

В настоящем исследовании мы ставили цель изучить степень адекватности оценки интенсивности боли по мере нарастания ее продолжительности, ее зависимость от уровня настроения, степени и причины ограничений в повседневной жизни.

Обследованы 40 человек, страдающих «болями в пояснице» на фоне остеохондроза позвоночника, средний возраст которых составил $39 \pm 3,5$ года (18 мужчин, 22 женщины). Из них 10 человек были отнесены в группу больных с острой болью, 15 – с подострой и 15 – с хронической. В группу не включались больные, имевшие объективные показания для нейрохирургического лечения. Помимо обязательных клинико-лабораторных и инструментальных исследований были использованы методики, рекомендуемые Департаментом по ведению незаразных болезней ВОЗ для объективизации боли: «Визуальная аналоговая шкала» (ВАШ), тест Шобера, вопросник Освестри, шкала Цунга (2).

Обследование показало, что у пациентов с острой болью самооценка ее интенсивности по тесту ВАШ приближалась к максимальной (10 баллов), увеличение показателя теста Шобера было в пределах $1,5 \pm 1$ см. Результат теста Освестри указывал на ограничение повседневной активности, линейно зависимое от степени субъективной и объективной выраженности боли. Тест Цунга не выявлял значимых депрессивных нарушений.

У больных с подострой болью балл по тесту ВАШ уменьшался до 5-6, показатель Шобера составлял $3 \pm 1,5$ см. Однако, несмотря на объективно констатируемое уменьшение выраженности болевых проявлений у больных сохранялись высокие показатели ограничения повседневной активности в разделах «Подъем тяжестей», «Повседневная жизнь», «Сексуальная жизнь», «Перемещения». У 15 больных (37,5%) выявлена субдепрессия.

У 75% пациентов с хронической болью, при приближении показателя Шобера к норме (5-6 см), имела место субъективная переоценка интенсивности боли (6-7 баллов по ВАШ), что коррелировало с сохраняющимся ограничением повседневной активности, возросшей (67,5% больных) частотой выявления субдепрессивного фона настроения.

Таким образом, результаты исследования показали, что по мере увеличения продолжительности болевого расстройства у больных имеет место нарастание частоты депрессивных расстройств, формирование пассивной субъективной терапевтической установки, что приобретает ведущее значение в поддержании болевого синдрома, и указывают на необходимость дополнительной психотерапевтической и медикаментозной коррекции.

Литература

1. Анохин П.К. Боль. – В кн.: Большая медицинская энциклопедия, 2-е изд. – М., 1958, т. 4. – С. 74-83.
2. «Инициатива по болям в пояснице» – ВОЗ. Департамент по ведению незаразных болезней. 1999 г. // Неврологический журнал №3, т. 6, 2001 г.
3. Павленко С.С. Эпидемиология боли.// Неврологический журнал. – 1999, №1. — С. 41 - 46.
4. Крыжановский Г.Н. Центральные механизмы патологической боли.//Журнал неврологии и психиатрии им. Корсакова С.С. – 1999, №12 – С. 4 - 8.

ВЛИЯНИЕ ФИЗИЧЕСКИХ ТРЕНИРОВОК НА ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ЭНДОТЕЛИЯ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Т.П. Пронько

Научный руководитель – д.м.н., профессор *М.А. Лис*
Гродненский государственный медицинский университет

Дисфункция эндотелия, связанная с дефицитом эндогенного оксида азота, играет существенную роль в патогенезе артериальной гипертензии (АГ) [Р.М. Vanhoutte, 1997]. Поэтому терапия АГ должна быть направлена на восстановление функции эндотелия. Однако, даже успешная гипотензивная терапия не приводит к восстановлению функции эндотелия [J.A. Panza, 1993].

В связи с этим целью настоящего исследования явилось изучение влияния физических тренировок (велотренировки) на функциональное состояние эндотелия у больных АГ.

Материалы и методы. Под нашим наблюдением находилось 7 пациентов с АГ III степени

тяжести, контрольную группу составили 20 практически здоровых человека. Все больные получали стол №10 (по Певзнеру) и базисную патогенетическую терапию, которая включала в себя эналаприл по 20-40 мг в сутки, атенолол по 50 мг в сутки, и гипотиазид по 25 мг в сутки. Дополнительно в данной группе больных проводились физические тренировки на велотренажере. В основу положено использование физических тренировок в зависимости от индивидуальной переносимости физической нагрузки. Продолжительность одного занятия - 30 минут. Исходная интенсивность тренировок была равна 50% от выявленной индивидуальной пороговой нагрузки по данным ВЭП [Нечесова Т.А., 1990]. Лечение продолжалось 12-14 дней, велотренировки проводились ежедневно и включали 8-9 сеансов.

Для оценки сосудодвигательной функции эндотелия использовались пробы с реактивной гиперемией и нитроглицерином по методике описанной Celermajer D.S. (1992). В качестве информативной реографической величины оценивали относительное изменение пульсового прироста крови, вызванное реактивной гиперемией, создаваемой наложением на плечо манжеты, давление в которой повышали до 240-270 мм рт.ст. в течение 4-5 минут и фармакологическим воздействием для чего больной принимал сублингвально 0,5 мг нитроглицерина. Признаком дисфункции эндотелия считали прирост ПК на реактивную гиперемию менее 10% и достоверную разницу между приростом ПК на реактивную гиперемию и прием нитратов.

Результаты. Эндотелийзависимая вазодилатация у больных АГ до лечения была снижена, по сравнению со здоровыми лицами (30,90±2,10%, $P<0,001$). Прирост ПК на реактивную гиперемию составил $11,10\pm 2,30\%$. Колебания были в пределах от 4,10% до 23,50%. Эндотелийнезависимая вазодилатация была сохранена и не отличалась от таковой у здоровых лиц. После проведенного курса велотренировок эндотелийзависимая вазодилатация в данной группе больных улучшилась. У всех 7 больных прирост ПК на реактивную гиперемию увеличился и в среднем составил $19,90\pm 2,62\%$, ($P<0,05$). Диапазон колебаний прироста ПК на реактивную гиперемию составил от 12,40% до 30,90%. Наиболее значительное улучшение эндотелийзависимой вазодилатации было у больных с исходно низким приростом ПК на реактивную гиперемию (менее 11,1%). Динамика эндотелийнезависимой вазодилатации отсутствовала.

Таким образом, включение в комплексное лечение велотренировок оказывает положительное влияние на функцию эндотелия у больных АГ, что может уменьшить риск развития осложнений АГ.

ОПТИМИЗАЦИЯ ВЫБОРА РЕАНИМАЦИОННОГО ЭТАПА В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ПНЕВМОНИЕЙ

П.П. Прохоров

Научный руководитель – к.м.н., доцент *В.М. Гриб*
Белорусский государственный медицинский университет

Пневмония является на сегодняшний день одной из актуальных проблем внутренних болезней. Угроза летального исхода в ряде случаев диктует необходимость реанимационного этапа в лечении больных этой патологией. Однако всегда ли обосновано и по каким показаниям госпитализируются больные с пневмонией в реанимацию? Ответ на этот вопрос и явился предметом данного исследования.

С этой целью были проанализированы истории болезни больных пневмонией, лечение которых включало и реанимационный этап. Из общего количества больных с пневмонией, пролеченных в 2002 году в отделении пульмонологии 2 клинической больницы г.Минска, 20 госпитализировались в отделение интенсивной терапии и реанимации (ОИТР). Среди данной категории больных преобладали мужчины (13 больных). Возрастной состав был разный – от 19 до 90 лет. В 1 случае зафиксирован летальный исход.

Оценка обоснованности к госпитализации в ОИТР проводилась по ряду показателей, используемых на сегодняшний день в практической медицине - нарушение газового состава крови, объем поражения легких, одышка и др. Были получены следующие результаты – нарушения газового состава крови (PaO_2 , $PaCO_2$) отмечены у 9 больных, одышка свыше 30 в минуту – у 7, двусторонняя инфильтрация в легких – у 6, нарушение сознания – у 2 больных. В половине случаев было 2 и бо-