

Сергейчик Д. В., Ходосок М. М.

СТРУКТУРА ВЫБОРА СТРАТЕГИЙ ПРЕОДОЛЕНИЯ БОЛИ СРЕДИ ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМИ НЕВРОПАТИЧЕСКИМИ И НЕНЕВРОПАТИЧЕСКИМИ БОЛЯМИ У ЖИТЕЛЕЙ РБ

Научный руководитель ассист. Андреева М. А.

Кафедра нервных и нейрохирургических болезней

Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск

Актуальность. По данным Европейского общества боли, хронической болью в Европе страдает около 100 миллионов человек. Лечение хронической боли требует комплексного подхода и активного участия как врача, так и пациента. Наличие хронического болевого синдрома (ХБС) влияет на психоэмоциональный профиль пациента и ведет к формированию им различных стратегий преодоления болей, как адаптивных, так и дезадаптивных.

Цель: улучшить точность оценки качества жизни пациента с ХБС путем изучения структуры стратегий преодоления боли.

Материалы и методы. Для характеристики боли и оценки стратегий преодоления боли использовалось три опросника: PainDetect, шкала катастрофизации боли, опросник стратегий преодоления хронической боли. Опрошено 100 пациентов в возрасте от 28 до 85 лет и длительностью болевого синдрома от 3 месяцев до 54 лет, находящихся на лечении в 2018-2019гг во 2 и 4 неврологических отделениях ГУ «Минский научно-практический центр хирургии, трансплантологии и гематологии». Полученные данные были обработаны с помощью программы STATISTIKA.

Результаты и их обсуждение. Основными ценностными понятиями в группах были выбраны здоровье (55 человек) и семья (26 человек). Среди пациентов, считающих главной ценностью в своей жизни здоровье, удельный вес преобладания дезадаптивных стратегий преодоления боли, - 58,1% ($m_p = 0,82$), адаптивных — 16,1% ($m_p = 1,16$); среди пациентов, назвавших главной жизненной ценностью семью, дезадаптивные стратегии преобладают в 37,5% случаев ($m_p = 1,4$), адаптивные - в 12,5% случаев ($m_p = 1,65$). Среди пациентов, считающих главной ценностью в своей жизни здоровье, катастрофизация отсутствует у 23,6% ($m_p = 1,18$), а среди пациентов, назвавших главной жизненной ценностью семью, катастрофизация отсутствует у 7,7% ($m_p = 1,88$). Вероятность случайной ошибки $p < 0,05$.

Среди работающих пациентов преобладают нейтральные стратегии - 40,9% ($m_p = 1,16$), у лиц нетрудоспособного возраста преобладают дезадаптивные стратегии - 63,3% ($m_p = 0,87$), у лиц с инвалидностью нет выраженного преобладания какого-либо типа стратегии, при этом имеется умеренная корреляция с уровнем катастрофизации ($r = 0,53$).

Среди пациентов, преимущественно прибегающих к дезадаптивным стратегиям, преобладает высокая катастрофизация - 73,1% ($m_p = 1,01$), у прибегающих к адаптивным — низкая 31,4% ($m_p = 1,4$), у людей с нейтральной ориентацией чаще отсутствует катастрофизация хронической боли - 57,1% ($m_p = 1,24$).

У лиц с длительностью ХБС более 10 лет удельный вес дезадаптивных стратегий преодоления боли, - 56,4% ($m_p = 1,06$), менее 10 лет - 43,4% ($m_p = 5,68$), при $p < 0,05$.

Вывод. У пациентов с ХБС, особенно при длительном его течении, часто встречаются дезадаптивные стратегии преодоления хронической боли, что может влиять на качество жизни пациента, комплаенс с лечащим врачом и результаты его лечения. Раннее обучение адаптивным моделям поведения, ориентирование пациента на социализацию и отношения с семьей вместо акцентирования внимания на здоровье (и, как следствие, на своей болезни) может помочь сформировать у пациента правильное отношение к своей патологии и повысить приверженность лечению.