

гипертрофия, особенности строения нижних и средних носовых раковин – 37% случаев (n=16);

смещение носовой перегородки – 16% (n=7);

гипертрофия глоточной миндалины: 1-я степень – 14% (n=6), 2–3-я степень – 86% (n=37), блокада хоан и устьев слуховых труб у 95% пациентов (n=41).

При сравнительном анализе данных передней активной ринометрии получены следующие результаты: слабая степень обструкции выявлена у 19 (37%) пациентов с хроническим или острым рецидивирующим синуситом, что значительно больше, чем в группе пациентов с гипертрофией аденоидов 1–3-й степени – 6 (19%) пациентов ( $p < 0,05$ ).

По умеренной степени обструкции не выявлено значимых различий у пациентов исследуемых групп ( $p > 0,05$ ).

Выраженная степень обструкции выявлена у 12 (24%) пациентов с хроническим или острым рецидивирующим синуситом, что значительно меньше, чем в группе пациентов с гипертрофией аденоидов – 13 (42%) пациентов ( $p > 0,05$ ).

У пациентов с диагнозом «хронический или острый рецидивирующий синусит» при первичном осмотре время сахаринового теста составило  $45,38 \pm 1,55$  минут; у пациентов с гипертрофией аденоидов 1–3-й степени –  $18,21 \pm 3,96$  минут, что значительно меньше ( $p < 0,05$ ).

---

Журневич А.В.

Городская клиническая больница № 3, Гродно, Беларусь

## ЭФФЕКТИВНОСТИ ОПРОСНИКОВ И ШКАЛ У ПАЦИЕНТОВ С ДОРСАЛГИЯМИ

**Актуальность.** Проблема боли в спине является актуальной как для врача общей практики, так и для невролога в связи с высокой частотой и сложностями ее дифференциальной диагностики. В настоящее время отсутствует единый подход к использованию количественных оценочных шкал при болевом синдроме, однако их применение помогло бы стандартизировать и унифицировать изучение различных аспектов боли.

**Цель.** Изучить эффективность применения опросников и шкал при болях в спине.

**Методы исследования.** Обследовано 20 пациентов с вертеброгенным болевым синдромом, из них с люмбагией – 1 (5%), люмбоишалгией – 17 (85%) и радикулопатией – 2 (10%), средняя длительностью заболевания 5 лет. Средний возраст пациентов 46 лет. В анкетирование включены опросники Освестри, Роланда-Морриса, центральной сенситизации боли, HADS, DN4 и шкала ВАШ.

**Результаты и их обсуждение.** По опроснику DN4 (n=10) у 12 (60%) пациентов нейропатический компонент боли был вероятен, у 8 (40%) пациентов – маловероятен. Однако диагноз «радикулопатия», соответствующий нейропатическому компоненту, выставлялся в 4 раза реже. По опроснику Роланда – Морриса (n=10) у 6 (60%) – выраженные нарушения жизнедеятельности, у 4 (40%) – не выраженные нарушения жизнедеятельности. По опроснику Освестри (n=10) у 2 (20%) – минимальные нарушения жизнедеятельности, у 6 (60%) – умеренные, у 2 (20%) – тяжелые. По госпитальной шкале тревоги и депрессии (HADS) (n=20): показатель тревоги у 11 (55%) – в норме, у 4 (20%) – субклинически выраженная тревога и у 5 (25%) – клинически выраженная тревога. По показателю депрессии у 14 (70%) – норма, у 5 (25%) – субклинически выраженная депрессия, 1 (5%) – клинически выраженная депрессия. По степени выраженности центральной сенситизации боли (n=10) 4 (40%) – субклиническая, 5 (50%) – легкая, 1 (10%) – умеренная. Согласно визуально-аналоговой шкале боли (ВАШ) средний уровень боли на момент опроса составил 5,8 балла, средний месячный показатель – 5,75 балла. Несмотря на умеренную выраженность болевого синдрома, данный показатель не отражает всех характеристик болевого синдрома.

Таким образом, выявленные показатели значительного нарушения жизнедеятельности, психоэмоциональных нарушений, нейропатического компонента и наличия центральной сенситизации боли существенно изменяют представление о клинической картине заболевания, требуют ее конкретизации и соответствующей терапевтической коррекции.

---