

ипохондрический, неврастенический, меланхолический, апатический, сенситивный, эгоцентрический, паранойяльный, дисфорический [1–4].

Цель

Оценить внутреннюю картину болезни у пациентов с неврологического стационара.

Материал и методы исследования

Обследованы 20 пациентов с хроническими неврологическими болями, 10 мужчин, 10 женщин, в возрасте от 26 до 86 лет, средний возраст — $56,8 \pm 16,2$ лет. Для оценки внутренней картины боли мы использовали регистрационный лист опросника «Тип отношения к болезни», содержащий 12 таблиц-наборов, которые содержат 11–17 утверждений, касаемых 12 типов отношений к болезни (А. Е. Личко и Н. Я. Иванова, 1980, 1983). Выявлялись следующие типы: гармоничный, эргопатический, анозогнозический, тревожный, ипохондрический, неврастенический, меланхолический, апатический, сенситивный, эгоцентрический, паранойяльный, дисфорический. У всех пациентов взято информированное согласие. Обработка результатов проводилась с помощью методов описательной статистики программы «Statistica» 12.0.

Результаты исследования и их обсуждение

В результате исследования выявлены следующие типы внутренней картины болезни. Превалировал гармонический тип внутренней картины болезней, который наблюдался в 13 случаях, что составило 65 %. Далее по 3 пациента имели анозогностический и эргопатический тип внутренней картины болезни, соответственно по 15 %. У 1 (5 %) пациента наблюдался сенситивный тип отношения к болезни.

Выводы

Таким образом, у пациентов неврологического стационара преобладал гармонический тип внутренней картины болезни, что отражало правильную, трезвую оценку своего состояния и нежелание обременять других тяготами ухода за собой.

ЛИТЕРАТУРА

1. Николаева, В. В. Психосоматика: телесность и культура: учеб. пособие для вузов / В. В. Николаева; под ред. В. В. Николаевой. — М.: Академический проект, 2009. — 346 с.
2. Бассин, Ф. В. О современном подходе к проблеме психологических факторов болезни / Роль психического фактора в происхождении, течении и лечении соматических болезней / Ф. В. Бассин. — М., 1972. — 267 с.
3. Фрумкин, Я. П. Следовые влияния в психопатологии / Я. П. Фрумкин, С. В. Лившиц. — Киев: Здоров'я, 1979. — 367 с.
4. Соколова, Е. Т. Особенности личности при пограничных расстройствах и соматических заболеваниях / Е. Т. Соколова, В. В. Николаева — М.: SvR – Аргус, 1995. — 287 с.

УДК 616.711:616.8-009.836

КАЧЕСТВЕННАЯ ОЦЕНКА СНА ПРИ ВЕРТЕБРОГЕННОЙ ПАТОЛОГИИ

Ляхова М. С., Савостин А. П.

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

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Сон — это состояние организма, которое циклично повторяется, и характеризуется снижением психической и физиологической активности, состоянием относительного покоя и значительным повышением порога чувствительности к внешним раздражителям.

лям по сравнению с состоянием бодрствования. Качество сна является одной из важных составляющих «качества жизни».

Согласно результатам Американской национальной ассоциации сна, боль является ведущей причиной бессонницы. До 20 % взрослых жалуются на то, что боль прерывает их сон несколько ночей в неделю и даже чаще.

Таким образом, качественная оценка сна при вертеброгенных болевых синдромах является актуальным для уточнения качества жизни у данной категории пациентов.

Цель

Установить качественные показатели сна у пациентов с болями в спине.

Материал и методы исследования

Обследованы 30 пациентов с болями в спине, проходившие амбулаторное и стационарное лечение в учреждениях здравоохранения г. Гомеля, среди них 17 мужчин и 13 женщин. Средний возраст пациентов составил $54,4 \pm 15,9$ лет. Согласно клинической классификации неврологических осложнений остеохондроза позвоночника у всех пациентов установлены рефлекторные болевые и мышечно-тонические синдромы: цервикокраниалгия (26,7 %), цервикобрахиалгия (3,3 %), торакалгия (3,3 %), люмбагия (33,3 %), люмбоишиалгия (33,3 %).

Болевой синдром оценивался с помощью визуальной аналоговой шкалы (ВАШ). Пациентов просили оценить среднесуточную, среднемесячную и текущую интенсивность болевого синдрома (Е. С. Huskisson, 1974).

Качество сна было оценено с помощью Питтсбургского опросника сна (PSQI). Анкета состоит из 24 вопросов и заполняется пациентом [1].

У всех пациентов получено информированное согласие. Статистическая обработка осуществлялась с помощью программы «Statistica» 7.0.

Результаты исследования и их обсуждение

Согласно полученным результатам, интенсивность боли в настоящий момент у пациентов составила $5,8 \pm 0,96$ баллов. Средний уровень боли в течение последнего месяца равнялся $5,87 \pm 0,97$ баллов, а наиболее сильные болевые ощущения за последний месяц оценивались в $7,97 \pm 0,76$ баллов по шкале ВАШ.

При оценке качества сна за месяц 4 пациента (13,3 %) оценили его как очень хорошее, 19 (63,3 %) — достаточно хорошее, 7 (23,3 %) — скорее плохое. На вопрос «Сложно ли делать повседневные дела?» 5 (16,7 %) пациентов ответили совсем не сложно.

Три и более раз в неделю сон нарушался по вине болей у 7 (23,3 %) пациентов. Один или два раза в неделю испытывали боли ночью 5 (16,7 %) лиц с вертеброгенной патологией. Менее, чем один раз в неделю вертеброгенный болевой синдром наблюдался в 33,3 % случаев (10 пациентов). Ни разу в течение последнего месяца не просыпались по вине боли только 8 (26,7 %) пациентов.

Выводы

Таким образом, боль в спине является значимой причиной нарушения сна, что приводит к значительному снижению качества жизни у пациентов с вертеброгенной патологией.

ЛИТЕРАТУРА

1. The Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI): a new instrument for psychiatric research and practice / D. J. Buysse [et al.] // *Psychiatry Res.* — 1989. — Vol. 28. — P. 193–213.
2. *Парфенов, В. А.* Боль в нижней части спины: мифы и реальность / В. А. Парфенов, А. И. Исайкин. — М.: ИМА-ПРЕСС, 2016. — 104 с.
3. Annual consultation prevalence of regional musculoskeletal problems in primary care: an observational study / K. P. Jordan [et al.] // *BMC Musculoskelet Disord.* — 2010. — № 11. — P. 144.