

Результаты исследования и их обсуждение

Исследование началось с вводных вопросов, в которых было выяснено, что 53,2% опрошенных ощущают головную боль часто (один раз в месяц и чаще), никогда не ощущали головную боль лишь 4,8%, остальная часть опрошенных ощущает головную боль редко.

Далее мы выяснили, что верную характеристику головной боли знают 38,7%, головной боли напряжения 67,7%.

Также в ходе исследования респондентам было предложено ответить на вопросы о характеристиках и лечении мигрени. Верные продолжительность и решающий фактор патогенеза выбрали 62,9% и 43,5% соответственно. О правильных направлениях терапии (купировании приступа + межприступной терапии) знали 74,2% опрашиваемых, о препаратах используемых в межприступной терапии 54,8%, тем самым можно сказать, что студенты обладают средним уровнем знаний о лечении мигренозного заболевания.

Мы уделили внимание вопросам патогенеза и механизмам развития данных заболеваний. Таким образом, верную по патогенетическому механизму форму боли выбрали 38,7% участников опроса. Про механизм развития знали лишь 35,5% студентов.

Выводы

Данное исследование выявило средний уровень осведомлённости студентов ГомГМУ о симптомах головной боли и приступах мигрени.

По результатам опроса можно сказать, что респонденты на хорошем уровне владеют знаниями о симптомах и лечению мигрени. Самым разрозненные ответы мы получили на вопросы, касающиеся патогенеза этого заболевания.

Несмотря на то, что большинство студентов регулярно испытывают головную боль на протяжении жизни, мы получили неоднозначные ответы о механизмах развития данного вида болей, однако большая часть опрошенных верно определила этиологию вторичных головных болей. Таким образом, в вопросах о головных болях студенты лучше знали характеристики разных форм болей.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. *Латышева, В. Я.* Неврология и нейрохирургия: учебник для студентов 4–6 курсов лечеб., педиатр., медико-диагн. факультетов мед. вузов, клин. ординаторов, аспирантов и начинающих неврологов / В. Я. Латышева, Б. В. Дривотинов, М. В. Олизарович. – Гомель: ГомГМУ, 2018. – 240 с.

2. Неврология и нейрохирургия: учебно-метод. пособие к практическим занятиям для студентов 4 курса лечеб. факультета, факультета по подготовке специалистов для зарубежных стран и 5 курса медико-диагн. факультета мед. вузов / В. Я. Латышева [и др.]. – Гомель : ГомГМУ, 2014. – 137 с.

УДК 616.831-033.2:616.24-006.6

А. В. Марченко, Е. Н. Хроленко

Научный руководитель: старший преподаватель В. С. Смирнов

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

МЕТАСТАТИЧЕСКИЕ ПОРАЖЕНИЯ ГОЛОВНОГО МОЗГА ПРИ МЕЛКОКЛЕТОЧНОМ РАКЕ ЛЕГКОГО

Введение

Рак легкого (РЛ) является наиболее часто встречающимся онкологическим заболеванием в развитых странах. Согласно морфологической классификации Всемирной организации здравоохранения выделяют 4 основные группы РЛ: мелкоклеточный, плоскоклеточный, аденокарциному и крупноклеточный рак. Три последних относятся к немелкоклеточному раку легкого (НМРЛ) [1].

При мелкоклеточном раке легкого (МРЛ) метастазы в головном мозгу обнаруживаются в большинстве случаев в течение первого-второго года заболевания, частота их колеблется при жизни от 14,8 до 48,8%. МРЛ является более агрессивным и метастазирует в мозг быстро, часто до установления диагноза первичного рака легких [2]. При этом прогноз пациентов, у которых развивается метастатическое поражение головного мозга, в плане выживаемости обычно весьма плохой, так как немногие из них живут дольше 1 года.

В то же время визуализация является весьма ценным инструментом в организации проведения специального лечения злокачественных новообразований, в том числе и МРЛ, и обычно широко применяется в случаях метастатического поражения головного мозга. При этом магнитно-резонансная томография (МРТ) может обеспечить более тонкую детализацию, локализацию и характеристику метастазов в головной мозг [3].

Цель

Определить особенности метастатического поражения головного мозга у впервые выявленных пациентов с диагнозом МРЛ.

Материал и методы исследования

Для исследования был проведен ретроспективный анализ медицинской документации пациентов, поставленных на учет в период с 2022 по 2023 гг. с морфологически подтвержденным диагнозом МРЛ в учреждении здравоохранения «Могилевский областной онкологический диспансер».

В работе применялся аналитический метод исследования. Анализ полученных данных производился с помощью программы Microsoft Excel 2019. Сравнительный анализ качественных показателей проводился с использованием двухстороннего критерия Фишера. Различия считали статистически значимыми при $p < 0,05$.

Результаты исследования и их обсуждение

В результате исследования были проанализированы заключения МРТ обследований 78 пациентов. Из них 72 (93%) мужчин и 6 (7%) женщин. Медиана возраста составила 63,4 (68,2 для мужчин и 57,4 для женщин).

Метастатические поражения головного мозга были выявлены у 11 (14%) пациентов, при этом все пациенты были мужского пола. Наиболее частая локализация наблюдалась в мозжечке (6 случаев), лобной (4 случая), височной (4 случая) и теменной (4 случая) долях. Также были выявлены единичные поражения варолиевого моста и пластинки четверохолмия.

Метастазы органов брюшной полости наблюдалось у 25 пациентов (32%), костей – 7 (8,9%).

При изучении особенностей метастатического поражения головного мозга и органов брюшной полости, костей скелета статистические значимых различий выявлено не было ($p > 0,05$).

Стоит отметить, что не все пациенты с метастазами головного мозга имели соответствующие жалобы (36,4%).

Выявленные клинические симптомы представлены в таблице 1.

Таблица 1 – Клинические проявления метастатического поражения головного мозга

Симптом	Количество пациентов
Головная боль	7 (63,6%)
Головокружение	2 (18,2%)
Атаксия	2 (18,2%)
Левосторонний гемипарез	2 (18,2%)
Онемение конечностей	1 (9%)
Тошнота	1 (9%)
Нарушение зрения	1 (9%)

Выводы

В ходе проведенного исследования было установлено, что у пациентов с впервые выявленным МРЛ очаговые симптомы метастатического поражения головного мозга в большинстве случаев характеризуются общемозговыми нарушениями.

Наиболее частая локализация метастазов МРЛ в головной мозг – мозжечок, лобная, височная и теменная доли.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Metastatic Brain [Electronic resource] // Tumors American Brain Tumor Association Publications. – Mode of access: <http://www.abta.org/brain-tumor-information/publications>. – Data of access: 28.02.2024.
2. Brain, T. [Electronic resource] // Columbia Neurosurgery. – Mode of access: <http://www.columbianeurosurgery.org/conditions/brain-tumors>. – Data of access: 28.02.2024.
3. Улитин, А. Ю. Метастатические опухоли головного мозга: монография / А. Ю. Улитин, В. Е. Олюшин, Б. И. Сафаров. – Издательство РНХИ им. проф. А. Л. Поленова, 2010. – 384 с.

УДК 616.833.54-002-031.63

М. Н. Матюшенко, Д. А. Марчик

Научный руководитель: ассистент кафедры А. А. Барбарович

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ВЕРТЕБРОГЕННОЙ И ДИСКОГЕННОЙ ЛЮМБОИШАЛГИЙ

Введение

На современном этапе развития медицины болевой синдром в спине и нижних конечностях, возникновение которого носит полифакторный характер, представляет собой актуальную проблему, и может быть проявлением как неврологической, так и различной соматической патологии. Около трети всего населения планеты в возрасте от 18 до 70 лет испытывает периодическую боль в спине, две третьих – отмечали продолжительный эпизод боли хотя бы раз в течение своей жизни [1].

В 5–7% случаев боль в поясничном отделе позвоночника может быть вызвана компрессией невралных структур, в частности спинномозговых корешков, с формированием радикулярного синдрома, который в свою очередь находится на лидирующих позициях в структуре патологии периферической нервной системы и в большинстве случаев является причиной ограничения трудоспособности и снижения качества жизни пациентов [2].

В настоящее время в практике широко применяется клиническая классификация заболеваний периферической нервной системы, разработанная И. П. Антоновым в 1987 году. Согласно данной классификации выделены рефлекторные, корешковые, корешково-сосудистые (радикулоишемические) синдромы, связанные с нарушением целостности различных отделов позвоночного столба. На шейном уровне выделяют рефлекторные (цервикалгии, цервикобрахиалгии с мышечно-тоническими, вегетативно-сосудистыми или нейродистрофическими проявлениями), корешковые (дискогенный (вертеброгенный) радикулит корешков) и корешково-сосудистые (радикулоишемия) синдромы. На грудном уровне различают рефлекторный (торакалгия с мышечно-тоническими, вегетативно-висцеральными или нейродистрофическими проявлениями) и корешковые (дискогенный (вертеброгенный) радикулит корешков) синдромы. При поражении на пояснично-крестцовом уровне разграничивают рефлекторные (люмбаго (прострел), люмбалгии, люмбоишалгии с мышечно-тоническими, вегетативно-сосудистыми или нейродистрофическими