

**ПСИХОФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ФОРМИРОВАНИЯ
ХРОНИЧЕСКИХ БОЛЕВЫХ СИНДРОМОВ****О. В. Курушина, В. А. Рыбак, А. Е. Барулин, А. А. Саранов***Кафедра неврологии, нейрохирургии с курсом медицинской генетики ВолГМУ*

В работе представлены данные, свидетельствующие о влиянии болевых установок пациентов на формирование и терапевтическую резистентность хронических болевых синдромов. Показана необходимость дальнейшего изучения болевых установок пациентов для повышения эффективности лечения данной патологии.

Ключевые слова: болевые установки, хронические болевые синдромы.

**PSYCHOPHYSIOLOGICAL ASPECTS OF DEVELOPMENT
OF CHRONIC PAIN SYNDROMES****O. V. Kurushina, V. A. Rybak, A. E. Barulin, A. A. Saranov**

The paper presents data on the influence of pain beliefs on the development and therapeutic resistance of chronic pain syndromes. A need for further investigation of patients' pain beliefs so as to increase the efficiency of treatment was showed.

Key words: pain beliefs, chronic pain syndromes.

В последнее время в работах, посвященных изучению острой и хронической боли, появилась отчетливая тенденция: смещение акцентов с нейрофизиологических показателей на психологические и даже психосоциальные особенности пациентов. Взаимосвязь и взаимозависимость таких состояний, как тревога, депрессия и алгические нарушения доказана множеством исследований как отечественных, так и зарубежных авторов. Убедительно продемонстрирована роль нейротрансмиттерной дефицитности в возникновении и поддержании хронической боли. Но роль психологических установок, социокультурных особенностей и копинг-стратегий по-прежнему остается недостаточно раскрытой в отечественной литературе.

В последнее время одними из наиболее значимых факторов, влияющих на возникновение хронической боли, признаются социально-психологические установки пациентов. Они представляют собой состояние психологической готовности, складывающееся на основе опыта и оказывающее влияние на реакции человека относительно тех объектов и ситуаций, с которыми он связан и которые социально значимы. В данном случае понятие «установка» следует рассматривать не как вообще отношение к какому-либо явлению, в данном конкретном случае — к боли, а как диспозицию — готовность к определенному поведению в конкретной ситуации. Эта настроенность в ситуации с возникновением алгических реакций может закрепляться в случае повторения условий, тогда возникает хронизация боли, закрепляется болевое поведение.

Среди многообразия социально-психологических установок у пациентов целесообразно выделить

установки, касающиеся непосредственного отношения человека к боли. Именно они являются наиболее значимыми для формирования и поддержания болевого синдрома вне зависимости от его локализации.

В работах, посвященных изучению личностных и поведенческих особенностей пациентов, страдающих хронической болью, неоднократно отмечался тот факт, что у них довольно часто возникали изменения настроения, проблемы с приемом лекарственных препаратов, снижение активности, трудности при устройстве на работу, семейные конфликты. Кроме того, нередко такие пациенты неадекватно относились к диагнозу и назначенному лечению. К примеру, они ожидали и даже требовали повторения инвазивных диагностических и лечебных мероприятий, несмотря на то, что последние уже были проведены и оказались неинформативными или неэффективными. Рекомендации увеличить физическую активность, использовать меньше препаратов, практиковать техники релаксации не устраивали пациентов. Многие из них считали, что их случай — особенный, а доктор просто недооценивает всю тяжесть ситуации. В итоге симптомы лишь нарастают, а человек начинает искать новые, часто небезопасные способы лечения.

Необходимо отметить и то, что именно болевые установки пациента, в том числе его твердая убежденность в необходимости продолжения диагностических исследований, оказывают существенное влияние на эффективность проводимой терапии.

Таким образом, очевидна необходимость изучения социально-психологических и, в частности, болевых установок у пациентов, страдающих болевыми синдромами различной локализации.

ЦЕЛЬ РАБОТЫ

Изучить особенности болевых установок пациентов, страдающих алгическими синдромами и выявить их возможное влияние на результаты лечения.

МЕТОДИКА ИССЛЕДОВАНИЯ

Для достижения поставленной цели нами было выполнено обследование 168 пациентов неврологического отделения Волгоградский областной клинической больницы № 1 (из них 90 женщин и 78 мужчин) в возрасте от 18 до 72 лет. Все пациенты страдали болевыми синдромами различной локализации. Наименьшая длительность болевого синдрома составляла 14 дней, наибольшая — 5 лет.

Изучение особенностей болевых установок проводилось на основании адаптированного нами варианта опросника «Болевые установки и восприятие боли» (The Pain Beliefs and Perceptions Inventory, PBAPI, Williams & Thorn, 1989) состоящего из 14 вопросов. Итоговый подсчет велся по 3 шкалам: 1) постоянство боли — время (В); 2) загадочность ее происхождения — тайна (Т); 3) собственная роль в возникновении боли — роль (Р). По результатам шкалирования проводился кластерный анализ с распределением пациентов на следующие группы: I — положительные показатели по шкале Т; группа II — высокие показатели по обеим шкалам; группа III — отрицательные показатели по обеим шкалам; группа IV — низкие показатели по шкале В, высокие по шкале Т. Шкала Р исследовалась отдельно, в каждой из созданных групп. Результаты обрабатывались статистическими методами (Statistica for Windows v. 6.0).

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

По результатам шкалирования пациенты были распределены на 4 группы (табл.).

Распределение пациентов по результатам шкалирования, (%)

| | Группа I | Группа II | Группа III | Группа IV |
|---|-----------|-----------|------------|-----------|
| Количество пациентов | 48 (28,6) | 72 (42,8) | 40 (23,8) | 8 (4,8) |
| Пациенты с положительными показателями по шкале Р | 19 (39,6) | 38 (52,8) | 11 (27,5) | 1 (12,5) |

Наиболее часто у пациентов, страдающих болевыми синдромами, встречались высокие показатели по шкалам В и Т, то есть они были убеждены в том, что боль будет продолжительной, постоянной и не уверены в возможности врачей ее контролировать. В то же время наименее многочисленной оказалась группа, в которой пациенты были убеждены в переходящем характере боли и не имели объяснения самому факту ее возникновения.

Далее, в группах определялась средняя длительность болевого синдрома. При этом наблюдались статистически достоверные различия. Так, в группе I средняя длительность болевого синдрома составила $(11,8 \pm 3,2)$ месяцев, в группе II — $(35,5 \pm 9,8)$ месяцев, в группе III — $(3,9 \pm 1,2)$ месяца, а в группе IV — $(8,2 \pm 3,3)$ месяца.

Характерным был тот факт, что высокие показатели по шкале Р встречались вне зависимости от длительности болевого синдрома.

Наблюдалась устойчивая связь между результатами лечения и группами пациентов (рис.). Наибольший процент пациентов с хорошим откликом на проводимую терапию наблюдался в группе III, то есть у пациентов, убежденных в краткосрочности и контролируруемости боли.

Столь высокая сопряженность неудовлетворительных результатов лечения с определенными негативными болевыми установками пациентов свидетельствует о необходимости включения методов их коррекции данного в терапевтические программы купирования хронических болевых синдромов.

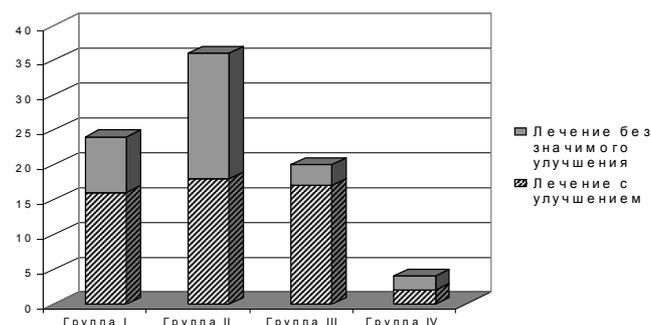


Рис. Влияние болевых установок пациентов на результаты их лечения

Необходимо учитывать, что изменение системы установок пациента является неоднозначным и трудоемким процессом. В основе системы установок лежат как когнитивные, так и эмоциональные связи. Воздействие на когнитивный компонент путем рациональной психотерапии срабатывает не всегда, так как человек избегает сведений, которые могут доказать ошибочность его поведения. Человек стремится избегать информации, которая способна вызвать когнитивный диссонанс — несоответствие между установками или установками и реальным поведением человека.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, проведенное исследование продемонстрировало взаимосвязь болевых установок пациентов и результатов их лечения. Полученные результаты свидетельствуют о необходимости разработки валидизированных оригинальных опросников для изучения болевых установок пациентов с целью прогнозирования исходов лечения и выработки индивидуальных терапевтических программ.

ЛИТЕРАТУРА

1. Алексеев А. В., Бранд П. Я. // Боль. — 2008. — Т. 1, № 18. — С. 21—23.
2. Голубев В. Л., Данилов А. Б. // РМЖ. — Специальный выпуск «Болевой синдром». — 2009. — С. 11—14.
3. Кукушкин М. Л., Хитров Н. К. // М. Медицина. — 2004. — 142 с.
4. Baker K. // Emerg Med Australas. — 2005. — № 17 (1). — P. 65—72.
5. McAllister M. J., McKenzie K. E., Schultz D. M., Epshteyn M. G. // Pain Physician. — 2005. — № 8 — P. 369—373.

6. Pruijboom L., van Dam A. C. // Med Hypotheses. — 2007. — №3. — P. 506—511.
7. Williams D. A., Keefe F. J. // Pain. — 1991. — Vol. 46. — P. 185—190.

Контактная информация:

Рыбак Вера Александровна — д. м. н., профессор, зав. кафедрой неврологии, нейрохирургии с курсом медицинской генетики ВолГМУ, neurology@tele-kom.ru

УДК 616-002.36-089.002

ЛЕЧЕНИЕ ФЛЕГМОН МЯГКИХ ТКАНЕЙ С ПРИМЕНЕНИЕМ ЭНДОСКОПИЧЕСКИХ И ГИДРОПРЕССИВНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ

А. А. Глухов, В. М. Иванов

Воронежская государственная медицинская академия имени Н. Н. Бурденко

Проведен анализ лечения больных с флегмонами мягких тканей путем применения видеоэндоскопической гидропрессивной санации и программного дренирования. Предложен алгоритм оказания помощи пациентам с учетом особенностей патологического процесса.

Ключевые слова: флегмоны мягких тканей, эндоскопическая гидропрессивная санация, программное дренирование.

TREATMENT OF PHLEGMONS OF SOFT TISSUES USING ENDOSCOPIC AND HYDROPRESSIVE TECHNOLOGIES

A. A. Gluhov, V. M. Ivanov

An analysis of treatment of patients with phlegmons of soft tissue with visualised endoscopic hydropressive sanitation and programmed drainage was carried out. An algorithm of managing patients taking into account the features of pathological process is proposed.

Key words: phlegmons of soft tissues, visualized endoscopic hydropressive sanitation, programmed drainage.

Лечение больных с флегмонами мягких тканей до настоящего времени остается одной из актуальных проблем хирургии. Важным направлением является снижение травматичности хирургической санации гнойного очага, улучшение косметических результатов лечения и, соответственно, качества жизни пациентов [1—7]. Хорошо зарекомендовавший себя метод пункционно-дренажного лечения ограниченных жидкостных образований под контролем ультразвукового исследования (УЗИ) при распространенных формах местной хирургической инфекции не всегда обеспечивает адекватную санацию гнойной полости, что требует продолжения исследований в указанном направлении.

ЦЕЛЬ РАБОТЫ

Улучшение результатов лечения больных с флегмонами мягких тканей путем применения видеоэндоскопической санации и программного дренирования гнойной полости.

МЕТОДИКА ИССЛЕДОВАНИЯ

Проанализированы результаты лечения 88 больных с флегмонами мягких тканей в возрасте от 21 до 73 лет. Мужчин было 61 (69,3 %), женщин — 27 (30,7 %). Больные были распределены на три клинические группы — основную и две контрольные. Основную группу составили 32 больных, хирургическое лечение у которых включало видеоэндоскопическую гидропрессивную санацию гнойной полости и программное аспирационно-ирригационное дренирование. Видеоэндоскопическую санацию гнойной полости осуществляли с помощью видеоэндоскопической установки фирмы «Karl Storz» (Германия), операционных наборов лапароскопического инструментария фирм «Karl Storz», «Dufner» (Германия) и «Аксиома» (Россия, С.-Петербург), а также оригинальных устройств, разработанных на кафедре общей хирургии ВГМА им. Н. Н. Бурденко. С целью повышения эффективности видеоэндоскопического лечения при-