

### **Результаты исследования и их обсуждение**

Как установлено исследованиями средний балл по шкале Бека составил 2,8, что указывало на отсутствие депрессии у данного контингента лиц.

Реактивная тревожность согласно опроснику Спилбергера-Ханина, равнялась 41,22 баллов, а личностная тревожность — 50,9 баллов.

### **Вывод**

Таким образом, у пациентов с вертеброгенной патологией отсутствовали признаки депрессии, однако наблюдалась реактивная и личностная тревожность средней степени выраженности с преобладанием личностной тревоги, которая возможна способствовала хронизации болевого синдрома в спине.

### **ЛИТЕРАТУРА**

1. Бамдас, Б. С. Астенические состояния / Б. С. Бамдас. — М.: медгиз, 1961. — 198 с.
2. Психиатрические, психологические и неврологические характеристики больных с хроническими болями в спине / Ю. А. Александровский [и др.] // Журн. неврол. и психиатр. — 2003. — № 4. — С. 26–30.

**УДК 616.711-009.7-031-07**

## **КАТАМНЕСТИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА РАСПРОСТРАНЕННОСТИ И ЛОКАЛИЗАЦИИ ВЕРТЕБРОГЕННОЙ БОЛИ**

**Савостин А. П.<sup>1</sup>, Кротенок К. С.<sup>1</sup>, Приступчик А. А.<sup>1</sup>,  
Усова Н. Н.<sup>1</sup>, Данильченко В. В.<sup>2</sup>**

**<sup>1</sup>Учреждение образования**

**«Гомельский государственный медицинский университет»,**

**<sup>2</sup>Учреждение**

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

### **Введение**

Высокая распространенность болей в спине — одна из наиболее актуальных проблем здравоохранения. По данным статистических исследований патология пояснично-крестцового отдела составляет 30 % общей заболеваемости и более 80 % заболеваний периферической нервной системы. Ежегодно она возникает у 25–40 % населения, приводя к длительной временной утрате трудоспособности [1].

Встречаются различные варианты дорсалгии, которая является одним из ведущих признаков большинства вертеброгенных синдромов. Боль в спине может быть первичной, обусловленной дегенеративными и функциональными изменениями в тканях опорно-двигательного аппарата с вовлечением смежных невралгических структур, и вторичной — связанной с воспалительными, метаболическими, инфекционными, неопластическими, а также травматическими поражениями позвоночника. В большинстве случаев наблюдается вертеброгенный болевой синдром, причинами которого являются дегенеративно-дистрофические изменения позвоночника, а также важная роль отводится социальным факторам, гендерной принадлежности и личностным особенностям. Ноцицептивный компонент боли обусловлен раздражением периферических рецепторов вследствие изменений межпозвоночных дисков, мышц, связок, фасций. Основой нейропатического компонента являются механизмы периферической и центральной сенситизации, приводящие к дисфункции центральных и периферических отделов соматосенсорной нервной системы [2].

### **Цель**

Изучить распространенность и характер болевого синдрома, локализацию боли, а также наличие или отсутствие мышечно-тонического синдрома у пациентов с вертеброгенным болевым синдромом.

### **Материал и методы исследования**

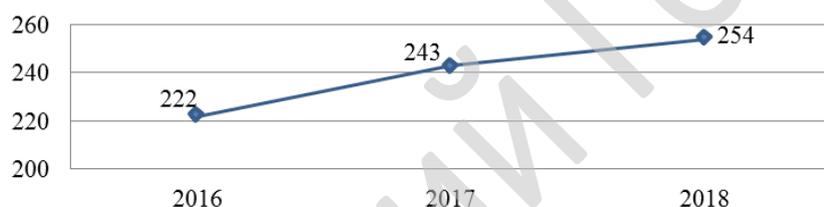
В ходе исследования были проанализированы данные 718 пациентов, находившихся на стационарном лечении в неврологическом отделении УЗ «Гомельский областной клинический госпиталь инвалидов Отечественной войны» (УЗ «ГОКГ ИОВ»), а также проходивших амбулаторное лечение на базах гомельских учреждений здравоохранения за 2016–2018 гг. с основным проявлением — вертеброгенный болевой синдром. Оценены следующие показатели: пол, возраст, локализация боли, выраженность болевого синдрома, а также наличие или отсутствие мышечно-тонического синдрома.

Статистическая обработка полученных данных производилась при помощи пакета прикладных программ «Microsoft Excel» и «MedCalc 10.2.0.0»

### **Результаты исследования и их обсуждение**

Среди всех исследованных пациентов был проведен анализ структуры по полу и возрасту. Согласно полученным данным из 718 пациентов мужчин — 362 (50,4 %), женщин — 356 (49,6 %). Средний возраст пациентов составил  $53,5 \pm 10,5$  года.

Распространенность вертеброгенного болевого синдрома за 2016 г. составила в среднем 12,6 %, за 2017 г. — 13,4 % и за 2018 г. — 14,5 % среди данных пациентов г. Гомеля и Гомельской области. Из чего можно заметить рост обращений пациентов по поводу данной патологии. Данные представлены на рисунке 1.



**Рисунок 1 — Динамика регистрации пациентов с вертеброгенным болевым синдромом за 2016–2018 гг.**

Одним из наиболее распространенных проявлений дорсопатии считают сопряженные с ними боли, которые могут проявляться на всех уровнях позвоночника. В зависимости от их локализации они обозначаются как цервикалгии, торакалгии и люмбалгии [3].

Данные по локализации вертеброгенного болевого синдрома среди пациентов неврологического профиля представлены в таблице 1.

**Таблица 1 — Локализация вертеброгенного болевого синдрома у пациентов неврологического профиля.**

Цервикалгия	Цервибрахиалгия	Торакалгия	Люмбалгия	Люмбоишалгия
200 (27,86 %)	185 (25,8 %)	85 (11,8 %)	163 (22,7 %)	85 (11,8 %)

С учетом локализации преобладает болевой синдром в шейном отделе, далее в пояснице и грудном отделах позвоночника. Если сравнить относительно эпидемиологических данных, то можно заметить небольшие различия, которые заключаются в преобладании люмбалгий, а затем — цервикалгий.

Была проведена оценка степени выраженности болевого синдрома: легкая составила 6 (0,8 %), умеренная — 547 (76,1 %), тяжелая — 165 (23,1 %) (рисунок 2).

Способ оценки выраженности боли основан на информации, полученной от пациента, которую для облегчения динамического наблюдения ранжируют с помощью шкал. Обследование пациента должно включать выяснение обстоятельств, которые сопровождают появление боли, что в дальнейшем может существенно облегчить выбор болеутоляющей терапии. Эффективное обезболивание возможно только с учетом при-

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

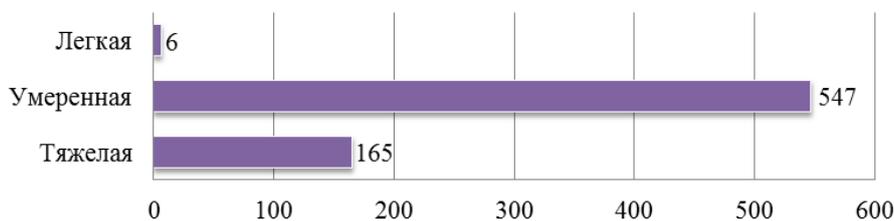


Рисунок 2 — Степень выраженности болевого синдрома

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,