

**СЕКЦИЯ 30  
«НЕВРОЛОГИЯ. ПСИХИАТРИЯ. РЕАБИЛИТАЦИЯ»**

УДК 616.833.54

**ХРОНИЧЕСКАЯ БОЛЬ В НИЖНИХ ОТДЕЛАХ СПИНЫ**

*Антонович Д. В.<sup>1</sup>, Савостин А. П.<sup>1</sup>, Кавалерчик Ю. Г.<sup>2</sup>, Дробова Т. В.<sup>2</sup>*

**Научный руководитель: к.м.н., доцент Н. Н. Усова**

**<sup>1</sup>Учреждение образования  
«Гомельский государственный медицинский университет»,**

**<sup>2</sup>Государственное учреждение  
«Гомельский областной клинический госпиталь  
инвалидов Отечественной войны»  
г. Гомель, Республика Беларусь**

***Введение***

Хронические боли в нижней части спины — это боли и дискомфорт, локализованные ниже ребер и выше нижних ягодичных складок, с наличием или без иррадиации болей в ноги. Боль считается хронической, когда она сохраняется в течение 3 месяцев и более. Хроническая боль включает в себя: ноцицептивные компоненты, отвечающие за ощущение боли при раздражении ноцицепторов по средствам передачи нервного импульса в центральную нервную систему, после на определённое раздражение, вырабатывается определённый комплекс физиологических и психологических реакций; нейропатические компоненты, которые составляют механизмы периферической и центральной сенситизации, приводящие к дисфункции центральных и периферических отделов соматосенсорной нервной системы; психогенные компоненты, при которых хроническая патологическая боль вызывает психические и эмоциональные расстройства и дезинтеграцию деятельности ЦНС в результате изменения соотношения нейромедиаторов не только в центральной, но и в периферической нервной системе.

***Цель***

Дать оценку эффективности лечения хронической боли в нижних отделах спины в отделении реабилитации неврологических пациентов.

***Материал и методы исследования***

Исследование проводилось с февраля 2020 по февраль 2021 гг., на базе У «ГОКГИОВ», отделения реабилитации неврологического профиля до и после проводимого лечения. Проведено клиничко-неврологическое обследование 67 пациентов (38 мужчин, что составило 57 % и 29 женщин, 43 % соответственно). Возраст по медиане составил 56 лет, что является трудоспособным возрастом. Основными диагнозами являлись: дискогенная радикулопатия — 66 %, люмба-ишиалгия — 34 %. Диагноз устанавливался на основании клинических данных, подтверждался результатами инструментальных исследований. Для оценки ноцицептивного, нейропатического и психогенного компонентов болевого синдрома использованы шкалы: DN4, карта боли и опросник боли, мак-гиловский опросник по боли, опросник Бека, визуальная аналоговая шкала (ВАШ), тест тревоги Спилберга. Статистический анализ полученных данных осуществлялся с применением компьютерных программ «Exel» и «Statistica» 10.0.

***Результаты исследования и их обсуждение***

Самая частая иррадиация болей — ягодичная область (34 %), самая редкая — паховая область (1%). В проводимом исследовании, выявлено снижение часто-

ты встречаемости иррадиации после лечения в среднем на 35 %, что подтверждает эффективность проводимого лечения и говорит в пользу уменьшения острого периода и распространения боли.

Анализируя данные ВАШ, отмечается снижение уровня боли в среднем с 5,9 до 3,6 баллов.

При анализе шкал оценки нейропатического компонента боли, лишь 19 пациентов были с нейропатическим компонентом (28 %), а с ноцицептивным и неопределённым — поровну, 24 пациента. После лечения, нейропатический компонент наблюдался у 6 пациентов, а ноцицептивный увеличился более чем в два раза (54 пациента). Последнее свидетельствует об высокой эффективности лечения пациентов с хроническими болями, так как нейропатический компонент, удаётся купировать более чем в 50 % случаях.

При анализе Мак-Гилловского болевого опросника, до лечения, были получены следующие данные: вычисление рангового индекса боли (РИБ) показало среднее значение общего РИБ  $21,9 \pm 11,4$ , РИБ сенсорной шкалы —  $15,2 \pm 8,5$ , РИБ аффективной шкалы —  $6,6 \pm 4,1$ , РИБ эвалюативной шкалы —  $2,5 \pm 0,8$ . Вычисление индекса числа выбранных дескрипторов (ЧВД) общее показало среднее значение  $11,2 \pm 5,1$  баллов, ЧВД сенсорного класса —  $7,4 \pm 3,9$ , ЧВД аффективного класса —  $3,8 \pm 1,7$ .

При анализе Мак-Гилловского болевого опросника, после лечения: вычисление рангового индекса боли (РИБ) показало среднее значение общего РИБ  $13 \pm 8,3$ , РИБ сенсорной шкалы —  $8,7 \pm 6,5$ , РИБ аффективной шкалы —  $4,2 \pm 2,7$ , РИБ эвалюативной шкалы —  $1,8 \pm 0,7$ . Вычисление индекса числа выбранных дескрипторов (ЧВД) общее показало среднее значение  $7,5 \pm 4,3$  баллов, ЧВД сенсорного класса —  $4,7 \pm 3$ , ЧВД аффективного класса —  $2,8 \pm 1,4$ .

По результатам Мак-Гилловского болевого опросника, включающий в себя три шкалы: сенсорную, аффективную и эвалюативную.

Сенсорная шкала — эффективность составила 58% и 74%, это самые большие показатели, а значит, после лечения, ощущения боли снижается, то есть: сами ощущения, описание боли на словах — становятся менее яркой, что свидетельствует об эффективности лечения.

Аффективная шкала — эффективность составила 34 и 56 %, что так же является достаточно большим показателем, для подтверждения эффективности лечения хронический болей, а именно: снижается воздействие боли на психику (боли уже не причиняет такой жизненный дискомфорт).

Эвалюативная шкала: интенсивность болей снизилась на 41%, что явно свидетельствует и подтверждает положительный эффект от лечения пациентов с хроническими болями нижних отделов спины.

При анализе литературных источников, выявляются следующие взаимосвязи хронических болей и депрессии: хроническая боль является причиной депрессии, депрессия повышает восприимчивость к боли, хроническая боль и депрессия связаны общими патогенетическими механизмами [4].

Клинически и методом опроса, депрессия не была выявлена в ходе работы с пациентами, что исключает первый и второй вариант развития боли при депрессии. Опросник тревожности Спилберга, показал в среднем, от 35–40 баллов, что входит в умеренную степень тревожности. Из чего следует, что хронические боли в нижних отделах спины, в нашей исследуемой группе из 67 пациентов, никак не связаны депрессией, по причине её полного отсутствия.

### **Выводы**

Таким образом можно отметить, что у обследуемых пациентов после лечения снижается частота встречаемости иррадиации, нет взаимосвязи болевого синдрома с депрессивным эпизодом, но при этом отмечается умеренный уровень тревожности, что требует дальнейшего изучения вопроса.

**ЛИТЕРАТУРА**

1. Рожков, Д. О. Нейрофизиологические аспекты патогенеза, вопросы диагностики и лечения боли в спине / Д. О. Рожков, О. Е. Зиновьева // Медицинский Совет. — 2015. — № 18. — С. 96–101.
2. Lings, S. Whole-body vibration and low back pain: a systematic, critical review of the epidemiological literature 1992–1999 / S. Lings, C. Leboeuf-Yde // International Archives of Occupational and Environmental Health. — 2000. — № 5. — P. 290–297.

**УДК 616.832-004.2:572-052**

**ПОКАЗАТЕЛИ ИНДЕКСА МАССЫ ТЕЛА У ПАЦИЕНТОВ  
С РАССЕЯННЫМ СКЛЕРОЗОМ В ДИНАМИЧЕСКОМ НАБЛЮДЕНИИ**

**Барбашова Е. М., Смирнов В. С.**

**Научный руководитель: ассистент В. С. Смирнов**

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

***Введение***

Рассеянный склероз (РС) — медленно протекающее демиелинизирующее заболевание, которое поражает центральную нервную систему, отличается течением с частыми обострениями и ремиссиями, проявляющееся множеством неврологических симптомов. Согласно авторам А. Ю. Куликовой и Д. Г. Тищенко в Республике Беларусь общая заболеваемость РС насчитывает 41 случай на 100 тыс. населения, что обеспечивает нашу страну местом в зоне среднего риска развития данного заболевания. Высокая социальная значимость свойственна РС ввиду преимущественного молодого контингента заболевших (15–45 лет), быстрой и стойкой инвалидностью. Несмотря на длительную историю существования термина «РС» и широкое внимание к его исследованию, в этиологии этого заболевания на сегодняшний день остаются до конца не выясненные аспекты. Выделяют четыре основные теории его возникновения: наследственная и средовая опосредованность, алиментарная, инфекционная. Определенная взаимосвязь для РС выявлена и с иными патологиями аутоиммунного характера. В литературных источниках при обострении РС выявляют повышенную активность гидролитических ферментов, который участвует в повреждении миелина. Описывается нарушение процесса перекисного окисления липидов при отсутствии увеличения уровня в крови малонового диальдегида и уменьшение концентрации диэтильных конъюгатов. Возможны, также доброкачественные формы РС, в проявлениях которых выявляется минимальный неврологический дефицит характеризующиеся редкими обострениями без остаточного неврологического дефекта [1].

***Цель***

Определение динамических изменений индекса массы тела и его влияния на показатели прогрессирования рассеянного склероза у пациентов, находившихся на лечении в условиях неврологического отделения.

***Материал и методы исследования***

Исследовательская работа проходила на базе II неврологического отделения учреждения «Гомельский областной клинический госпиталь инвалидов Отечественной войны» и неврологического отделения учреждения «Гомельская областная клиническая больница». В обследование включено 30 пациентов с диагностированным рассеянным склерозом: 21 (70 %) женщина и 9 (30 %) мужчин, средний возраст составил 40 (21–61) лет.

Сбор информации осуществлялся из историй болезни (форма № 003/у Медицинская карта стационарного больного) в условиях медицинских архивов согласованно с администрациями вышеуказанных учреждений. Динамичность