

визуализируемых отделов желудочковой системы. Сагиттальный размер позвоночного канала на уровне С1, С2 — 19 мм, С3–С6 — 15 мм. Отмечается оксификация паравертебральных мягких тканей на уровне краниовертебрального перехода справа. Костные «мостики» распространяются от затылочной кости к поперечному отростку С2. Окклюзионная гидроцефалия.

На основании полученных данных по МРТ и КТ впервые выставляется диагноз: Передняя атланта-затылочная дислокация, передний подвывих мыщелка затылочной кости справа. Натяжение продолговатого мозга, спинного мозга на уровне С1. Окклюзионная гидроцефалия.

Выводы

Таким образом, на фоне ЧМТ дополнительно диагностирована аномалия краниовертебрального перехода в виде передней атланта-затылочной дислокации, переднего подвывиха мыщелка затылочной кости справа.

ЛИТЕРАТУРА

1. Богородинский, А. А. Краниовертебральная патология / А. А. Богородинский; под ред. Д. К. Скоромца. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. 288 с.
2. Есин, И. В. Хирургия повреждений краниовертебральной области / И. В. Есин. М., 2006. С. 56–59.
3. Рамих, Э. А. Повреждения верхнего шейного отдела позвоночника: диагностика, классификации, особенности лечения / Э. А. Рамих // Журн. хирургия позвоночника. 2005. № 1. С. 8–19.

УДК 004.4:617.546-009.7-07-08

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ КОМПЬЮТЕРНОЙ ПРОГРАММЫ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ БОЛИ В СПИНЕ

Лазаревич П. Д., Ильченко А. А.

Научный руководитель: к. м. н., доцент Н. Н. Усова

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

Введение

Врач общей практики каждый день сталкивается с задачей оказания медицинской помощи пациентам с болями в спине, которая является третьей по частоте жалобой на приеме врача-интерниста. Невролог сталкивается с данной проблемой еще чаще (до 80 % амбулаторного приема) [1]. Большой поток пациентов затрудняет индивидуализацию подходов к лечению данной категории лиц и сводит его к формализованному назначению стандартных лекарственных средств. Наличие нейропатического компонента боли приводит к ее хронизации и требует новых подходов к лечению с применением противоболевой адъювантной терапии, включающей антидепрессанты, антиконвульсанты и другие нейротропные препараты [2]. До сих пор в среде терапевтов и врачей общей практики бытует мнение, что назначение указанных лекарственных средств является прерогативой неврологов и психотерапевтов. В связи с этим, пациент получает данный вид лечения с опозданием после консультаций многочисленных специалистов и формирования стойкого хронического, зачастую фармако-резистентного, болевого синдрома.

Реализация концепции развития электронного здравоохранения является важнейшей задачей современной медицины Республики Беларусь, которая направлена на оптимизацию и повышение качества работы врача любой специальности.

Алгоритмизация клинических решений обеспечивает экономию времени и человеческих ресурсов, а также позволяет проводить количественную оценку состояния здоровья пациентов с выполнением динамического наблюдения и

контроля лечения. Кроме того оценка полученного объема клинических данных позволит каждому врачу на своем рабочем месте проводить анализ деятельности с соответствующими выводами, а также при желании использовать данную информацию в научных целях.

Таким образом, для оптимизации работы неврологов и врачей общей практики разработана компьютерная программа, направленная на диагностику и алгоритмизацию лечения хронического болевого синдрома в спине.

Цель

Провести оценку использования компьютерной программы «Rainметрика» для диагностики и подбора лечения пациентам с дегенеративными заболеваниями позвоночника.

Материал и методы исследования

Проведен телефонный катamnестический опрос 42 пациентов (средний возраст $51,4 \pm 14,5$ лет, 31 женщина, 11 мужчин), которым была проведена оценка характеристик хронического болевого синдрома и подобрано лечение с помощью компьютерной программы «Rainметрика», разработанной на кафедре неврологии и нейрохирургии с курсами медицинской реабилитации, психиатрии, ФПКиП. Программа зарегистрирована в Национальном центре интеллектуальной собственности (Свидетельство о регистрации компьютерной программы № 1446 от 05.10.2021 г.).

В анкету опроса входили следующие вопросы:

1. Беспокоят ли Вас боли в спине в настоящее время? Да/нет.
2. Если боли в настоящее время не беспокоят, то как быстро они прошли после время лечения?
3. Если боли в настоящее время беспокоят, то какой интенсивности — оцените ее по шкале от 0 до 10.
4. На сколько процентов уменьшились боли во время лечения — 25; 50 и 75 %?
5. Вы выполняли все рекомендации врача, приняли весь курс лечения?
6. Есть ли у Вас онемение, чувство прохождения тока, бегания мурашек, повышенная чувствительность к холоду, прикосновению в конечностях?
7. Есть ли у Вас нарушения сна связанные с болью?
8. Принимаете ли вы сейчас обезболивающие? Если да, то какие?
9. Нужна ли вам сейчас консультация невролога?

Статистическая обработка проводилась с применением методов непараметрического анализа. Оценка проводилась с помощью критерия Вилкоксона. В качестве центральной тенденции все количественные показатели представлены в виде медианы (Me), в качестве квартильной оценки — нижний (25-й) и верхний квартили (75-й). Различия показателей считались статистически значимыми при уровне значимости $p < 0,05$. Систематизация исходной информации и визуализация полученных результатов осуществлялись в электронных таблицах «Microsoft Office Excel 2016». Статистический анализ проводился с использованием программы «Statistica» 10.0 (разработчик — StatSoft.Inc).

Результаты исследования и их обсуждение

С поражением межпозвоночного диска шейного отдела позвоночника (M50) было пролечено 2 (4,8 %) пациента, с поражением диска грудного и поясничного отделов позвоночника (M51) было у 8 (19,04 %) пациентов, другие дорсопатии (M53), т. е. рефлекторные болевые синдромы различных отделов позвоночника наблюдались в 15 (35,7 %) случаях. Большинство пациентов были с дорсалгиями (M54) — 17 (40,5 %) пациентов.

Хронический болевой синдром установлен у 30 (71,4 %) пациентов с болями в спине, острая и подострая боль наблюдались в 12 (28,6 %) случаях.

Выраженность болевого синдрома при первом амбулаторном обращении к врачу градировалась следующим образом: легкий болевой синдром — 3 (7,1 %) па-

циента, умеренный болевой синдром — 29 (69,04 %) пациентов, выраженный болевой синдром — 10 (23,8 %) лиц.

При этом ноцицептивная боль наблюдалась в 19 (45,2 %) случаях, а нейропатический болевой синдром у 23 (54,8 %) пациентов.

По результатам проведенного телефонного опроса через 1–2 месяца от назначенного лечения у 16 (38,1 %) пациентов боли не было, а у 26 (61,9 %) пациентов болевой синдром сохранялся в той или иной степени.

Интенсивность боли по визуально-аналоговой шкале на момент опроса составила 0 баллов в 17 (40,5 %) случаях, 3 балла — 2 (4,8 %) пациента, 4 балла — 2 (4,8 %) пациента, 5 баллов — 9 (21,4 %) пациентов, 6 баллов — 2 (4,8 %) случая, 7 баллов — 1 (2,4 %) пациент, 9 баллов — 1 (2,4 %) пациент, 10 баллов — 8 (19,04 %) пациентов.

При оценке интенсивности болевого синдрома с помощью описательных градаций не было боли у 17 (40,5 %) пациентов, легкий болевой синдром наблюдался в 2 (4,8 %) случаях, умеренный болевой синдром — у 13 (30,9 %) пациентов, выраженный болевой синдром — у 10 (23,8 %) пролеченных лиц.

На вопрос насколько быстро прошел болевой синдром были следующие ответы: 5 дней — 1 (2,4 %) пациент, 1 неделя — 1 (2,4 %) пациент, 3 недели — 1 (2,4 %) пациент, 1 месяц — 3 (7,1 %) случая, после лечения — 2 (4,8 %) случая. Большинство пациентов (34 (80,9 %) случая затруднились ответить на данный вопрос.

На вопрос о проценте уменьшения боли во время лечения был следующий разброс значений: 0 % — 3 (7,1 %) случая, 25 % — 6 (14,3 %) пациентов, 50 % — 11 (26,2 %) пациентов, 75 % — 9 (21,4 %) случаев, 80 % — 1 (2,4 %) пациент, 90 % — 1 (2,4 %) случай, 100 % — 4 (9,5 %) пациента, затруднились ответить — 7 (16,7 %) пациентов.

При этом объем выполненных рекомендаций был оценен пациентами следующим образом: «выполнены в полном объеме» — 32 (76,2 %) пациент, «выполнены неполностью» — 10 (23,8 %) случаев.

Половина пациентов (21/50 %) указывала на наличие другой очаговой неврологической симптоматики, кроме болевого синдрома. При этом чувство прохождения электрического тока по конечностям наблюдалось у 5 (12,2 %) пациентов. Ощущение мурашек в отпеленных частях конечностей наблюдалось в 7 (16,7 %) случаях. Повышенная чувствительность к холоду также сохранялась у 7 (16,7 %) пациентов, а на тактильную аллодинию (повышенная чувствительность к прикосновения) указывали в 3 (7,1 %) случаях. Онемение в конечностях было установлено у 19 (45,2 %) пациентов. Нарушения сна сохранялись в 12 (28,6 %) случаях.

Периодически применяли нестероидные противовоспалительные препараты 17 (40,5 %) пациентов. Однако на необходимость консультации невролога указывали только 8 (19,1 %) пациентов.

Выводы

Таким образом, после проведенного лечения с использованием уточнения характеристик болевого синдрома и алгоритмов компьютерной программы «Rainметрика» болевой синдром уменьшился более чем на 50 % либо исчез вообще у 62 % пациентов. В специализированной неврологической помощи нуждались только 19 % пациентов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Hoy, D. The global burden of low back pain: estimates from the Global Burden of Disease 2010 study. / D. Hoy [et al.] // Ann Rheum Dis. 2014. № 73. P. 968–974.
2. Синдром центральной сенситизации (обзор литературы) / С. А. Лихачев [и др.] // Мед. новости. 2018. № 1. С. 14–19.