

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

прогрессирующей постуральной неустойчивостью, псевдобульбарным синдромом, акинетико–ригидным синдромом, преимущественно в аксиальной мускулатуре, деменцией подкорково–лобного типа. Частота ПНП, по данным различных исследований, составляет 5–18 человек на 100 000 населения. Средний возраст начала заболевания 55–70 лет [1].

Цель. Представить клиническое наблюдение случая ПНП.

Методы исследования. Оценка клинико–анамнестических данных, результатов лабораторных и инструментальных исследований.

Результаты и их обсуждение. Пациентка И., 68 лет, поступила в неврологическое отделение в октябре 2024 года с жалобами на затруднение ходьбы в связи с выраженной неустойчивостью, частые падения, скованность в теле, смазанность речи, поперхивание при приеме пищи, снижение памяти. Считает себя больной около 2,5 лет, когда появились первые симптомы в виде неустойчивости при ходьбе, замедленности движений, нарушения речи. Со слов дочери пациентки, с осени 2023 года у нее стала увеличиваться частота падений и нарастать скованность в теле. Семейный анамнез не отягощен. Соматический статус компенсирован. Неврологически: в сознании, ориентирована, когнитивное снижение. Зрачки равновеликие. Глазные щели D=S. Парез вертикального взора (вверх и вниз). Нистагма нет. Лицо симметрично. Язык по средней линии. Дизартрия. Дисфагия. Вызываются рефлекс орального автоматизма (Маринеску–Радовичи, хоботковый). Сухожильно–периостальные рефлекс S<=" p=">

Выводы. Клинический полиморфизм ПНП существенно затрудняет своевременную диагностику данного заболевания. Следует дифференцировать ПНП с болезнью Паркинсона, мультисистемной атрофией, кортикобазальной дегенерацией, нормотензивной гидроцефалией, а также с другими клиническими формами вторичного и ирритативного паркинсонизма.

ЛИТЕРАТУРА

1. Левин, О. С. Экстрапирамидные синдромы: руководство для врачей / О. С. Левин, С. Н. Иллариошкин, В. Л. Голубев. – Москва: МЕДпресс–информ, 2020. – 772 с.

КЛИНИКО–ЛАБОРАТОРНЫЕ ПРОЯВЛЕНИЕ ГЕНЕРАЛИЗАЦИИ ИНФЕКЦИЙ У ПАЦИЕНТОВ С ОДОНТОГЕННЫМИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

Бабохужаев А.С.

Ташкентский государственный стоматологический институт

Актуальность. Одной из актуальных проблем челюстно–лицевой хирургии является лечение осложнений острых одонтогенных гнойно–