

2. На нижнем ПДС у большей доли пациентов выявлены грыжевые выпячивания 9 и более мм (22,4 против 13,2 % — на верхнем уровне).

3. Стеноз позвоночного канала определялся у части пациентов как на верхнем (21,7 %), так и на нижнем ПДС (13,8 %).

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Мур, Р. Лучевая диагностика. Позвоночник / Р. Мур, Джеффри С. Росс. — СПб.: Изд-во Панфилова, 2018. — 517 с.

2. Михайлов, А. Н. Лучевая визуализация изменений костной структуры ПДС при остеохондрозе позвоночника / А. Н. Михайлов, Т. Н. Лукьяненко // Актуальные вопросы диагностики и терапии пациентов старших возрастных групп: матер. Респ. науч.-практ. конф., посвящ. дню пожилых людей. — Минск: БелМАПО, 2013. — 128 с.

УДК 616.831-005.1-036.8-009.7-031.3

### ЗАВИСИМОСТЬ ХРОНИЧЕСКОЙ ЦЕНТРАЛЬНОЙ ПОСТИНСУЛЬТНОЙ БОЛИ ОТ ЛОКАЛИЗАЦИИ ПОВРЕЖДЕНИЯ

*Карпенюк А. Г., Лазаренко Т. А.*

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

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

#### **Введение**

Острые нарушения мозгового кровообращения (ОНМК) и их осложнения являются одной из наиболее важных проблем здравоохранения. Наличие постинсультных осложнений ограничивает физическую и социальную активность пациента [1]. При ОНМК особое значение уделяется парезам, преимущественно гемипарезам. Кроме того, могут наблюдаться чувствительные и психические расстройства, которые оказывают отрицательное влияние на качество жизни [2, 3]. Ввиду этого необходимо уточнение интенсивности болевого синдрома при разной локализации ОНМК.

#### **Цель**

Определить интенсивность болевого синдрома у пациентов после ОНМК в зависимости от локализации процесса в разных сосудистых бассейнах.

#### **Материал и методы исследования**

Обследованы 50 пациентов после ОНМК, средний возраст  $60,3 \pm 12,6$  лет, из них 15 женщин и 35 мужчин. Повреждение правого (ПКБ) и левого каротидного бассейнов (ЛКБ) наблюдались в равном числе случаев (по 21), а в вертебро-базиллярном (ВББ) — в 8 случаях.

Интенсивность и характер боли оценены с помощью опросника PainDetect, DN4. Статистическая обработка выполнена описательной и непараметрической статистикой программы «Statistica» 12.0.

#### **Результаты исследования и их обсуждение**

Итоговый балл по шкале Pain Detect равнялся при ОНМК в ЛКБ 5 [4; 8], ПКБ — 2,5 [5; 11], ВББ — 2,5 [0,5; 5]. При сравнении интенсивности болевого синдрома отмечены значимые отличия между пациентами с локализацией ОНМК в ПКБ и ВББ,  $p = 0,04$ , а также в ЛКБ и ВББ,  $p = 0,02$ . Оценка по шкале DN4 составила при повреждении ЛКБ — 3 [3; 4], ПКБ — 2 [1; 4] и ВББ — 2,5 [0,5; 3] баллов. Значимой разницы выраженности нейропатического компонента боли у пациентов с повреждением разных сосудистых бассейнов не установлено.

### **Выводы**

В ходе данного исследования выявлена наибольшая интенсивность болевого синдрома при повреждении правого и левого каротидного бассейна. Менее выраженная интенсивность боли наблюдалась в случае локализации поражения в ВББ. Однако выраженность нейропатического компонента боли не зависела от локализации ОНМК.

### **ЛИТЕРАТУРА**

1. *Левин, О. С.* Современные подходы к диагностике и лечению постинсультных когнитивных нарушений / О. С. Левин // Журнал современная терапия в психиатрии и неврологии. — 2014. — № 1. — С. 40.
2. *Ситнова, М. А.* Центральная постинсультная боль / М. А. Ситнова, М. В. Кормачев, Р. Г. Есин // Журнал практическая медицина. — 2012. — № 2 (57). — С. 36.
3. *Сычева, Т. Ю.* Динамика когнитивных и психоэмоциональных нарушений у больных с острым нарушением мозгового кровообращения при проведении АРТ-терапии / Т. Ю. Сычева, И. А. Курусъ, Д. О. Шухтуева // J. Acta medica Eurasica. — 2017. — № 2. — С. 26.

**УДК 616.831-005.1-036.8-009.7-036.82-052**

## **ВЫРАЖЕННОСТЬ ХРОНИЧЕСКОЙ ЦЕНТРАЛЬНОЙ ПОСТИНСУЛЬТНОЙ БОЛИ У ПАЦИЕНТОВ РЕАБИЛИТАЦИОННОГО ОТДЕЛЕНИЯ**

*Лазаренко Т. А., Карпенюк А. Г.*

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

**Учреждение образования**

**«Гомельский государственный медицинский университет»**

**г. Гомель, Республика Беларусь**

### **Введение**

Одна из наиболее актуальных медико-социальных проблем — острые нарушения мозгового кровообращения (ОНМК) [1]. Для постинсультного болевого синдрома характерны следующие ощущения: жжение, температурная дизестезия в зонах локализации боли. В ряде случаев боль характеризуется как стягивающая, ломящая, давящая, ноющая боль в паретичных конечностях [2]. Может наблюдаться одновременно несколько типов болевых ощущений с разной интенсивностью и локализацией. Проявление боли может усиливаться при воздействии физических и психоэмоциональных факторов [3]. Таким образом, необходимо проводить мониторинг боли у постинсультных пациентов в период их реабилитации.

### **Цель**

Определение интенсивности болевого синдрома у пациентов после ОНМК.

### **Материал и методы исследования**

Обследованы 50 пациентов в восстановительном периоде ОНМК, средний возраст  $60,3 \pm 12,6$  лет, из них 15 женщин и 35 мужчин. Повреждение правого и левого каротидного бассейнов наблюдались в равном числе случаев (по 21 пациенту), а в вертебробазилярном — в 8 случаях.

Интенсивность и характер боли оценены с помощью визуальной аналоговой шкалы (ВАШ) и опросников Pain Detect, DN4. Статистическая обработка выполнена описательной статистикой программы «Statistica» 12.0.

### **Результаты исследования и их обсуждение**

Основная локализация боли наблюдалась в парализованных конечностях. Балл по шкале ВАШ в момент обследования составил 1 [0; 3], самая сильная боль в течение 1 месяца — 3 [0; 4], а средний уровень боли — 2 [0; 4] баллов. Итоговый балл по шкале Pain Detect равнялся 5 [3; 8]. Оценка по шкале DN4 составила 3 [1; 4] баллов, при чем у 11 (22 %) пациентов болевой синдром носил отчетливый нейропатический характер (балл DN4 выше 4).