

ли, что им лучше было бы умереть, а также 0,7 % выбрали ответ «я чувствую, что моей семье было бы легче, если бы я умер».

Следует отметить, что ответы, указывающие на редкое возникновение мыслей о суициде, являются, по нашему мнению, ситуационными для молодых людей и не вызывают тревоги, в отличие от ответов, выражающих желание уйти из жизни.

### **Выводы**

Проведенный углубленный анализ полученных результатов позволил сделать основной вывод: эмоциональное состояние подавляющего большинства респондентов, за исключением единичных случаев, является устойчивым, целенаправленным. Это свидетельствует о позитивной и жизненно утверждающей установке на решение жизненных вопросов студентов. Установлено, что 1) излишних переживаний, непонимания, одиночества, отчужденности и обид в коллективе нет; 2) чувства вины, стыда, оскорбленного самолюбия не установлено; 3) депрессивные состояния у отдельных студентов носят эпизодический характер и существенно не влияют на учебный процесс на фоне жизнеутверждающих и позитивных установок.

Таким образом, анализ психоэмоционального состояния студентов показал, что, несмотря на трудности, возникающие в процессе адаптации к обучению в вузе, большинство из них уверенно себя чувствуют в новом коллективе. Они могут сконцентрироваться на достижении поставленных целей, самокритично относиться к своим действиям, а также найти положительные моменты в любой ситуации, следовательно, способны к моральной поддержке, что немаловажно в профессиональной деятельности врача.

Дальнейшие исследования в этой сфере актуальны и будут направлены на разработку мероприятий по укреплению психического здоровья студентов медицинских университетов.

### **ЛИТЕРАТУРА**

1. Акарачкова, Е. С. К вопросу диагностики и лечения психовегетативных расстройств в общесоматической практике / Е. С. Акарачкова // лечащий врач. — 2010. — № 10 [Электронный ресурс]. — Режим доступа: [www.lvgtach.ru](http://www.lvgtach.ru). (дата обращения: 10.12.2020).
2. Васильева, А. Н. О суицидальном риске у студентов-медиков / А. Н. Васильева, С. С. Щепеткова // ИСОМ. — 2015. — Т. 7, № 3. — С. 179–180.
3. Елисеев, О. П. Конструктивная типология и психодиагностика личностей / О. П. Елисеев // Издательство Псковского областного института усовершенствования учителей. — 1994. — С. 63–69.
4. Ильин, Е. П. Эмоции и чувства / Е. П. Ильин. — СПб., 2001. — С. 505–507.

**УДК [616.89-008.441.1-045.72:616-053.9-009.7-036.12]:159.942.5**

## **КИНЕЗИОФОБИЯ И ЕЕ ВЗАИМОСВЯЗЬ С ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНЫМ СТАТУСОМ ПАЦИЕНТОВ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА С ХРОНИЧЕСКИМ БОЛЕВЫМ СИНДРОМОМ**

**Ходькова Ю. В., Абдуллаева Д. Т., Никитенко Е. В.**

**Учреждение образования**

**«Гомельский государственный медицинский университет»**

**г. Гомель, Республика Беларусь**

### **Введение**

Кинезиофобия (КФ) — чрезмерный, иррациональный и ослабляющий личность страх движения, обусловленный чувством собственной хрупкости и уязвимости, а также предрасположенности к травматизации [1].

Как правило, кинезиофобия связана не столько с болью, сколько со страхом нанести себе повреждение и спровоцировать очередное обострение болезни. Описанный феномен исследовался на различных контингентах больных: с ишемической болезнью сердца, с острым нарушением мозгового кровообращения, с

острой и хронической болью в нижней части спины, шее. Выявлена прогностическая ценность конструкта в отношении хронификации заболевания и возможных рисков инвалидизации. Сама по себе кинезиофобия представляет собой конструкцию, а не фактическое заболевание или патологическое состояние.

Полноценная жизнедеятельность каждого индивида возможна лишь при определенном уровне двигательной активности. Основными клиническими проявлениями патологических состояний являются недостаточность объема движений и выраженный болевой компонент, которые позволяют рассматривать их как единое целое в контексте влияния на психическую составляющую длительного течения заболевания [2].

Данный феномен исследован недостаточно, однако клиническая значимость двигательной активности в реабилитационный период имеет неоспоримый характер, что указывает на необходимость тщательного изучения кинезиофобии как фактора, непосредственно снижающего эффективность реабилитационных мероприятий.

Актуальность статьи заключается в необходимости изучения возможностей повышения качества жизни пожилых пациентов с хроническим болевым синдромом при дегенеративных заболеваниях позвоночника. По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), пожилой возраст наступает в 60 и продолжается до 74 лет. В Республике Беларусь доля людей старше 65 лет составляет 15,2 % [3].

#### **Цель**

Выявить наличие и степень выраженности кинезиофобии у пациентов старше 60 лет с хроническим болевым синдромом при дегенеративных изменениях позвоночника в анамнезе, проходивших лечение на стационарном этапе.

#### **Материал и методы исследования**

Исследование проводилось на базе учреждения «Гомельский областной клинический госпиталь инвалидов Отечественной войны» в 1-м, 2-м, 3-м терапевтических отделениях, отделении сосудистой хирургии с предварительно полученным информированным согласием пациентов.

Было обследовано 20 пациентов. Для измерения уровня кинезиофобии использовался опросник «Шкала Тампа».

С целью определения интенсивности и характера боли применялись опросники ВАШ и DN4. С целью оценки качества жизни применялся опросник SF-36. Также у каждого из пациентов анализировался психоэмоциональный статус путем определения уровня депрессии по шкале Бека, а также уровня реактивной и личностной тревожности по Спилбергеру-Ханину.

Статистическая обработка данных осуществлялась с использованием компьютерных программ «Microsoft Excel» и «Statsoft Statistica 12.0».

#### **Результаты исследования и их обсуждение**

Всего обследовано пациентов — 20, из них женщин — 14 (70 %), мужчин — 6 (30 %), средний возраст женщин составил  $64,85 \pm 5,71$ , мужчин —  $68,5 \pm 2$ .

По результатам опросника «шкала Тампа», который позволяет объективизировать страх передвижения и страх травматизации/ретравматизации во время движения. Суммарный показатель кинезиофобии: 18 (90 %) респондентов показали средний уровень, 2 (10 %) пациента — высокий уровень. Психологическая и физическая составляющая представлена в таблице 1.

Таблица 1 — Психологическая и физическая составляющая кинезиофобии

Кинезиофобия и ее составляющая	Средний уровень	Высокий уровень
Психологическая составляющая	3 (15 %)	17 (85 %)
Физическая составляющая	15 (75 %)	5 (25 %)

Ни один пациент не показал отсутствие либо низкий уровень выраженности кинезиофобии. Средний уровень психологической составляющей  $21,2 \pm 3,4$ , физической —  $22,3 \pm 6,24$ .

По шкале ВАШ в данной группе 1 (5 %) пациент отмечал слабую боль, 9 (45 %) — умеренную 10 (50 %) — сильную. Из 10 пациентов, 2 оценили свою боль в 9 баллов, как невыносимую.

По результатам опросника DN4, 12 (60 %) пациентов имеют результат 4 и выше, что свидетельствует о нейропатическом компоненте боли.

SF-36 оценивает качество жизни, было выявлено, что наибольший результат ( $>35$ ) показали 8 (40 %) пациентов, что означает снижение качества жизни при хроническом болевом синдроме.

У пациентов с выраженной кинезиофобией — 17 (85 %), уровень личностной тревожности составил  $34,2 \pm 7,3$  баллов, реактивной —  $46,4 \pm 2,13$ , высокий уровень личностной тревожности наблюдался у 9 (52,9 %) пациентов из 17, реактивной — 13 из 17 пациентов. Средний уровень депрессии по шкале Бека —  $16,1 \pm 3,6$ . На рисунке 1 представлены данные 17 пациентов с выраженной кинезиофобией по уровню депрессии.

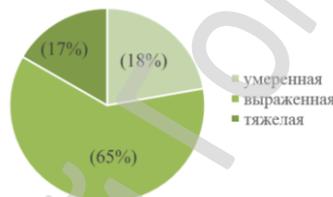


Рисунок 1 — Уровень депрессии у пациентов с выраженной кинезиофобией

### Выводы

Среди пациентов в возрасте старше 60 лет с хроническим болевым синдромом при дегенеративных заболеваниях позвоночника распространенность кинезиофобии очень высока, в данном исследовании определена у 100% респондентов в различной степени выраженности. Проявления кинезиофобии необходимо диагностировать своевременно, так как высокие показатели свидетельствуют о необходимости проведения более углубленного психодиагностического исследования, с целью проведения психокоррекционных мероприятий, фармакотерапии болевого синдрома.

### ЛИТЕРАТУРА

1. Котельникова, А. В. Апробация методики измерения кинезиофобии у больных с нарушением двигательных функций / А. В. Котельникова, А. А. Кукшина // Экспериментальная психология. — 2018. — Т. 11, № 2. — С. 50–62.
2. Медведева, Л. А. Выраженность расстройств тревожно-депрессивного спектра у пациентов с хронической головной болью / Л. А. Медведева, О. И. Загоруйко, Г. Е. Шевцова // Анестезиол. и реаним. — 2016. — С. 61–67.
3. Всемирная организация здравоохранения [Электронный ресурс]. — Режим доступа: <https://www.who.int/ageing/about/facts/ru/>. — Дата доступа: 20.10.2020.

УДК 616.74-007.23:616.711-002.16-009.7-036.12-053.88

## АНАЛИЗ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ И ВЫРАЖЕННОСТИ САРКОПЕНИИ СРЕДИ ЛИЦ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА С ХРОНИЧЕСКИМ БОЛЕВЫМ СИНДРОМОМ ПРИ ДЕГЕНЕРАТИВНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ПОЗВОНОЧНИКА

Ходькова Ю. В., Глянько К. Ю., Кавтунова А. С.

Учреждение образования  
«Гомельский государственный медицинский университет»  
г. Гомель, Республика Беларусь

### Введение

Саркопения — прогрессирующее генерализованное заболевание скелетных мышц, приводящее к потере мышечной массы и снижению мышечной функции [1].