

ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ, КОГНИТИВНЫЕ ФУНКЦИИ, КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ С НЕВРОЛОГИЧЕСКИМИ ПРОЯВЛЕНИЯМИ ОСТЕОХОНДРОЗА ПОЗВОНОЧНИКА

Авдей Г.М., Решецкая Т.В., Авдей С.А.

УО «Гродненский государственный медицинский университет»

Боль является наиболее частой причиной, по поводу которой пациенты обращаются за медицинской помощью [4]. Установлено, что каждый 2-й пациент с болями в спине имеет фактор риска хронизации боли в виде тенденции к депрессии, а каждый 3-4-й больной страдает выраженной депрессией [3]. У 95% больных, нетрудоспособных в связи с хронической болью в области поясницы диагностированы тревожные расстройства. Боль, как и депрессия может сопровождаться снижением когнитивной функции [1].

Цель исследования: определить сенсорную, аффективную составляющие болевого ощущения, когнитивные расстройства у пациентов с неврологическими проявлениями остеохондроза позвоночника (НПОП) в зависимости от пола и возраста с последующей коррекцией в лечении этих больных.

Материал и методы исследования. Обследовано 100 больных с НПОП (47 женщин и 53 мужчины) в возрасте от 24 до 75 лет (средний возраст $45,2 \pm 2,05$ года), находившихся на лечении в неврологическом отделении УЗ «Солигорская центральная районная больница» с диагнозом: дискогенная радикулопатия L4 – S1 с выраженным болевым и мышечно-тоническим синдромами. Все пациенты были разбиты на группы в зависимости от пола и возраста (до 45 и после 45 лет). Для оценки выраженности болевого синдрома в покое и при физической нагрузке (в виде ходьбы, наклонов, приседании) использовали визуально-аналоговую шкалу (ВАШ) и опросник Роланда-Морриса «Боль в нижней части спины и нарушение жизнедеятельности» [6]. Определяли аффективную составляющую болевых ощущений - уровень личностной и ситуативной тревожности по опроснику Спилберга-Ханина; уровень депрессии – по шкалам Бека и Т.И. Балашовой; уровень настроения – по экспресс-диагностике личностной склонности к сниженному настроению по В.В. Бойко; уровень эмоционального возбуждения по экспресс-диагностике эмоциональной возбудимости по В.В. Бойко; уровень астении – по шкале астенического состояния Л.Д. Малковой – Т.Г. Чертовой [2]; когнитивные нарушения по экспресс-методике оценки когнитивных функций при нормальном старении [5]. Для оценки качества жизни использовали русскую версию SF – 36 (MOS 36-Item Short-Form) [2]. Результаты обрабатывали статистически с использованием критерия Стьюдента.

Результаты исследования. Установлена большая интенсивность боли у лиц в возрасте до 45 лет, как у мужчин ($5,7 \pm 0,27$ баллов до 45 лет, $4,5 \pm 0,15$ баллов – после 45 лет, $p < 0,001$), так и у женщин ($6,6 \pm 0,27$ баллов – до 45 лет и $5,0 \pm 0,11$ баллов – после 45 лет, $p < 0,001$). При этом у лиц женского пола выраженность болей превалировала вне зависимости от возраста ($p_1 < 0,05$, $p_2 < 0,05$). Наличие болей не вызывало нарушений жизнедеятельности пациентов с НПОП (по опроснику Роланда- Морриса: у мужчин - $4,1 \pm 0,22$ баллов (до 45 лет), $4,5 \pm 0,25$ баллов (после 45 лет); у женщин – $4,9 \pm 0,25$ баллов (до 45 лет), $5,3 \pm 0,24$ баллов (после 45 лет)). Согласно шкалам депрессии (Бека и Т.И. Балашовой) у больных с НПОП не выявлено депрессивных расстройств. Тенденция к легкой депрессии (субдепрессии) была зафиксирована только у женщин вне зависимости от возраста ($10,7 \pm 1,32$ балла, $10,8 \pm 0,76$ баллов). Умеренный уровень ситуативной тревожности обнаружен у женщин старше 45 лет ($33,2 \pm 1,04$ балла, $p < 0,05$). У всех остальных пациентов с НПОП установлен низкий уровень ситуативной тревожности (у мужчин – $30,6 \pm 1,38$ баллов (до 45 лет), $30,4 \pm 0,95$ баллов (после 45 лет), у женщин – $29,5 \pm 1,01$ баллов (до 45 лет)). Личностная тревожность оказалась более высокой у всех женщин с НПОП ($46,8 \pm 1,13$ баллов (до 45 лет), $49,4 \pm 1,37$ баллов (после 45 лет)) в отличие от мужчин с умеренным уровнем личностной тревожности ($45,4 \pm 1,33$ баллов (до 45 лет), $43,7 \pm 0,92$ балла (после 45 лет)). Анализ когнитивных функций пациентов с НПОП выявил нарушение слухоречевой памяти как у мужчин, так и у женщин. Объем и скорость слухоречевого материала с разной степенью смысловой организации, а также прочность его сохранения в памяти, хуже была у лиц мужского и женского пола в возрасте после 45 лет ($p_1 < 0,05$, $p_2 < 0,05$). Изменений зрительно-пространственной деятельности больных не обнаружено. При оценке актуализации упроченных в прошлом опыте знаний возникали сложности в группе больных (мужчин и женщин) в возрасте до 45 лет. Эти лица правильно отвечали только на 2 вопроса ($p_1 < 0,05$, $p_2 < 0,05$) в сравнении с пациентами старших возрастных групп. Анализ вербального мышления выявил затруднения у лиц женского пола старше 45 лет, которые не могли самостоятельно повторить условия арифметической задачи, но после повторного предъявления правильно ее решали ($p < 0,001$). При оценке качества жизни пациентов установлены низкие баллы физического функционирования у всех пациентов с НПОП после 45 лет (мужчины - $47,7 \pm 3,38$ баллов (после 45 лет), $60,0 \pm 2,86$ баллов (до 45 лет), $p_1 < 0,05$, женщины – $33,6 \pm 3,24$ баллов (после 45 лет), $50,7 \pm 4,23$ баллов (до 45 лет), $p_2 < 0,05$). Особенно значительные ограничения повседневной деятельности наблюдались у пациентов женского пола после 45 лет (женщины -

147,7 ± 9,85 баллов (после 45 лет), мужчины - 171,9 ± 9,08 баллов (после 45 лет), $p_3 < 0,05$). Низкие показатели по шкале интенсивности боли у всех пациентов с НПОП указывали на то, что боль сильно ограничивала их активность. Заметно низкой была оценка состояния своего здоровья всеми женщинами (у женщин – 37,0 ± 2,12 баллов (до 45 лет), 29,2 ± 2,43 баллов (после 45 лет), у мужчин – соответственно: 44,7 ± 2,94 баллов, 46,2 ± 3,19 баллов, $p_3 < 0,05$, $p_4 < 0,05$), в большей степени в возрасте после 45 лет ($p_2 < 0,05$). У всех больных отмечена низкая жизненная активность, быстрая утомляемость, уменьшение уровня общения в связи с ухудшением физического и эмоционального состояний, особенно у лиц женского пола после 45 лет (у женщин – 59,8 ± 2,46 баллов (после 45 лет), 67,9 ± 2,79 баллов (до 45 лет), $p_2 < 0,05$). Уменьшение показателей по шкале ролевого функционирования, обусловленного эмоциональным состоянием были установлены у мужчин вне зависимости от возраста (у мужчин – 174,4 ± 12,06 баллов (до 45 лет), 149,8 ± 12,34 баллов (после 45 лет), у женщин – 237,9 ± 11,66 баллов (до 45 лет), 204,8 ± 11,83 баллов (после 45 лет), $p_3 < 0,05$, $p_4 < 0,05$), что свидетельствовало о плохом эмоциональном состоянии, с тревожно-депрессивными переживаниями, ограничивающим выполнение повседневной работы. В целом, физический компонент здоровья у лиц с НПОП был невысокий, особенно у мужчин и женщин в возрасте после 45 лет (у мужчин – 56,4 ± 1,23 баллов (до 45 лет), 43,9 ± 0,89 баллов (после 45 лет), $p_1 < 0,05$, у женщин – 53,7 ± 1,85 баллов (до 45 лет), 42,6 ± 1,42 баллов (после 45 лет), $p_2 < 0,05$). Отмечен одинаково низкий во всех группах пациентов с НПОП психологический компонент здоровья (у мужчин – 38,3 ± 3,83 баллов (до 45 лет), 46,1 ± 3,61 баллов (после 45 лет), у женщин – 44,0 ± 5,56 баллов (до 45 лет), 46,4 ± 3,69 баллов (после 45 лет)).

Выводы.

1. Установлена большая выраженность болевого синдрома у больных с НПОП в возрасте до 45 лет, особенно лиц женского пола вне зависимости от возраста. 2. Только у лиц женского пола с НПОП вне зависимости от возраста выявлена легкая депрессия. 3. У всех пациентов с НПОП, кроме женщин старше 45 лет, отмечена низкая ситуативная тревожность. Умеренный уровень тревоги был характерен для женщин после 45 лет. 4. У мужчин и женщин в возрасте после 45 лет установлено снижение слухоречевой памяти, а у женщин дополнительно снижение мышления в дискурсивном аспекте. 5. Отмечено уменьшение возможности избирательной актуализации в прошлом опыте знаний у пациентов с НПОП до 45 лет.

Литература

1. Белова, А.Н. Нейродегенеративные свойства хронической боли и депрессии / А.Н. Белова, С.Н. Балдова, С.Е. Хрулев //Современные проблемы науки и образования. – 2013. - № 3. – С. 32 – 40.
2. Белова, А.Н. Шкалы, тесты и опросники в неврологии и нейрохирургии /А.Н. Белова. - Руководство для врачей. – М: Медкнига, 2004. – 456 с.
3. Воробьева, О.В. Клинические особенности депрессии в общей медицинской практике (по результатам программы КОМПАС) /О.В. Воробьева //Consilium medicum. – 2004. - № 2. – С. 84 – 87.
4. Дамулин, И.В. Боли в спине: клинические и лечебные аспекты /И.В. Дамулин, П.А. Семенов //Терапевтический архив. – 2009ю - № 6. – С. 78 – 82.
5. Корсакова, Н.К. Экспресс-методика оценки когнитивных функций при нормальном старении /Н.К. Корсакова, Е.Ю. Балашова, И.Ф. Рощина //Журнал неврологии и психиатрии. – 2009. - № 2. – С. 44 – 50.
6. Крыжановский, В.Л. Дифференциальная диагностика и лечение при болях в спине / В. Л. Крыжановский //Медицинская панорама. – 2005. - № 11. – С. 15 – 18.

ВЫСОКОЧАСТОТНАЯ ЭЛЕКТРОХИРУРГИЯ ПРИ ОПЕРАТИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВАХ В ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ

Ажгирей М.Д., Бурлакова Т.В., Гольцев М.В., Людчик Т.Б.

УО «Белорусский государственный медицинский университет»

Актуальность. Широкое использование методик высокочастотной (ВЧ) электрохирургии связано с необходимостью контролировать гемостаз при хирургических вмешательствах. Известно 2 основных вида электрохирургии: электротомия и электрокоагуляция.

Условиями для электротомии являются: быстрый нагрев до температуры, превышающей 100°С; длительные пики напряжения более 200 В, чтобы создать необходимую плотность тока; безупречная чистота поверхности рабочего электрода (наличие нагара ведет к снижению скорости нагрева).

При электрокоагуляции необходимый нагрев ткани - от 70°С до 100°С, мощность меньшая относительно диссекции, клетка отдалена от электрода, пики напряжения длительные, менее 200В. При этом вода испаряется из клетки без разрушения мембраны, клетка высушивается и сморщивается, белки денатурируют, что сопровождается образованием тромбов и гемостазом.

По типу реализуемой электрической цепи существует 2 метода воздействия на ткань: моно- (электрическая цепь замыкается через электрод пациента) и биполярный (источник тока соединен с двумя электродами, смонтированными в одном инструменте).

Одной из главных особенностей применения электрохирургии является то, что ток идет по пути наименьшего сопротивления, где предпочтительное направление определяется сосудами и протоковыми структурами. В связи с этим возможно появление локальных термотравм, перепадов температуры тканей, дистрофии и некроза клеток – явлений, критичных для нормального функционирования