



МЕДИЦИНА БОЛИ: ОТ ПОНИМАНИЯ К ДЕЙСТВИЮ

2. Волков В.Е., Волков С.В. Руководство по неотложной хирургической гастроэнтерологии. Чебоксары: Изд-во Перфектум, 2014; 552 с.
3. Орлов Ф.В., Голенков А.В., Иванова О.Ю. Медицинская психология. Чебоксары: Изд-во Чуваш. ун-та, 2020; 332 с.
4. Марино П.Л. Интенсивная терапия / Пер. с англ. М.: ГЭОТАР-МЕДИА, 2012; 768 с.
5. Мондор Г. Неотложная диагностика. Живот / Пер. с англ. М.: МЕД БУК, 1997: 223-225.
6. Савельев В.С. Руководство по неотложной хирургии органов брюшной полости. М.: Медицина, 1976: 212-232.
7. Selen W. Cope's Early Diagnosis of acute Abdomen. New York. Oxford, 2000: 104-118.

Контактная информация:

Голенков Андрей Васильевич

Тел.: +7(905)197-35-25

E-mail: golenkovav@inbox.ru

ДИСФУНКЦИОНАЛЬНАЯ БОЛЬ В СТРУКТУРЕ БОЛЕВОГО СИНДРОМА У ПАЦИЕНТОВ С МНОЖЕСТВЕННОЙ МИЕЛОМОЙ

Линков М.В.¹, Кошкевич В.В.¹, Веялкин И.В.¹, Усова Н.Н.²

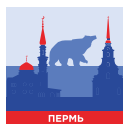
¹ ГУ «Республиканский научно-практический центр радиационной медицины и экологии человека», г. Гомель, Республика Беларусь

² УО «Гомельский государственный медицинский университет»,
Гомель, Республика Беларусь

Введение. Множественная миелома (ММ) — хронический гемобластоз, ведущим симптомом которого является болевой синдром [1]. Синдром центральной сенситизации проявляется увеличением ответов ноцицептивных нейронов центральной нервной системы в ответ на нормальные или подпороговые стимулы и приводит к формированию дисфункциональной боли (ДБ) [2]. Диагностика ДБ крайне важна для повышения эффективности лечения хронического болевого синдрома.

Цель. Изучить распространенность ДБ в структуре болевого синдрома у пациентов с ММ.

Материалы и методы. Исследование одобрено этическим комитетом ГУ «РНПЦ РМиЭЧ». Обследовано 38 пациентов в возрасте $63,4 \pm 1,34$ года (17 мужчин и 21 женщина), проходивших лечение в гематологическом отделении для взрослых ГУ «РНПЦ РМиЭЧ» в период с января по февраль 2024 года. Длительность заболевания ММ у пациентов составила $17,5[6;48]$ месяцев, все пациенты получали курсы химиотерапии по основному заболе-



МЕДИЦИНА БОЛИ: ОТ ПОНИМАНИЯ К ДЕЙСТВИЮ

ванию. У пациентов выполнен сбор жалоб, анкетирование по опросникам, характеризующим наличие и интенсивность болевого синдрома: визуальная аналоговая шкала (ВАШ), диагностический опросник нейропатической боли (DN4), опросник для оценки центральной сенситизации (CSI); проведена оценка наличия тревожно-депрессивных нарушений с помощью госпитальной шкалы тревоги и депрессии (HADS). Полученные результаты проанализированы с помощью компьютерной программы Statistica v.10.0 (StatSoft).

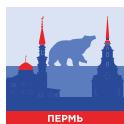
Результаты исследования. Все обследуемые пациенты предъявляли жалобы на наличие болевого синдрома, при этом испытывали его ежедневно — 63,2% (n=24), несколько раз в неделю — 21,1% (n=8), несколько раз в месяц — 15,1% (n=6). Хронический болевой синдром продолжительностью 3 и более месяцев диагностирован у 65,8% обследуемых (n=25). Для купирования боли пациенты принимали обезболивающие препараты: ежедневно — 28,9% (n=11), несколько раз в неделю — 28,9% (n=11), несколько раз в месяц — 31,7% (n=12), испытывали болевой синдром, но не принимали обезболивающие препараты — 10,5% (n=4). Степень ограничения бытовых нагрузок за счет болевого синдрома: выраженная — 50,0% (n=19), умеренная — 31,7% (n=12), легкая — 15,7%, (n=6), не испытывали — 2,6% (n=1).

По данным ВАШ, интенсивность болевого синдрома у пациентов с ММ на момент осмотра составила 5[3,7;7,0]. При этом у женщин 5[3,5;7,0], у мужчин 5[3,5;6,5]. Статистически значимых различий в интенсивности болевого синдрома между мужчинами и женщинами не выявлено.

По данным опросника DN4, распространённость нейропатической боли у пациентов с ММ составила 57,9% (n=22). При этом его выраженность по данным DN4 у мужчин составила 4[0,5;5,0], у женщин — 4[2,0;4,0], статистически значимые различия между мужчинами и женщинами по DN4 не выявлены.

Наличие ДБ по данным опросника CSI диагностировано у 65,8% обследуемых (n=25). Из них: легкая — у 36,0% (n=9), умеренная — у 24,0% (n=6), выраженная — у 32,0% (n=8), критическая — у 8,0% (n=2). Выраженность ДБ у мужчин по опроснику CSI составила 32[17,5;37,5], у женщин — 46[26,5;53,0], Различие в выраженности ДБ между мужчинами и женщинами было статистически значимым (p<0,05).

По шкале HADS, наличие субклинически выраженной тревоги диагностировано у 26,3% обследуемых (n=10), клинически выраженной тревоги — у 28,9% (n=11); субклинически выраженной депрессии — у 28,9% (n=11), клинически выраженной депрессии — у 28,9% (n=11). Выраженность тревоги у мужчин по данным шкалы HADS составила 5[4;8], у женщин — 10[6;15]. Выраженность депрессии у мужчин по данным шкалы HADS составила 7[4;8], у



МЕДИЦИНА БОЛИ: ОТ ПОНИМАНИЯ К ДЕЙСТВИЮ

женщин — 10[5;15]. Различия в выраженности тревоги и депрессии между мужчинами и женщинами были статистически значимыми ($p < 0,05$).

Статистически значимой корреляции степени выраженности ДБ с нейропатическим болевым синдромом по DN4 и с интенсивностью болевого синдрома по ВАШ не получено. Выявлена статистически значимая ($p < 0,05$) корреляция между выраженностью ДБ и уровнем тревоги ($r = 0,91$), а также выраженностью ДБ и уровнем депрессии ($r = 0,90$) по шкале HADS.

Выводы. У 65,8% пациентов с ММ диагностирована ДБ, интенсивность которой коррелировала с выраженностью тревожно-депрессивных нарушений, и была выше у женщин, что необходимо учитывать для совершенствования подходов в терапии болевого синдрома у пациентов с ММ.

Литература

1. Линков М.В., Доманцевич А.В., Козич Ж.М., Усова Н.Н., Клинико-рентгенологические проявления диффузно-очаговой формы множественной миеломы в контексте болевого синдрома: пилотное исследование «Неврология и нейрохирургия. Восточная Европа», 2022, том 12, № 1. Приложение, 105-107.
2. Есин О.Р., и др. Опросник центральной сенситизации — русскоязычная версия. Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2020;120(6):51-56.

Контактная информация:

Линков Максим Викторович

E-mail: linkov_maxim@mail.ru

ДЕТСКАЯ ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ТРАВМА У ПАЦИЕНТОВ С ФИБРОМИАЛГИЕЙ

Теплякова О.В.

ФГБОУ ВО УГМУ МЗ РФ, Медицинское объединение «Новая больница»,
Екатеринбург, Россия

Современные исследования продемонстрировали ассоциацию детской психотравмы с повышенной вероятностью развития аутоиммунной патологии во взрослом возрасте. Взрослые, перенёвшие травматичные события в детском возрасте, отличаются более высоким уровнем провоспалительных цитокинов, что, в свою очередь, оказывает нейротоксический эффект на структуры головного мозга (лимбическую систему, гиппокамп) и способствует дисфункции гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой системы [1]. Данная теория была также предложена в качестве одного из объяснений