

Юрій Попадюха, Алла Альошина, Антон Альошин. Тренажери Tergumed зі зворотним зв'язком у технологіях фізичної реабілітації, профілактики захворювань та пошкоджень хребта. У статті розглянуто особливості застосування комплексу тренажерів Tergumed зі зворотним зв'язком для забезпечення реабілітаційних та профілактичних технологій. **Мета роботи** – аналіз конструктивних і функціональних особливостей тренажерів Tergumed для забезпечення фізичної реабілітації, профілактики захворювань та пошкоджень хребта.

Ключові слова: хребет, пошкодження, захворювання, профілактика, фізична реабілітація, технічні засоби, зворотний зв'язок.

Yuriy Popadiukha, Alla Aleshin, Anton Aleshin. Tergumed Training Simulators with Feedback in Technologies of Physical Rehabilitation, Prevention of Diseases and Spine Injuries. In the article it was observed the peculiarities of using the complex of training simulators Tergumed with feedback to ensure rehabilitation and prevention technologies. The **objective** of the work is to analyze the structural and functional features of Tergumed training simulators for ensuring of physical rehabilitation, prevention of diseases and spine injuries.

Key words: spine, injury, damage, prevention, physical rehabilitation, technical aids, feedback.

УДК 796.035 – 615.82

*Анна Сайчук,
Ольга Скомороха*

Вплив комплексної диференційованої програми фізичної реабілітації на якість життя та больовий синдром пацієнтів із шийно-грудним остеохондрозом та гіпертонічною хворобою

Національний університет фізичного виховання та спорту України (м. Київ)

Постановка наукової проблеми та її значення. Досить частою причиною кардіологій є патологія шийно-грудного відділу хребта, що призводить до значних економічних утрат унаслідок поширеності серед осіб працездатного віку [2; 3]. Вивчення віку хворих, у якому з'являються перші клінічні прояви остеохондрозу, засвідчило, що 37 % із них хворіють у віці 30 років, а 44,6 % – після 40 [5; 9; 10; 13; 14]. Частота поєднання артеріальної гіпертонії з остеохондрозом шийно-грудного відділу хребта у звичайній популяції складає 50–60 % [8; 13], що ставить цю проблему як актуальне завдання сучасної фізичної реабілітації. Якість життя, будучи суб'єктивною комплексною характеристикою фізичного, психологічного, емоційного та соціального функціонування людини, завжди пов'язана зі здоров'ям людини й уможливує кількісну оцінку суб'єктивних відчуттів і розширення уявлення про стан хворого в цілому [1].

Аналіз досліджень цієї проблеми. Експертами ВООЗ якість життя (ЯЖ) визначено як «спосіб життя в результаті комбінованої дії факторів, що впливають на здоров'я, щастя, включаючи індивідуальне благополуччя в навколишньому середовищі, задовільну роботу, освіту, соціальний успіх, а також свободу, можливість вільних дій, справедливість і відсутність будь-якого пригноблення». Значимість проблеми вивчення ЯЖ у медицині та фізичній реабілітації з кожним роком зростає, оскільки існують суттєві відмінності між традиційним медичним висновком на основі результатів клінічного обстеження та суб'єктивною оцінкою ЯЖ, що пов'язана з особливостями особи самого пацієнта, обтяжливістю проведення певних процедур, побічною дією ліків та їх впливом на психоемоційну сферу пацієнта й т. ін. [4; 6; 7; 12]. Неврологічні прояви остеохондрозу, що супроводжуються больовим синдромом, погіршують ЯЖ пацієнтів [12]. Відкритим залишається питання впливу гендеру, віку та клінічних проявів цього захворювання на сторони ЯЖ, адже ефективне розв'язання вказаних проблем дає змогу значно покращити розробку комплексної програми з фізичної реабілітації, урахувавши при цьому думку самих пацієнтів. Тому вивчення різних складників ЯЖ, оцінка больового синдрому самим хворим за допомогою опитувальників під час проведення відновного лікування є актуальними.

Зв'язок роботи з науковими програмами, планами, темами. Наукову розвідку виконано згідно з планом науково-дослідницької роботи кафедри фізичної реабілітації НУФВСУ і «Зведеним планом НДР у сфері фізичного виховання та спорту на 2006–2010 рр.» Міністерства України у справах сім'ї, молоді та спорту за темою 4.3.1. «Удосконалення оздоровчо-реабілітаційних програм профілактики і корекції дисфункцій, що обумовлені порушеннями в різних системах організму», номер державної реєстрації – 0106U010794 та згідно зі «Зведеним планом науково-дослідної роботи у сфері фізичної

культури і спорту на 2011–2015 рр.» Міністерства освіти і науки, молоді та спорту України за темою 4.4. «Вдосконалення організаційних та методичних засад програмування процесу фізичної реабілітації при дисфункціональних порушеннях у різних системах організму людини», номер державної реєстрації – 0111U001737.

Формулювання мети й завдань статті. Мета цієї наукової розвідки – проаналізувати ефективність впливу диференційованої комплексної програми фізичної реабілітації на якість життя та больовий синдром осіб із шийно-грудним остеохондрозом і гіпертонічною хворобою.

Методи та організація дослідження. У статті застосовано аналіз спеціальної науково-методичної літератури, вивчення та узагальнення світового досвіду, опитувальник SF-36, оцінку інтенсивності болю за ВАШ, анкетування, опитування, методи математичної статистики.

Виклад основного матеріалу та обґрунтування отриманих результатів дослідження. Усього досліджено 85 пацієнтів із діагнозом шийно-грудний остеохондроз та гіпертонічна хвороба, котрих поділено на такі групи: основна група № 1 – пацієнти із шийно-грудним остеохондрозом та гіпертонічною хворобою II зрілого віку (n=26), контрольна група № 2 – пацієнти із шийно-грудним остеохондрозом та гіпертонічною хворобою II зрілого віку (n=25), основна група № 3 – пацієнти із шийно-грудним остеохондрозом та гіпертонічною хворобою похилого віку (n=17), контрольна група № 4 – пацієнти із шийно-грудним остеохондрозом та гіпертонічною хворобою похилого віку (n=17).

Пацієнти основної групи займалися за розробленою нами методикою фізичної реабілітації, пацієнти контрольної групи – за загальноприйнятою методикою лікувального закладу (фізіотерапія, лікувальний масаж, лікувальна фізична культура) без диференційованого патогенетичного підбору засобів і методів фізичної реабілітації.

Після проведення курсу лікування та фізичної реабілітації пацієнтами відзначено зниження прояву больового синдрому, що оцінювалося за допомогою спеціального опитування (табл. 1). Пацієнти обох основних груп простежили значне покращення загального самопочуття, нормалізацію сну, підвищення працездатності, на відміну від представників контрольних груп.

Так, якщо до початку курсу близько однієї третини пацієнтів II зрілого віку (38,46 % – у групі № 1 та 35 % – № 2) і понад половина пацієнтів похилого віку (52,94 % – у третій групі та 58,82 % – у четвертій) скаржилися на постійний біль, на періодичні болі нарікала більшість досліджуваних II зрілого віку (61,53 % – у першій групі та 72 % – у другій) та трохи менше ніж половина пацієнтів похилого віку (47,06 % – у третій групі й 41,18 % – у четвертій), то по завершенню програми ФР у першій групі постійний біль супроводжував двох пацієнтів (7,69 %), у другій – трьох (12 %), у третій – трьох (17,63 %), та в четвертій – чотирьох (23,53 %). Періодичний біль серед досліджуваних II зрілого віку основної групи спостерігали лише в чотирьох пацієнтів (15,38 %), на відміну від контрольної, де їх було 60 %. Серед пацієнтів похилого віку при повторному опитуванні в основній групі періодичний біль відчували четверо респондентів (23,53 %) та в контрольній – п'ятеро (29,41 %). Щодо відчуття болю в ділянці шиї, то його відчувало троє пацієнтів групи № 1 (11,54 % проти 53,85 % до початку курсу), 10 пацієнтів групи № 2 (40 % проти 72 % до початку курсу), четверо опитуваних в обох групах похилого

Таблиця 1

Динаміка больового синдрому в пацієнтів із шийно-грудним остеохондрозом та гіпертонічною хворобою

Характер болю	Група дослідження				До проведення програми ФР, %				Після проведення програми ФР, %			
	№ 1 (n= 26)	№ 2 (n= 25)	№ 3 (n=17)	№ 4 (n=17)	№ 1 (n=26)	№ 2 (n=25)	№ 3 (n=17)	№ 4 (n=17)	№ 1 (n=26)	№ 2 (n=25)	№ 3 (n=17)	№ 4 (n=17)
Постійний характер болю	38,46 (10)	35 (9)	52,94 (9)	58,82 (10)	7,69 (2)	12 (3)	17,65 (3)	23,53 (4)				
Періодичний характер болю	61,53 (16)	72 (18)	47,06 (8)	41,18 (7)	15,38 (4)	60 (15)	23,53 (4)	29,41 (5)				
Біль у ділянці шиї зранку	53,85 (14)	60 (15)	47,06 (8)	52,94 (9)	11,54 (3)	40 (10)	23,53 (4)	23,53 (4)				
Іррадіація больового синдрому в руку	3,85 (1)	4 (1)	11,76 (2)	11,76 (2)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)				
Іррадіація больового синдрому в потиличну ділянку	26,92 (7)	28 (7)	35,29 (6)	41,18 (7)	7,69 (2)	16 (4)	11,76 (2)	23,53 (4)				

віку (23,53 % проти 47,06 % і 52,94 %, відповідно, у третій та четвертій групах). Іррадіацію больового синдрому в руку в пацієнтів в усіх групах не простежено (на початку реабілітації цей синдром відзначало близько 4 % пацієнтів II зрілого віку та 11,76 % – похилого). Іррадіацію больового синдрому в потиличну ділянку на початку реабілітаційної програми спостерігало близько третини пацієнтів II зрілого віку (26,92 % – у першій групі, 28 % – у другій), трохи більше пацієнтів похилого віку (35,29 % – у третій групі та 41,18 % – у четвертій). У кінці реабілітаційної програми – відповідно, 7,69; 16 %; 11,76 і 23,53 %. Тож проведена програма дала змогу суттєво зменшити наявність больового синдрому в основних групах, порівняно з контрольними.

Аналіз показників кількісної оцінки сприйняття больового синдрому за ВАШ (табл. 2) засвідчив достовірне зниження прояву больового синдрому на сьомий та 15-й день проведення програми фізичної реабілітації в усіх групах пацієнтів.

Прогресивна динаміка на сьомий день лікування за середньою інтенсивністю больового синдрому в групі № 1 знизилася на третину (34,4 %) і на 58,9 % на 15-й день відновного лікування (із 6,28 бала до 4,12 – на сьомий день та 2,58 бала – на 15-й). У групі № 2 больовий синдром регресував значно повільніше: 18,21 % – на сьомий день і 35,03 % – на 15-й (із 6,48 бала до 5,03 – на сьомий день і 4,21 – на 15-й).

Таблиця. 2

Динаміка зниження показників больового синдрому за ВАШ у пацієнтів II зрілого віку

Група досліджуваних	День досліджень					
	1-й		7-й		15-й	
	\bar{X}	S	\bar{X}	S	\bar{X}	S
Група № 1 (n=26)	6,28	1,09	4,12	1,52	2,58	1,76
Група № 2 (n=25)	6,48	1,17	5,03	0,81	4,21	0,97
Група № 3 (n=17)	8,19	0,66	5,25	1,46	3,18	1,67
Група № 4 (n=17)	7,85	1,28	5,42	1,1	4,32	1,29

Примітка. Різниця показників до та після проведення фізичної реабілітації, $p < 0,05$.

У групі пацієнтів № 3 на сьому добу показник ВАШ знизився на 35,89 %, а в групі № 4 – на 30,96 %. На 15-ту добу, на момент виписки, дані динаміки в цих групах склали 61,17 та 44,96 % (із 8,19 бала до 5,25 на сьомий день і 3,18 бала – на 15-й у пацієнтів третьої групи та з 7,85 бала до 5,42 на сьомий день і 4,32 – на 15-й).

Отже, у групах №№1 та 3 простежено виразно позитивний ефект від ужитих заходів, а в групах №№2 і 4 – помірно виражений позитивний ефект зі статистично значимою різницею. За перші сім днів лікування за результатами сприйняття больового синдрому за ВАШ у пацієнтів основних груп №№1 та 3 були більш вираженими, що підтверджує позитивний результат комплексної дії на больовий синдром за допомогою медикаментозних препаратів і засобів та методів комплексної диференційованої програми фізичної реабілітації.

Якість життя пацієнтів оцінювали за допомогою опитувальника SF-36. Це неспецифічна анкета для оцінки ЯЖ пацієнта, що широко використовується при дослідженнях ЯЖ у країнах Європи й у США (автор – J. E. Ware, 1992).

Анкета відображає благополуччя та ступінь задоволення тими сторонами життєдіяльності людини, на які впливає стан здоров'я пацієнта.

Результати представляються у вигляді восьми шкал (вища оцінка вказує на кращий показник якості життя): 1) фізичне функціонування (Physical Functioning – PF); 2) рольове функціонування, обумовлене фізичним станом (Role-Physical Functioning – RP); 3) інтенсивність болю (Bodily pain – BP); 4) загальний стан здоров'я (General Health – GH); 5) життєва активність (Vitality – VT); 6) соціальне функціонування (Social Functioning – SF); 7) рольове функціонування, зумовлене емоційним станом (Role-Emotional – RE); 8) психічне здоров'я (Mental Health – MH). Шкали групуються на два показники: РН («фізичний компонент здоров'я») і МН («психологічний компонент здоров'я»).

Якість життя, що пов'язана зі здоров'ям, – невід'ємний елемент сучасного лікувального процесу. Використання якості життя, оціненої самим пацієнтом, дає змогу скласти повну та об'єктивну картину стану здоров'я пацієнта. Оцінку ЯЖ ми проводили на початку курсу лікування та через два місяці (табл. 3 і 4).

Первинне обстеження дало приблизно однакові вихідні показники для пацієнтів II зрілого віку (табл. 3) і пацієнтів похилого віку (табл. 4) за всіма шкалами, окрім RE, що в осіб похилого віку засвідчила більш пригнічений емоційний стан, зменшення якості та об'єму повсякденної роботи, що пов'язуємо з віком пацієнтів. Це значно обтяжує перебіг захворювання. Отже, можливість виконувати різне фізичне навантаження (шкала PF) по завершенню програми фізичної реабілітації значно підвищилась у пацієнтів основної групи № 1 і кількісно склала 25,87 бала, у контрольній групі № 2 – 21,75 бала. В осіб похилого віку цей показник покращився трохи менше (у групі № 3 – на 22,37 бала, у групі № 4 – на 20,25 бала), що пов'язано з віком досліджуваних. За шкалою RP, яка засвідчує здатність до виконання типової для досліджуваного віку й соціальної приналежності роботи (ходьба на роботу, сама робота, повсякденні обов'язки) різниця в основній групі № 1 склала 24,57 бала проти 10,8 бала в контрольній № 2. У групі № 3 за цією шкалою показник покращився на 19,8 бала, а в групі № 4 – на 12,73, що вказує на нижчу соціальну адаптацію хворих третьої та четвертої контрольних груп.

Таблиця 3

Порівняльна характеристика якості життя пацієнтів із шийно-грудним остеохондрозом і гіпертонічною хворобою (II зрілий вік)

Параметри якості життя, балів	Досліджувана група							
	до				через два місяці			
	група № 1 (n=26)		група № 2 (n=25)		група № 1 (n=25)		група № 2 (n=25)	
статистичний показник	\bar{X}	S	\bar{X}	S	\bar{X}	S	\bar{X}	S
PF	40,08	2,54	41,08	4,86	66,67	2,52	62,83	2,81
RP	24,59	3,12	35,86	6,63	49,16	5,09	45,66	4,78
BP	32,7	1,58	31,34	2,99	53,26	3,50	49,6	3,73
GH	43,64	1,48	42,34	2,64	65,3	2,42	60,7	3,10
VT	29,19	1,99	30,65	2,61	59,16	3,86	56	2,40
SF	41,12	2,59	42,39	4,28	64,16	2,87	60,4	13,30
RE	37,07	4,34	43,45	8,23	65,54	6,38	61,43	7,09
MH	48,7	2,16	47,39	2,33	64,4	3,61	58,42	1,75

Примітка. Достовірність різниці показників за всіма шкалами на початку курсу лікування та через два місяці, $p < 0,05$.

Можливість займатися повсякденною діяльністю, уключаючи хатню та іншу роботу, що оцінювалася за шкалою BP, пацієнти II зрілого віку першої групи через два місяці оцінили вище – на 20,56 бала, у групі № 2 – на 18,26. У пацієнтів похилого віку групи № 3 покращення склало 15,85 бала, а в групі № 4 – 17,28. Бальна оцінка за шкалою GH, що показує оцінку хворим свого стану зараз і перспективу лікування, у представників групи № 1 покращилася на 21,66 бала, а в пацієнтів групи № 2 – на 18,36. В осіб похилого віку суб'єктивна оцінка ефективності лікувально-відновного процесу значно нижча (у групі № 3 цей показник покращився лише на 8,44 бала, у групі № 4 – на 7,52). Низькі результати за цією шкалою пов'язуємо з тим, що внаслідок хронічного перебігу остеохондрозу хребта й гіпертонічної хвороби пацієнти досить низько оцінюють можливості повного одужання або стійкої ремісії, особливо в похилому віці. За шкалою VT, яка характеризує суб'єктивне відчуття себе повним сили та енергії, у респондентів групи № 1 показник покращився на 29,97 бала, а групи № 2 – на 25,35. У групі № 3 цей показник покращився на 30,2 бала, а в № 4 – на 27,93.

Таблиця 4

Порівняльна характеристика якості життя пацієнтів із шийно-грудним остеохондрозом та гіпертонічною хворобою похилого віку

Параметр якості життя, балів	Досліджувана група								
	до				через два місяці				
	група № 3 (n=17)		група № 4 (n=17)		група № 3 (n=17)		група № 4 (n=17)		
статистичний показник	\bar{X}	S	\bar{X}	S	\bar{X}	S	\bar{X}	S	
	1	2	3	4	5	6	7	8	9
PF		35,96	2,32	40,08	2,54	58,33	3,71	60,33	2,52
RP		18,53	2,34	24,59	3,12	38,33	2,10	37,32	4,09
BP		34,32	1,49	32,7	1,58	50,17	5,72	49,98	3,50

1	2	3	4	5	6	7	8	9
GH	44,16	1,34	43,64	1,48	52,60	4,65	51,16	3,42
VT	27,47	1,36	29,19	1,99	57,67	4,52	57,12	5,18
SF	42,69	1,86	41,12	2,59	51,83	4,08	52,12	2,87
RE	28,06	3,44	37,07	4,34	62,87	9,47	61,54	4,38
MH	47,64	2,12	48,7	2,16	60,27	4,01	58,45	3,61

Примітка. Достовірність різниці показників за всіма шкалами на початку курсу лікування та через два місяці, $p < 0,05$.

За шкалою SF, що характеризує ступінь фізичного та емоційного стану обмеження соціальної активності, показник у групі № 1 покращився на 23,04 бала від вихідного (41,12 бала), а в № 2 – на 18,01. У групі № 3 – підвищився на 9,14 бала, № 4 – на 11. За шкалою RE, що свідчить про те, наскільки емоційний стан заважає виконанню роботи чи будь-якої іншої повсякденної діяльності (у тому числі затрати часу на виконання роботи, зменшення обсягу роботи та її якості), як зазначалося вище, гірші дані в осіб похилого віку. У групі № 1 показник покращився на 28,47 бала (із 37,07 – на початку курсу до 65,54 – через два місяці), а в групі № 2 – значно менше (на 17,98 бала – із 43,45 бала – на початку курсу до 61,43 – через два місяці). У групі № 3 цей показник підвищився на 34,81 бала із 28,06 – на початку курсу до 62,87 – через два місяці), а в групі № 4 – на 24,47 бала (із 37,07 – на початку курсу до 61,54 – через два місяці). Попри значно нижчі вихідні дані пацієнтів похилого через два місяці вони зрівнялись із даними пацієнтів II зрілого віку. За шкалою MH, що характеризує настрій, тривогу, стан депресії, загальний стан позитивних емоцій, показник у групі № 1 покращився на 15,7 бала, а в групі № 2 – на 10,81. У групі № 3 цей показник підвищився на 12,63 бала, а в групі № 4 – на 9,75.

Висновки та перспективи подальших досліджень. Проведене дослідження показало значне зниження якості життя пацієнтів із шийно-грудним остеохондрозом та гіпертонічною хворобою, що пов'язано із взаємним обтяжувальним впливом обох патологій одна на одну. Усе це підсилюється стійким больовим синдромом, що сильно впливає на суб'єктивні відчуття пацієнта. Застосування комплексної диференційованої програми фізичної реабілітації значно ефективніше сприяє швидшому відновленню соціального й фізичного компонента здоров'я, достовірно швидше знижує больовий синдром.

Перспективи подальших досліджень полягають в оцінці ефективності програми фізичної реабілітації за даними клінічних досліджень та їх порівняння із суб'єктивними даними якості життя.

Джерела та література

1. Амирджанова В. Н. Популяционные показатели качества жизни по опроснику SF-36 (результаты многоцентрового исследования качества жизни «Мираж») / В. Н. Амирджанова, Д. В. Горячев, Н. И. Коршунов, А. П. Ребров, В. Н. Сороцкая // Научно-практическая ревматология. – 2008. – № 1 [Электронный ресурс]. – Режим доступа : URL: <http://cyberleninka.ru/article/n/populyatsionnye-pokazateli-kachestva-zhizni-po-oprosniku-sf-36-rezultaty-mnogotsentrovogo-issledovaniya-kachestva-zhizni-mirazh>
2. Васильева Н. В. Эффективность консервативного комбинированного лечения неврологических проявлений дегенеративно-дистрофических заболеваний шейного отдела позвоночника / Н. В. Васильева. // Российский нейрохирургический журнал. – СПб., 2014. – С. 310–311.
3. Гайсина Э. В. Клинико-функциональное состояние сердечно-сосудистой системы и пути оптимизации комплексной терапии больных вертеброгенными кардиалгиями : дис. ... канд. мед. наук : 14.00.06 / Гайсина Эльвира Венировна. – Пермь, 2003. – 150 с.
4. Еремина Н. М. Комплексная оценка адаптации и качества жизни амбулаторных пациентов с артериальной гипертензией / Н. М. Еремина, И. Л. Месникова, З. В. Романенко // Медицинский журнал. – 2016. – № 1. – С. 106–109.
5. Иванова С. В. Артериальная гипертония у больных с сопутствующей патологией шейного отдела позвоночника (функциональная диагностика, особенности течения, пути коррекции) : автореф. дис. ... канд. мед. наук : 14.00.06 / С. В. Иванова. – М., 2007. – 24 с.
6. Коц Я. И. Качество жизни у больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями / Я. И. Коц, Р. А. Либис // Кардиология. – 1993. – № 5. – С. 66–77.
7. Померанцев В. П. Качество жизни у больных инфарктом миокарда / В. П. Померанцев, А. Б. Хадзегова [и др.] // Кардиология. – 1996. – № 3. – С. 70–74.
8. Семке Г. В. Нестабильная гипертония и шейный остеохондроз / Г. В. Семке // Советская медицина. – 1988. – № 9. – С. 62–64.

9. Семке Г. В. Влияние вертебрального синдрома при шейном остеохондрозе на течение гипертонической болезни I–II стадии, биоэлектрической активности и гемодинамики мозга / Г. В. Семке, И. И. Стуке // Клиническая медицина. – 1989. – Т. 67, № 5. – С. 60–63.
10. Сорокоумов В. А. Первичная и вторичная профилактика инсультов : метод. рек. / В. А. Сорокоумов. – СПб., 2000. – 20. с.
11. Чуканова Е. И. Фармакоэкономический анализ лечения больших с болевым вертеброгенным синдромом / Е. И. Чуканова // Рациональная фармакотерапия. – 2007. – № 1 (2). – С. 80–81.
12. Шмырина К. В. Качество жизни больных с хроническими вертеброгенными болями в спине и вопросы рационализации лечебной тактики : автореф. дис. ... канд. мед. наук : 14.00.06 / К. В. Шмырина. – Самарканд, 2011. – 24 с.
13. Юнонин И. Е. Артериальная гипертония и шейный остеохондроз позвоночника: проблемы и решения / И. Е. Юнонин, О. А. Хрусталева, Е. В. Курапин, Л. В. Юнонина // Российский кардиологический журнал. – № 4 (42). – 2003. – С. 78–83.
14. Ягодина И. И. Особенности лечебной физической культуры в комплексном лечении больных гипертонической болезнью I–II стадии и нейроциркуляторной дистонией в сочетании с цервикалгиями : автореф. дис. ... канд. мед. наук / И. И. Ягодина. – М., 2008. – 22 с.

Анотації

Основними методами цієї наукової розвідки були аналіз спеціальної науково-методичної літератури, вивчення та узагальнення світового досвіду, опитувальник SF-36, оцінка інтенсивності болю за візуальною аналоговою шкалою, анкетування, опитування, методи математичної статистики. Зростання значимості вивчення якості життя в медицині й фізичній реабілітації впливає з існування суттєвих відмінностей між традиційним медичним висновком на основі результатів клінічного обстеження та суб'єктивною оцінкою якості життя, що пов'язана з особливостями особи самого пацієнта, обтяжливістю проведення певних процедур, побічної дії ліків та їх впливу на психоемоційну сферу пацієнта тощо. У статті оцінено показники фізичної й психічної компоненти здоров'я пацієнтів II зрілого та похилого віку із шийно-грудним остеохондрозом і гіпертонічною хворобою, за даними опитувальника SF-36, що засвідчили ступінь благополуччя та задоволення тими сторонами життя пацієнта, на які впливає стан його здоров'я. Отримані дані за больовою візуальною аналоговою шкалою й проведеним опитуванням щодо характеру болю показали позитивну динаміку регресу больового синдрому в пацієнтів, котрі займалися за розробленою комплексною диференційованою методикою фізичної реабілітації.

Ключові слова: *якість життя, больовий синдром, гіпертонічна хвороба, шийно-грудний остеохондроз.*

Анна Сашчук, Ольга Скомороха. Влияние комплексной дифференцированной программы по физической реабилитации на качество жизни и болевой синдром пациентов с шейно-грудным остеохондрозом и гипертонической болезнью. Основными методами данной научной разведки были анализ специальной научно-методической литературы, изучение и обобщение мирового опыта, опросник SF-36, оценка интенсивности боли по визуальной аналоговой шкале, анкетирование, опрос, методы математической статистики. Рост значимости изучения качества жизни в медицине и физической реабилитации следует из существования существенных различий между традиционным медицинским заключением на основе результатов клинического обследования и субъективной оценкой качества жизни, связанной с особенностями личности самого пациента, обременительности проведения определенных процедур, побочного действия лекарств и их влияние на психическую и эмоциональную сферу пациента и т. д. В статье оценены показатели физического и психического компонентов здоровья пациентов II зрелого и пожилого возраста с шейно-грудным остеохондрозом и гипертонической болезнью, по данным опросника SF-36, что показало степень благополучия и удовлетворенности теми сторонами жизни пациента, на которые влияет состояние его здоровья. Полученные данные по болевой шкале ВАШ и проведенному опросу относительно характера боли показали положительную динамику регресса больового синдрома у пациентов, занимавшихся по разработанной комплексной дифференцированной методике физической реабилитации.

Ключевые слова: *качество жизни, болевой синдром, гипертоническая болезнь, шейно-грудной остеохондроз.*

Anna Sainchuk, Olga Skomoroxa. Influence of Complex Differentiated Program of Physical Rehabilitation on Life Quality and Pain Syndrome of Patients with Thoracocervical Osteochondrosis and Hypertension. The main methods of this research work was the analysis of the special scientific-methodical literature, study and generalization of the world experience, the SF-36 questionnaire, assessment of pain intensity according to the visual analogue scale, questionnaire, survey, methods of mathematical statistics. The increasing importance of studying the life quality in medicine and physical rehabilitation follows from the existence of significant differences between the traditional medical decision based on the results of clinical examination and subjective assessment of quality of life that is connected with the peculiarities of a personality of a patient, burden for certain procedures, side effects of medicines and their impact on mental and emotional sphere of a patient, etc. The article assesses the indicators of physical and mental health components of patients of the second mature and elderly age with thoracocervical osteochondrosis and hypertension. According to the data of SF-36 questionnaire it was found out that a degree of well-being and satisfaction with those aspects of a patient's life are affected by the state of his health. The obtained data according to the scale of the visual analogue scale (VAS) and the conducted survey on the nature of pain showed a positive trend of regression of pain among patients who trained according to the developed complex differentiated methodology of physical rehabilitation.

Key words: *life quality, pain syndrome, hypertension, thoracocervical osteochondrosis.*