

Бербека В. И., Морозова Е. А.

КИНЕЗИОФОБИЯ У ПОЖИЛЫХ ЛЮДЕЙ ПРИ ПОЯСНИЧНОМ ОСТЕОХОНДРОЗЕ

Научный руководитель ассист. Ходькова Ю. В.

*Кафедра неврологии и нейрохирургии с курсами медицинской реабилитации,
психиатрии и ФПКиП*

Гомельский государственный медицинский университет, г. Гомель

Остеохондроз — это дегенеративное и дистрофическое изменение межпозвоночного диска, характеризующееся длительным хроническим течением с развитием воспаления асептического типа при участии провоспалительных цитокинов и фактора некроза опухоли альфа. Данный процесс начинается с дегидратации, уплощения ядра межпозвоночного диска, расслоения и образования в нем трещин, и последующим выпадением ядра межпозвоночного диска в позвоночный канал с образованием грыжи и ущемлением корешков и нервов. Значимым клиническим проявлением межпозвоночной грыжи является болевой синдром, в частности ишалгия, с иррадиацией боли по задней бедренной поверхности и голени. Боль при этом имеет колющий и жгучий характер и приводит к парестезии, онемению и слабости в конечности. Остеохондроз поясничного отдела позвоночника – частая причина дорсалгий среди геронтологического профиля. Симптомами являются болезненность в поясничной области и распространением ее по травмированному нерву. Встречаемость остеохондроза поясничного отдела позвоночника среди пожилых людей составляет до 50% неврологического профиля, что является серьезной проблемой и актуальной темой для обсуждения, поиска оптимизированных способов оценки болевого синдрома и диагностики степени заболевания, а также комплексного подхода в выборе лечения. В развитии болевого синдрома принимают участие как физическое ощущение боли, так и психическая и эмоциональная боязнь повторного ее восприятия. К последним многие клиницисты относят психологическое состояние пациента, которое проявляется в чрезмерной боязни болезненных ощущений при совершении активных движений и, как следствие, заметное их снижение, усилении депрессии. Данное состояние описывается термином «кинезиофобия». В таком случае пациенты воспринимают себя как «хрустальную вазу».

Кинезиофобия строится на болезненном опыте движений и не желанием пережить данные ощущения повторно. Это связано с пониманием пациентом дегенеративных изменений и непрочности собственных тканей в частности костей, а также наличии хронического болевого синдрома, при котором резкие и амплитудные движения приводят к умеренной либо выраженной болезненности. Одним из основных способов измерения интенсивности кинезиофобии является «шкала Тампа», которая содержит опросник из 17 вопросов. Диапазон баллов находится в интервале 17-68 баллов. Высокие результаты указывают на пропорциональное увеличение боязни движений, проявляющаяся скованностью, избыточной осторожностью, медлительностью движений, а также избеганием дополнительных действий и манипуляций. Такое поведение ведет к постепенной атрофии мышц и последующей инвалидизации пациента. Среди 17 пунктов «шкалы Тампа» большая часть отвечает за физическую боязнь телесной боли, а остальная часть вопросов за невозможность разрешения проблемы пациента. При анализе литературных источников и исследований с применением «шкалы Тампа» для оценки степени кинезиофобии было выявлена очень высокая её встречаемость среди пациентов с дегенеративными заболеваниями позвоночника геронтологического профиля. Из числа обследованных пациентов значительное проявление кинезиофобии обеспечивается из-за предшествующего опыта физической боли у пациентов с дегенеративными заболеваниями позвоночника или опыта потери опоры, контроля, силы в мышцах. Таким образом кинезиофобию можно рассматривать как объект коррекции при комплексном подходе к лечению поясничного остеохондроза.