

3. Chen YH, Keller JK, Kang JH, et al. Obstructive sleep apnea and the subsequent risk of depressive disorder: a population-based follow-up study. J Clin Sleep Med. 2013;9:417–423. doi: 10.5664/jcsm.2652.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА И ВЛИЯНИЕ ФАРМАКОТЕРАПИИ НА СОВЛАДАЮЩЕЕ ПОВЕДЕНИЕ И РАННИЕ ДЕЗАДАПТИВНЫЕ СХЕМЫ У ПАЦИЕНТОВ С НЕЙРОПАТИЧЕСКИМ БОЛЕВЫМ СИНДРОМОМ

Котляренко Д. О.¹, Зубель Д. С.²

Гродненский государственный медицинский университет,
медико-психологический факультет, 6 курс¹,
Городская клиническая больница скорой медицинской помощи г. Гродно²

Научный руководитель: канд. мед. наук Луговская А. А.

Актуальность. Нейропатический болевой синдром в 80-90% случаях сопровождается эмоциональными и другими психическими нарушениями. Копинг-стратегии преодоления боли играют важную роль в генезе хронической боли. Также на течение нейропатического болевого синдрома благоприятно влияют лекарственные средства (антидепрессанты, анальгетики).

Цель. Провести сравнительную характеристику и изучить влияние фармакотерапии на совладающее поведение и ранние дезадаптивные схемы у пациентов с нейропатическим болевым синдромом.

Методы исследования. Исследование проводилось на базе нейрохирургического и неврологического отделения УЗ “ГКБСМП г. Гродно”. Участвовало 90 пациентов с нейропатическим болевым синдромом. Основные патологии, способствующие возникновению хронической боли, – грыжи диска, травмы позвоночника, полинейропатии. 35 пациентов принимали антидепрессанты (амитриптилин, венлафаксин). Методики: схемный опросник Янга, методика диагностики копинг-стратегий. Для статистического анализа использовалась программа Statistica 12.0.

Результаты и их обсуждение. 64 человека имеют болевой синдром >3 месяцев, 26 – <3 месяцев. При расчете коэффициента корреляции была установлена положительная взаимосвязь между приёмом антидепрессантов и облегчения симптомов нейропатической боли ($r=0,58$). Пациенты отмечали улучшения на 5-7 день приёма ЛС (28 пациентов, имеющие нейропатический

болевым синдромом >3 месяцев). У пациентов с болевым синдромом >3 месяцев ведущие ранние дезадаптивные схемы: нарушенной автономии (покинутость/нестабильность)($R=0,72;p<0,001$), сверхбдительности и подавления эмоций (негативизм)($R=0,78;p<0,001$). Чаще пациенты используют копинг-стратегии эмоционально-ориентированного (относительно адаптивный) и копинг-стратегии проблемно-ориентированного (относительно адаптивный) копинг-стиля второго уровня напряжённости($R=0,81;p<0,001$). У пациентов, с длительностью нейропатического болевого синдрома <3 месяцев, ведущие ранние дезадаптивные схемы: домен нарушенной автономии (уязвимость) ($R=0,67;p<0,001$), сверхбдительности и подавления эмоций (жёсткие стандарты, пессимизм) ($R=0,73;p<0,001$). Эти пациенты используют копинг-стратегии эмоционально-ориентированного (относительно адаптивный) копинг-стиля второго уровня напряжённости($R=0,79;p<0,001$) и копинг-стратегии проблемно-ориентированного (адаптивный) копинг-стиля третьего уровня напряжённости($R=0,66;p<0,001$).

Выводы. Приём антидепрессантов положительно влияет на динамику течения нейропатического болевого синдрома. У пациентов с болевым синдромом >3 месяцев ранние дезадаптивные схемы: нарушенной автономии, сверхбдительности и подавления эмоций. Копинг-стратегии: эмоционально-ориентированного и проблемно-ориентированного (относительно адаптивные) копинг-стили второго уровня напряжённости. У пациентов с болевым синдромом <3 месяцев дезадаптивные схемы: домен нарушенной автономии, сверхбдительности и подавления эмоций. Копинг-стратегии эмоционально-ориентированного (относительно адаптивный) копинг-стиля второго уровня напряжённости и копинг-стратегии проблемно-ориентированного (адаптивный) копинг-стиля третьего уровня напряжённости. Данные результаты информативны в целях лечения пациентов с нейропатическим болевым синдромом командой специалистов различного профиля.

ЛИТЕРАТУРА

1. Danilov A. B. Understanding pain. Novaya apteka – New Pharmacy, 2008, no. 9, pp. 74–77