

СЕКЦИЯ 13
«НЕВРОЛОГИЯ. НЕЙРОХИРУРГИЯ. РЕАБИЛИТАЦИЯ»

УДК 616.28-009.7-036.2

**РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ И ХАРАКТЕРИСТИКИ БОЛЕВОГО СИНДРОМА
У ПАЦИЕНТОВ С ПАТОЛОГИЕЙ УША**

Акулич А. М., Деревянко Д. Д.

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

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

Введение

Боль в настоящее время остается актуальной клинической проблемой, требующей значительных усилий по улучшению качества и эффективности ее лечения. Ежедневно каждый врач амбулаторного или стационарного звена сталкивается с проблемой боли [1].

Болевые ощущения — это сигнал о повреждении тканей, их воспалении и постоянно действующий регулятор гомеостатических реакций, включая их высшие поведенческие формы. Точная и быстрая диагностика острой боли необходима для своевременного ее купирования и уменьшения страданий пациентов. Интенсивность болевых ощущений зависит от возраста, пола, психоэмоционального фона, пластичности нервной системы, нозологии и множества других факторов. Известно, что длительно протекающая болевой синдром является мощнейшим триггером стресса, активирующим вегетативную нервную систему и вызывающим дисфункцию различных органов и систем [2].

Острый болевой синдром в ЛОР-болезнях имеет, как правило, природу воспалительного генеза. Боль может сопровождать множество ургентных заболеваний ЛОР-органов, таких, как: острые средние отиты, евстахеиты, острое воспаление наружного слухового прохода и многие другие [3].

Болевой симптом наблюдается, по данным разных авторов, у 50–90 % пациентов. Как правило, боль усиливается при нажатии на козелок, тракции ушной раковины, акте жевания, открывании рта. Боль чаще наблюдается при воспалительных процессах кожи слухового прохода, причиной которых является гноеродная флора. Иногда боль в ухе при наружном отите носит характер дистантной оталгии [4].

Так как боль субъективна, она может быть оценена только косвенно, на основании самооценки пациента, которая сильно зависит от множества внутренних и внешних факторов. О вариабельности боли в зависимости от пола также сообщают многие авторы. Согласно этим данным, женщины, по сравнению с мужчинами, более чувствительны к болезненным стимулам в эксперименте, воспринимают клиническую боль с более высокой серьезностью чаще, чем мужчины [1].

Цель

Изучить характеристики болевого синдрома при патологии уха у пациентов оториноларингологического отделения.

Материал и методы исследования

Проанкетированы 30 респондентов в возрасте от 19 до 66 лет (средний возраст $39,7 \pm 14,9$ лет, 15 мужчин, 15 женщин), которые проходили курс ста-

ционного лечения в отделении оториноларингологии по поводу острого отита. Исследование характеристик болевого синдрома проводилось с использованием следующих методических разработок: опросник по боли Paindetect, Мак-Гилловский болевой опросник, опросник DN4, шкала личностной и реактивной тревожности Спилбергера и шкала Бека.

Статистическая обработка проводилась с применением методов непараметрического анализа. Оценка проводилась с помощью критерия Вилкоксона. В качестве центральной тенденции все количественные показатели представлены в виде медианы (Me), в качестве квартильной оценки – нижний (25-й) и верхний квартили (75-й). Различия показателей считались статистически значимыми при уровне значимости $p < 0,05$. Систематизация исходной информации и визуализация полученных результатов осуществлялись в электронных таблицах «Microsoft Office Excel 2016». Статистический анализ проводился с использованием программы «Statistica» 10.0 (StatSoft.Inc).

Результаты исследования и их обсуждения

Опрос пациентов с болевым синдромом на фоне острого либо обострения хронического отита показал, что локализация боли справа наблюдалась у 13 (43,3 %) пациентов, слева — в 16 (53,3 %) случаях и с двух сторон — у 1 (3,3 %) пациента. При этом боль иррадиировала в голову в 7 (23,3 %) случаях, в голову и шею — у 2 (6,7 %) пациентов, в ухо, челюсть, шею и челюсть — по 1 (3,3 %) случаю. Боль без иррадиации наблюдалась у 16 (53,3 %) пациентов.

При оценке боли по визуальной аналоговой шкале (ВАШ) в момент обследования уровень боли составил 1,5 (0;3,0) баллов.

Сильнейший приступ боли в течение последних 4 недель пациенты характеризовали интенсивностью по ВАШ 6,5 (4; 8) баллов. При оценке наиболее интенсивной боли у 3 (10 %) пациентов болевой синдром был легким, в 9 (30 %) случаях — умеренным, у 13 (43,3 %) пациентов — выраженным, у 1 (3,3 %) пациента боль была нестерпимой.

Средний уровень болевого синдрома в течение 4 недель составлял по ВАШ 4 (1; 7) баллов. При оценке средней интенсивности боли у 6 (20 %) пациентов наблюдался легкий болевой синдром, у 10 (33,3 %) пациентов — умеренный болевой синдром, в 8 (26,7 %) случаях — выраженный болевой синдром.

При анализе выраженности невропатической боли с помощью опросника Paindetect показатель опросника составил 18 (14; 22) баллов. Среди них невропатическая боль установлена в 14 (46,7 %) случаях, неопределенный результат опросника показали 10 (33,3 %) пациентов, без невропатического компонента были 6 (20 %) опрошенных пациентов.

Когда был проведен опрос пациентов на наличие невропатической боли по опроснику DN4 была установлена медиана балла 2 (1; 3). При этом ноцицептивный болевой синдром наблюдался у 26 (86,7 %) пациентов, а невропатическая боль — в 4 (13,3 %) случаях.

При оценке болевого синдрома по Мак-Гилловскому опроснику показатели вербальных дискрипторов описания боли были следующие: ИЧВД сенсорная — 4 (1; 7) баллов, ИЧВД афферентная — 3 (1; 4) баллов, ИЧВД общая — 6,5 (2; 11) баллов, РИБ сенсорная — 6 (2; 8) баллов, РИБ аффективная — 5 (2; 8) баллов, РИБ общая — 12,5 (4; 24) баллов.

Анализ наличия депрессивного синдрома по шкале Бека показал отсутствие депрессии и составил 6,5 (4; 10) баллов. При этом уровень депрессии по соматической шкале равнялся 3 (1; 6), когнитивная шкала составила 3 (2; 6) баллов.

При опросе пациентов на уровень тревоги по Спилбергеру-Ханину установлено, что реактивная тревога составляла 41 (35; 47) баллов, а личностная тревога — 41,5 (35; 46) баллов, что указывало на ее умеренный уровень.

Выводы

При обследовании пациентов с воспалительными заболеваниями ушей установлено, что боли локализовались на стороне поражения, чаще без иррадиации (53,3 %). При этом чаще всего болевой синдром был умеренным, ноцицептивным. При этом депрессия и тревога у пациентов были не выражены, а боль была связана с имеющейся патологией и носила саногенетический характер.

ЛИТЕРАТУРА

1. Кастыро, И. В. Рецензия на монографию. Методы диагностики и структура острого болевого синдрома в оториноларингологии / И. В. Кастыро, В. И. Попадюк. // Журнал Вестник РУНД. 2016. № 10. С. 93–95.
2. Попадюк, В. И. Возрастной аспект при оценке острого болевого синдрома в оториноларингологии / В. И. Попадюк, И. В. Кастыро, Чулуунбаатар Саруулю // Вестник РУДН, серия Медицина. 2012. № 2. С. 94–97.
3. Кастыро, И. В. Эпидемиология острого болевого синдрома в оториноларингологии / И. В. Кастыро // Бюллетень ВСНЦ со РАМН. 2012. № 4 (86), Ч. 2. С. 64–67.
4. Кустов, М. О. Воспалительные заболевания наружного слухового прохода / М. О. Кустов // Российская оториноларингология. 2012. № 1 (56). С. 111–117.

УДК 159.942:378.6-057.875(476.2)

ЭМОЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ СТУДЕНТОВ 3 КУРСА ГОМЕЛЬСКОГО ГОСУДАРСТВЕННОГО МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА

Арбатов Д. Г., Аллабердиев О.

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

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

Введение

Тревожно-депрессивное расстройство — это состояние, при котором у человека одновременно в равной степени присутствуют симптомы и тревоги, и депрессии, но по отдельности они выражены не так ярко, чтобы четко определить расстройство. Его опасность заключается в том, что оно может закончиться суицидом.

На данный момент тревожно-депрессивное расстройство является предварительным диагнозом, а пациенты наблюдаются у врачей-психиатров и психотерапевтов [1, 2]. Однако в ближайшее время с утверждением МКБ-11 (Международной классификации болезней) планируется выделить тревожно-депрессивное расстройство как самостоятельную диагностическую категорию [3, 4].

Деятельность студента-медика относится к числу напряженных в эмоциональном плане видов труда, что отражается на уровне их психического и соматического здоровья. Учебная нагрузка студентов, получающих медицинское образование, в среднем в два раза выше, чем у студентов других вузов. К основным стрессовым факторам, возникающим в процессе изучения клинических дисциплин, относятся: большой объем учебной нагрузки, неуверенность в собственных профессиональных качествах и значительный объем усилий, необходимых на выполнение домашнего задания, которые зачастую приводят к стресс-индуцированным расстройствам.

Цель

Изучить эмоциональное состояние студентов третьего Гомельского государственного медицинского университета (ГомГМУ).

Материал и методы исследования

Было проведено анонимное анкетирование 80 студентов 3 курса ГомГМУ, среди них — 44 студента женского пола, 36 студентов мужского пола. Среди опрошиваемых 61,3 % — студенты в возрасте 21–23 годов, 27,5 % — 19–20 годов, 11,3 % — больше 23 лет. Для анкетирования использовалась госпитальная