

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 картинке 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](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.