

циями по продолжению терапии метилпреднизолоном с постепенной редукцией дозы. При достижении клинико-метаболической компенсации тиреотоксикоза, отсутствии когнитивных нарушений в течение месяца, рекомендована госпитализация в отделение эндокринной и реконструктивной хирургии ГУ «РНПЦ РМ и ЭЧ» для тотальной тиреоидэктомии.

Повторная госпитализация в отделение эндокринной и реконструктивной хирургии ГУ «РНПЦ РМ и ЭЧ» в феврале 2018 г. Состояние пациентки удовлетворительное, эпизодов делирия и выраженных когнитивных нарушений за время наблюдения не отмечалось. По тиреоидному статусу компенсирована на фоне приема 10 мг мерказолила в сутки. В течение последнего месяца принимает метилпреднизолон по 8 мг в сутки. Пациентке в плановом порядке выполнена тотальная тиреоидэктомия. Осложнений в периоперационном периоде не отмечалось.

Результаты исследования и их обсуждение

Пациентка выписана домой в удовлетворительном состоянии под наблюдение эндокринолога по месту жительства для проведения заместительной терапии послеоперационного гипотиреоза под контролем тиреоидного статуса.

Заключение

Таким образом, при развитии делирия или другой психопродуктивной симптоматики у пациентов с аутоиммунным тиреоидитом следует помнить о возможном диагнозе аутоиммунной энцефалопатии. Диагностика ЭХ сложна в связи с многообразием клинических проявлений болезни, которые могут имитировать различные неврологические и психические расстройства. Иногда только тщательный сбор анамнеза может помочь заподозрить этот непростой диагноз и назначить анализ крови и ликвора на определение уровня АТ к ТГ и ТРО. При наличии у пациента перечисленных выше критериев ЭХ и отсутствии других очевидных причин выраженных когнитивных нарушений с инсультоподобной симптоматикой необходимо рассмотреть возможность проведения пробной стероидной терапии. Значимым фактором для повышения шансов на выставление диагноза ЭХ является изучение каждого клинического случая этого заболевания.

ЛИТЕРАТУРА

1. Burger, A. G. Environment and thyroid function / A. G. Burger // J Clin. Endocrinol Metab. — 2004. — Vol. 89(4). — P. 15–26.
2. Vaidya, B. The genetics of autoimmune thyroid disease / B. Vaidya, P. Kendall-Taylor, S. H. Pearce // J Clin Endocrinol Metab. — 2002. — Vol. 87(12). — P. 53–85.
3. Ушаков, А. В. Доброкачественные заболевания щитовидной железы / А. А. Ушаков. — М., 2013. — 384 с.
4. Энцефалопатия Хашимото / М. А. Аникина [и др.] // Журн. неврол. и психиатр. — 2012. — № 10 (2). — С. 33–38;
5. Sinclair, D. Clinical and laboratory aspects of thyroid autoantibodies / D. Sinclair // Ann. Clin. Biochem. — 2006. — Vol. 43(3). — P. 173–183.

УДК 616-006.6-009.7-036.82

ВЫБОР ШКАЛЫ ОЦЕНКИ БОЛИ, КАК ПРИОРИТЕТНОГО МЕТОДА ИССЛЕДОВАНИЯ БОЛЕВОГО СИНДРОМА В КОМПЛЕКСНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ СО ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫМИ НОВООБРАЗОВАНИЯМИ II И IV КЛИНИЧЕСКИХ ГРУПП

Смычек В. Б.¹, Литвинов Г. Е.², Звенигородская Н. О.², Галиновская Н. В.²

¹Государственное учреждение

**«Республиканский научно-практический центр
медицинской экспертизы и реабилитации»**

г. Минск, Республика Беларусь,

²Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Одной из первостепенных задач паллиативной помощи является оказание адекватного обезболивающего лечения пациентам, страдающим злокачественными новообра-

зованиями (ЗНО) [1]. В настоящее время в паллиативной помощи используется достаточно большой арсенал анальгетических и психотропных лекарственных средств (ЛС), разработаны и внедряются методы нелекарственного контроля боли [2]. Однако даже в специализированных клиниках достичь необходимого полноценного болеутоляющего эффекта удается не всегда. По данным ВОЗ на начальных стадиях развития ЗНО только 35–50 % пациентов жалуется на боль, при ее прогрессировании их число увеличивается до 75 %, а в терминальной стадии 95–100 % пациентов нуждаются в постоянном обезболивании, что существенно снижает качество жизни.

Боль является субъективным переживанием, и оценка ее выраженности строится на ощущениях пациента, но при этом надо учитывать индивидуальные особенности восприятия боли, то есть индивидуально-психологический характер пациента [3].

Для диагностики интенсивности болевого синдрома наиболее часто применяют субъективные шкалы оценки боли: вербальная описательная шкала (ВОШ), визуально-аналоговая шкала (ВАШ), цифровая рейтинговая шкала боли (ЦРШ), модифицированная лицевая шкала боли (FPS-R). Исследование интенсивности боли по этим шкалам у пациентов со ЗНО необходимо для определения ступеней «лестницы обезбоживания», выбора соответствующего анальгетика с целью эффективного контроля на протяжении всего периода наблюдения. Однако учитывая сложный характер формирования психологического феномена «болевого ощущения» существует предположение о различной диагностической ценности используемых инструментов, что и определило цель настоящего исследования.

Цель

Провести сравнительный анализ шкал оценки выраженности боли у пациентов со ЗНО II и IV клинических групп, проходящих реабилитацию в отделении паллиативной помощи.

Материал и методы исследования

Исследование выполнено в 2020 г. на базе отделений паллиативной помощи и неврологического отделения учреждения здравоохранения «Гомельская городская клиническая больница № 4». Обследовано 16 пациентов (основная группа) со ЗНО II и IV клинических групп: 10 (62,5 %) женщин и 6 (37,5 %) мужчин, страдающих хроническим болевым синдромом (ХБС). Средний возраст пациентов составил $65,9 \pm 9,4$ лет. IV клиническая группа была определена 7 (43,6 %) пациентам, со II клинической группой проходили реабилитацию 8 (56,3 %) исследуемых. Локализация ЗНО у обследуемых лиц по первичному поражению распределилась следующим образом: случаев 6 (37,5 %) пришлось на ЗНО легких, ЗНО молочной железы выявлено у 4 (25 %) пациентов, ЗНО желудочно-кишечного тракта — у 3 (18,8 %); по 1 случаю — ЗНО предстательной железы (6,3 %) и ЗНО матки (6,3 %).

Группа контроля состояла из 16 пациентов неврологического отделения: 12 (75 %) женщин и 4 (25 %) мужчины. Средний возраст исследуемых составил $46,4 \pm 8,7$ лет. Болевой синдром у этой группы пациентов был связан с патологией пояснично-крестцового отдела позвоночника — 9 (50 %) случаев, шейного отдела позвоночника — 4 (25 %) случая, грудного отдела позвоночника — 2 (12,5 %) случая. У двух пациентов, проходивших реабилитацию после перенесенного инфаркта головного мозга, были жалобы на боль в паретичных конечностях (12,5 %).

Тестирование в отделениях проводилось дважды — утром, на второй день поступления в больничную организацию, до обезбоживания, и повторно в этот же день, после проведения анальгезии. Интенсивность боли исследовалась при помощи двух шкал оценки боли: ВАШ и ЦРШ. Пациента просили отметить на неградуированной линии шкалы ВАШ длиной 10 см точку, которая соответствует степени выраженности боли. Левая граница линии соответствует определению «боли нет», правая — «худшая боль,

какую можно себе представить». Использовалась картонная линейка длиной 10 см. С обратной стороны линейки нанесены сантиметровые деления, по которым отмечали полученное значение.

Вторая шкала ЦРШ, которую использовали для оценки боли, была построена по изложенному выше принципу, но отличалась от ВАШ тем, что десятисантиметровый отрезок разбит метками, соответствующими сантиметрам с отображением цифр.

У всех пациентов было получено информированное согласие. Статистическая обработка осуществлялась с помощью программы «Statistica» 10.0.

Результаты исследования и их обсуждение

Совокупный балл по шкале ВАШ в основной группе пациентов с ЗНО в момент обследования (до анальгезии) составил 6,0 (4,0; 7,0). После проведения анальгезии указанные показатели интенсивности боли в данной группе значительно уменьшились: ВАШ — 2,0 (1,0; 3,0), $p < 0,005$ согласно Wilcoxon test. Совокупный балл по шкале ЦРШ в той же группе в первой точке обследования не отличался от результатов по шкале ВАШ и составил 6,0 (4,0; 7,0). После проведения анальгезии интенсивности боли уменьшились гораздо менее значительно, до 5,0 (3,0; 6,0), $p < 0,005$.

В контрольной группе по обеим шкалам совокупный балл интенсивности болевого синдрома совпадал и составил до анальгезии 2,0 (2,0; 3,0). Оценивая статистическую значимость различий значений обеих шкал после анальгезии в контрольной группе, мы получили: χ^2 Пирсона = 2,01; степень свободы = 3; $p = 0,57$, что свидетельствует об отсутствии статистической разницы. Интенсивность же боли после анальгезии в этой группе значительно снизилась — 1,0 (1,0; 2,0), ($p < 0,005$ согласно Wilcoxon test).

Заключение

Следовательно, из проведенного пилотного исследования вытекает различие в эффективности оценки боли применяемых диагностических инструментов (ВАШ и ЦРШ) у пациентов со ЗНО. Полученные данные указывают особенности формирования паранеопластического болевого синдрома и направление дальнейших исследований.

ЛИТЕРАТУРА

1. Эффективность паллиативной помощи пациентам со злокачественными новообразованиями II и IV клинических групп / Г. Е. Литвинов [и др.] // Проблемы здоровья и экологии. — 2020. — № 1 (63). — С. 50–58.
2. Применение электромагнитного излучения крайне высокой частоты в реабилитации пациентов с онкологической патологией в условиях отделения паллиативной помощи / В. Б. Смышчек [и др.] // Проблемы здоровья и экологии. — 2019. — № 2 (60). — С. 27–31.
3. Нейропатический компонент боли при онкологической патологии [Электронный ресурс] / Н. Н. Усова [и др.] // Мультидисциплинарный подход к диагностике и лечению коморбидной патологии : сб. науч. ст. Респ. науч.-практ. конф. с междунар. участием, Гомель, 29–30 нояб. 2018 г. / Гомел. гос. мед. ун-т; А. Н. Лызинов [и др.]. — Гомель: ГомГМУ, 2018. — С. 487–489. — 1 электрон. опт. диск (CD-ROM).

УДК 156.942.56:577.125.8]-056.22

ВЗАИМОСВЯЗЬ ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНЫХ ФАКТОРОВ И ОСНОВНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЛИПИДНОГО СПЕКТРА У ЗДОРОВЫХ ЛИЦ

Старовойтова А. С.¹, Цырульникова А. Н.², Малаева Е. Г.², Грекова З. В.²

¹Учреждение здравоохранения

«Могилевская областная детская клиническая больница»

г. Могилев, Республика Беларусь

²Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

На сегодняшний день в массовом масштабе люди все чаще сталкиваются с различного рода стрессовыми, субэкстремальными и экстремальными факторами. Основа