

риск рецидива образования грыж и спаечной болезни брюшной полости.

ЛИТЕРАТУРА

1. Егиев В. Н., Лядов К. В., Воскресенский П. К. и др. Атлас оперативной хирургии грыж — М.: ИД Медпрактика. — 228 с.

2. Михин И. В., Бебуришвили А. Г., Гушуп А. В. // Вестник Волгоградского государственного медицинского университета. — 2010. — № 1 (33). — С. 106—110.

3. Седов В. М., Гостевский А. А. Послеоперационные вентральные грыжи. — СПб.: Человек, 2010. — 162 с.

4. Чекмазов И. А. Спаечная болезнь брюшины. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. — 160 с.

А. Е. Барулин, Н. В. Матохина, Е. П. Черноволенко

Волгоградский государственный медицинский университет

ДОРСАЛГИИ: БОЛЕВЫЕ УСТАНОВКИ И ЭМОЦИОНАЛЬНЫЙ СТАТУС ПАЦИЕНТОВ

УДК 616.8-009.7-039.13

Несмотря на многообразие подходов к диагностике и лечению дорсалгий, проблема далека от ее окончательного разрешения. Диагностика должна быть экспрессивной, неинвазивной, обоснованной с обязательным учетом изменений психоэмоциональной и социальной сфер. В работе представлены новые диагностические подходы к выявлению особенностей пациентов с болью в спине, влияние этих особенностей на проводимую терапию.

Ключевые слова: дорсалгия, болевые установки, боль.

A. E. Barulin, N. V. Matohina, E. P. Chernovolenko

DORSALGY: ALGETIC ATTITUDES AND EMOTIONAL STATUS OF PATIENTS

In spite of a variety of approaches to diagnostics and treatment of dorsalgia, this problem is far from being solved. Diagnostics must be expressive, noninvasive, reasonable, justifiable, taking into account changes in psycho-emotional and social spheres. In this work there we present new diagnostic approaches to detection of particular features in patients with back pain, and the way these features affect the administered therapy.

Key words: dorsalgia, algetic set-ups, pain.

Неврологические проявления дорсалгий или болей в спине всегда являлись одной из самых актуальных проблем отечественной неврологии. На данный момент наблюдается отчетливая тенденция не только к росту распространенности данной патологии, но и к расширению терминологических трактовок, методических подходов к диагностике и лечению и, в общем, к интересу к дорсалгиям. В настоящее время при обсуждении проблемы диагностики и лечения боли является общепризнанным тот факт, что острые и хронические боли являются нозологически различными процессами и должны рассматриваться независимо друг от друга [1]. Взаимосвязь и взаимозависимость таких состояний, как тревога, депрессия и алгические нарушения, демонстрируются рядом исследователей [1, 3]. Но роль психологических установок, социокультурных особенностей и копинг-стратегий по-прежнему остается недостаточно раскрытой в доступной литературе.

В то же время влияние установок человека на его состояние, положение в обществе и его саморе-

ализацию давно и успешно обсуждается психологами [5]. В клинической литературе принято различать три группы установок человека: базовые философские представления о себе и мире; общие и стабильные установки, формирующие личность; установки, касающиеся непосредственного отношения человека к боли [2]. Роль последних и является наиболее значимой для формирования и поддержания болевого синдрома вне зависимости от его локализации [4, 5].

ЦЕЛЬ РАБОТЫ

Изучить особенности болевых установок и психоэмоционального статуса пациентов, страдающих дорсалгиями, и выявить их возможное влияние на результаты лечения.

МЕТОДИКА ИССЛЕДОВАНИЯ

Для достижения поставленной цели нами было выполнено обследование 176 пациентов с дорсалгиями неврологического отделения ГУЗ ВОКБ № 1

Волгограда (из них 87 женщин и 89 мужчин), в возрасте от 18 до 72 лет. Наименьшая длительность болевого синдрома составляла 14 дней, наибольшая — 7 лет.

Изучение особенностей психоэмоционального статуса проводилось с помощью общепринятых методик. Выраженность депрессии изучалась с помощью теста Бэка, личностная и реактивная тревожность — с помощью теста Спилбергера в модификации Ханина.

Изучение особенностей болевых установок проводилось на основании адаптированного варианта опросника «Болевые установки и восприятие боли» (The Pain Beliefs and Perceptions Inventory, PBAPI, Williams & Thorn, 1989) состоящего из 14 вопросов. Итоговый подсчет велся по 3 шкалам: 1) постоянство боли — длительность (Д); 2) загадочность ее происхождения — тайна (Т); 3) собственная вина в возникновении боли — вина (В). По результатам шкалирования проводился кластерный анализ с распределением пациентов на следующие группы: I — положительные показатели по шкале Д, отрицательные по шкале Т; группа II — высокие показатели по обеим шкалам; группа III — отрицательные показатели по обеим шкалам; группа IV — низкие показатели по шкале Д, высокие по шкале Т. Шкала В исследовалась отдельно, в каждой из созданных групп.

Результаты обрабатывались статистическими методами (Statistica for Windows v. 6.0). Различия считались достоверными при $p < 0,05$.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Распределение пациентов по уровню болевого синдрома и гендерному признаку отражено на рис. 1.

Полученные нами результаты демонстрируют наличие ряда гендерных особенностей при болевых синдромах в области спины. В первую очередь, обращает на себя внимание, что мужчины чаще страдают острыми алгиями в области спины, чем женщины. И обратная зависимость наблюдается при изучении полового состава пациентов с хроническими дорсалгиями. Эта тенденция прослеживалась во всех группах, разделенных по локализации болевого синдрома.

ТАБЛИЦА 1

Распределение пациентов с острыми дорсалгиями по уровням депрессии

Уровень депрессии	Острая цервикалгия				Острая люмбалгия			
	мужчины (n = 25)		женщины (n = 22)		мужчины (n = 38)		женщины (n = 21)	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Норма	16	64,0	14	63,6	24	63,2	12	57,1
Мягкая	9	36,0	8	36,4	14	36,8	8	38,1
Умеренная	—	—	—	—	—	—	1	4,8
Сильная	—	—	—	—	—	—	—	—

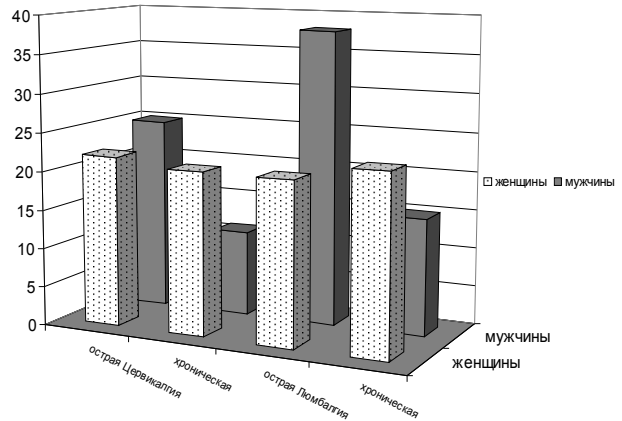


Рис. 1. Распределение обследованных пациентов по локализации, длительности болевого синдрома и гендеру

Анализ особенностей алгического синдрома продемонстрировал, что 4 % мужчин с острой цервикалгией и 18,1 % с хронической затруднялись при описании характера боли. У женщин же сложностей с подбором слов-дескрипторов не наблюдалось. В целом, количество слов-дескрипторов, которые использовали мужчины с острой цервикалгией, было $3,3 \pm 0,2$, а с хронической — $3,8 \pm 0,5$. У женщин же эти показатели были достоверно выше — $4,2 \pm 0,2$ и $4,7 \pm 0,3$ соответственно ($p < 0,05$).

При оценке группы пациентов, страдающих люмбалгиями, наблюдалась сходная картина гендерных особенностей. Так, 5,3 % мужчин с острой люмбалгией и 13,3 % с хронической затруднялись при описании характера боли. В целом, количество слов-дескрипторов, которые использовали мужчины с острой люмбалгией, было $2,7 \pm 0,3$, а с хронической — $3,5 \pm 0,1$. У женщин же эти показатели были достоверно выше — $4,1 \pm 0,4$ и $4,9 \pm 0,1$ соответственно ($p < 0,05$).

При изучении особенностей психоэмоционального статуса анализировались показатели в группах, распределенных по длительности и гендерному признаку (табл. 1 и 2).

При анализе уровней депрессии при острой дорсалгии обращал на себя внимание тот факт, что зависимости от локализации болевого синдрома показатели не демонстрировали.

ТАБЛИЦА 2

Распределение пациентов с хроническими дорсалгиями по уровням депрессии

Уровень депрессии	Хроническая цервикалгия				Хроническая люмбалгия			
	Мужчины (n = 11)		Женщины (n = 21)		Мужчины (n = 15)		Женщины (n = 23)	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Норма	1	9,1	1	4,8*	2	13,3	2	8,7*
Мягкая	6	54,5	10	47,6*	8	53,3	11	47,8*
Умеренная	3	27,3	8	38,1*	4	26,7	9	39,1*
Сильная	1	9,1	2	9,5	1	6,7	1	4,3

*Различие достоверно при $p < 0,05$.

Имелись небольшие отклонения в сторону повышения депрессивных проявлений у женщин, но они были статистически не значимы. В целом, уровни депрессии у пациентов с острыми формами дорсалгий были невысокими: умеренная и сильная депрессия была отмечена лишь у одной женщины (4,8 %) с острой люмбалгией. В остальном, нарушений, требующих медикаментозной коррекции, в этих группах не зарегистрировано.

Иная картина наблюдалась в группах с хроническими дорсалгиями. Во всех группах, и с шейной локализацией, и с поясничной, зарегистрировано повышение показателей, указывающих на вовлеченность центральных нейромедиаторных систем. Данная тенденция наблюдалась как у мужчин, так и у женщин, но у женщин процент пациентов, нуждающихся в медикаментозной коррекции депрессивных проявлений, был выше, чем у мужчин. Он составил при хронической цервикалгии 47,6 % по сравнению с 36,4 % у мужчин и 43,4 % при хронической люмбалгии по сравнению с 33,4 % у мужчин ($p < 0,05$).

При изучении болевых установок в этих группах пациентов было установлено, что группа IV является наименее многочисленной (табл. 3) и в дальнейших исследованиях можно ограничиться тремя первыми выборками.

Из приведенной табл. видно, что пациенты, находящиеся в стационаре по поводу боли в спине, наиболее часто считали свою боль длительной и не обладали сведениями о ее происхождении. Они склонны были драматизировать происхождение боли, не связывая ее с объективными обстоятельствами.

Распределение болевых установок по группам пациентов в соответствие с локализацией и длительностью болевого синдрома демонстрирует рис. 2.

Характерным был тот факт, что высокие показатели по шкале В встречались вне зависимости от дли-

тельности болевого синдрома. Обращает на себя внимание высокий процент пациентов, считающих себя причастными к возникновению боли. Они склонны были к самообвинениям в небрежном отношении к состоянию собственного здоровья, в несоблюдении ранее данных врачебных рекомендаций или сроков лечения.

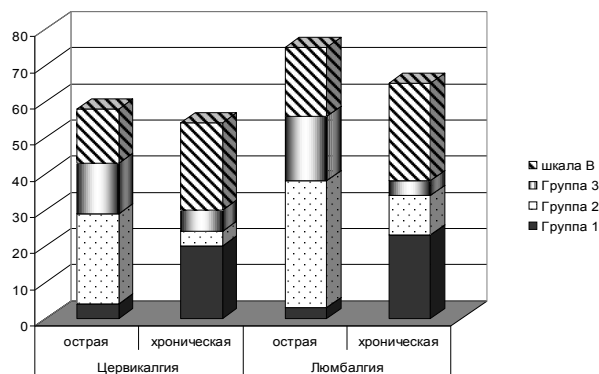


Рис. 2. Болевые установки пациентов с дорсалгиями

Кроме того, наблюдалась устойчивая связь между результатами лечения и группами пациентов (рис. 3).

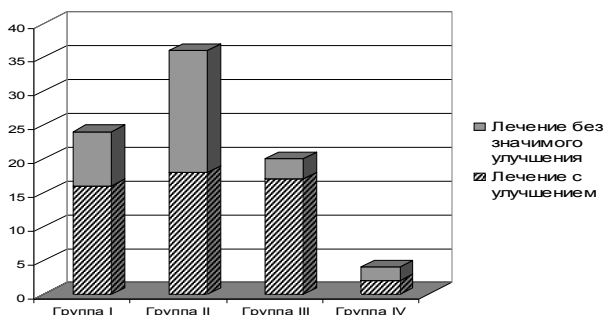


Рис. 3. Влияние болевых установок пациентов на результаты их лечения

ТАБЛИЦА 3

Распределение больных по группам согласно болевым установкам

Пациенты	Группа I		Группа II		Группа III		Группа IV	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Все пациенты	50	28,3	75	42,6	42	23,9	9	5,2
Пациенты с высокими баллами по шкале В	23	46,0	44	58,7	12	28,6	6	66,7

Примечание. Группа I — положительные показатели по шкале Д, отрицательные по шкале Т; группа II — высокие показатели по обеим шкалам; группа III — отрицательные показатели по обеим шкалам; группа IV — низкие показатели по шкале Д, высокие по шкале Т.

Результаты лечения у пациентов с установками на «таинственный» характер происхождения боли и пессимистическими ожиданиями в отношении длительности алгического расстройства были хуже, чем у более оптимистично настроенных больных. Наименьший процент выздоровления был получен во второй группе — с высокими показателями по шкалам Д и Т.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, у пациентов с дорсалгиями имеется ряд особенностей психоэмоционального статуса, которые не зависят от локализации болевого синдрома. Они подвержены влиянию как длительности алгических расстройств, так и гендерных особенностей пациентов.

В тоже время проведенное поисковое исследование продемонстрировало взаимосвязь боле-

вых установок пациентов и результатов их лечения. Полученные результаты свидетельствуют о необходимости разработки валидизированных оригинальных опросников для изучения болевых установок пациентов с целью прогнозирования исходов лечения и выработки индивидуальных терапевтических программ.

ЛИТЕРАТУРА

1. Алексеев А. В., Бранд П. Я. // Боль. — 2008. — Т. 1, № 18. — С. 21—23.
2. Голубев В. Л., Данилов А. Б. // РМЖ. Спец. вып. Болевой синдром. — 2009. — С. 11—14.
3. Барулин А. Е., Курушина О. В., Рыбак В. А., Саранов А. А. // Вестник Волгоградского государственного медицинского университета. — 2010. — № 2. — С. 52—54.
4. Курушина О. В., Барулин А. Е. // Профилактическая и клиническая медицина. — 2011. — Т. 2 (39), № 2 (39). — С. 322.
5. Williams D. A., Keefe F. J. // Pain. — 1991. — Vol. 46. — P. 185—190.

О. В. Курушина, В. В. Мирошникова, М. А. Радюк, О. А. Дериченко

БОЛЕЗНЬ ПАРКИНСОНА: КОМОРБИДНЫЕ БОЛЕВЫЕ РАССТРОЙСТВА

УДК 616.858

Используемый в настоящее время алгоритм диагностики и лечения болезни Паркинсона отразил свою неэффективность в отношении коррекции как моторных, так и немоторных проявлений данного заболевания. Значительная распространенность алгических расстройств различной локализации у лиц с болезнью Паркинсона существенно влияет на физическую активность и снижает качество жизни таких пациентов. В данной работе ставится вопрос о необходимости пересмотра имеющихся схем лечения и возможности социальной адаптации пациентов. Поиск новых методов лечения должен быть направлен в первую очередь на купирование болевых проявлений.

Ключевые слова: болезнь Паркинсона, алгический синдром, социальная адаптация.

O. V. Kurushina, V. V. Miroshnikova, M. A. Raduk, O. A. Drichenko

PARKINSON DISORDER: PAIN SYNDROME COMORBIDITY

The algorithm of diagnostics and treatment of Parkinson's disease administered nowadays has shown its ineffectiveness as to correction of both motor and nonmotor manifestations of this disease. Considerable prevalence of pain disorders of different localization in patients with Parkinson's disease essentially affects their physical activity and decreases their quality of life. This work raises the question of reviewing the current schemes of treatment and a possibility of social adaptation of patients. Search for new methods of treatment should be aimed at reducing pain manifestations.

Key words: Parkinson's disease, algetic syndrome, social adaptation.

Болезнь Паркинсона (БП) является одним из наиболее частых нейродегенеративных заболеваний головного мозга, неуклонно ведущих к инвалидизации больных. Данная патология встречается во всем мире, распространенность в популяции составляет от 60 до 160 на 100 000 населения, заболеваемость — 20 на 100 000 населения. В последнее время отмечается рост БП с ранним началом (до 40 лет), что является социально-значимой тенденцией, так как охватывает трудоспособную, активную часть населения. [3] Кроме того, увеличение продолжительно-

сти жизни, а также улучшение диагностических возможностей современной медицины в развитых странах мира в последние десятилетия обусловило увеличение распространенности БП [2, 7].

Но, несмотря на актуальность проблемы, в настоящее время не существует лекарственных средств, способных излечить БП. Имеющиеся препараты позволяют ослабить проявления болезни и замедлить ее прогрессирование, однако добиться стойкого улучшения удается крайне редко. С одной стороны, это обусловлено неуклонным прогресси-