

УДК 616.89-008.44-02:615.825

Маляренко Ю.О.¹, Різник О.І.²

¹ канд. мед. наук, доц. НУ «Запорізька політехніка»

² доц. ЗДМУ

ВПЛИВ КІНЕЗОТЕРАПІЇ НА ПСИХОЕМОЦІЙНИЙ СТАН ПАЦІЄНТІВ

Сьогодні добре відомо, що у значної частини пацієнтів, які мають хронічний біль, особливо старших вікових груп, розвиваються різні за характеромі вираженості порушення нервово-психічної сфери. Це негативно позначається на результатах лікування, ефективності реабілітації, працездатності і соціальному статусі пацієнтів [1, 2].

Мета дослідження. Вивчення впливу лікувальної фізичної культури та кінезотерапії на психоемоційний стан пацієнтів.

Матеріали та методи. Для реалізації встановлених задач, нами було вивчено стан 54 пацієнтів, які знаходилися під наглядом в клініці терапії та реабілітації суглобів і хребта OrtoSano, м. Запоріжжя. В групу спостереження було включено пацієнтів з порушенням психоемоційного стану на тлі хронічного больового синдрому викликаного дегенеративно – дистрофічними захворюваннями хребта та 32 особи контрольної групи. Серед них в групі спостереження: чоловіків – 28 (51,9 %), жінок – 26 (48,1 %). середній вік чоловіків складав $59,4 \pm 9$ років, жінок – $52,6 \pm 8,4$ роки. Контрольна група була порівнянна за статтю та віком з групою спостереження. Всі досліджувані проходили курс комплексної фізичної реабілітації з використанням кінезотерапії. Психологічний компонент здоров'я вивчався за допомогою шкал: психічне здоров'я; рольове функціонування, обумовлене емоційним станом; соціальне функціонування; життєва активність [3, 4]. Математична обробка даних

проводилася за допомогою пакета статистичних програм STATISTICA 12.0 (StatSoft inc.) і пакету статистичного аналізу Microsoft Excel 2010.

Отримані результати. Оцінка психоемоційного стану пацієнтів основної групи показала наявність високого рівня тривоги за шкалою самооцінки особистісної та реактивної тривоги Спілбергера, шкалою самооцінки тривоги Шихана і госпітальної шкалою оцінки тривоги в порівнянні зі здоровими. Суб'єктивно відчуття внутрішньої тривоги проявлялося у пацієнтів наявністю внутрішньої напруги, занепокоєння, почуття страху, порушення сну, вегетативної дисфункції у вигляді тахікардії, пітливості. У той же час у цих хворих спостерігалася субклінічно виражена депресія, оцінена за шкалою депресії і шкалою самооцінки депресії Цунга. На головні болі скаржилися – 30 (56 %), тривожні розлади відмічали – 18 (34 %), порушення астеничного характеру відзначалися у 39 (73 %) пацієнтів. Симптоми депресії та розлади настрою виявлялися у 43 (80,4 %) пацієнтів, серед них 36,2 % пацієнтів відповідали критеріям великої депресії, у 27,8 % – критеріям дистимії. Більш ніж у половини пацієнтів, переважно жіночої статі, було виявлено сильний кореляційний зв'язок між ХБС і депресивними розладами ($r = + 0,68$). Порушення сну та безсоння мали 48 (89 %) пацієнтів, з них майже 71 % склали пацієнти чоловічої статі. Виразність больового синдрому у обстежених пацієнтів не завжди залежала від ступеня дегенеративно – дістрофічних змін, але досить сильно впливала на якість життя і нервово – психологічний статус пацієнтів. За результатами анкетування всіх хворих показник якості життя з використанням опитувальника Освестрі склав $(41,2 \pm 3,6) \%$.

Висновки. Таким чином, в останні роки було доведено, що фізичні навантаження малої і помірної потужності можуть призводити не тільки до фізичної, а й психологічної реабілітації, тобто вони виконують кардіопротекторну і нейропротекторну дію. Як у контрольній групі, так і у хворих з хронічними захворюваннями відзначалося достовірне підвищення стрессорної стійкості, зниження тривожності і депресії, поліпшення настрою і самооцінки. Встановлено корекційний ефект кінезотерапії при дефіциті уваги, а також більш виражений вплив на рівень депресії. Включення в комплексну терапію таких пацієнтів курсу комплексної фізичної реабілітації з використанням елементів кінезотерапії може сприяти не тільки усуненню тривожно-депресивних і психовегетативних розладів, але і більш значного зниження інтенсивності больових відчуттів.

СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

1. Быков, А.Т. Обоснование принципов составления программ двигательной активности для оздоровления и реабилитации / А.Т.Быков [и др.] // Физкультура в профилактике, лечении и реабилитации. 2008. № 2. С. 43-49.
2. Angevaren, M. Physical activity and enhanced fitness to improve cognitive function in older people without known cognitive impairment / M.Angevaren, G.Aufdemkampe, H.L.Verhaar [et al] // Cochrane Data base Syst. Rev. 2008 Apr. Vol. 16, No 2. CD005381.
3. Швечикова В.П. Оцінка показників якості життя, як критерій ефективності лікування у хворих на остеоартроз / В.П. Швечикова // Природні і медичні науки: молодіжний наук.форум: за матеріалами XXIII междун. студ. наук.-практ.конф. - М., 2015. - № 4. - С. 22
4. SF-36 Health Survey. Manuel and Interpretation Guide / J.E. Ware [et al.]; ed. R. Lincoln. – QualityMetric Incorporated, 2000. – 23 p.