

Вместе с тем, не было получено существенных изменений показателей реактивной тревожности (45,0 [40,0÷47,0] баллов ($p = 0,386$)) по шкале Спилберга – Ханина после проведения лечения.

Выводы

Таким образом, установлено, что в лечении пациентов с психосоматическими расстройствами наряду с использованием классических методов психотерапии возможно использование дополнительных методов лечения — иглорефлексотерапии, которые могут в совокупности повысить результат проводимой терапии, однако более глубокая оценка их эффективности требует проведения дальнейших исследований.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. *Близнюк, А. И.* Психосоматическая патология, классические теории и современные концепции / А. И. Близнюк // Медицинские новости. – 2014. – № 10. – С. 10–15.
2. Проблема алекситимии в контексте медико-психологических исследований. Часть 1. Содержательные характеристики феномена алекситимии в контексте психических и соматических нарушений / Е. Ю. Брель [и др.] // Медицинская психология в России: электрон. науч. журн. – 2019. – Т. 11, № 4(57) [Электронный ресурс]. – URL: <http://mpj.ru> (дата обращения: 26.09.22).
3. *Харченко, Е. Н.* Маскированные депрессии в клинике психосоматических заболеваний и зависимых состояний / Е. Н. Харченко, Е. А. Хаустова, О. В. Чернышев // Клиническая психиатрия и психофармакология. – 2013. – Т. 17, № 3 (64). – С. 49–54.
4. Елисеев, Ю. Ю. Психосоматические заболевания. Полный справочник / Ю. Ю. Елисеев. – М.: АСТ, 2003. – 311 с.
5. *Королева, Е. Г.* Психосоматика: учебное пособие / Е. Г. Королева. – Saarbrücken: Palmarium Academic Publishing, 2014. – 152 с.

УДК 616.711.6-089.87-009.7

М. В. Олизарович, Д. Б. Коржуев, В. В. Щербицкий

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»,

Учреждение «Гомельская областная клиническая больница»,

Учреждение здравоохранения

«Гомельская университетская клиника —

областной госпиталь инвалидов Великой Отечественной войны»

г. Гомель, Республика Беларусь

ДИНАМИКА БОЛЕВОГО СИНДРОМА У ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ ПОЯСНИЧНУЮ СЕКВЕСТРЭКТОМИЮ

Введение

Основным показанием для планового хирургического лечения дискогенной поясничной радикулопатии являются различные болевые синдромы, степень выраженности которых зависит от уровня и количества компримированных спинномозговых корешков [1]. Для оценки выраженности этих болей используют различные оценочные шкалы боли. Наиболее распространенной является визуально-аналоговая шкала (ВАШ) — линейная шкала со штриховыми делениями и схематическим изображением лица, демонстрирующего боли разной степени выраженности [2, 3].

Анализ болевого синдрома при дискогенной поясничной множественной радикулопатии позволит уточнить уровень поражения спинномозговых корешков, определить показания к хирургическому вмешательству, а также оценить эффективность проведенного хирургического лечения.

Цель

Анализ выраженности болевого синдрома в до- и послеоперационном периоде у пациентов с дискогенной компрессией поясничных нервных корешков.

Материалы и методы исследования

Проведен анализ стационарных карт 117 пациентов, обратившихся для проведения поясничной секвестрэктомии в нейрохирургическое отделение № 1 Учреждения Гомельская областная клиническая больница.

Проведен анализ данных по полу и возрасту пациентов, оценена динамика болевого синдрома до операции и в раннем послеоперационном периоде.

Результаты исследования и их обсуждение

Половозрастная характеристика группы пациентов с дискогенной компрессией спинномозговых корешков представлена в таблице 1.

Таблица 1 — Распределение пациентов по возрасту и полу при дискогенной компрессии нервных корешков

Возраст, лет	Кол-во пациентов, n = 117	%, 95 % ДИ	Пол			
			женский	%, 95% ДИ	мужской	%, 95% ДИ
20–29	12	10,3 (5,8–17,2)	3	2,56 (0,6–7,6)	9	7,7 (3,9–14,1)
30–39	34	29,0 (21,6–37,9)	15	12,8 (7,8–20,2)	19	16,3 (10,6–24,1)
40–49	30	25,6 (18,6–34,3)	13	11,1 (6,5–18,2)	17	14,5 (9,2–22,1)
50–59	32	27,4 (20,0–36,0)	8	6,8 (3,3–13,1)	24	20,5 (14,1–22,8)
60 и старше	9	7,7 (3,9–14,2)	6	5,1 (2,1–11,0)	3	2,6 (0,6–7,6)
Всего	117	100 (96,2–100,6)	45	38,5 (30,1–47,5)	72	61,5 (52,5–69,9)

Как следует из таблицы, в оперированной группе преобладали лица от 30 до 39 лет — 34 чел. 29,0 % (95 % ДИ (21,6–37,9)), при преобладании мужчин (61,5 % (95 % ДИ (52,5–69,9))).

Данные о выраженности поясничных болей, полученные при оценке по шкале ВАШ в группе пациентов с дискогенной поясничной радикулопатией, представлены в таблице 2.

Таблица 2 — Результаты оценки болей в поясничном отделе позвоночника по шкале ВАШ

Баллы по шкале ВАШ	Число пациентов до операции, n = 117		Число пациентов после операции, n = 117	
	n	%	n	%
0		4,3 (1,6–9,9)		44,4 (35,8–53,5)
1–2	3	2,6 (0,6–7,6)	44	37,6 (29,4–46,7)
3–4	29	24,8 (17,8–33,4)	19	16,2 (10,6–24,1)
5–6	50	42,7 (34,1–51,8)	2	1,7 (0,1–6,4)
7–8	27	23,1 (16,3–31,5)	0	0
9–10	3	2,6 (0,6–7,6)	0	0

Полученные результаты свидетельствуют о том, что в исследованной группе до операции наиболее характерной была умеренновыраженная (5–6 баллов) поясничная боль 50 чел. 42,7 % (95 %ДИ (34,1–51,8)). При анализе послеоперационной боли выявлено полное купирование поясничной боли у значительного числа пациентов 52 чел. 44,4 % (95 %ДИ (35,8–53,5)).

Данные о выраженности корешковых болей, полученные при оценке по шкале ВАШ в группе пациентов с дискогенной поясничной радикулопатией, представлены в таблице 3.

Таблица 3 — Результаты оценки корешковых болей по шкале ВАШ

Баллы по шкале ВАШ	Число пациентов до операции, n = 117		Число пациентов после операции, n = 117	
	n	%	n	%
0	1	0,8 (-0,3–5,2)	75	64,1 (55,1–72,2)
1–2	11	9,4 (5,2–16,2)	34	29,1 (21,6–37,9)
3–4	41	35,0 (27,0–44,1)	6	5,1 (2,1–11,0)
5–6	32	27,4 (20,1–36,1)	2	1,7 (0,1–6,4)
7–8	22	18,8 (12,7–26,9)	0	0
9–10	10	8,6 (4,6–15,2)	0	0

Полученные результаты свидетельствуют о том, что в исследованной группе до операции наиболее характерной была средневыраженная (3–4 балла) корешковая боль 41 чел. 35,0 % (95%ДИ (27,0–44,1)). При анализе послеоперационной боли выявлено полное купирование радикулярной боли у преобладающего числа пациентов 75 чел. 64,1 % (95 %ДИ (55,1–72,2)).

Данные о динамике корешкового болевого синдрома и люмбалгии по шкале ВАШ представлены в таблице 4.

Таблица 4 — Данные о динамике болевого синдрома по шкале ВАШ

Период	Локализация боли	
	Люмбалгия, баллы, Ме	Радикулярная боль, баллы, Ме
Дооперационный	6,0 (3,0; 7,0)	6,0 (4,0; 7,0)
Ранний послеоперационный	1,0 (0; 2,0)	0 (0; 1,0)
P (тест Вилкоксона)	< 0,0001	< 0,0001

Согласно данным таблицы, интенсивность дооперационных поясничных и корешковых болей была сопоставимой — 6,0 Ме. В раннем послеоперационном периоде удалось добиться уменьшения выраженности ($p < 0,05$) 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).

Выводы

1. В исследованной группе до операции наиболее характерной была умеренновыраженная (5–6 баллов) поясничная боль — 42,7 % (95 %ДИ (34,1–51,8)). В раннем послеоперационном периоде полное купирование поясничной боли достигнуто у значительного числа пациентов — 44,4 % (95 %ДИ (35,8–53,5)).

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