

влияния на качество жизни и социоэкономические показатели [1]. Психоэмоциональные расстройства являются значимым фактором в возникновении боли в спине. И наоборот, хронические боли в спине ведут к появлению тревожности и напряженности, что значительно усиливает восприятие пациентом боли [2].

В связи с этим оценка психоэмоционального состояния пациентов с болями в спине, распознавание и своевременная дифференцированная терапия психических расстройств среди пациентов с болевыми синдромами, локализованными в области спины является важной задачей, поскольку во многом влияет на течение и исход заболевания [3].

Цель

Изучение психоэмоционального статуса пациентов неврологического стационара с болями в спине.

Материал и методы исследования

Обследованы 35 пациентов болями в спине, находившихся на плановом лечении в неврологическом отделении на базе учреждения «Гомельский областной клинический госпиталь инвалидов Отечественной войны» в период с 2019 по 2020 гг.

Средний возраст пациентов — $57,1 \pm 11,8$ лет. Среди данных пациентов 15 (42,9 %) были лица женского пола, 20 (57,1 %) — мужского пола. У 14 (40 %) человек был установлен диагноз люмбоишиалгии, у 5 (14,3 %) — люмбалгии, у 7 (20 %) — цервикобрахиалгия, у 1 (2,9 %) — торакалгия и у 8 (22,9 %) пациентов были выявлены симптомы радикулопатии. Уровень тревоги и депрессии оценивались с помощью теста Спилбергера — Ханина и шкалы Бека. Статистическая обработка выполнена описательной статистикой программы «Statistica» 12.0.

Результаты исследования и их обсуждение

Уровень реактивной тревоги у обследованных составил 43 (37; 54) баллов, а личностная тревожность равнялась 44 (34; 53), что соответствовало умеренным показателям. Депрессия по опроснику Бека у пациентов с вертеброгенной патологией составила 4 (0; 8), что не выявило достигло клинического уровня.

Выводы

Обобщая представленные данные, можно сделать вывод, что хроническая боль в спине обнаруживает тесную взаимосвязь с тревожным состоянием пациентов. У пациентов, находящихся на стационарном лечении по поводу болей в спине, наблюдалась личностная и реактивная тревожность умеренной выраженности и не было выявлено симптомов депрессии.

ЛИТЕРАТУРА

1. Шостак, Н. А. Болевой синдром в спине: современные подходы к терапии / Н. А. Шостак, А. А. Клименко // Клиницист. — 2015. — № 2. — С. 36–38.
2. Волель, Б. А. Хроническая боль в спине и психические расстройства / Б. А. Волель, Д. С. Петелин, Д. О. Рожков // Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. — 2019. — № 11. — С. 17–24.
3. Рябченко, А. Ю. Изменения качества жизни и эмоционального статуса при дорсалгии на фоне дегенеративно-дистрофических нарушений поясничного отдела позвоночника / А. Ю. Рябченко, В. В. Белянин, В. С. Богданов // Оренбургский медицинский вестник. — 2018. — Т. 6, № 1(21). — С. 16–19.

УДК [616.85:616.379 – 008.64 – 08]:546.214

КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ ПОЛИНЕЙРОПАТИИ С ПРИМЕНЕНИЕМ ОЗОНОТЕРАПИИ

Новик А. А.

Научный руководитель: к.м.н., доцент П. Н Ковальчук

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Заболеваемость сахарным диабетом (СД) в Европейских странах за последние шестьдесят лет возросла более чем в 4 раза. При этом заболевании летальность увели-

чивается в 2–3 раза, поэтому пациенты СД нуждаются в более частом лечении и госпитализации, чем население в целом.

Термин «полинейропатия» (ПНП) означает множественное поражение периферических нервов не воспалительного, а дистрофического характера. Исследования последних лет свидетельствуют, что в большинстве случаев ПНП предопределена токсическими, обменными и ишемическими факторами. К наиболее распространенным ПНП относится диабетическая, признаки которой выявляются в 10–60 % пациентов. Распространенность диабетической ПНП напрямую зависит от давности заболевания СД и контроля за уровнем сахара в крови: при первичной диагностике она встречается в 7–8 %, а через 15–20 лет — в 40–80 % случаев.

Самыми частыми ее формами является дистальная симметричная ПНП (70 %), симметричная проксимальная двигательная нейропатия, вегетативная нейропатия, изолированные и множественные мононейропатии. В некоторых случаях симптомы ПНП могут предшествовать проявлениям самого СД.

В патогенезе развития заболевания важную роль играют хроническая эндогенная интоксикация организма, сопутствующая СД, метаболические изменения и, конечно, микрососудистые нарушения. Нарушается микроциркуляция вследствие микроангиопатии, происходит активизация процессов перекисного окисления липидов, накопление в сосудистой стенке липопротеидов низкой плотности, угнетение синтеза простаглицлина, который обладает вазодилатирующим действием. Все это приводит к спазму капилляров, то есть нарушается капиллярное кровообращение, что особенно характерно для диабетического поражения стоп.

Подводя итог известным данным о механизме действия озонотерапии (ОЗТ) на кислородообменные и энергетические процессы, можно утверждать, что озонотерапия влияет на патогенез диабетической полинейропатии, и, в частности, на патогенез СД вообще.

Цель

Изучение действия ОЗТ на течение заболевания при комплексном лечении диабетической ПНП.

Материал и методы исследования

При проведении исследования у нас под наблюдением находилось 28 пациентов, у которых были выявлены признаки диабетической ПНП в возрасте от 30 до 60 лет. Из них 18 (64,3 %) женщин и 10 (35,7 %) мужчин.

У пациентов было характерным раннее исчезновение глубоких рефлексов (особенно на нижних конечностях), появление медленно прогрессирующей гипостезии нижних конечностей в сочетании с чувством жжения и другими болевыми проявлениями в стопах, сухость кожных покровов, трофические нарушения.

Все пациенты получали комплексное лечение, соответствующее особенностям заболевания, основными компонентами которого были диетотерапия, инсулинотерапия или таблетированные сахароснижающие препараты.

Озонирование физиологического раствора проводилось медицинским озонатором фирмы «Медозон» (г. Москва) в санатории Гомельского отделения Белорусской железной дороги. ОЗТ проводилась в виде внутривенных капельных инфузий озонированного физиологического раствора — 200 мл с концентрацией озона в жидкости 1,8–2,0 мг/л. Курс лечения составлял 7–8 процедур, которые выполнялись через день.

Так как ОЗТ обладает гипогликемическим действием, поэтому во время лечения проводился контроль за уровнем глюкозы в крови и, при необходимости, коррекция дозы сахароснижающих препаратов.

Проводилось также локальное применение ОЗТ в виде обкалывания поврежденных участков газовой озон-кислородной смесью с концентрацией озона 15 мг/л по стандартной методике (по пути иннервации соответствующих нервов) — всего 8–10 процедур.

Результаты исследования и их обсуждение

Особенностями терапии заболевания является то, что при традиционном лечении диабетической ПНП болевой синдром иногда с трудом купируется в течение длительного промежутка времени, а двигательные и чувствительные нарушения, вегетативно-сосудистые расстройства восстанавливаются очень медленно, значительное восстановление нарушенных функций происходит в течение многих месяцев или даже на протяжении 1–2 лет.

Критериями компенсации (результатов лечения) были: уменьшение болевого синдрома в течение 6–7 дней, сохранение трудоспособности, восстановление хорошего самочувствия, уровень сахара в крови натощак 5–6 ммоль/л, и в течение дня показатели не превышали 11 ммоль/л (при инсулиннезависимом сахарном диабете), гликемия натощак 6–7 ммоль/л и в течение дня не выше 12 ммоль/л — при инсулинзависимом СД; нормальные показатели обмена липидов, показатели гликозилированного гемоглобина ниже 7% при инсулиннезависимом СД и ниже 9 % — при инсулинзависимом СД.

Анализ результатов после 14–21 дней проведенного курса комплексного лечения: у 21 (75 %) пациента было значительное улучшение показателей, а у 10 (25 %) пациентов было заметное улучшение.

Положительная динамика показателей на фоне ОЗТ связана, по нашему мнению, с улучшением кровообращения на уровне микроциркуляции и трофики тканей, уменьшением гипоксии, а также с их непосредственным активирующим влиянием на исходно-сниженную активность нейронов сегментарного аппарата поясничного отдела позвоночника.

Повторные курсы ОЗТ рекомендовали проводить через 3–6 месяцев.

Выводы

Применение озono-кислородной терапии показало высокую эффективность в комплексном лечении диабетической ПНП, что позволило улучшить клиническую картину заболевания, стимулировать иммунную и антиоксидантную системы организма, уменьшить интенсивность процессов липопероксидации, и потому можно рекомендовать этот метод для практического здравоохранения, особенно в тех случаях, когда другие методы лечения оказались малоэффективными.

УДК 616.36-004.4:616.89-008.441.13-07

СКРИНИНГ АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТИ У ПАЦИЕНТОВ С ЦИРРОЗОМ ПЕЧЕНИ

Поддубный А. А.

Научные руководители: д.м.н., доцент В. М. Мицура; д.м.н., доцент И. М. Сквиря

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

История показывает, что употребление алкогольных напитков, полученных путем брожения, и, как следствие, развитие патологии печени существует со времен неолита (около 10 тыс. лет до н.э.) [1]. Алкогольная болезнь печени (АБП) является преобладающей причиной развития цирроза печени (ЦП) в странах Европы и ведущая причина смерти взрослых лиц, имеющих синдромом алкогольной зависимости [2]. Цирроз печени — хроническое диффузное заболевание печени, характеризующееся нарушением ее нормального строения в результате разрушения (некроза) и уменьшения массы функционирующих клеток (гепатоцитов), развития соединительной ткани (фиброза) и узлов регенерации [3].