

ложены к тревоге, интенсивность которой, не соответствует объективной ситуации. Также можно отметить наличие роста ситуативной и личностной тревожности в зависимости от роста стажа заболевания. Результаты шкалы Бека соответствуют легкому уровню депрессии у всех пациентов. У обследуемых не выявлено клинически значимых нарушений депрессивного характера. Характеристика болевого синдрома по результатам шкалы ВАШ в первой группе пациентов оценивается как легкая боль. Во второй и третьей группах — умеренная боль. Можно сделать вывод, что интенсивность боли увеличивается со стажем заболевания и уровнями ситуативной и личностной тревоги. Если уделять достаточное внимание болевому синдрому и тревожности, то можно существенно улучшить уровень и качество жизни пациентов, страдающих от сахарного диабета. Интерпретация боли всегда вызывает сложности как у пациента, так и у врача. В ходе исследования, было отмечено, что использование шкалы ВАШ позволяет относительно быстро получить достаточную информацию о болевых ощущениях пациента.

Таблица 1 — Результаты исследования тревожности и депрессии у пациентов с сахарным диабетом 2го типа

0–5 лет (гр. 1)	Шкала Бека 8,7 ± 3,16		Шкала Спилбергера (А) 34,95 ± 13,58		Шкала Спилбергера (Б) 45,95 ± 3,19	
	3–9 баллов	10–14 баллов	27–43 балла	44–47 баллов	41–42 балла	44–50 баллов
	10 чел.	10чел.	16 чел.	4 чел.	4 чел.	16 чел.
5–10 лет (гр. 2)	Шкала Бека 9,72 ± 2,21		Шкала Спилбергера (А) 39,86 ± 3,67		Шкала Спилбергера (Б) 47,31 ± 3,15	
	4–9 баллов	10–14 баллов	35–43 балла	45–47 баллов	42–44 балла	45–52 балла
	9 чел.	7 чел.	12 чел.	4 чел.	4 чел.	12 чел.
Более 10 лет (гр. 3)	Шкала Бека 10,5 ± 4,07		Шкала Спилбергера (А) 40,1 ± 3,16		Шкала Спилбергера (Б) 47,27 ± 4,57	
	5–9 баллов	10–15 баллов	35–44 балла	5–47 баллов	43–44 балла	45–54 балла
	9 чел.	17 чел.	21 чел.	5 чел.	7 чел.	19 чел.

УДК 616\_006\_009.7

## АНАЛИЗ ИНТЕНСИВНОСТИ И СТРУКТУРЫ БОЛИ ПРИ ОНКОЛОГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ

*Скибарь А. А., Сивакова С. Д.*

Научный руководитель: ассистент *А. В. Проневич*

Учреждение образования  
«Гомельский государственный медицинский университет»  
г. Гомель, Республика Беларусь

### **Введение**

За последних несколько лет отмечается рост заболеваемости злокачественными новообразованиями. При этом нередко опухолевый процесс уже на этапе диагностики имеет распространенный характер, что снижает эффективность радикальных и специальных методов лечения. Хронический болевой синдром (ХБС) является одним из наиболее частых и тяжелых проявлений распространенного опухолевого процесса. По данным ВОЗ хронической болью страдают до 95 % больных в конечной стадии заболевания. Длительное сохранение болевых проявлений является одной из ключевых причин эмоциональных нарушений, формирования чувства безнадежности и повышения суицидальной активности этих пациентов, снижения качества их жизни.

### Цель

Краткое освещение основных структур боли и ее интенсивности при онкологической патологии.

### Материал и методы исследования

Клиническое обследование осуществлялось путем осмотра и опроса пациентов с помощью шкалы объективной оценки депрессии HRDS и тревоги HARS (Гамильтона). Был использован опросник DN4 для диагностики вида боли. Проведен статистический анализ с использованием программ «Statistica» 10.0 и «Microsoft Excel».

### Результаты исследования и их обсуждение

В ходе исследования было обследовано 30 пациентов с онкологической патологией паллиативного отделения учреждения здравоохранения ГКБ № 4.

Для оценки интенсивности боли была использована 10 бальная шкала, где пациент самостоятельно выбирает категорию, соответствующую силе его субъективных ощущений.

Полученный уровень интенсивности боли определяет категорию анальгетиков, которые должны быть назначены врачом. Также имеется взаимосвязь между интенсивностью боли и степенью физической активности онкологических пациентов, а также качество и продолжительность сна, что отражено в данном исследовании.

Результаты представлены в таблице 1.

Таблица 1 — Оценка интенсивности боли по 10 бальной шкале

Интенсивность боли	% пациентов
Нет боли (0 баллов)	0
Слабая боль (2 балла)	16,67
Умеренная боль (4 балла)	50
Сильная боль (6 баллов)	16,67
Очень сильная боль; (8 баллов)	10
Самая сильная боль (10 баллов)	6,66

Основные жалобы, предъявляемые пациентами, представлены в таблице 2.

Таблица 2 — Структура основных жалоб обследованных (%)

Жалобы	% жалоб
Снижение настроения	33,3
Подавленность	56,6
Нарушение сна	50
Отсутствие побуждений к деятельности	30
Тревога	50
Внутреннее напряжение	16,6
Повышенная утомляемость	33,3

Следует отметить, что нарушение сна может значительно усугубить течение хронического болевого синдрома у онкологических пациентов. Бессонница может вызвать нарушение психоэмоционального состояния, присоединение депрессии и страха. Данные расстройства могут наблюдаться даже при адекватной анальгетической терапии и требуют дополнительной медикаментозной терапии.

Согласно данным нашего исследования, у пациентов с умеренной (50 %) и сильной болью (16,67 %), также наблюдается нарушение сна, что является статистически значимым ( $p = 0,003$ ).

У пациентов, отмечавших очень сильную боль (10 %) и самую сильную боль (6,66 %) помимо нарушения сна присутствуют жалобы на подавленность и тревогу, что также является статистически значимым ( $p = 0,03$ ).

Чувствительность методики DN4 (в пределах 80 %) позволяет использовать ее для выявления невропатических болевых синдромов. При положительном ответе на 4 и более из 10 пунктов диагностируется «невропатическая боль». По результатам диагностики вида боли с помощью опросника DN4 невропатической боли не выявлено.

#### **Выводы**

Пациенты, страдающие онкологическими заболеваниями, нуждаются не только в адекватной анальгетической терапии, но, и при необходимости в коррекции нарушений сна для снижения тревоги и улучшения общего психоэмоционального состояния.

УДК 616.379-008.64:616.12

### **СТРАТИФИКАЦИЯ РИСКА САХАРНОГО ДИАБЕТА II ТИПА У ПАЦИЕНТОВ С СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ**

*Сковородко В. А., Микитюк А. В.*

**Научные руководители: старший преподаватель З. В. Грекова;  
к.м.н., доцент Е. Г. Малаева**

**Учреждение образования  
«Гомельский государственный медицинский университет»  
г. Гомель, Республика Беларусь**

#### **Введение**

Согласно данным Всемирной организации здравоохранения, сердечно-сосудистые заболевания, в частности ишемическая болезнь сердца (ИБС), остаются лидерами среди основных причин смерти во всем мире. В связи с этим, изучение факторов, способных повлиять на течение кардиоваскулярной патологии продолжает оставаться важной научной задачей. Наличие сопутствующей патологии во многом осложняет течение и исходы заболевания, что было подтверждено рядом крупных многоцентровых исследований.

#### **Цель**

Оценить риск развития СД II типа у пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями.

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

Обследованы 19 пациентов, находившихся на стационарном лечении в кардиологическом отделении ГУЗ «Гомельская городская клиническая больница № 3» с диагнозом ИБС и артериальная гипертензия (АГ). С целью выявления групп риска развития сахарного диабета (СД) II типа и изучения распространенности факторов риска СД II типа использовалась шкала «FINDRISK».

Шкала «FINDRISK» включала в себя оценку 8 показателей: возраст, индекс массы тела (ИМТ), окружность талии на уровне пупка, частоту употребления овощей и фруктов, физическую активность, регулярность гипотензивной терапии, наличие когда-либо повышенного уровня глюкозы и наличие СД у родственников. Индекс массы тела (ИМТ) вычислялся по формуле:  $\text{ИМТ (кг/м}^2\text{)} = \text{масса тела} / \text{рост}^2$ . Максимальная сумма баллов, которую можно набрать по шкале, составляет 23 балла.

На основании полученной суммы баллов, были выделены следующие группы: группа 1 (низкий риск) — обследуемые с общей суммой баллов < 7, группа 2 (слегка повышен риск) — 7–11 баллов, группа 3 (умеренный риск) — 12–14 баллов, группа 4 (высокий риск) — 15–20 баллов, группа 5 (очень высокий риск) — > 20 баллов.

Все данные, полученные в результате исследования, заносились в сводные таблицы «Excel Microsoft Office 2013». Статистическая обработка результатов проводилась с использованием пакета прикладных программ («Statistica» 13.3, StatSoft, USA).

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

Количество мужчин в исследованной группе — 8 (42 %), женщин — 11 (58 %).

Средний возраст обследуемых составил 74,3 года ± 8,69 (мужчин — 71,6 ± 6,5 лет; женщин — 76,3 ± 9,81 лет).