

чины, характера боли, ее интенсивности и продолжительности [4]. Для объективизации и контроля эффективности лечения целесообразно использовать визуально-аналоговые шкалы и специальные опросники.

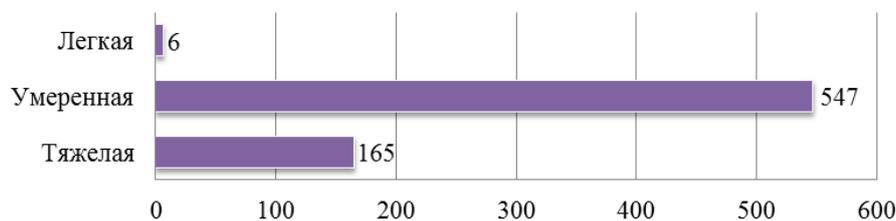


Рисунок 2 — Степень выраженности болевого синдрома

Как правило, мышечно-тонический синдром в острой фазе носит защитный физиологический характер, который ограничивает подвижность заинтересованного отдела позвоночника, но далее мышечно-тонические синдромы сами часто становятся вторичным источником боли. У наших пациентов данный синдром в 567 (79 %) случаях отсутствовал (рисунок 3).



Рисунок 3 — Мышечно-тонический синдром

Выводы

Таким образом, количество пациентов с вертеброгенным болевым синдромом за 2016–2018 гг. имело тенденцию к увеличению без гендерных различий в структуре. Преобладали болевые синдромы в шейном отделе позвоночника. У пациентов с вертеброгенной патологией в 76 % случаев интенсивность болевого синдрома была умеренной, при чем мышечно-тонический синдром присутствовал только у 21 % пациентов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Никифоров, А. С. Общая неврология: 2-е изд., испр. и доп. / А. С. Никифоров, Е. И. Гусев. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. — 704 с.
2. Боль в спине: диагностика и лечение / К. В. Котенко [и др.]. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. — 528 с.
3. Котов, О. В. Боль в шее: распространенность, факторы возникновения, возможности терапии / О. В. Котова, Е. С. Акарачкова // Фарматек. — 2014. — № 9. — С. 45–49.
4. Парфенов, В. А. Боли в нижней части спины: мифы и реальность / В. А. Парфенов, А. И. Исайкин. — М.: ИМА-ПРЕСС, 2016. — 104 с.

УДК 616.711-009.7:159.942.5

ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНЫЙ ФОН У ПАЦИЕНТОВ С БОЛЯМИ В СПИНЕ

Савостин А. П., Усова Н. Н., Маслакова П. С., Лазаренко Т. А.

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Боли в спине являются серьезной медико-социальной проблемой. По частоте обращения за медицинской помощью указанная жалоба занимает третье место в практике врача-интерниста и беспокоит с одинаковой частотой представителей разного пола,

разных возрастов и профессий [1]. У пациентов с болью в спине повышается частота развития тревожных расстройств и депрессии, что особенно выражено при ее нейропатическом варианте [2]. Один и тот же человек одинаковые болевые ощущения в разном психоэмоциональном состоянии воспринимает по-разному [3].

Психоэмоциональное состояние пациентов с болями в спине во многом влияет на течение и исход заболевания, и потому должно учитываться при разработке тактики лечения и оценке его эффективности.

Цель

Оценить психоэмоциональное состояние пациентов неврологического отделения с локализацией боли в области спины.

Материал и методы исследования

Обследование проводилось на базе неврологического отделения учреждения «Гомельский областной клинический госпиталь инвалидов Отечественной войны».

Обследованы 35 пациентов с болевым синдромом в спине, средний возраст $57,1 \pm 11,8$ лет, из них 15 женщин и 20 мужчин. Локализация болевого синдрома была распределена следующим образом: поясничный отдел позвоночника — 26 пациентов (74,3 %), шейный отдел позвоночника — 8 случаев (22,9 %), грудной отдел позвоночника — 1 (2,9 %).

Интенсивность боли оценивалась с помощью анкетирования по 10-бальной визуальной аналоговой шкале (ВАШ). С ее помощью пациенты оценивали боль по 10-бальной системе как на момент осмотра, так и в течение последнего месяца.

Для оценки нейропатического компонента боли было проведено анкетирование по скрининговым шкалам DN4 (Douleur Neuropathic 4 Questions), PainDetect.

DN4 состоит из 10 вопросов о наличии и характере имеющейся боли у пациента, за каждый ответ «да» присваивается 1 балл. Сумма в 4 и более баллов указывает на нейропатический компонент боли.

Состояние тревожности у пациентов оценивалось с использованием шкалы оценки тревожности Ч. Д. Спилберга [4].

Ч. Д. Шкала Спилберга позволила определить дифференцированное измерение тревожности как состояния (ситуационная тревожность — СТ) и как личностного свойства (личностная тревожность — ЛТ).

Анкета состоит из 40 утверждений: 20 предназначены для оценки СТ и 20 для оценки ЛТ. Возможны 4 варианта выбора в зависимости от соответствующего предложенного состояния. Итоговый рассчитанный показатель рассматривается как уровень развития соответствующего вида тревожности. Информацию о пациентах заносили в электронную базу данных, после чего осуществляли ее статистическую обработку с помощью программы «Statistica» 12.0.

У всех пациентов было получено информированное согласие. Статистическая обработка результатов проводилась с помощью программы «Statistica» 12.0 с использованием описательных и непараметрических методик. Результаты представлены в виде медианы (Med) и нижнего и верхнего квартилей (LQ; UQ).

Результаты исследования и их обсуждение

Согласно результатам оценки по визуально-аналоговой шкале, интенсивность болевого синдрома на момент осмотра составила 5,0 (3,0; 6,0) баллов, максимальный приступ в течение 1 месяца равнялся 7,0 (5,0; 9,0) баллов, а средняя выраженность болевого синдрома в течение 4 недель была 7,0 (4,0; 8,0) баллов. При этом у 15 (42,8 %) пациентов болевой синдром носил нейропатический характер, согласно шкале DN4.

Средние значения реактивной тревожности составили 43,0 (37,0; 54,0) баллов. Обращает на себя внимание тот факт, что только у 1 (2,85 %) пациента уровень реактив-

ной тревожности был низким. В 19 (54,3 %) случаях реактивная тревожность была умеренной, а в 15 (42,85 %) — высокой.

Показатели личностной тревожности совпали с уровнем реактивной — 44,0 (34,0; 53,0) балла, однако их распределение выраженности было несколько иным. Так, у 3 пациентов наблюдались низкие значения личностной тревоги, у 15 — умеренные (42,85 %), а в 17 случаях (48,6 %) тревога была выраженной.

При проведении корреляционного анализа была установлена достоверная положительная корреляционная связь средней между интенсивностью боли по ВАШ и показателями реактивной ($r = 0,65$) и личностной ($r = 0,45$) тревожности.

Выводы

Пациенты с болями в спине, находящиеся на лечении в стационаре, страдали от болевого синдрома сильной выраженности, который у 42,8 % пациентов носил нейропатический характер. Практически все пациенты имели умеренный и высокий уровень реактивной и личностной тревожности, который значимо коррелировал с интенсивностью болевого синдрома.

ЛИТЕРАТУРА

1. Гендерные особенности реабилитации пациентов с болями в спине вертеброгенного генеза / О. А. Булах [и др.] // Физиотерапия, бальнеология и реабилитация. — 2017. — № 16 (3). — С. 128–129.
2. Боль, тревога, нарушения сна — три мишени для прегабалина при нейропатических болях в спине / В. Николаенко // Международный неврологический журнал. — 2018. — № 1 (95). — С. 52–53
3. Боль в спине и попытки ее объективизации / В. П. Михайлов [и др.] // Журнал хирургия позвоночника. — 2009. — № 3. — С. 64–70.
4. Сравнительное изучение состояний тревожности у больных с невротическими расстройствами в процессе психотерапии и психокоррекции / Е. В. Бойко [и др.] // Кубанский научный медицинский вестник. — 2010. — № 3, Т. 4 (117–118). — С. 27–29.

УДК 616.831-005.8-06:616.24-008.444-037

ОЦЕНКА РИСКА СИНДРОМА АПНОЭ СНА У ПАЦИЕНТОВ С ИНФАРКТОМ ГОЛОВНОГО МОЗГА

Сереброва Е. В.¹, Парахадов Д.¹, Ключинская О. А.², Усова Н. Н.¹

¹Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»,

²Государственное учреждение

«Гомельский областной клинический госпиталь инвалидов Отечественной войны»
г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Острые нарушения мозгового кровообращения (ОНМК), в структуре которых лидирующее место занимает инфаркт головного мозга (ИГМ), являются актуальной медицинской и социальной проблемой, что обусловлено стабильно высокими показателями заболеваемости и смертности от данных заболеваний, а также расходами на лечение, медицинскую реабилитацию и потери в сфере производства.

Одним из независимых и распространенных факторов риска ИГМ является синдром апноэ сна (САС). Его наличие у пациента доказано увеличивает риск развития ишемического поражения головного мозга в 1,6–4,3 раза [1].

Учитывая высокую частоту встречаемости САС в популяции и среди пациентов с ОНМК, данная патология требует раннего выявления и лечения. С целью скрининговой диагностики САС за рубежом разработан ряд диагностических шкал, среди которых наиболее часто используется шкала STOP-BANG.

Цель

Оценить информативность диагностической шкалы STOP-BANG в скрининговой диагностике высокого риска синдрома апноэ сна у пациентов с инфарктом головного мозга.