

48% исследуемых девушек (14 человек) имеют акцентуацию характера. 47% (7 человек), обследованных с помощью опросника Шмишека, демонстрировали высокие значения по шкале экзальтированности, столько же по шкале гипертимности, и по 33% (5 человек) – по шкалам дистимности, эмотивности и возбудимости. У 80% (4 человека), обследованных с помощью ММРІ, были обнаружены высокие показатели по шкале депрессии.

Выводы. Таким образом, в клинической структуре психических расстройств, сопутствующих суицидальным попыткам девушек-подростков, преобладают смешанные расстройства поведения и эмоций. Основным способом совершения суицида девушки выбирают самоповреждение острым предметом. Основными социальными факторами риска суицидального поведения у девушек-подростков выступают проблемы во взаимоотношениях со сверстниками и неблагополучная семейная ситуация. Важными личностными психологическими особенностями являются такие черты характера, как импульсивность, ослабленный самоконтроль, склонность к самообвинению, пессимизм, замкнутость.

ЛИТЕРАТУРА

1. Preventing suicide: A global imperative [Electronic resource]. – Geneva: World Health Organization; 2014. – Mode of access: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/131056/8/9789241564878_eng.pdf?ua=1. – Date of access: 20.04.2018.
2. Национальный статистический комитет Республики Беларусь [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://belstat.gov.by/>. – Дата доступа: 20.04.2018.

ОПЫТ ТЕРАПИИ БОЛИ В СПИНЕ ПРЕПАРАТОМ ДЕКСАЛГИН

Лебейко Т.Я., Лебейко А.И.

УО «Гродненский государственный медицинский университет»

Актуальность. Неврологические проявления боли в спине составляют 71-80% всех заболеваний периферической нервной системы. Боли в спине могут быть как острыми, так и носить хронический характер с периодическими обострениями заболевания, что является одной из наиболее частых причин потери трудоспособности [1].

По данным ряда исследователей, в 80% случаев острые боли регрессируют самостоятельно или в результате лечения в течение 6 недель, однако в 20% случаев они принимают хроническое течение [1, 2]. Наследственная предрасположенность, микротравматизация, неправильный двигательный стереотип приводят к дегенерации позвоночного двигательного сегмента. В дегенеративный процесс могут вовлекаться различные структуры: межпозвоночный диск, дугоотростчатые суставы, связки, мышцы. Возникающие под влиянием статодинамических нагрузок деформации тканей оказываются причиной постоянного раздражения болевых рецепторов. В

случаях сопутствующего поражения спинномозговых корешков или спинного мозга могут появляться очаговые неврологические синдромы [3, 4]. При болевых синдромах в спине определяющим является появление симптомов, связанных с раздражением нервных окончаний синувентральных нервов, расположенных в мягких тканях позвоночника [2].

В настоящее время хорошо изучен патогенез патологии позвоночника как основной причины болевого синдрома, но не решены многие проблемы боли в спине. Необходимо помнить, что боли в спине бывают не только связанными с дегенеративными изменениями позвоночных структур, но и вторичными, обусловленными различными другими патологическими состояниями. Поэтому главной задачей врача при обследовании пациента с острой болью в спине является разделение скелетно-мышечных болей от болевых синдромов, связанных с соматической или онкологической патологией. В процессе диагностики боли в спине важен тщательный неврологический осмотр. Большое значение также придается рентгенологическим и нейровизуализационным методам исследования. При лечении боли в спине необходимо учитывать интенсивность болевого синдрома, склонность к хронизации процесса, индивидуальные особенности личности пациента, сопутствующую патологию внутренних органов и использовать как медикаментозные, так и немедикаментозные методы лечения, наиболее эффективными среди которых считают лечебную гимнастику и психотерапию.

Цель исследования. Изучить эффективность применения препарата Дексалгин в терапии болевых синдромов в спине и влияние на качество жизни пациентов с данной патологией.

Материалы и методы исследования. Под нашим наблюдением находился 51 пациент с болью в спине в неврологическом отделении УЗ «ГКБ №3 г. Гродно». Опытную группу составили 28 пациентов с болями в спине различной локализации. Среди них было 15 женщин и 13 мужчин в возрасте от 18 до 72 лет (средний возраст 46,9 года). У 19 пациентов диагностирована люмбоишалгия, у 4 – пояснично-крестцовая радикулопатия, у 5 – боли в шейном и грудном отделах позвоночника. Обследование проводили до начала медикаментозного лечения (в день госпитализации) и перед выпиской (на 9 - 11 сутки). Пациенты опытной группы получали дексалгин по 50 мг (2мл) внутривенно или внутримышечно в течение 5-7 дней, эуфиллин 2,4% - 5мл внутривенно 5 дней, витаминотерапию гр. В, физиолечение. Контрольную группу составили 23 пациента (12 женщин, 11 мужчин в возрасте от 19 до 69 лет, средний возраст – 41,4 лет). У 18 пациентов диагностирована люмбоишалгия, у 1 – радикулопатия, у 4 – боли в шейном и грудном отделах позвоночника. Контрольная группа получала вместо дексалгина кеторолак по 1,0 мл внутримышечно в течение 5-7 дней. Дексалгин (декскетопрофена трометамол) - соль пропионовой кислоты, обладает анальгезирующими, противовоспалительными и жаропонижающими свойствами и относится к классу нестероидных противовоспалительных препаратов. Механизм его действия базируется на снижении синтеза простагландинов за счет угнетения

циклооксигеназы. В частности, тормозится преобразование арахидоновой кислоты в циклические эндопероксиды PGG₂ и PGH₂, из которых образуются простагландины PGE₁, PGE₂, PGF_{2a} PGD₂, а также простаглицлин PGI₂ и тромбоксаны TxA₂ и TxB₂. Выявлено угнетающее действие декскетопрофена трометамола на активность ЦОГ-1 и ЦОГ-2. Кеторолак, производное уксусной кислоты, также оказывает выраженное анальгезирующее действие, обладает противовоспалительным и умеренным жаропонижающим действием. Механизм действия связан с неселективным угнетением активности ЦОГ1 и ЦОГ2, катализирующей образование простагландинов из арахидоновой кислоты. Оценка регресса болевого синдрома проводилась по визуально-аналоговой шкале (ВАШ), опроснику Роланда–Мориса [5]. Качество жизни исследовали при помощи опросника MOS SF 36 (SF-36). Статистическая обработка проводилась с использованием пакета «Statistica, v. 6,0».

Результаты исследования. До лечения в опытной и контрольной группах интенсивность болевого синдрома по ВАШ соответствовала сильнейшей (8,1±1,16 и 7,9±0,7 соответственно). После лечения болевой синдром в обеих группах статистически значимо регрессировал, причем в опытной группе уровень боли был достоверно ниже, чем в контрольной (таблица 1).

Таблица 1 Динамика болевого процесса у пациентов с болью в спине до и после лечения (в баллах, М±m)

Оценка по ВАШ	До лечения	После лечения	P
Опытная группа (n=28)	8,1±1,16	1,9±1,2	0,000002
Контрольная группа (n=23)	7,9±0,7	3,1±0,9	0,00004

Согласно опросника Роланда-Мориса, улучшение жизнедеятельности более чем на 50% выявлено у 12 (43%) обследованных на фоне приема дексалгина, у 7 (30%) – в контрольной группе.

Согласно опроснику SF 36, на фоне лечения (таблица 2) в обеих группах установлено увеличение показателей качества жизни: физической активности (PF), ролевого функционирования, обусловленного физическим состоянием (RF), жизненной активности (VT), социального функционирования (SF), ролевого функционирования, обусловленного эмоциональным состоянием (RE), психического здоровья (MH), физического (PH) и психологического (MH) компонентов здоровья, за исключением общего состояния здоровья (GH), показатели которого практически не изменились. В опытной группе установлено уменьшение интенсивности боли (BP), повышение физического функционирования (PF), возрастание жизненной активности (VT). В контрольной группе увеличились физическое и ролевое функционирование (PF и RP).

Таблица 2 Показатели качества жизни пациентов с болью в спине при лечении дексалгином и кеторолаком (в баллах, M_{дian} 25-75%)

Шкала	Дексалгин		р	Кеторалак		р
	До лечения	После лечения		До лечения	После лечения	
РФ-Физическая активность	54,46 (10,0-90,0)	66,6 (5,0-95,0)	0,006	50,65 (0,0-95,0)	65,86 (30,0-100,0)	0,017
РР- ролевое функционирование, обусловленное физическим состоянием	19,64 (0,0-75,0)	24,10 (0,0-75,0)	0,5	5,4 (0,0-50,0)	17,39 (0,0-100,0)	0,037
ВР-Физическая боль	63,92 (0,0-90,0)	57,14 (0,0-80,0)	0,009	67,78 (30,0-80,0)	60,0 (30,0-80,0)	0,14
ГН-Общее состояние здоровья	44,82 (25,0-60,0)	42,14 (25,0-55,0)	0,32	51,30 (30,0-75,0)	51,52 (30,0-70,0)	0,94
VT-Жизненная активность	41,42 (10,0-65,0)	49,46 (0,0-80,0)	0,05	41,95 (5,0-100,0)	46,52 (20,0-80,0)	0,33
SF-Социальное функционирование	50,44 (12,5-62,5)	53,56 (25,0-75,0)	0,24	54,89 (25,0-75,0)	57,93 (37,5-75,0)	0,27
RE- Ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием	49,99 (0,0-100,0)	52,2 (90,0-100,0)	0,8	34,71 (0,0-100,0)	37,60 (0,0-100,0)	0,72
МН-Психическое здоровье	56,57 (0,0-88,0)	61,78 (0,0-92,0)	0,12	54,60 (24,0-88,0)	58,4 (24,0-88,0)	0,32
РН-Физический компонент здоровья	26,4 (22,2-34,8)	49,8 (36,8-54,9)	0,16	24,8 (21,4-32,7)	43,8 (38,7-51,8)	0,16
МН-Психологический компонент здоровья	32,5 (24,8-36,8)	48,9 (39,2-54,6)	0,06	27,6 (22,7-34,8)	42,5 (38,8-51,6)	0,08

Выводы. Результаты проведенного исследования свидетельствуют о высокой эффективности дексалгина при вертеброгенном болевом синдроме и о существенном повышении качества жизни данного контингента пациентов. Применение Дексалгина способствует снижению интенсивности боли в спине, улучшению таких показателей качества жизни, как физического функционирования, жизненной активности.

ЛИТЕРАТУРА

1. Павленко, С.С. Эпидемиология боли / С.С. Павленко // Неврологический журнал. - 1999. - №1. – С. 41-46.

2. Алексеев, В.В. Лечение люмбоишалгического синдрома / С.С. Павленко // РМЖ. – 2003. - № 11(10). – С. 602-4.
3. Вознесенская, Т.Г. Боли в спине и конечностях. Болевые синдромы в неврологической практике. / Т.Г. Вознесенская; под ред. А.М. Вейна - М. : Медпресс, 1999. - С. 217-83.
4. Штульман, Д.Р. Неврология. Справочник практического врача. / Д.Р. Штульман, О.С. Левин . - М.: Медпресс-информ, 2002. - С. 70-90.
5. Шкалы, тесты и опросники в медицинской реабилитации / под ред. А.Н.Беловой, О.Н. Шепетовой. – М.: Авдодор, 2002. – 440 с.

ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ ПСИХОТЕРАПЕВТА И ПСИХОЛОГА В ПРОЦЕССЕ ПОСТАНОВКИ ДИАГНОЗА И ЛЕЧЕНИЯ

Левкова М.А.

УО «Гродненский государственный медицинский университет»

Сейчас в клинике диагностикой, лечением и реабилитацией пациентов с психическими и поведенческими расстройствами занимаются психиатры и психотерапевты, а также сравнительно недавно появившиеся в медицинских учреждениях психологи. Первые – врачи с медицинским образованием. Вторые – с гуманитарной подготовкой по психологии.

Указанные различия, дополняемые подкреплёнными законодательно профессиональными статусно-ролевыми разграничениями, формируют обусловленные внутренними и внешними противоречиями не антагонистического свойства проблемы совместной деятельности.

Эндогенной проблемой всех специалистов является преодоление стереотипов собственного профессионального мышления, а также ригидного следования своим теоретическим предпочтениям. Проблема экзогенного свойства - разграничение объективно заданных компетенций и продуктивное согласование позиций в процессе совместной диагностики, лечения и реабилитации общего пациента.

В конечном счёте, неразрешённость данных задач сказывается на эффективности коммуникации с пациентом, а значит – и эффективности лечения. Ведь ещё Карл Роджерс утверждал (1952), что «клиент» (он использовал это слово вместо слова «пациент») знает лучше, чем кто-либо, в чём заключается его проблема, и вместе с консультантом может сам найти её решение. К. Роджерс пришёл к выводу, что установки консультанта имеют большее значение, чем его техники [4].

Рассмотрим данные проблемные противоречия подробнее.

Психиатр – это специалист с медицинским образованием, имеющий право, а значит, и несущий всю полноту ответственности на постановку диагноза и лечение пациента. Психиатр, как правило, имеет дело с людьми, страдающими серьёзными душевными расстройствами – шизофренией, эпилепсией, маниакально - депрессивным психозом и так далее. Его основные средства лечения и воздействия – медикаменты, электрошок...вплоть до