

2. Наиболее характерной корешковой была средневыраженная (3–4 балла) боль — 35,0 % (95 %ДИ (27,0–44,1)). Ее полное купирование произошло у преобладающего числа пациентов — 64,1 % (95 %ДИ (55,1–72,2)).

3. В раннем послеоперационном периоде удалось добиться уменьшения выраженности как люмбалгии — с 6,0 Ме (3,0; 7,0) до 1,0 Ме (0; 2,0), так и радикулярной боли — с 6,0 Ме (4,0; 7,0) до 0 Ме (0; 1,0).

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. *Al-Khawaja, D. O.* Surgical treatment of far lateral lumbar disc herniation: a safe and simple approach / D. O. Al-Khawaja, M. Tamadur, C. L. Jonathan // *J. Spine Surg.* – 2016. – Vol. 1, № 2. – P. 21–24.
2. *Folstein, M. F.* Reliability, validity, and clinical implications of the Visual Analogue Mood Scale / M. F. Folstein, R. E. Luria // *J. Psychol. Med.* – 1973. – Vol. 3. – P. 479–86.
3. *Johnson, C.* Measuring pain. Visual analog scale versus numeric pain scale: what is the difference? / C. Johnson // *J Chiropr. Med.* – 2005. – Vol. 4. – P. 43–44.

УДК 616.891.6:616-009.7]:616.74-009.7

А. П. Савостин¹, Ю. Г. Кавалерчик², Т. В. Дрובה²

¹Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»,

²Учреждение здравоохранения

«Гомельская университетская клиника —

областной госпиталь инвалидов ВОВ»

г. Гомель, Республика Беларусь

ДЕПРЕССИЯ И ТРЕВОГА ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛИ В НИЖНЕЙ ЧАСТИ СПИНЫ

Введение

Согласно последнему пересмотру определения международной ассоциации боли (International Association of Pain, IASP), боль — это неприятное сенсорное или эмоциональное переживание, ассоциированное с истинным или потенциальным повреждением тканей или напоминающее таковое. В дополнениях к пересмотренному определению авторы указывают, что боль является индивидуальным переживанием, влияние на восприятие которого оказывает множество факторов (биологических, психологических и социальных), подчеркивают отличие понятий боли и ноцицепции и отмечают, что представления о боли приобретаются индивидуумами в течение всей жизни, а также напоминают о необходимости с уважением относиться к описанию человеком болевых ощущений. Там же упоминается, что несмотря на изначальную адаптивную роль в физиологии человека, боль зачастую может оказывать негативный эффект на жизнедеятельность, социальное и психологическое благополучие, а также описывается возможность невербального выражения боли у людей, не способных к коммуникации, и животных [1, 2].

Основными факторами риска хронизации боли в спине являются психосоциальные и эмоциональные особенности пациента. Ряд исследователей, по аналогии с «красными флагами» предлагает использовать концепцию «желтых флагов» для оценки риска хронизации боли в спине. К наиболее важным из них относят наличие тревоги и депрессии, страх, неудовлетворенность работой, выраженность инвалидизации, отсроченное возвращение к привычной активности и работе, чрезмерные надежды на пассивные методы

терапии и др. В связи с этим важным аспектом терапии является раннее выявление факторов риска развития хронической боли и использование нефармакологических методов, направленных на их коррекцию, например, когнитивно-поведенческая терапия.

Как и другие болевые синдромы, хроническая боль в спине (ХБС) часто ассоциирована с аффективными и когнитивными нарушениями. По данным исследований, у пациентов с ХБС часто выявляются тревожные и депрессивные симптомы. Кроме того, хронический болевой синдром зачастую сопровождается нарушением как простых когнитивных функций (например, скорости обработки информации, внимания и памяти, когнитивного торможения), так и более сложных исполнительных функций (планирование, принятие решений и др.). Также показана ассоциация когнитивных нарушений у пациентов с ХБС с наличием депрессии и тревожности, что подчеркивает их тесную взаимосвязь.

Предложено сразу несколько теорий патогенеза когнитивных нарушений у пациентов с хронической болью. Согласно гипотезе отвлечения внимания (ограниченных ресурсов), активация областей коры в ответ на болевой стимул приводит к ограничению другой когнитивной деятельности, реализуемой с участием данных структур. С другой стороны, часто интенсивность болевого синдрома не коррелирует с выраженностью когнитивных нарушений. Кроме того, по данным нейровизуализационных исследований, у пациентов с ХБС наблюдаются структурные изменения в участках коры, которые также отвечают за когнитивные функции (например, дорсолатеральная ПФК, участки передней поясной извилины, гиппокампа), что подтверждает роль нейропластических изменений в генезе когнитивных нарушений у пациентов с ХБС. Еще одной гипотезой развития когнитивных нарушений является дисбаланс нейромедиаторов, в частности, глутамата, ГАМК, серотонина и ацетилхолина, который может быть обусловлен развитием центральной сенситизации. Таким образом, когнитивные и аффективные нарушения имеют патогенетическую связь с ХБС, что необходимо учитывать при разработке терапевтических подходов у данных пациентов.

Цель

Изучить частоту встречаемости хронического болевого синдрома и тревожно-депрессивных расстройств пациентов неврологического стационара и степень корреляционной связи между ними

Материалы и методы исследования

В исследование вошли 144 пациента (медиана возраста — 50 [29; 87] лет) с диагнозами радикулопатия и люмбоишиалгия, с наличием болевого синдрома более 3-х месяцев, с исключением полинейропатии по данным стимуляционной ЭНМГ. У всех пациентов была произведена оценка наличия нейропатического компонента (DN4), уровня тревожности по шкале Спилбергера – Ханина (до 30 баллов оценивалась как низкая, 31–44 умеренная, 45 и более — высокая). Исследование проводилось на базе УЗ «ГУКОГИВОВ», Республика Беларусь, г. Гомель.

Результаты исследования и их обсуждение

Уровень интенсивности боли по ВАШ в момент исследования составил 6,0 (5,0; 7,0) баллов. По шкале Pain Detect нейропатический компонент был обнаружен у 38 (26,4 %) пациентов, неопределенный — у 59 (41 %), отрицательный у 47 человек (32,6 %), медиана оценки равнялась 8,0 (4,0; 14,0) баллов. По шкале DN4 нейропатический компонент был обнаружен у 103 человек (71,5 %), медиана показателя — 4,0 (0; 9) баллов.

Уровень реактивной тревоги у пациентов с болями в спине составил 31,0 (31,0; 35,0) баллов, что соответствовало умеренному уровню, а личностная тревога равнялась 45,0 (42,0; 49,0) — верхняя граница умеренной тревожности. Показатели депрессии по шкале Бека выявлены на уровне 2,0 (0; 4,0) баллов (депрессии выявлено не было).

В группе пациентов с преобладанием ноцицептивной боли (балл по шкале DN4 < 4) выявлена слабая значимая корреляционная связь между интенсивностью боли по ВАШ и уровнем депрессии ($r = 0,25$), уровнем реактивной тревоги ($r = -0,36$), а также связь между показателем нейропатической боли по шкале DN4 и личностной тревогой ($r = -0,4$).

У лиц с нейропатической модальностью болевого синдрома (балл по шкале DN4 ≥ 4) установлены значимые корреляции между оценками болевого синдрома по ВАШ в момент исследования, значениями депрессии ($r = 0,5$) и личностной тревоги ($r = -0,81$) со средней и высокой силой корреляции

Выводы

Таким образом, полученные данные указывают на значимую связь нейропатического болевого синдрома с уровнем депрессии и тревоги пациентов с хронической болью в спине.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Данилов, А. Б. Типы и патофизиологические механизмы боли – значение для клинической практики / А. Б. Данилов // Manage pain. – 2014. – № 1. – С. 4–8.
2. Екушева, Е. В. Когнитивные нарушения у пациентов с хроническим болевым синдромом / Е. В. Екушева // Русский медицинский журнал. Медицинское обозрение. – 2020. – Т. 4, № 9. – С. 573–577.

УДК 616.831-005.8-06:[616-056.52+616.24-008.444]

Е. В. Сереброва¹, В. В. Данильченко², Е. С. Скачкова²

¹Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»,

²Учреждение здравоохранения «Гомельская университетская клиника —
областной госпиталь инвалидов Великой Отечественной войны»

г. Гомель, Республика Беларусь

ОЖИРЕНИЕ И НАРУШЕНИЯ ДЫХАНИЯ ВО СНЕ У ПАЦИЕНТОВ С ИНФАРКТОМ МОЗГА

Введение

Ожирение представляет собой многофакторное заболевание, патогенетически тесно связанное с развитием сердечно-сосудистой патологии, сахарного диабета, апноэ во сне (АС) и инсульта [1].

Установлено, что увеличение показателя индекса массы тела (ИМТ) на 6 единиц приводит к четырехкратному возрастанию риска обструктивного АС [1]. К основным взаимоотношающим механизмам связи ожирения и АС относятся резистентность к инсулину, повышение количества висцерального жира, дислипидемия, активации симпатoadrenalовой и гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой систем, повышение уровня воспалительных цитокинов, фрагментация сна [2, 3, 4]. Кроме того, у пациентов с ожирением отложение избытка жировой ткани в области шеи приводит к сужению и коллапсу верхних дыхательных путей во время сна и возникновению перемежающейся десатурации, лежащих в основе обструктивного АС [2, 3].