

Выводы. 1. Рецидив опухоли в гортани, метастазы в лимфоузлы шеи, средостения и отдаленные органы, первично–множественные опухоли встречаются после хирургического лечения пациентов при любой стадии опухоли, но чаще в случае распространенного рака (T3 и T4).

2. Ларингэктомия является шансом сохранения жизни при неэффективности лечения пациентов с локализованными формами (T1 и T2).

ЛИТЕРАТУРА

1. Океанов, А.Е. Рак в беларуси: цифры и факты. Анализ данных белорусского канцер–регистра за 2009 – 2018 гг. / А.Е. Океанов, П.И. Моисеев, Л.Ф. Левин и др. // Минск, Государственное учреждение «Национальная библиотекаБеларуси», 2019. – 420 с.

2. Nodal metastases distribution in laryngeal cancer requiring total laryngectomy: Therapeutic implications for the N0 Neck / D. Riviere [et al] // Eur Ann Otorhinolaryngol Head Neck Dis. – 2019. – Vol. 136. – P.35–38.

ЦЕНТРАЛЬНАЯ СЕНСИТИЗАЦИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМ БОЛЕВЫМ СИНДРОМОМ ПОЯСНИЧНО–КРЕСТЦОВОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ

Антипина Е.О., Дымина К.О.

Гродненский государственный медицинский университет

Актуальность. Центральная сенситизация (ЦС) – патофизиологический феномен, характеризующийся повышенной чувствительностью ноцицептивных нейронов центральной нервной системы к нормальной или подпороговой стимуляции. В клинической практике феномен ЦС наблюдается у пациентов с дисфункциональными болевыми синдромами (мигрень, фибромиалгия, синдром раздраженного кишечника), а также у пациентов, страдающих нейропатической и хронической болью. К симптомам ЦС относят аллодинию, гипералгезию, расширение зоны болевого восприятия, а также длительное ощущение боли после прекращения действия стимула и выраженное ее усиление при повторном воздействии стимула (феномен суммации боли) [1]. Хроническую боль в настоящее время принято рассматривать как самостоятельное заболевание в рамках биопсихосоциальной концепции, что требует комплексного лечения.

Цель. Анализ уровня и определение клинической значимости ЦС у пациентов с хроническим болевым синдромом пояснично–крестцовой локализации.

Методы исследования. В исследовании приняли участие 38 пациентов с хроническим болевым синдромом (>3 месяцев) пояснично–крестцовой локализации. При тестировании пациентов использованы: нумерологическая оценочная шкала интенсивности боли (НОШ); диагностический опросник нейропатической боли DN4; HADS (госпитальная шкала тревоги и депрессии);

опросник ЦС (адаптированная русскоязычная версия). Результаты обработаны с использованием стандартных компьютерных программ Microsoft Excel 2013, Statistica 10.0.

Результаты и их обсуждение. Среди пациентов исследуемой группы женщины составили 71 % (27 человек), мужчины – 29 % (11 человек). Медиана возраста – 54 года (интерквартильный размах 46–64, диапазон 25–76).

При оценке выраженности болевого синдрома по НОШ 14 (37 %) пациентов характеризовали боль как выраженную, 24 (63 %) – как умеренную, средний балл составил $6,16 \pm 0,89$. Нейропатическая боль по результатам опросника DN4 была выявлена у 21 (55 %) пациента, средний балл – $3,57 \pm 0,89$. У 20 (53 %) пациентов диагностированы тревожные расстройства, у 14 (37 %) – депрессивные расстройства. При оценке уровня ЦС по результатам анкетирования у 6 (16 %) пациентов выявлена выраженная ЦС, у 1 (3 %) – критическая, у 10 (26 %) – умеренная, у 12 (31 %) – легкая, у 9 (24 %) – субклиническая ЦС. Следует отметить, что у пациентов исследуемой группы также диагностированы следующие коморбидные расстройства: головная боль напряжения – у 5 (13 %) пациентов, хроническая мигрень – у 2 (5 %), дисфункция височно-нижнечелюстного сустава – у 2 (5 %), синдром раздраженного кишечника – в 3 (8 %) случаях, синдром хронической усталости – в 3 (8 %) случаях, фибромиалгия – в 1 (3 %) случае.

Выводы. Феномен ЦС является одним из важнейших механизмов формирования хронической боли. Выбор лекарственных препаратов и немедикаментозных методов терапии боли во многом зависит не от ее локализации и интенсивности, а от патофизиологических механизмов ее формирования. При лечении хронических болевых синдромов, учитывая их коморбидность с дисфункциональными и аффективными расстройствами, должен использоваться мультидисциплинарный подход.

ЛИТЕРАТУРА

1. Данилов, А. Б. Центральная сенситизация: клиническая значимость / А. Б. Данилов, Ю. М. Курганов // Неврология/ревматология. – 2012. – № 1. – С. 59–64.

ПРОГРЕССИРУЮЩИЙ НАДЪЯДЕРНЫЙ ПАРАЛИЧ (КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ)

Антипина Е.О.¹, Заяц Ю.В.²

*Гродненский государственный медицинский университет¹,
Городская клиническая больница №3 г. Гродно²*

Актуальность. Прогрессирующий надъядерный паралич (ПНП) – нейродегенеративное заболевание головного мозга (ГМ) с накоплением тау-протеина и преимущественным вовлечением подкорковых и стволовых структур, проявляющееся параличом вертикального взора, быстро