

Гаманович А.И.

Гродненский государственный медицинский университет, Гродно, Беларусь

## ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ КОМБИНИРОВАННОГО ВАЛИДНОГО ОПРОСНИКА У ПАЦИЕНТОВ С ВЕРТЕБРОГЕННЫМ БОЛЕВЫМ СИНДРОМОМ

**Актуальность.** Боль в спине, являясь ведущей причиной в структуре обращаемости за медицинской помощью, приводит к существенным трудовым потерям и экономическим затратам. В повседневной практике, особенно в условиях ограниченного времени работы с пациентом объективизировать болевой синдром помогают валидные опросники.

**Цель.** Разработка формы комплексного опросника у пациентов с неврологическими проявлениями поясничного остеохондроза.

**Методы исследования.** В работе проведено обследование 60 пациентов с пояснично-крестцовым болевым синдромом. При поступлении в стационар, согласно классификации И.П. Антонова (1984 г.) – 12 (20%) пациентам был установлен диагноз «вертеброгенная или дискогенная люмбаго / люмбалгия», 36 (60%) – «люмбоишиалгия», 12 (20%) – «радикулопатия». Использовался разработанный нами комбинированный опросник: интенсивность болевого синдрома по шкале ВАШ (визуально-аналоговой шкале боли), опросника Pain Detect (наличие нейропатического болевого синдрома), HADS (шкала тревоги и депрессии), Роланда-Морриса (степень ограничения жизнедеятельности). Использованы непараметрические методы статистического анализа программы Statistica 10.

**Результаты и их обсуждение.** Средний возраст пациентов составил  $44,6 \pm 11,4$  года Ме 45,5 [33,5; 53,5], из всех пациентов – 28 женщин, средний возраст –  $45,1 \pm 11,5$  года Ме 48,5 [35,5; 54], мужчин – 32, средний возраст –  $44,2 \pm 11,5$  года Ме 40 [33; 53]. Интенсивность боли на момент опроса в среднем составляла  $5 \pm 2,5$  балла Ме 5 [3; 7], что соответствует умеренно выраженному болевому синдрому.

Наличие нейропатического компонента болевого синдрома указывало на корешковый генез боли, в исследовании у 28 (46,6%)

пациентов данный характер боли не был диагностирован при рутинном неврологическом осмотре. У 4 (33,3%) из 12 пациентов с диагнозом «радикулопатия» по результатам тестирования наличие нейропатического компонента маловероятно. Из 60 обследованных пациентов по данным опросника Pain Detect у 37 (61,6%) определялся нейропатический компонент боли. При тестировании 37 пациентов тревожно-депрессивные расстройства выявлены у 23 (62,1%). При отсутствии нейропатической боли отклонения по шкале HADS выявлялись значительно реже – у 7 (30,4%) пациентов из 23 ( $p=0,03$ ). При выставленном диагнозе «радикулопатия» у 8 (66,6%) диагностированы отклонения в HADS, у пациентов с люмбагией и люмбоишиалгией в 22 (45,8%) случаях ( $p=0,33$ ). При анализе результатов тестирования по шкале Роланда Морриса значимые различия выявлены при сопоставлении данных пациентов с люмбагией и люмбоишиалгией ( $p=0,02$ ). У пациентов с диагностированным нейропатическим компонентом боли, значимые изменения жизнедеятельности выявлены у 20 (54%), при отсутствии нейропатического компонента – только у 4 (17,4%), ( $p=0,01$ ).

Таким образом, использование комбинированного валидного опросника, значительно повышает качество диагностических мероприятий и уточняет характеристики болевого синдрома. Включение в алгоритм диагностики шкал и опросников по выявлению нейропатического компонента боли, тревожно-депрессивных расстройств и степени ограничения жизнедеятельности приводит к существенному увеличению эффективности проводимых лечебных мероприятий, основанных на комплексной оценке болевого синдрома.

---

Гаманович А.И.<sup>1</sup>, Якимович А.П.<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Гродненский государственный медицинский университет, Гродно, Беларусь

<sup>2</sup> 3-я городская клиническая больница, Гродно, Беларусь

## ЭХОГРАФИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ СИНДРОМА КАРПАЛЬНОГО КАНАЛА

**Актуальность.** Жалобы на боли и онемения кистей рук зачастую ошибочно интерпретируются как проявления шейного остеохондроза, вегетососудистой дистонии, ревматоидных заболеваний суставов и т.д.