

Показатели депрессии по шкале Гамильтона для оценки депрессии (НАМ – D) снизились у 12 пациентов, повысились у 3 пациентов (2 п. 4 кл. гр. 1 п. 3 кл. гр.).

Пациенты 2 и 3 клинических групп, принимавшие amitriptyline, через две недели становились более активными, больше времени проводили занимаясь чтением, беседой и т. д. Отмечалось улучшение сна, ослабление головной боли, значительное ослабление вялости, чувства разбитости. Заметно снижение зацикленности пациентов на собственной болезни. Седативный эффект выражен, что повлияло на лечение тревожных пациентов.

Выводы

Таким образом amitriptyline в малых дозировках оказался эффективен у пациентов только 2 и 3 клинических групп. При этом отсутствие эффекта у пациентов 3 и 4 клинических групп указывает сложные механизмы развития тревоги и депрессии у данной категории лиц и необходимость их коррекции другими способами.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Бирюков, А. Н.* Опыт применения антидепрессантов в лечении депрессивных состояний у больных с опухолями головного мозга в послеоперационном периоде / А. Н. Бирюков // *Обзоры по клин. фармакол. и лек. терапии.* — 2011. — Т. 9, № 3 — С. 71–75.
2. Научная электронная библиотека [Электронный ресурс]. — Режим доступа: <https://elibrary.ru>. — Дата доступа: 17.02.2019.
3. *Мооркрафт, С. Ю.* Сопроводительная терапия в онкологии / С. Ю. Мооркрафт, Д. Л. Ю. Ли, Д. Каннингэма. — М., 2016. — С. 352–353.
4. A Brief Review of the Pharmacology of Amitriptyline and Clinical Outcomes in Treating Fibromyalgia [Электронный ресурс]. — Режим доступа: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5489810>. — Дата доступа: 17.02.2019.

УДК 616.1.4-009.7

ДИНАМИКА БОЛЕВОГО СИНДРОМА У ПАЦИЕНТОВ СОМАТИЧЕСКОГО СТАЦИОНАРА

Сороговец А. И., Зубарева А. Д.

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

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Болевой синдром является одним из наиболее часто встречающихся состояний во врачебной практике. В зависимости от механизма может быть выделена невропатическая и ноцицептивная боль, связанная с активацией болевых рецепторов. В свою очередь, невропатическая боль — следствие прямого повреждения соматосенсорной системы, в основе патогенеза которой лежит нарушение генерации и проведения ноцицептивного сигнала и процессов контроля возбудимости ноцицептивных нейронов головного и спинного мозга. В результате создаются условия для перекрестного возбуждения нейронов ганглия заднего корешка, их контактов с симпатическими автономными волокнами и изменяется характер передаваемого сигнала, формируя особый болевой симптомокомплекс [1, 2]. Согласно масштабному исследованию распространенности хронической боли в Европе, частота невропатической боли составляет 6–7,7 % [3].

Лечение боли является проблемой современного здравоохранения по ряду причин: значительная распространенность, негативные последствия плохого управления, уязвимость определенных групп населения и важность профилактики как общественной, так и индивидуальной. Болевая характеристика болезни — один из основных парамет-

ров, на основании которого пациентом оценивается его заболевание и формируется психологическое отношение к нему [4]. Многочисленные исследования показывают, что на восприятие, поддержание и усиление боли влияют психологические установки пациентов, выявление которых позволит оптимизировать лечение и улучшить результаты терапии болевого синдрома [5].

Цель

Изучение выраженности болевого синдрома у пациентов соматического стационара.

Материал и методы исследования

Исследование проводилось на базе терапевтического отделения № 1 учреждения здравоохранения «Гомельский областной клинический госпиталь инвалидов Отечественной войны» в 2018 г.

Было опрошено 59 пациентов с различной соматической патологией (средний возраст составил $69,3 \pm 11,3$ лет; 21 мужчин и 38 женщин) с использованием визуально-аналоговой шкалы (ВАШ), шкал Pain Detect, DN4. У всех пациентов было получено информированное согласие. Статистическая обработка выполнена описательной статистикой программы «Statistica» 12.0.

Результаты исследования и их обсуждения

Локализация боли зависела от основного заболевания. Балл по шкале ВАШ в момент обследования составил $2,4 \pm 1,9$ баллов, самая сильная боль в течение 1 месяца — $3,8 \pm 1,8$, а средний уровень боли — $3,3 \pm 1,8$ баллов. Итоговый балл по шкале Pain Detect равнялся $7,62 \pm 7,5$, что указывало на отсутствие нейропатического характера болевого синдрома. Оценка по шкале DN4 составила $3,5 \pm 2,3$ баллов, что также свидетельствовало об отсутствии нейропатического компонента боли.

Выводы

При обследовании пациентов терапевтического отделения установлена легкая степень выраженности болевого синдрома, при чем боль носила ноцицептивный характер и нейропатический компонент выражен не был.

ЛИТЕРАТУРА

1. Classification of chronic pain / H. Merskey // Seattle, WA: IASP Press. — 1994. — P. 94–95.
2. Давыдов, О. С. Невропатическая боль. Клинические рекомендации по диагностике и лечению / О. С. Давыдов, Н. Н. Яхно, М. Л. Кукушкин; под ред. О. С. Давыдова. — М.: Медфорум-Альфа, 2019. — 88 с.
3. Данилов, А. Б. Эпидемиология нейропатической боли / А. Б. Данилов, О. С. Давыдов // Боль. — 2007. — № 4 (17). — С. 12–16.
4. Менделевич, В. Д. Клиническая и медицинская психология: учеб. пособие / В. Д. Менделевич. — 6-е изд. — М.: МЕДпресс информ, 2008. — 432 с.
5. Данилов, А. Б. Установка пациента на боль (влияние установок пациента на исход лечения при болевых синдромах) / А. Б. Данилов, В. Л. Голубев, И. Г. Подымова // Клиническая неврология. — 2009. — № 4. — С. 33–37.

УДК 616.832-004.2-036.2(476.2)«2009/2018»

АНАЛИЗ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ РАССЕЯННЫМ СКЛЕРОЗОМ В ГОМЕЛЬСКОЙ ОБЛАСТИ ЗА 2009–2018 ГГ.

Гончарова Л. В., Суфранович В. В., Привалов П. А.

Научный руководитель: ассистент В. С. Смирнов

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Рассеянный склероз (РС) — хроническое аутоиммунное демиелинизирующее заболевание центральной нервной системы.