

Было установлено, что значимой разницы в интенсивности болевого синдрома при различной локализации и видах ОНМК не наблюдалось. Уменьшение боли в конце курса ВР происходило в группе пациентов с инфарктом головного мозга и при локализации очага поражения в правом каротидном бассейне.

Анализ степени выраженности болевого синдрома и его изменения в динамике приведены в таблице 3.

Таблица 3 — Динамика изменения выраженности болевого синдрома у пролеченных пациентов

Уровень боли	Боль в момент обследования		Самая сильная боль в течение 1 месяца		Средний уровень боли в течение 1 месяца	
	до лечения	после лечения	до лечения	после лечения	до лечения	после лечения
Нет боли	19 (39,5 %)	30 (62,4 %)	19 (39,5 %)	28 (58,2 %)	19 (39,5 %)	25 (52 %)
Слабая боль	7 (14,6 %)	9 (18,7 %)	2 (4,2 %)	3 (6,24 %)	6 (12,5 %)	10 (20,1 %)
Умеренная боль	20 (41,6 %)	7 (14,6 %)	24 (49,9 %)	15 (31,2 %)	22 (45,8 %)	11 (22,9 %)
Сильная боль	2 (4,2 %)	2 (4,2 %)	3 (6,24 %)	2 (4,2 %)	1 (2,1 %)	2 (4,2 %)

Таким образом, после курса реабилитации пациентов с использованием технологии виртуальной реальности увеличилось число пациентов, у которых болевой синдром исчез либо его интенсивность уменьшилась.

Выводы

При проведении курса реабилитации пациентов с постинсультным болевым синдромом с использованием системы виртуальной тренировки зарегистрировано уменьшение интенсивности болевого синдрома. Мультимодальное афферентное воздействие было наиболее эффективно у лиц с инфарктами головного мозга, которые были локализованы в правом каротидном бассейне.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Jones, T. The Impact of Virtual Reality on Chronic Pain / T. Jones, T. Moore, J. Choo / PLoS One. – 2016 – Vol. 11 (12). – P. e0167523.
2. Virtual Reality as a Clinical Tool for Pain Management / A. Pourmand [et al.] / Curr Pain Headache Rep. – 2018 – Vol. 22 (8). – P. 53.
3. Tack, C. Virtual reality and chronic low back pain / C. Tack // Disabil Rehabil Assist Technol. – 2021 – Vol. 16 (6). – P. 637–645.

УДК 616-009.7-036.82-053.9:[616.89-008.441.1:159.946.2]

Ю. В. Ходькова, Н. Н. Усова

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

ВЛИЯНИЕ КИНЕЗИОФОБИИ НА КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ПОЖИЛЫХ ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЬЮ

Введение

Одним из актуальных вопросов последнего столетия является увеличение продолжительности жизни населения в связи с глобальным феноменом постарения населения.

В декабре 2020 года была утверждена стратегия «Активного долголетия 2030». Ее целью является создание условий для наиболее полной и эффективной реализации потенциала пожилого населения, стабильного повышения качества их жизни. Национальная Стратегия включает в себя ряд главных задач, в числе которых хочется выделить именно создание условий для здоровой и безопасной жизни, активного долголетия для устойчивого повышения продолжительности, уровня и качества их жизни [1]. Что же включает в себя понятие качество долголетия? Оно является комплексным и представляет собой совокупность физического, психического, эмоционального состояния, интеллектуальной сферы и общекультурных факторов, которые вкуче являются ключевыми составляющими полноценного функционирования в обществе и определяют удовлетворённость человека жизнью [2]. А учитывая, что хроническая боль широко распространена среди пожилых людей, причем ее наличие сопряжено со значительными страданиями, инвалидностью, социальной изоляцией, большими затратами, а также нагрузкой на систему здравоохранения, рассмотрение данной проблемы является одним из основных подходов к реализации «качественного долголетия».

Хроническую боль у пациентов пожилого возраста сравнивают с молчащей эпидемией [3]. Согласно эпидемиологических исследований пожилой возраст является фактором риска хронической боли и болезненных состояний, а одним из самых распространенных гериатрических синдромов является боль в спине [4]. Наличие хронической боли всегда влечет за собой снижение активности и мобильности пациентов, также наличие стойкого болевого синдрома приводит к развитию страха движения у пациентов — кинезиофобии, результатом которой становится выбор неадаптивных стратегий преодоления хронической боли. Данное состояние сопряжено не столько с выраженностью боли, как именно со страхом нанести себе повреждение в результате двигательной активности и возможностью вызвать обострение болезни. У пациента формируется определенная модель болевого поведения и увеличивается вероятность инвалидизации, в которой психологические факторы превосходят имеющиеся биомеханические нарушения позвоночного столба, суставов и конечностей [5].

Цель

Определить наличие кинезиофобии, депрессии и их влияния на качество жизни среди пациентов старше 60 лет с хроническим болевым синдромом при дегенеративных заболеваниях позвоночника.

Материалы и методы исследования

Исследование проводилось на базе учреждения «Гомельская университетская клиника — областной госпиталь ИОВ» в терапевтических отделениях с предварительно полученным информированным согласием пациентов.

Было обследовано 30 пациентов, из них 26 — женщины и 4 — мужчины, с хронической болью в спине при дегенеративных заболеваниях позвоночника. Субъектами были пациенты в возрасте ≥ 60 лет, средний возраст респондентов составил $74 \pm 6,8$ года. При выборе группы пациентов критерием включения являлось наличие боли в течение минимум 3-х месяцев, и степень ее выраженности определялась как ≥ 4 по визуально-аналоговой шкале. Критериями исключения являлись: хроническая онкологическая боль, деменция, выраженная когнитивная дисфункция. В процессе обследования пациентов были использованы следующие опросники: визуально-аналоговая шкала боли, опросник Бека для определения наличия депрессивного расстройства и его количественной оценки. Для установления наличия кинезиофобии, а также уровня ее психологической

и физической составляющей использовался опросник «Шкала Тампа». С целью оценки качества жизни применялся опросник SF-36. Статистическая обработка выполнена при помощи программ «Microsoft Excel».

Результаты исследования и их обсуждение

Результаты исследования шкалы Тампа показали, что у 30 респондентов имелась кинезиофобия различной степени выраженности: у 27 человек (90 %) — средний уровень. В данной группе суммарный индекс варьировал от 31 до 54, у остальных участников исследования (10 %) суммарный балл кинезиофобии составил 58 и 59 баллов, что определяется как высокий уровень выраженности. При анализе психологической составляющей кинезиофобии средний уровень выраженности определился у 27 человек (90 %), а высокий у 3-х (10 %). Низкий уровень физической составляющей был выявлен у двоих респондентов (6,7 %), средний — у 24 (80 %), а высокий — у 4 (13,3 %), причем следует отметить, что именно шкала «физической составляющей кинезиофобии» отражает опыт взаимодействия пациента с телесной болью. При определении депрессии по шкале Бека у человек 9 (30 %) симптомы депрессии отсутствовали, в 7 (23 %) случаях определена легкая депрессия, у 8 (27) — умеренная, у 5 (17 %) — выраженная, а один человек (3 %) набрал 31 суммарный балл, что соответствует тяжелой депрессии. При трактовке полученных данных, среди пациентов с умеренной и выраженной депрессией, в каждом случае суммарный индекс кинезиофобии, а также психологической и физической составляющей оказался средней выраженности. При анкетировании путем опросника SF-36, было выявлено снижение качества жизни в данной группе обследованных пациентов: показатели состояния общего физического благополучия составили 31 [22; 47] балла, состояние общего душевного благополучия — 33 [22; 63] балла.

Выводы

Результаты исследования выявили наличие кинезиофобии у всех респондентов. В более чем половине случаев у пациентов определялась депрессия различной степени выраженности, а также у всех пациентов данной группы было выявлено снижение качества жизни. Таким образом, необходимо своевременное определение составляющих болевого поведения, исследование психоэмоциональной сферы пациентов с целью их таргетной коррекции и выбора оптимальной персонализированной тактики ведения пациентов.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. О Национальной стратегии Республики Беларусь «Активное долголетие – 2030» [Электронный ресурс]: постановление Совета Министров Респ. Беларусь, 3 декабря 2020 г. № 693 // Национальный правовой Интернет-портал Республики Беларусь. – Режим доступа: <https://www.oshmiany.gov.by/uploads/files/TTsSON/Postanovlenie-ot-03.12.2020-693-O-natsionalnoj-strategii-Aktivnoe-dolgoletie-2030.pdf>. – Дата доступа: 22.06.2021.
2. Концепция политики активного долголетия: научно-методологический докл. к XXI Апр. Междунар. науч. конф. по проблемам развития экономики и общества, Москва, 2020 г. / под ред. Л. Н. Овчаровой, М. А. Морозовой, О. В. Синявской; Нац. исслед. ун-т «Высшая школа экономики». – М.: Изд. дом Высшей школы экономики, 2020. – 7 с.
3. Domenichiello A. F., Ramsden C. E. The silent epidemic of chronic pain in older adults. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry*. 2019 Jul 13;93:284-290. doi: 10.1016/j.pnpbp.2019.04.006. Epub 2019 Apr 17. PMID: 31004724; PMCID: PMC6538291.
4. Распространённость гериатрических синдромов у лиц в возрасте старше 65 лет: первые результаты российского эпидемиологического исследования ЭВКАЛИПТ / О. Н. Ткачева [и др.] // РКЖ. – 2020. – № 10. – С. 168–178.
5. Усова, Н. Н. Особенности развития болевых синдромов в пожилом возрасте /Н.Н. Усова, Ю.В. Ходькова // Медицинские новости. – 2022. – № 2. – С. 24–27