

3. Выявленные эффекты изученных соединений могут быть использованы в дальнейшем доклиническом изучении перспективных ЛС для регуляции конкурентного поведения и устранения астенических проявлений, вызванных нарушениями сна/ сменой часовых поясов (V-7), а также в качестве дополнительного средства в комплексной терапии БАР (V-5).

Литература

1. Effects of sleep deprivation on sports performance and perceived exertion in athletes and non-athletes: a systematic review and meta-analysis / Y. Kong, B. Yu, G. Guan // *Front Physiol.* – 2025. – Vol. 1, № 16. – P. 1544286. – doi: 10.3389/fphys.2025.1544286.

2. Silva, M. G. The elite athlete as a special risk traveler and the jet lag's effect: lessons learned from the past and how to be prepared for the next Olympic Games 2020 Tokyo / M. G. Silva, T. Paiva, H. H. Silva // *J Sports Med Phys Fitness.* – 2019. – Vol. 59, № 8. – P. 1420-1429. – doi:10.23736/S0022-4707.18.08894-1.

3. Махов, С. Ю. Боевые виды спорта в формировании психофизических качеств личности / С. Ю. Махов // *Наука.* – 2020. – Т. 2, № 38. – С. 131-148.

МНЕНИЕ ВРАЧЕЙ О ФАРМАКОТЕРАПИИ БОЛЕВОГО СИНДРОМА В КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Сушинский В. Э.¹, Сачек М. М.¹, Свизунов О. И.², Войтов В. В.³

¹Белорусский государственный медицинский университет

²Городская клиническая больница скорой медицинской помощи города Минска

³39-я городская клиническая поликлиника города Минска

Минск, Республика Беларусь

Актуальность. Болевой синдром сопровождает очень многие заболевания и является фактором, существенно снижающим качество жизни пациентов [1, 2, 3, 4, 5]. В тоже время врачи чаще концентрируют свое внимание на заболеваниях сердечно-сосудистой системы, которые являются основной причиной смертности населения. Следует учитывать, что пациенты с болевым синдромом обращаются за медицинской помощью к врачам различных специальностей. Широкая распространенность болевого синдрома требует активных действий врача, направленных на выявление и последующую коррекцию болевого синдрома, достижение эффективности и безопасности терапии [2, 3]. Реализация современных принципов купирования болевого синдрома, на основе овладения знаниями по клинической фармакологии требует постоянного совершенствования подготовки врача [4].

В настоящее время ключевой группой лекарственных средств для фармакотерапии боли остается группа нестероидных противовоспалительных

препаратов (НПВП), с успехом применяющаяся при различных заболеваниях и патологических состояниях, характеризующихся умеренной или выраженной ноцицептивной болью, то есть вызванной активацией периферических болевых рецепторов вследствие локального повреждения или воспаления [4]. При этом широкое, зачастую нерациональное использование НПВП в клинической практике у лиц с коморбидными заболеваниями, без соблюдения правил, обеспечивающих их безопасное использование, вызывает закономерную тревогу.

Особое место НПВП закреплено в принципах лечения многих заболеваний. Так в Евразийских рекомендации по диагностике и лечению первичного остеоартрита (2025) НПВП, обладая хорошим анальгетическим потенциалом, определены как группа лекарственных препаратов, занимающих центральное место в фармакотерапии боли при ОА любой локализации, [5]. При этом следует помнить о потенциальных нежелательных явлениях при назначении НПВП. В реальной клинической практике остеоартрит исключительно редко протекает как единственное заболевание у пациента. Полиморбидность, как современный вызов клинической медицины, определяет ряд сложностей использования НПВП для контроля за болью в широкой клинической практике. Отсутствие мониторинга нежелательных явлений особенно у коморбидных пациентов, неоправданно длительное назначение НПВП, одновременное назначение нескольких препаратов этой группы, отсутствие подбора дозы и пути введения лекарственного средства, редкое использования адьювантов приводит к значимому увеличению риска осложнений без увеличения их эффективности.

Ошибки, допускаемые врачами при назначении НПВП множатся при бесконтрольном их использовании пациентами для самолечения.

Цель. Определить мнение врачей о принципах фармакотерапии пациентов с болевым синдромом в клинической практике.

Материалы и методы исследования. Проведено on-line анкетирование 1031 врача различных специальностей, работающие во всех регионах республики, из которых 53,5% составили врачи общей практики. Средний возраст анкетированных составил $40,5 \pm 0,4$ года; стаж работы составил $15,8 \pm 0,4$ года. Квалификационные категории имели 75,2% респондентов: 33,9% – первую квалификационную категорию; 32,7% – вторую; высшую – 8,5%.

Результаты. 99,4% врачей считают, что боль – актуальная проблема клинической практики, определяющая тактику ведения многих пациентов. При анкетировании 75,9% (789) врачей указали, что знают содержание национального нормативного правового акта, определяющего принципы оказания медицинской помощи пациентам с синдромом боли (далее – клинический протокол). В тоже время, верно критерий хронического характера болевого синдрома, отраженный в клиническом протоколе, – 3 месяца – указали 61,6% респондентов.

Большой интерес могут представлять данные о принципах лечения болевого синдрома, реализуемого врачами в клинической практике.

Так на вопрос: какие пути введения лекарственных средств для лечения болевого синдрома в начале терапии Вы чаще используете? – 79,3% (818 врачей) указали оральный; 14,53% (150 врачей) указали парентеральный; местный (использование наружных лекарственных средств) – 6,1% респондентов.

На вопрос «Как длительно должны назначаться лекарственные средства (ЛС), вводимые парентерально?» большинство анкетированных (60,8%) указало – 3-7 дней; 26,2% – 1-3 дня; 4,3% врачей выбрали ответ – до 1 месяца; 8,5% – не ограничивают срок назначения ЛС, вводимых парентерально. Срок «1 день» по результатам анкетирования не указал не один врач. На вопрос – «Как быстро Вы ожидаете получить обезболивающее действие при назначении НПВП внутрь?» были получены следующие ответы: на 2-3 сутки – 51,2% врачей; 37,2% – в первый день; 11,3% – на 4-7 сутки, а более поздние сроки врачами не указывались.

Наиболее часто (55,6%) врачи выражали мнение, что при болевом синдроме адъюванты должны использоваться у пациентов при любой ступени терапии. При этом, 31,3% опрошенных указали, что адъюванты должны назначаться только при 2-3 ступени терапии, а 8% врачей – только на 3 ступени терапии, что не отвечает современным принципам лечения болевого синдрома.

По результатам анкетирования врачи указали, что основными лекарственными препаратами фармакотерапии слабой боли (1-3 балла по нумерологической оценочной шкале) являются: 66,8% – НПВП и парацетамол; 29,2% – НПВП; 1,9% – БАДы и фитотерапия; 1,4% – адъюванты; 0,7% – можно использовать опиоидные анальгетики

Важно отметить, что несмотря на то, что абсолютное большинство врачей утверждали, что знают содержание клинического протокола, 94,3% респондентов отметили необходимость дополнительных знаний по проблеме боли.

Выводы. Врачи различных специальностей основной группой препаратов при болевом синдроме указывают НПВП, отмечая преимущественно пероральный путь введения. Нецелесообразным назначать адъюванты при фармакотерапии слабой боли считают 44,4% врачей, что противоречит современным подходам к лечению болевого синдрома.

Требуется дальнейшее совершенствование знаний врачей по проблеме выявления и коррекции болевого синдрома в клинической практике.

Литература

1. Медицина боли: от понимания к действию : сб. тез. XXX Российской науч.-практ. конф. с междунар. участием, Пермь, 23-25 мая 2024 г. – Пермь, 2024. – 171 с.
2. Организация противоболевой помощи Российской Федерации : метод. материалы. – Москва : Медиа Сфера, 2020 – 160 с.
3. Об утверждении клинического протокола : постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 07 сент. 2022 г. № 96. – URL: <https://clck.ru/3QUUot> (дата обращения 20.09.2025).

4. Консенсус экспертов 2024: рациональное использование нестероидных противовоспалительных препаратов / А. Е. Каратеев, А. М. Лиля, В. И. Мазуров [и др.] // Современная ревматология. – 2025. – Т. 19, прил. 1. – С. 1-40. – doi: 10.14412/1996-7012-2025-1S-1-40.

5. Евразийские рекомендации по диагностике и лечению первичного остеоартрита (2025). Ассоциация ревматологов Евразии (League of Eurasian Rheumatologists, LEAR) / В. И. Мазуров, А. М. Лиля, Г. А. Тогизбаев [и др.] // Современная ревматология. – 2025. – Vol. 19, iss. 4. – С. 96-110. – doi: 10.14412/1996-7012-2025-4-96-110.

РОЛЬ ПРОСТАЦИКЛИНОВЫХ РЕЦЕПТОРОВ В НАРУШЕНИИ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ПЕЧЕНИ В РЕПЕРФУЗИОННОМ ПЕРИОДЕ

Ходосовский М. Н., Наварай Д. Э., Ильин Н. М.

Гродненский государственный медицинский университет, Гродно, Беларусь

Актуальность. Нарушения микроциркуляции и повреждение эндотелиальных функций является важным патогенетическим звеном реперфузионного синдрома в различных органах. Восстановление сбалансированной продукции эндотелием вазоконстрикторов и вазодилататоров после ишемии может помочь коррекции других звеньев патогенеза реперфузионных расстройств, таких как воспаление и апоптоз. Известно, что простаглицлин (простаглицлин I₂) является важным провоспалительным медиатором при различных патологических состояниях, в т. ч. при заболеваниях печени [1]. Вместе с тем, недостаточная продукция вазодилататоров и преобладающие влияния эндотелинов могут нарушать процессы микроциркуляции в печени во время реперфузии [2]. Поэтому роль простаглицлина, обладающего провоспалительными и вазодилатирующими свойствами, в механизмах реперфузионного синдрома остается противоречивой.

Цель исследования изучить влияние простаглицлиновых рецепторов на функциональное состояние печени в остром реперфузионном периоде у крыс.

Материалы и методы исследования. Работа выполнена на взрослых крысах-самцах Wistar массой 360-440 г, предварительно выдержанных в стандартных условиях вивария. Под комбинированным наркозом (тиопентал натрия 30 мг/кг, калипсол 100 мг/кг) ишемию печени вызывали наложением сосудистого зажима на *a. hepatica* и *v. portae* (маневр Прингла) в течение 30 мин, после снятия зажима реперфузионный период длился 120 мин. Вводили силиконовый катетер в правое предсердие для получения смешанной венозной крови. Забор образцов крови осуществляли до, в конце ишемии и через 30 и 120 мин после её прекращения. Функциональное состояние печени оценивали