

При оценке качества сна за месяц 4 (13,3 %) пациента оценили его как очень хорошее, 19 (63,3 %) — достаточно хорошее, 7 (23,3 %) — скорее плохое. На вопрос «Сложно ли делать повседневные дела?» 5 (16,7 %) пациентов ответили «Совсем не сложно», 17 (56,7 %) — «Чуть-чуть сложно», 7 (23,3 %) — «Несколько сложно», 1 (3,3 %) — «Очень сложно».

Таблица 1 — Качественные характеристики сна у пациентов с болями в спине

Качественная характеристика	Ни разу в течение последнего месяца, n (%)	Менее, чем 1 раз в неделю n (%)	1 или 2 раза в неделю n (%)	3 или более раз в неделю n (%)
Не могли заснуть в течение 30 мин	14 (46,6 %)	7 (23,3 %)	2 (6,7 %)	7 (23,3 %)
Просыпались в середине ночи или под утро	6 (20 %)	11 (36,67 %)	4 (13,3 %)	9 (30 %)
Были вынуждены вставать, чтобы воспользоваться ванной комнатой	7 (23,3 %)	10 (33,3 %)	6 (20 %)	7 (23,3 %)
Не могли свободно дышать	26 (86,7 %)	2 (6,7 %)	—	2 (6,7 %)
Кашляли или громко храпели	14 (46,7 %)	6 (20 %)	2 (6,7 %)	8 (26,7 %)
Чувствовали, что холодно	27 (90 %)	1 (3,3 %)	1 (3,3 %)	1 (3,3 %)
Чувствовали что жарко	18 (60 %)	5 (16,7 %)	6 (20 %)	1 (3,3 %)
Видели плохие сны	11 (36,7 %)	16 (53,3 %)	2 (6,7 %)	1 (3,3 %)
Испытывали боль	8 (26,7 %)	10 (33,3 %)	5 (16,7 %)	7 (23,3 %)
Как часто принимают снотворное	23 (76,7 %)	2 (6,7 %)	4 (13,3 %)	1 (3,3 %)
Нарушения бодрствования днем	16 (53,3 %)	6 (20 %)	6 (20 %)	2 (6,7 %)

Выводы

Таким образом, боли в спине вызывают нарушения сна у 76 % пациентов, однако только у 23,3 % данной категории лиц это влияет на субъективную оценку качества сна.

ЛИТЕРАТУРА

1. Парфенов, В. А. Боль в нижней части спины: мифы и реальность / В. А. Парфенов, А. И. Исайкин. — М.: ИМА-ПРЕСС; 2016. — 104 с.
2. Annual consultation prevalence of regional musculoskeletal problems in primary care: an observational study / K. P. Jordan [et al.] // BMC Musculoskelet Disord. — 2010. — № 11. — P. 144.
3. The Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI): a new instrument for psychiatric research and practice / D. J. Buysse [et al.] // Psychiatry Res. — 1989. — Vol. 28. — P. 193–213.

УДК 616.8:616-006.6-009.7

НЕЙРОПАТИЧЕСКИЙ КОМПОНЕНТ БОЛИ ПРИ ОНКОЛОГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ

Усова Н. Н., Литвинов Г. Е., Волчек В. С., Сотникова В. В.

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

Введение

Решение вопроса роста числа онкологических заболеваний и должного медицинского сопровождения пациентов с данной патологией является ведущим в программе демографической безопасности Республики Беларусь. В 1971 г. заболеваемость злокачественными новообразованиями составляла 157 случаев на 100 тыс. населения, а через 40 лет данный показатель вырос практически в 3 раза до 457 случаев на 100 тыс. населения. Наблюдается неуклонный прирост числа пациентов с раком в среднем на 3 % в год [1].

Эксперты Всемирной организации здравоохранения прогнозируют удвоение числа злокачественных опухолей в 2020 г., а к 2030 г. число заболевших достигнет 75 млн, из них — 26 млн новых случаев и до 17 млн со смертельным исходом [2].

У пациентов со злокачественными новообразованиями боль не имеет биологической целесообразности и защитной роли, является постоянной дезадаптирующей составляющей патологического процесса. При генерализованных формах опухолевого процесса в 70 % случаев детектируется 2 и более патофизиологических видов боли (M. Ashby et al., 1992). При этом вклад нейропатического компонента в формирование восприятия онкологической боли неуклонно растет среди пациентов всего мира [3]. Так согласно данным различных источников, распространенность нейропатической боли составляет от 15 до 70 % [4], что значительно затрудняет решение вопроса адекватного обезболивания данной категории лиц. При этом средняя стоимость данной проблемы для медицины только в США насчитывает 2,3 млрд долларов в год [5].

Нейропатическая боль у онкологических пациентов имеет одновременно множество причин, таких как компрессия нервов, деаферентационное повреждение нервов, симпатически усиленная боль. При чем вначале процесса появляется ноцицептивная боль, которая затем трансформируется в нейропатическую благодаря эскалации процессов периферической и центральной сенситизации.

Таким образом, установление патогенетического механизма развития болевого синдрома у онкологических пациентов поможет адекватно оценить возможности и обезболивания и внести коррекцию в данную терапию.

Цель

Оценить интенсивность болевого синдрома и распространенность нейропатического компонента у пациентов с онкологической патологией, находящихся на паллиативном лечении.

Материал и методы исследования

Исследование выполнено в 2018 г. на базе отделения паллиативной помощи учреждения здравоохранения «Гомельская городская клиническая больница № 4». Обследовано 10 пациентов с онкологической патологией различной локализации 4 клинической группы, проходящих курс паллиативной терапии. Среди обследованных пациентов было 5 женщин и 5 мужчины (средний возраст — $65 \pm 11,4$ года).

Болевой синдром оценивался с помощью стандартных опросников PainDetect и DN4, которые заполнялись врачом.

Тест PainDetect объединяет схему распределения болевых расстройств в виде картинку с визуально-аналоговой шкалой (ВАШ) и вопросником на выявление спонтанных и вызванных симптомов нейропатической боли. В первом блоке пациента просят оценить среднесуточную, среднемесячную и текущую интенсивность болевого синдрома по ВАШ, которая представляет собой отрезок прямой длиной 10 мм, на одном конце которого находится точка, обозначающая отсутствие боли, на другом — наиболее сильную боль, которую пациент испытывал когда-либо за всю жизнь (E. C. Huskisson, 1974). На этом отрезке пациенту предлагают поставить точку, символизирующую уровень его боли. После этого отмеряют расстояние между «нулевой» точкой (отсутствие боли) и точкой, которую поставил пациент. Значение записывают в мм. При динамической оценке изменение интенсивности боли считается объективным и существенным, если настоящее значение ВАШ отличается от предыдущего более чем на 13 мм [8]. Этот блок не участвует в общем подсчете баллов теста.

Во втором блоке PainDetect пациенту предлагается выбрать наиболее характерную картину течения болевого синдрома. В зависимости от выбранного типа течения ответу присваивается балл от -1 до +1. В третьем блоке тестируемым предлагается отметить на рисунке локализацию боли и обозначить ее иррадиацию. Наличие иррадиации боли также добавляет к результату 2 балла. Четвертый блок представляет собой список симптомов нейропатической боли. При этом пациенту предлагается не только отметить их наличие или отсутствие, но и выраженность по 6-балльной шкале. После заполнения опросника производится подсчет баллов путем суммирования значений по блокам 2–4. Если показатель превышает 19 баллов, то наличие нейропатической боли считается высоко вероятным [7].

Опросник DN4 направлен на выявление нейропатической боли и представляет собой список из 4 вопросов, в каждом из которых содержится несколько пунктов подразумевающих однозначный ответ («да» или «нет»). Первые два вопроса адресованы непосредственно пациенту и

описывают характеристики боли и сопутствующие ощущения. Вторые два вопроса адресованы врачу и призваны выявить те или иные нарушения чувствительности. При положительном ответе на 4 и более пункта, можно говорить о наличии нейропатической боли у пациента.

У всех пациентов получено информированное согласие. Статистическая обработка осуществлялась с помощью программы «Statistica» 7.0. Данные обработаны с помощью методик описательной статистики и представлены в виде среднего значения и стандартного отклонения.

Результаты исследования и их обсуждение

При анализе оценок визуально-аналоговой шкалы, входившей в 1 часть опросника PainDetect опрошенные пациенты показали следующие результаты. Так болевой синдром в момент проведения тестирования пациенты оценивали в $3,7 \pm 2,87$ балла. Наиболее сильная боль в последний месяц составила $7,7 \pm 2,36$ баллов, а средняя выраженность болевого синдрома за 4 недели равнялась $6,3 \pm 2,54$ балла, что указывало на недостаточный уровень обезболивания пациентов.

Оценка нейропатического компонента боли по шкале DN4 составила $5,3 \pm 1,89$ баллов, что указывало на значимый вклад центральных механизмов в развитие патологии. Наличие нейропатического характера боли (балл согласно опросника DN4 более 4) наблюдалось у 70 % пациентов.

Выводы

Таким образом, обращает на себя внимание недостаточно адекватный уровень обезболивания паллиативных онкологических пациентов, а также значительный вклад нейропатического компонента в формирование болевого синдрома, что требует коррекции и дальнейших исследований.

ЛИТЕРАТУРА

1. Суконко, О. Г. Состояние и перспективы развития онкологии в Республики Беларусь / О. Г. Суконко // Онкологический журнал. — 2011. — Т. 5, № 4 (20). — С. 5–18.
2. International Agency for Research on Cancer. World Cancer Report 2008 // WHO. — 2008. — http://www.who.int/gho/ncd/mortality_morbidity/cancer.
3. World Health Organization. Cancer Pain Management. WHO Technical Report Series. — Geneva: WHO, 2012. — P. 83.
4. Жумалиева, В. А. Актуальность проблемы хронической нейропатической боли у онкологических пациентов / В. А. Жумалиева // Медицина и экология. — 2015. — № 4. — С. 40–47.
5. Clinical Pain Management. Cancer Pain / Ed. by N. Sykes, M. I. Bennet, C. Yuan. — Hodder Arnold, 2008. — P. 443.

УДК 616.342-002.44:159.922

ЛИЧНОСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ, ТИПЫ ОТНОШЕНИЯ К БОЛЕЗНИ, СОСТОЯНИЕ ВЕГЕТАТИВНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ И ИХ ВЗАИМОСВЯЗИ У ПАЦИЕНТОВ С ДУОДЕНАЛЬНЫМИ ЯЗВАМИ

Ушакова Л. Ю.

**Государственное учреждение образования
«Белорусская медицинская академия последипломного образования»
г. Минск, Республика Беларусь**

Введение

Авторы многих работ рассматривают дуоденальные язвы (ДЯ) как психосоматические заболевания, при которых психические и соматические факторы являются динамическими компонентами, изменяющимися на разных стадиях заболевания [1, 2, 3].

При развитии хронических соматических заболеваний, таких как ДЯ, возникает новый круг психогенных расстройств, обусловленный реакцией личности на заболевание, которые за счет нейровегетативных нарушений утяжеляют течение соматической болезни [2,4]. Изучение личностных характеристик не всегда позволяет полно оценить психологическое состояние больного. Во многих работах указывается на взаимосвязь личностных особенностей и варианта реагирования на болезнь у пациентов с ДЯ [2, 3]. Однако, сведения о взаимосвязях личностных особенностей и типов отношения к болезни, показателей вегетативной нервной системы у больных с ДЯ носят противоречивый характер и изучены недостаточно полно.