

Вышеперечисленное объясняет необходимость повышенного внимания к образованию на уровне современных требований трансфузиологии, что предполагает изучение:

- клинической лабораторной диагностики (в том числе раздела изосерологии и коагулологии);
- оценки субъективных и объективных данных, дифференциальной диагностики, клинической ситуации в целом с целью выбора программы трансфузиологического пособия;
- направлений современной трансфузиологии (компонентной, препаратной, аппаратной; аутодонорства);
- современных требований к организации и оказанию ТП.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Гольдинберг, Б.М. Организационные принципы гемотрансфузионной терапии / Б.М. Гольдинберг, Э.Л. Свирновская. – Минск: Право и экономика, 2007. – 259 с.
2. Практическая трансфузиология / под редакцией Г.И.Козинца. – Москва: Практическая медицина, 2005. – 544 с.

АСПЕКТЫ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛИ У ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

Толпеко А. А.

Белорусский государственный медицинский университет

Актуальность. Болевой синдром является одним из часто встречаемых в онкологии. Как минимум у 20% пациентов на момент постановки диагноза имеет место данная патология.

Сегодня, несмотря на прогресс в клинической медицине, проблема боли у онкологических больных не всегда носит медицинский характер. Например, причиной неадекватного обезболивания может являться недостаток наркотических анальгетиков. С другой стороны клиницисты зачастую не уделяют должного внимания терапии болевого синдрома на фоне опухолевого процесса, недооценивают его выраженность.

Трудности установления причин боли, ее постоянный характер у онкологических больных и обусловленное патофизио-

логическими механизмами нарастание толерантности к лечению приводят к неоправданному и неконтролируемому использованию сильнодействующих и наркотических препаратов, к возникновению опасных лекарственных осложнений и аддикций.

Цель данной работы: изучить патофизиологию хронической боли у онкологических больных, ее психогенную основу, влияющую на качественные и количественные характеристики патологического синдрома. Рассмотреть возможность использования полученных знаний для улучшения качества жизни пациентов, страдающих хроническим болевым синдромом.

Содержание работы. В историческом развитии теория болевой перцепции прошла несколько этапов. И все исследователи пытались объяснить органическую основу боли. В 70-х годах широкое признание получила теория «входных ворот», утвердившая центральную нервную систему ведущим звеном в болевых процессах.

В 1999 году появляется теория нейроматрикса (R. Melzack). Нейроматрикс представляет собой обширную сеть нейронов, образующих функциональные петли между таламусом и корой, корой и лимбической системой.

Нейронные петли дивергируют, т.е. расходятся в пространстве и формируют три основных компонента нейроматрикса - "нейромодули", в которых ведётся одновременная параллельная обработка данных. Нейромодули соответствуют трём главным психологическим компонентам болевого ощущения: сенсорно-дискриминативному, аффективно-мотивационному и оценочно-познавательному.

Сенсорно-дискриминативные процессы позволяют оценить качество, силу, длительность болевого воздействия. Аффективно-мотивационный компонент формирует потребность в действиях, направленных на то, чтобы избежать боли. Оценочно-познавательный процесс восприятия боли обеспечивается физическими, временными параметрами нервной деятельности, - уровнем внимания, тревожности, слуховым и зрительным участием, памятью и опытом.

Таким образом, мы подобрались к патофизиологической классификации боли, которую можно разделить на три состав-

ляющих: ноцицептивную, нейрогенную (нейропатическую) и психогенную.

Психогенная боль. По мнению специалистов, для определения хронического болевого синдрома целесообразно использовать такое понятие как «суммарная боль», включающее оценку не только физических, но и психических, социальных и духовных факторов, влияющих на развитие механизмов боли. Комплексная оценка причин возникновения «суммарной боли» позволяет более объективно оценить интенсивность боли и выработать эффективную лечебную тактику.

Таким образом, суммарная боль—боль, имеющая соматический источник, при развитии которой возникают психические нарушения (депрессия, гнев, тревога, страх госпитализации, страх боли, страх смерти, душевное беспокойство и др.), снижающие качество жизни пациента.

Также главной психологической особенностью хронических болевых синдромов является их высокая плацебо-зависимость. Это обусловлено высокой степенью субъективности восприятия болевого ощущения, зависящего от пола, культурных и национальных традиций, воспитания и, наконец, эмоционального состояния. Пациенты с хроническим болевым синдромом становятся чрезмерно подчиненными и зависимыми: они требуют к себе большего внимания, чувствуют себя серьезно больными, начинают больше отдыхать. Именно ввиду высокой плацебо-зависимости лечение хронической боли представляет собой чрезвычайно сложную задачу для практикующих врачей, прежде всего потому, что пациенты нуждаются в повышенном внимании. Тут важно подчеркнуть нуждаемость в доверительных взаимоотношениях между врачом и пациентом, что в ряде случаев и подразумевается под понятием «плацебо».

Особенности лечения. Психотерапевтические методы в лечении боли являются вспомогательными и направлены на повышение порога болевой чувствительности за счет улучшения настроения больного, снятия депрессии и страха. Известно, что порог восприятия боли снижается при бессоннице, усталости, тревоге, страхе, гневе, грусти, депрессии, скуке, психической изоляции и заброшенности. В то же время, устойчивость к боли возрастает после полноценного сна, при наличии обще-

ния, понимания, возможности расслабиться, посвятить себя любимому делу. Большое значение имеет медицинская и социальная реабилитация больного, повышение его активности. В качестве фармакологической терапии в данном случае возможно использование противосудорожных препаратов (карбамазепин, клоназепам), психотропные средства (транквилизаторы, антидепрессанты, нейролептики (диазепам, аминотриптилин, галоперидол).

ЛИТЕРАТУРА

1. Чэбнер, Брюс Э. Руководство по онкологии / Брюс Э. Чэбнер, Томас Д. Линч, Дэн Л. Лонго; под ред. В.А.Хайленко.—Москва: МЕДпресс-информ, 2011. – 656 с.
2. Бондарь, Г.В. Паллиативная медицинская помощь: учеб. Пособие / Бондарь Г.В.; Донецк, 2006. – 112 с.
3. Курс лекций по паллиативной помощи онкологическим больным: учеб. пособие: в 2 ч. / Г.А. Новиков [и др.]; под ред. Г.А. Новикова.— Москва, 2004. – 652 с.
4. Боль и ее лечение [Электронный ресурс] / Межрегиональный Сибирский противоболевой фонд. – Новосибирск, 2001. – Режим доступа: www.painstudy.ru. – Дата доступа: 21.09.2012.

АГРЕГАЦИОННАЯ СПОСОБНОСТЬ ТРОМБОЦИТОВ В УСЛОВИЯХ ИШЕМИЧЕСКОГО ПОВРЕЖДЕНИЯ ГОЛОВНОГО МОЗГА

Троян Э.И.

УО «Гродненский государственный медицинский университет»

Проблема профилактики и лечения сосудистых заболеваний мозга имеет большое социальное и экономическое значение. Сосудистые заболевания головного мозга являются одной из ведущих причин заболеваемости, смертности и инвалидизации населения. Наиболее распространенным типом является ишемический инсульт, частота которого составляет 80 %, с летальностью от 8 до 16 %. Отрицательное действие на мозговой кровоток оказывает не только первично возникшая ишемия в результате стенозирования или спазма мозговых сосудов, но и гипоксия мозга, вызванная другими факторами. Важной причиной ишемического мозгового инсульта могут быть нарушения гемореологических свойств крови: повышенная агрегация