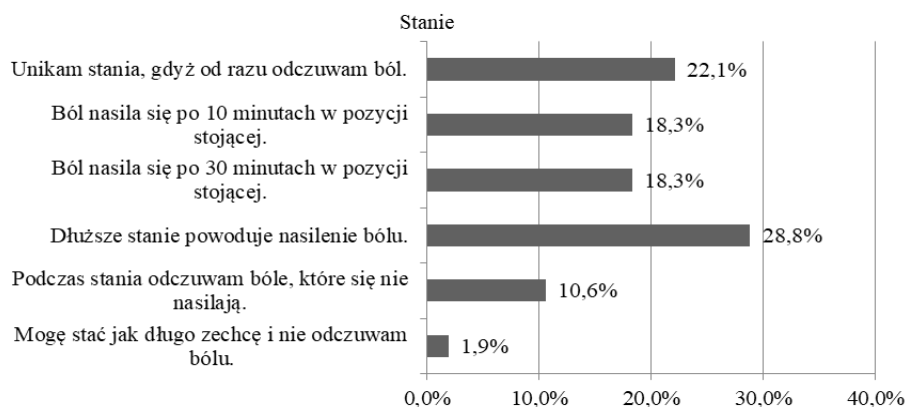
rycynie 2 (Ryc.2.). W zakresie zdolności pozostawania w pozycji stojącej najczęściej chorych deklarowało, że dłuższe stanie powoduje u nich nasilenie bólu - 28,8%, nieco mniej unikało stania, gdyż od razu odczuwali ból (22,1%). Część pacjentów deklarowała, że ból nasilał się u nich po 30 minutach w pozycji stojącej (18,3%) lub po 10 minutach w takiej pozycji (18,3%) (Ryc.3.).



Ryc. 1. Odsetek ankietowanych z dyskopatią lędźwiową a podnoszenie przedmiotów w ODI



Ryc.2. Odsetek ankietowanych z dyskopatią lędźwiową a nasilenie bólu w ODI



Ryc.3. Odsetek ankietowanych z dyskopatią lędźwiową a zdolność stania w ODI

Pozostałe ważniejsze wyniki przedstawiały się następująco:

1. Samodzielność: 50% - odczuwanie bólu podczas codziennych czynności, wykonywanie czynności wolniej i ostrożniej; 22,1% - potrzeba pomocy, jednak w dużej mierze samodzielność; 14,5% - niektóre codzienne czynności nasilają bóle, ale funkcjonowanie bez niczyjej pomocy; 11,5% - potrzeba pomocy codziennie w większości wykonywanych czynności.
2. Chodzenie: 28,8% - ból nasilający się podczas chodzenia; 29,8% - ból uniemożliwiający pokonanie większych dystansów niż 700m; 19,2% - możliwość chodzenia tylko przy pomocy kuli lub balkonika; 11,5% - ból uniemożliwiający pokonanie większych dystansów niż 1,5km; 6,7% - przebywanie w łóżku przez większą część dnia; 3,8% - swobodne chodzenie.
3. Siedzenie: 41,3% - ból uniemożliwia siedzenie dłuższe, niż pół godziny; 34,6% - ból uniemożliwiający siedzenie dłuższe niż godzinę, 5,8% - ból całkowicie uniemożliwia pozostawanie w pozycji siedzącej.
4. Spanie: 27,6% możliwość zaśnięcia pomimo odczuwanego bólu; 26,9% - ból powodujący trudności ze snem przez połowy nocy; 21,2% - ból powodujący brak snu przez ¼ nocy; 8,7% - ból uniemożliwiający jakikolwiek sen.
5. Życie towarzyskie: 35,6% - ograniczone z powodu bólu, pozostawanie większość czasu w domu; 25% - ból nie ma większego wpływu na życie towarzyskie, konieczność unikania zajęć wymagających nadmiernego ruchu, 21,2% - z powodu bólu całe życie towarzyskie ogranicza się do spotkań we własnym domu; 9,6% - brak jakiegokolwiek życia towarzyskiego z powodu bólu.
6. Aktywność seksualna: 26,9% - poważnie ograniczona z powodu bólu; 22,1% - prawie normalna, lecz powoduje nieznacznie dolegliwości bólowe; 21,2% - ból uniemożliwia im jakąkolwiek aktywność seksualną; 17,3% - prawie normalna, lecz powoduje znacznie dolegliwości bólowe.

7. Zdolność podróżowania: 31,7% - nasilenie bólu podczas podróży, dobieranie odpowiedniego sposobu podróżowania; 30,8% - ból ogranicza możliwości podróżowania; 10,6% - podróżowanie tylko w pozycji leżącej.

Wyniki badań wykazały, że poziom otrzymywanego wsparcia społecznego otrzymywanego przez chorych z dyskopatią lędźwiową jest wysoce istotnie skorelowany ze wskaźnikiem ODI (Rho -0,198; $p=0,044$). Stwierdzono, że im wyższy jest wskaźnik ODI, tym niższy poziom otrzymywanego wsparcia społecznego (korelacje ujemne). Oznacza to, że im większa była niepełnosprawność chorych z dyskopatią lędźwiową tym niższy był poziom ich wsparcia społecznego.

Analizując wpływ danych socjo-demograficznych pacjentów z chorobą dyskową w odcinku lędźwiowym kręgosłupa na wskaźnik niesprawności ODI nie stwierdzono istotnych statystycznie różnic pod względem płci badanych, ich wykształcenia i miejsca zamieszkania. Test Kruskala-Wallisa wykazał wysoce istotną statystycznie różnicę ($H=11,519$, $p=0,009^{**}$) pomiędzy wskaźnikiem ODI, a stanem cywilnym w grupie pierwszej (kawalerowie / panny) z grupą drugą (żonaty / zamężna). Jak się okazało panny i kawalerowie osiągnęli wyraźnie niższy wynik w skali ODI wyrażonej w procentach (43,43%) niż pozostałe osoby: żonate / zamężne (59,33%), wdowcy / wdowy (54,67%) oraz rozwiedzione (53,77%). Występuje również wysoce istotna statystycznie korelacja pomiędzy ODI, a wiekiem badanych – im wyższy wiek, tym wyższy wynik w kwestionariuszu ODI (Rho 0,270; $p=0,006$).

OMÓWIENIE WYNIKÓW BADAŃ

Głównym problemem pacjentów z dyskopatią lędźwiową jest ból. Dolegliwość ta upośledza funkcjonowanie chorych w życiu codziennym. W zakresie sprawności ruchowej, na którą wpływają dolegliwości bólowe odczuwane przez pacjentów z dyskopatią lędźwiową, chorzy wykazywali najczęściej upośledzenie funkcji ruchowych tj. 60-79% wskaźnika ODI oraz ograniczoną sprawność tj. 40-59%. Porównując tę sprawność z poziomem otrzymywanego wsparcia okazało się, że im wyższy był wskaźnik ODI, a tym samym większa niesprawność ruchowa, tym niższy poziom otrzymywanego wsparcia społecznego i większe zapotrzebowanie na to wsparcie. Podobne wyniki osiągnęła Czaja i wsp. [3], gdzie przebadani pacjenci z dyskopatią najczęściej osiągnęli stopień niesprawności w przedziale 41-60% oraz 61-80% wskaźnika ODI wykazując jednocześnie, że wzrost niesprawności obniża jakość życia tych pacjentów. Analiza badań własnych w zakresie czynników składających się na kwestionariusz niesprawności spowodowanej bólem ODI wykazało znaczny wpływ dolegliwości bólowych na sprawność fizyczną i funkcjonowanie w życiu codziennym chorych z dyskopatią. Radziszewski [22] w swoich badaniach również zwrócił uwagę na fakt, że pacjenci z dyskopatią lędźwiową cierpią z powodu bólu, który bezwzględnie obniża jakość życia utrudniając wykonywanie podstawowych czynności, takich jak: mycie się, ubieranie, czy załatwianie potrzeb fizjologicznych. Badania prowadzone przez Piskorz i wsp. [19] wykazały, że zmniejszenie bólu zdecydowanie poprawia aktywność fizyczną i korzystnie wpływa na jakość życia osób cierpiących z powodu rwy kulszowej będącej następstwem choroby dys-

kowej. W badaniach własnych pacjenci, opisując nasilenie bólu w ODI, najczęściej stwierdzali, że środki przeciwbólowe w odczuwalny sposób zmniejszały ból oraz w nieznacznym stopniu zmniejszały ból. W odniesieniu do kwestii samodzielności w ODI pacjenci najczęściej odczuwali ból podczas wykonywania codziennych czynności, wypełniali je więc wolniej i ostrożniej. Natomiast w zakresie podnoszenia przedmiotów mogli podnosić tylko bardzo lekkie przedmioty lub średnio lekkie, o ile były dogodnie umiejscowione. Pod względem chodzenia, siedzenia i stania pacjenci najczęściej odpowiadali, że ból nasila się podczas chodzenia, uniemożliwia im siedzenie ponad pół godziny, dłuższe stanie powoduje nasilenie bólu, a część w ogóle unika stania z tego powodu. Ponadto chorzy w zbliżonej liczbie odczuwali ból, który jednak nie przeszkadzał w zaśnięciu lub też uniemożliwiał przespanie połowy nocy oraz zaburzał sen przez 1/4 nocy. Należy dodać, że ból w dyskopatii bardzo wielu chorym poważnie ograniczał aktywność seksualną, życie towarzyskie, nasilał bóle podczas podróży i zmuszał do wyboru konkretnego sposobu podróżowania lub w ogóle ograniczał możliwości podróżowania. Średnia liczba zdobytych punktów ODI wyniosła 28,09, co przekłada się na 56,17% niesprawności. W pracy Häkkinen'a i wsp. [9] średni wynik niesprawności ODI wśród pacjentów z dyskopatią lędźwiową przed operacją wyniósł 55% , a po zabiegu 36%, u Strömqvist'a i wsp. [27] - przed 50%, po 20,5%, a w pracy Ryang'a i wsp. [24] - przed 56,7% i po 12%. Zdecydowanie dowiedli oni, że zabieg operacyjny znacznie poprawiał sprawność pacjentów z dyskopatią lędźwiową, co potwierdziły również badania Jabłońskiej i wsp. [11]. Ponadto średni procent niesprawności osób z chorobą dyskową był zbliżony do wyników badań własnych. Największy wpływ na obniżenie sprawności obliczanej na podstawie ODI ma zdolność do podnoszenia przedmiotów, nasilenie bólu oraz zdolność do pozostawania w pozycji stojącej. Na wynik wskaźnika ODI wśród chorych z dyskopatią lędźwiową miał wpływ stan cywilny pacjentów oraz ich wiek. Jak się okazało panie i kawalerowie osiągnęli wyraźnie niższy wynik niesprawności w skali ODI, co oznacza, że posiadali oni większą sprawność ruchową niż pozostałe osoby: żonate/zamężne, wdowcy/wdowy oraz rozwiedzeni. Ponadto im wyższy był wiek badanych, tym wyższy wynik osiągnęli oni w kwestionariuszu ODI, co oznacza, że wraz z wiekiem rośnie niesprawność pacjentów z dyskopatią lędźwiową. Ponadto zaznaczyła się także wysoka zależność pomiędzy nasileniem bólu wg. VAS (interpretacja opisowa) w odcinku lędźwiowym kręgosłupa oraz bólu promieniującego do kończyn dolnych a niesprawnością chorego powodowaną bólem obliczoną na podstawie wskaźnika ODI. Stwierdzono, że im większa była siła bólu u pacjentów z dyskopatią lędźwiową, tym większa była ich niesprawność powodowana bólem obliczona za pomocą kwestionariusza ODI.

WNIOSKI

1. Ból w przebiegu dyskopatii lędźwiowej obniża sprawność funkcjonalną chorych w życiu codziennym.
2. Im większa jest siła bólu kręgosłupa oraz bólu promieniującego do kończyn dolnych u pacjentów z dyskopatią lędźwiową, tym większa jest ich niesprawność powodowana tym bólem.

3. Dolegliwości bólowe najsilniej wpływają na funkcjonowanie osoby z dyskopatią lędźwiową zaburzając zdolność do: podnoszenia przedmiotów, pozostawiania w pozycji stojącej oraz obniżenia nasilenia dolegliwości bólowych.
4. Większa niesprawność pacjentów z dyskopatią lędźwiową powodowana bólem obniża poziom wsparcia społecznego tych chorych.
5. Na niesprawność osób z dyskopatią lędźwiową powodowaną bólem mają również wpływ czynniki takie jak wiek i stan cywilny.

PIŚMIENNICTWO

1. Annunen S. i wsp.: An allele of COL9A2 associated with intervertebral disc disease. *Science* 1999, 285, 409-412.
2. Borenstein D.G.: Epidemiology, etiology, diagnostic evaluation, and treatment of low back pain. *Current Opinion in Rheumatology* 2000, 12, 143-149.
3. Czaja E. i wsp.: Jakość życia pacjentów z dyskopatią lędźwiowo-krzyżową kręgosłupa. *Pielęgniarstwo Neurologiczne i Neurochirurgiczne* 2012, 3, 92-96.
4. Dobrogowski J. i wsp.: Patofizjologia i klasyfikacja bólu. *Polski Przegląd Neurologiczny* 2011, 1, 20-30.
5. Domżał T.M.: Neurologiczne postępowanie w bólach krzyża - standardy i zalecenia. *Polski Przegląd Neurologiczny* 2010, 2, 59-69.
6. Fairbank J.C., Pynsent P.B.: The Oswestry Disability Index. *Spine* 2000, 25, 2940-2953.
7. Fillingim R.B. i wsp.: Sex, gender, and pain: a review of recent clinical and experimental findings. *Journal of Pain* 2009, 5, 447-485.
8. Głodzik J. i wsp.: Ograniczenia funkcjonalne związane z bólami kręgosłupa wśród zawodowych kierowców. *Kwartalnik Ortopedyczny* 2012, 3, 316-331.
9. Häkkinen A. i wsp.: Changes in the total Oswestry Index and its items females and males pre- and post- surgery for lumbar disc herniation: a 1-year follow - up. *European Spine Journal* 2007, 3, 347-352.
10. Jabłońska R. i wsp.: Oswestry Disability Index as a Tool to Determine Agility of the Patients After Surgical Treatment of Intervertebral Disc Discopathy. *Advances In Clinical And Experimental Medicine* 2011, 3, 377-384.
11. Jabłońska R., i wsp.: Wykorzystanie Wskaźnika Funkcjonalnego Repty oraz Kwestionariusza Oswestry do oceny czynnościowej chorych leczonych operacyjnie z powodu uszkodzenia krążka międzykręgowego. *Pielęgniarstwo Neurologiczne i Neurochirurgiczne* 2014, 2, 64-74.

12. Kołęda I., Malec-Milewska M.: Pacjent z przewlekłym bólem - diagnozowanie, leczenie, wytyczne. *Praktyka Lekarska* 2010, 11, 15-16.
13. [Kułak W.](#), [Kondzior D.](#): Dyskopatia kręgosłupa odcinka lędźwiowo-krzyżowego w korelacji z natężeniem bólu, depresją i akceptacją choroby. [Problemy Higieny i Epidemiologii](#) 2010, 91(1), 153-157.
14. Maksymowicz W.: *Neurochirurgia w zarysie*. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 1999, 200-206.
15. Manek N.J., MacGregor A.J.: Epidemiology of back disorders: prevalence, risk factors, and prognosis. *Current Opinion in Rheumatology* 2005, 17, 134-140.
16. Mordarski S.: Terapia bólu w chorobie zwyrodnieniowej stawów. *Nowa Medycyna* 2002, 5, 17-23.
17. Morton M.: Zespoły bólowe kręgosłupa. *Przewodnik Lekarza* 2008, 5, 45-55.
18. Nowotny J. i wsp.: Postawa ciała a zespoły bólowe kręgosłupa. *Ortopedia Traumatologia Rehabilitacja* 2011, 1, 59-71.
19. Piskorz J. i wsp.: Central and peripheral nerve blocks as one of the methods to reduce pain and improve the quality of life of patients suffering from sciatica. W: Turowski K.: *Health and Wellness, Wellness and Health*. NeuroCentrum 2014, 2, 137-146.
20. Puolakka K. i wsp.: Risk factors back pain-related loss of work time after surgery for lumbar disc herniation: a 5-year follow-up study. *European Spine Journal* 2008, 3, 386-392.
21. Radek A., Zapałowicz K.: Choroby krążków międzykręgowych. W: Ząbek M.: *Zarys neurochirurgii*. Wydawnictwo lekarskie PZWL, Warszawa 1999, 500-518.
22. [Radziszewski K.R.](#): Porównawcza retrospektywna analiza dolegliwości bólowych u chorych na dyskopatię lędźwiową leczonych zachowawczo bądź operacyjnie. *Polski Merkuriusz Lekarski* 2006, 21, 335-340.
23. Rapała A. i wsp.: Analiza różnych czynników konstytucjonalnych, klinicznych i obrazowych u 160 osób z chorobą dyskową na podstawie własnych badań i obserwacji oraz danych z piśmiennictwa. *Chirurgia Narządów Ruchu i Ortopedia Polska* 2006, 1, 5-9.
24. Ryang Y.M. i wsp.: Standard open microdiscectomy versus minimal access trocar microdiscectomy: results of a prospective randomised study. *Neurosurgery* 2008, 1, 174-181.
25. Schirmer M.: *Neurochirurgia*. Wydawnictwo Medyczne Urban&Partner, Wrocław 1998, 91-96.

26. Sękowska A. i wsp.: Wybór terapii a skuteczność leczenia przeciwbólowego. *Nowa Klinika* 2011, 5, 5037-5041.
27. Strömqvist F. i wsp.: Gender differences in lumbar disc herniation surgery. *Acta Orthopaedica* 2008, 5, 643-649.
28. Styczyński T.: Problemy terapeutyczne związane z przewlekłym bólem i zaburzeniami napięcia mięśniowego u chorych na dyskopatię lędźwiowego odcinka kręgosłupa. *Reumatologia* 2001, 4, 390-394.
29. Świerkot J.: Bóle krzyża - etiologia, diagnostyka i leczenie. *Przewodnik Lekarza* 2006, 2, 86-98.
30. Trautsołt W.: Choroba krążka międzykręgowego - dyskopia lędźwiowa. *Neurochirurgia* 1995, 8, 36-39.
31. Zarzycka D.: Skala Pomiaru Wsparcia Społecznego. W: Kawczyńska-Butrym Z.: Diagnostyka pielęgniarska. PZWL Warszawa 1999, 222-231.
32. Żytkowski A., Durda A.: Etiopatogeneza zespołów bólowych kręgosłupa lędźwiowo-krzyżowego. *Terapia* 2005, 12, 34-37.

STRESZCZENIE

Lumbar degenerative disc disease causes severe pain. Low back pain is a basic disorder and can result in significant disability, lost work time and even depression. The aim of the study was to assess the impact of pain in patients with lumbar discopathy on their functioning in everyday life. The study was conducted in a group of 104 patients with diagnosed lumbar discopathy, admitted to Department of Neurosurgery and Children's Neurosurgery Clinic, Medical University of Lublin. The study is based on method of diagnostic survey conducted by means of a standardised survey tool –ODI (Oswestry Disability Index) questionnaire, VAS (Visual Analogue Scale), Social Support Scale. Conclusions: Pain in lumbar degenerative disc disease reduces the functional ability.

ABSTRACT

Dyskopatia lędźwiowa powoduje silne dolegliwości bólowe. Ból kręgosłupa w odcinku lędźwiowym jest dolegliwością podstawową i może skutkować znaczną niepełnosprawnością, utratą pracy, a nawet depresją. Celem przeprowadzonych badań była ocena wpływu dolegliwości bólowych występujących u chorych z dyskopatią lędźwiową na ich funkcjonowanie w życiu codziennym. Badaniem objęto grupę 104 pacjentów ze stwierdzoną dyskopatią lędźwiową przebywających w Klinice Neurochirurgii i Neurochirurgii Dziecięcej SPSK Nr 4 w Lublinie. Badania oparte są na metodzie sondażu diagnostycznego z zastosowaniem standaryzowanych narzędzi badawczych: Kwestionariusz ODI, VAS, Skala Wsparcia Społecznego. Wnioski: Ból w przebiegu dyskopatii lędźwiowej obniża sprawność funkcjonalną chorych w życiu codziennym.

Artykuł zawiera 26212 znaków ze spacjami + grafika