

**Обследование больных с
хроническим болевым
синдромом и с
сексуальными
дисфункциями.**

- Постоянная боль, которая мешает радоваться жизни, а порой даже не позволяет человеку полноценно функционировать, многим знакома не понаслышке. В медицине это боль называется **“хронический болевой синдром”**. Как правило, он является следствием или симптомом некоторых заболеваний.



- Хроническая боль продолжается в течение длительного времени; она может сохраняться и после заживления раны; причину ее иногда бывает трудно объяснить. Человек, долгое время испытывающий боль, ведет себя иначе, чем тот, для которого боль – новое ощущение. Люди, долгое время терпящие боль, могут не стонать, не проявлять двигательного беспокойства, частота пульса и дыхания у них может быть обычной, однако, сдержанное поведение больного не означает, что он не испытывает боли.

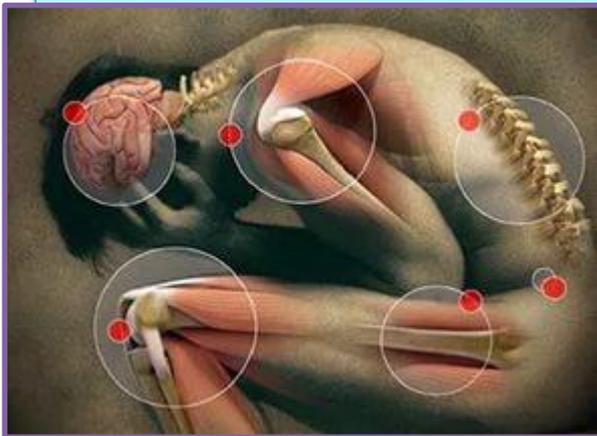
- Острый и хронический болевой синдром в области головы, шейного, грудного и пояснично-крестцового отдела позвоночника, при заболевании суставов, при патологии стоп, верхних и нижних конечностей, вследствие заболеваний, травм.

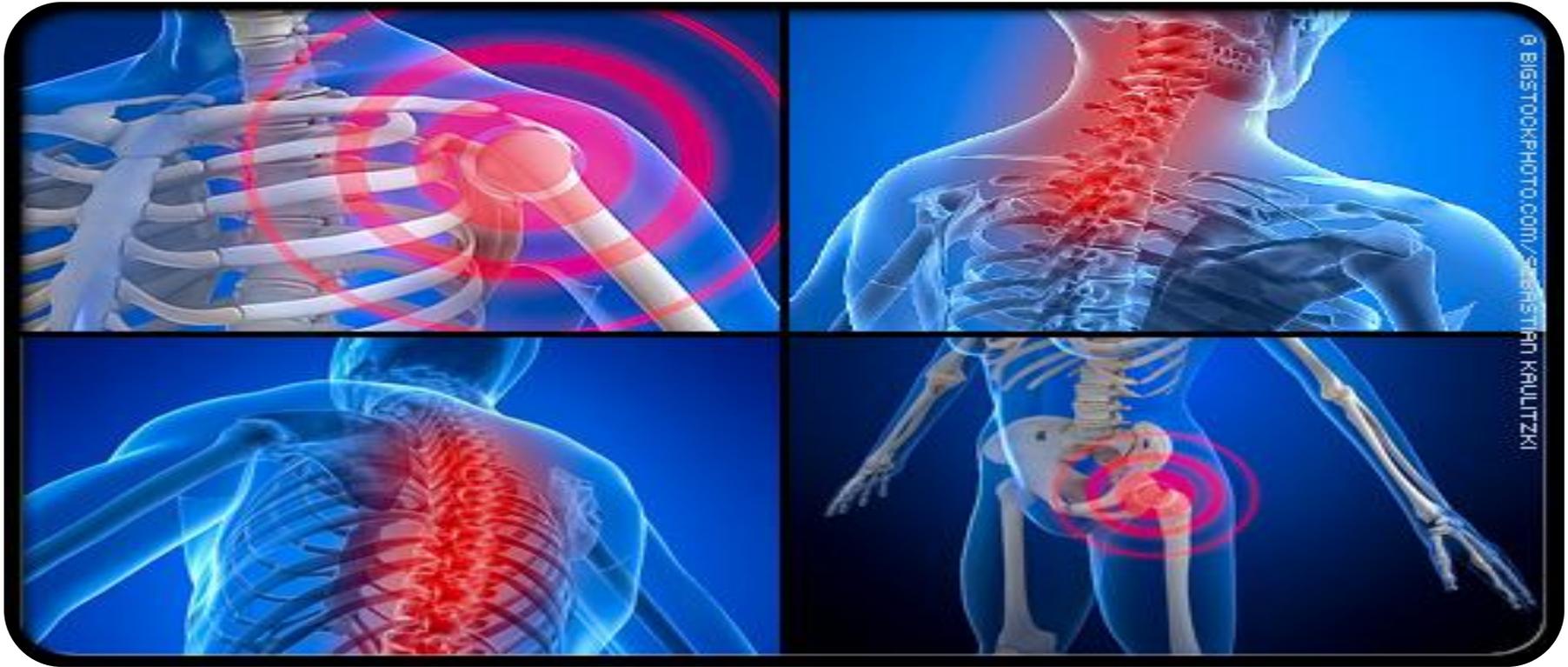
Самыми распространёнными хроническими болями, мучающими людей, являются боли в суставах и мышцах, а также в спине.



Хронический болевой синдром возникает при следующих заболеваниях:

- остеоартроз;
- [фибромиалгия](#);
- туберкулез позвоночника;
- ревматоидный артрит;
- различные опухоли.





- Причины хронической боли могут быть воспалительного, механического, нейрогенного или психосоматического происхождения, и потому в первую очередь лечение хронического болевого синдрома зависит от факторов, которые его вызывают.

Хронические болевые синдромы, ассоциированные с депрессивным расстройством в неврологической практике

- **Головная боль:**

- Частые эпизодические ГБН

- Хронические ежедневные головные боли

- Хроническая мигрень

- **Фибромиалгии**

- **Хроническая боль в спине (дорсалгия)**

ГОЛОВНАЯ

БОЛЬ

- Наиболее частая форма цефалгий в неврологической практике
- Головные боли напряжения (ГБН) составляют 50-80% среди цефалгий
- Типы ГБН:
 - Эпизодические болевые эпизоды не более 15 дней в месяц
 - Хронические с подразделением на наличие/отсутствие перенапряжения перикраниальной мускулатуры



Фибромиалгии

- Хронические боли, симметричные, чаще в области крупных суставов

- Длительность: месяцы и годы
- Выраженность: от средней интенсивности до крайне выраженных болевых ощущений
- Мышечная скованность в утренние часы. Легкие физические упражнения снижают скованность и болевые ощущения

Фибромиалгия

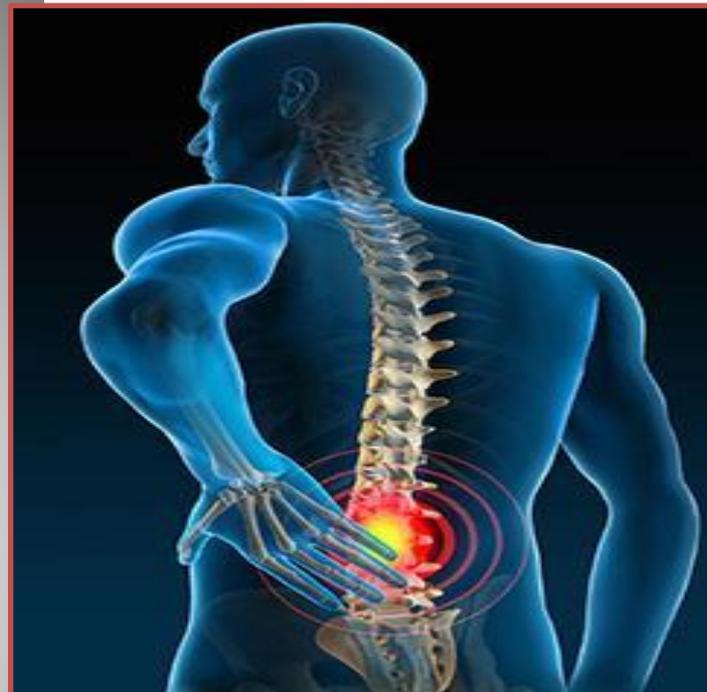


tvoylechebnik.ru

ХРОНИЧЕСКИЕ БОЛИ В СПИНЕ

- **Локализация:**
 - Поясница – 45%
 - Шея – 15%
 - Грудь – 10%
 - Сочетанная локализация – 30%

- **Тип боли:**
 - ноющая – 70%,
 - стреляющая – 20%,
 - сжимающая – 10%



ДИАГНОСТИКА

- Консультация терапевта, невролога, офтальмолога, онколога, травматолога, психиатра.
- Нейроортопедическое обследование.
- Лабораторное обследование.
- УЗИ, УЗДГ.
- КТ, МРТ.
- Рентгенологическое обследование.
- Электронейромиография.
- Пульсовая диагностика.

Консервативное

лечение

- Лечебные блокады
- Мануальная терапия
- Иглорефлексотерапия
- Массаж
- Физиотерапия
- ЛФК



- Сексуальные расстройства очень часто носят психогенный, функциональный характер. Рассмотрены подходы к комплексной терапии, в которой соотношение фармако- и психотерапии зависит от индивидуальности случая.



Выделяют два варианта патогенеза функциональных сексуальных дисфункций:

- Развивающиеся по невротическим механизмам: неосознанная тревога, ожидание сексуальной неудачи, попытки контроля и самоконтроля, умственные усилия по формированию некоего стандарта близости и т. д.
- Состояния, связанные с нарушением онтогенеза психосексуального развития: несовпадение фантастических представлений или неосознанных ожиданий с реальностью — как на уровне отношений, так и в плане самого коитуса; либо незначимость тактильных ощущений при ласках партнера или в процессе фрикций в связи с дезадаптивной мастурбацией, когда происходящее в интимной жизни или исключительно в сексе не возбуждает человека.

Алгоритм обследования сексологического пациента включает в себя:

- Соматическое обследование (состояние сосудов, гормонов, неврологической сферы, мочеполовой системы, а также индивидуальное обследование при наличии заболеваний любых других органов и систем); психиатрическое обследование; выявление профессиональных вредностей, вредных привычек; регулярный прием медикаментов.
- Выявление индивидуальной личностной реакции на свое состояние; выяснение истоков этой реакции, поддерживающих ее механизмов, возможных источников разрешения внутреннего конфликта.
- Выяснение содержания партнерских отношений, взаимоотношений с супругом вне интимной области, расстановки в супружеской паре, стремлений и возможностей супруга (супруги).

Комплексная терапия включает в себя:

- психотерапию пациента, направленную на изменение отношения к сексу, к партнерским отношениям, к своему состоянию, к прогнозу лечения и интимной жизни как таковой;
- семейную психотерапию и супружескую сексуальную терапию, направленные на создание комфортной ситуации близости, изменения техники близости. Возможно, с использованием мнимого запрета на сношение, переход на петтинговые техники;
- психофармакотерапию, в первую очередь направленную на снижение тревожности, нормализацию настроения пациента. Могут быть использованы транквилизаторы (например, Афобазол), реже — антидепрессанты (например, Триттико в дозировках до 150 мг в сутки, курс 4–6 недель).

В последние десятилетия получило широкое распространение исследование сексуальных функций с помощью аппаратных методик. К ним относятся:

- – УЗИ (ультразвуковое исследование) внутренних органов;
- – ЭЭГ (электроэнцефалография) головного и спинного мозга;
- – РЭГ (реоэнцефалография);
- – фаллотестирование;
- – доплерография;
- – реофаллография;
- – компьютерная томография (КТ) головного и спинного мозга;
- – магнитно-ядерный резонанс (ЯМР);
- – рентгеноконтрастная ангиография;
- – радиоизотопные методы исследования;
- – кавернозометрия и кавернозография.

В целях диагностики сексуальных нарушений гормонального происхождения применяются следующие методы и тесты:

- – сперматограмма;
- – определение уровня фруктозы в семенной жидкости;
- – определение концентрации в плазме крови андрогенов, эстрогенов, а также гонадотропных гормонов;
- – анализ влагалищных мазков и другие методики.