

УДК 616.85-009.7-053.9

Д. П. Машлякевич, А. В. Федорович

*Научный руководитель: ассистент Ю. В. Ходькова,
к.м.н., доцент Н. Н. Усова*

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

ВЗАИМОСВЯЗЬ НЕЙРОПАТИЧЕСКОЙ БОЛИ С УРОВНЕМ ТРЕВОЖНОСТИ И ДЕПРЕССИИ У ПАЦИЕНТОВ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА С ХРОНИЧЕСКИМ БОЛЕВОЙ СИНДРОМОМ

Введение

Результаты эпидемиологических исследований последних лет привлекли внимание к проблеме хронической боли у пациентов старше 60 лет [3]. Распространенность хронической боли в старших возрастных группах находится в интервале 27–86 %, что зависит от популяционной характеристики пациентов, включенных в анализ. Хронические боли – одна из самых значимых проблем пожилых людей. Согласно определению Международной ассоциации по изучению боли (IASP), под хронической понимают боль, которая продолжается свыше 3 месяцев и сопровождается эмоциональной и социальной дезадаптацией [1]. Патогенетические механизмы хронической боли обусловлены физиологическими изменениями у лиц пожилого возраста: уменьшение количества нейротрансмиттеров, (серотонин, гаммааминомасляная кислота, норадреналин и ацетилхолин), снижение количества периферических ноцицептивных нейронов, увеличение болевого порога и сниженный синтез эндогенных опиоидов [3]. Нейропатическая боль представляет собой болевой синдром, вызванный повреждением различных отделов соматосенсорной нервной системы (ее периферических и/или центральных отделов) [1]. По локализации и видам боли у пожилых людей наиболее распространенными являются боли в пояснице или шее (65 %), периферическая нейропатическая боль (40 %), скелетно-мышечная боль (40 %) и хроническая боль в суставах (20 %) [2]. Хроническая боль, сопровождающаяся снижением физической и функциональной активности пациентов. Подавляющее большинство пациентов с хроническим болевым синдромом имеют высокую корреляционную связь с депрессивными расстройствами, а такое взаимопотенцирующее влияние значительно усугубляет течение процесса [4].

Цель

Выявить распространенность нейропатической боли среди пациентов старше 60 лет с хроническим болевым синдромом при дегенеративных заболеваниях позвоночника и определить выраженность депрессии и тревожности у пациентов данной группы.

Материал и методы исследования

На базе Гомельской университетской клиники – областного госпиталя инвалидов ВОВ проведено обследование 25 пациентов. Субъектами были пациенты в возрасте ≥ 60 лет. При выборе группы пациентов критерием включения являлось наличие боли в течение минимум 3-х месяцев, и степень ее выраженности определялась как ≥ 4 по визуально-аналоговой шкале (ВАШ). Критериями исключения являлось наличие хронической онкологической боли, деменция и выраженная когнитивная дисфункция. Предварительно было получено согласие пациентов. С целью определения интенсивности и характера боли применялись опросники ВАШ, DN4, PainDetect. В процессе обследования пациентов была использована шкала Бека для определения наличия депрессивного

расстройства. Статистическая обработка выполнена при помощи программ Microsoft Excel, Statistica 12.0.

Результаты исследования и их обсуждение

В исследовании было отобрано 25 пациентов, среди которых 21 (84 %) женщина и 4 (16 %) мужчины.

Проанализировав опросник DN4, были выделены пациенты по нейропатическому компоненту: 28 % (7 человек) с положительным и 72 % (18 человек) с отрицательным показателем.

С помощью этих данных удалось судить об уровне тревожности и депрессии (таблица 1).
Таблица 1 – Анализ тревожности и депрессии у неврологических пациентов

DN4	Шкала Спилбергера – Ханина		Шкала Бека, чел
	Реактивная тревожность, чел	Личностная тревожность, чел	
Пациенты с нейропатической болью	Умеренный – 4 Высокий – 3	Умеренный – 3 Высокий – 4	Легкая – 2 Выраженная – 4 Отсутствует – 1
Пациенты без нейропатической боли	Низкий – 3 Умеренный – 10 Высокий – 5	Низкий – 1 Умеренный – 6 Высокий – 11	Легкая – 3 Выраженная – 4 Умеренная – 2 Отсутствует – 8 Тяжелая – 1

Таким образом, среди пациентов с нейропатической болью 86 % (6 человек) страдают депрессией. В то же время среди пациентов с отрицательным нейропатическим компонентом этот показатель составил 55,5 %, что в 1,56 раз меньше.

Тест Спилбергера – Ханина показывает иные результаты: все пациенты с нейропатической болью имеют либо высокий, либо умеренный уровень тревожности. А у пациентов без нейрокомпонента имеет место и низкая степень.

У таких пациентов низкий уровень в реактивной тревожности составляет 17 %, а в личностной – 5,5 %. Такой результат может свидетельствовать о том, что у остальных пациентов без нейропатической боли присутствие в большей степени умеренного или высокого уровня тревожности объясняется наличием иных патологий, с которыми они были госпитализированы в неврологическое отделение.

Выводы

Таким образом, распространенность нейропатического компонента боли у пациентов возрастной группы 60 лет и старше с хроническим болевым синдромом составила 27 %. Подавляющее большинство данной группы страдает депрессивными расстройствами (86 %), что ведет к ухудшению ментального здоровья пациента, требует своевременной диагностики и тщательного наблюдения специалистов. Анализ тревожности показал высокие результаты в двух группах пациентов, что ведет к значительному снижению их качества жизни. Для улучшения диагностики нейропатической боли и нарушения психоэмоционального состояния у пациентов неврологического профиля стоит проводить более подробный сбор анамнеза и внедрение в практику опросников с определенными дескрипторами для более объективного исследования состояния пациента.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Распространенность и особенности хронического болевого синдрома у лиц старше 65 лет: данные российского эпидемиологического исследования ЭВКАЛИПТ / Н. М. Воробьева [и др.] // Российский журнал гериатрической медицины. – 2021. – № (4). – С. 425–434.

2. Domenichiello A.F., Ramsden C.E. The silent epidemic of chronic pain in older adults // Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry. – 2019. – № 93. – P. 284–290. – DOI: 10.1016/j.pnpbp.2019.04.006

3. Cedraschi C, Ludwig C, Allaz AF, Herrmann FR, Luthy C. Pain and healthrelated quality of life (HRQoL): a national observational study in communitydwelling older adults // Eur Geriatr Med. – 2018. – № 9. – P. 881.

4. Пучков, А. Е. Психофизиологический ЭМГ-тренинг методом биологической обратной связи при синдроме позвоночной артерии / А. Е. Пучков, А. Е. Барулин, О. В. Курушина // Российский журнал боли. – 2015. – № 1 (44). – С. 137–138.

УДК 616.831-071/-078

Д. В. Михайлова, А. А. Волкович

Научный руководитель: старший преподаватель В. С. Смирнов

Учреждение образование

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ ПАЦИЕНТОВ С ДИСЦИРКУЛЯТОРНОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИЕЙ

Введение

Дисциркуляторная энцефалопатия (ДЭП) – хроническое прогрессирующее очаговое или диффузное поражение головного мозга, проявляющееся неврологическими и психическими расстройствами и обусловленное хронической сосудистой мозговой недостаточностью и/или повторными острыми нарушениями мозгового кровообращения (ОНМК) [1].

На данный момент уже существует представление о многофакторном механизме развития сосудистой недостаточности головного мозга, но ни один из факторов риска не может полностью объяснить ни выраженность неврологических нарушений, ни характер течения заболевания.

Основным этиологическим фактором ДЭП является атеросклеротическое поражение сосудов головного мозга и артериальная гипертензия, при которой спастическое сокращение мозговых сосудов ведет к обеднению мозгового кровотока, причем часто эти заболевания сочетаются. Также немаловажную роль в развитии и прогрессировании ДЭП имеют фибрилляция предсердий или другие заболевания сердца с высоким риском тромбоэмболии в головной мозг (клапанные пороки, аневризма сердца, эндокардит); диабетическая микро- и/или макроангиопатия; аутоиммунные или инфекционные васкулиты (при системных заболеваниях соединительной ткани, нейроинфекции, например, нейросифилисе); тромбофилии [2].

Клинически ДЭП проявляется, главным образом, когнитивными нарушениями с различной степенью выраженности и рассеянной очаговой неврологической симптоматикой [3].

Выделяют 3 стадии ДЭП:

1 стадия характеризуется субъективной неврологической симптоматикой, а именно головной болью, шумом в ушах, быстрой утомляемостью, забывчивостью, эмоциональной лабильностью и т. д. Объективно можно заметить «рассеянную» неврологическую симптоматику: повышение и/или асимметрию сухожильных рефлексов, легкую дискоординацию, нистагм и т. д.

На 2 стадии снижается субъективная неврологическая симптоматика и формируется отчетливая объективная неврологическая симптоматика. Может развиваться 1 или несколько из следующих неврологических синдромов:

- умеренные когнитивные нарушения;
- псевдобульбарный;
- нарушения походки и равновесия (лобная дисбазия);