

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

проявлениями), корешковые (дискогенный (вертеброгенный) радикулит корешков, включая синдром конского хвоста) и корешково-сосудистые (радикулоишемия) синдромы.

Имеется ряд исследований, в которых установлено, что быстрое сдавление спинномозгового корешка влияет на степень проявления неврологической недостаточности и характеристики регенерации. Было доказано, что при идентичных уровнях давления более быстрая компрессия спинномозгового корешка от 0,05 до 0,1 секунд вызывает наиболее значимые патологические изменения, чем медленное сдавление в течение 20 секунд [3].

Цель

Сравнительная характеристика люмбоишалгий вертеброгенного и дискогенного генеза.

Материал и методы исследования

На основе ретроспективного анализа в исследование включены 50 медицинских карт стационарных пациентов неврологического отделения УЗ «Гомельская городская клиническая больница № 2». Для исследования использовались данные, полученные в период с ноября 2023 года по декабрь 2023 года. Пациенты разделены на 2 группы: 1-я группа (N=26) – пациенты, имеющие люмбоишалгию вертеброгенного (спондилогенного генеза); 2-я группа (N=24) – пациенты, имеющие люмбоишалгию дискогенного генеза. Медиана возраста для 1-й группы составила 62 [54; 72] года, для 2-й группы – 45 [37; 60] лет. Статистическая обработка полученных данных проводилась с использованием пакета прикладных статистических программ Microsoft Excel 2010 и Statistica 10.0 (StatSoft, Inc). Так как данные не соответствовали закону нормального распределения по критерию Колмогорова – Смирного, то они были представлены в виде Me [Q1; Q2], где Me – медиана, [Q1; Q2] – 25 и 75 перцентили соответственно.

Результаты исследования и их обсуждение

Результаты данного исследования представлены в таблице 1.

Таблица 1 – Сравнительная характеристика люмбоишалгий различного генеза

Показатели	Вертеброгенная люмбоишалгия	Дискогенная люмбоишалгия
Начало болевого синдрома	Постепенное (96%)	Быстрое (93%)
Интенсивность боли	Слабая (21%). Умеренная (73%). Сильная (6%)	Слабая (2%). Умеренная (39%). Сильная (59%)
Локализация боли	Боль в пояснице (62%), с иррадиацией в правую (23%), левую (11%) или обе (4%) ноги	Боль в пояснице (54%), с иррадиацией в правую (16%), левую (19%) или обе (11%) ноги
Иррадиация боли	Отсутствует (62%). Присутствует (38%)	Отсутствует (54%). Присутствует (46%)
КТ-признаки	Остеохондроз (47%). Спондилез (46%). Грыжа МПД (2%). Протрузия МПД (5%)	Остеохондроз (2%). Спондилез (6%). Грыжа МПД (36%). Протрузия МПД (56%)
Ограничение движений	Сохранение объема движений (73%). Снижение объема движений (27%)	Сохранение объема движений (59%). Снижение объема движений (41%)
Рефлексы нижних конечностей	Сохранение рефлексов (75%). Выпадение коленного рефлекса (15%). Выпадение ахиллова рефлекса (10%)	Сохранение рефлексов (71%). Выпадение коленного рефлекса (21%). Выпадение ахиллова рефлекса (8%)
Чувствительность	Сохранение (75%). Снижение (15%)	Сохранение (77%). Снижение (13%)

Из представленных в таблице 1 данных следует, что при вертеброгенной люмбоишалгии в 96% характерно постепенное развитие болевого синдрома, в то время как при дискогенной люмбоишалгии в 93% отмечено более стремительное развитие.

По интенсивности при вертеброгенной люмбоишалгии преобладала умеренная боль в 73%, слабая и сильная боли отмечались в 21 % и 6% соответственно. В то время как при дискогенной люмбоишалгии преобладала сильная боль в 59%, слабая и умеренная боли отмечались в 2% и 39% соответственно.

По результатам компьютерной томограммы (КТ) при вертеброгенной люмбоишалгии установили, что в 47% наблюдался остеохондроз, в 46% был выявлен спондилез, а в 2 и 5% – грыжа и протрузия межпозвоночного диска (МПД) соответственно. Результаты при дискогенной люмбоишалгии были следующими: в 2% наблюдался остеохондроз, в 6% был выявлен спондилез, а в 36 и 56% – грыжа и протрузия МПД соответственно.

Снижение объема движений было установлено в 27% и 41% при вертеброгенной и дискогенной люмбоишалгии соответственно. Что же касается чувствительности, то ее снижение при вертеброгенной и дискогенной люмбоишалгии наблюдалось в 15 и 13% соответственно, что может свидетельствовать об отсутствии радикулярного поражения у 85 и 87% исследуемых пациентов.

Иррадиация боли в нижние конечности наблюдалась в 36% в первой группе и в 46% – во второй. Также в первой группе наблюдалось снижение коленного и ахиллова рефлексов в 15 и 10% соответственно, в то время как во второй группе выпадение данных рефлексов было выявлено в 21 и 8% случаев.

Выводы

Исходя из вышеизложенного, можно сделать вывод, что для вертеброгенной люмбоишалгии наиболее характерным является постепенное развитие болевого синдрома, меньшая интенсивность боли и преобладание остеохондроза и спондилеза по результатам компьютерной томографии.

Для дискогенной люмбоишалгии наиболее характерным является быстрое развитие болевого синдрома, наибольшая интенсивность боли и преобладание протрузий и грыж межпозвоночного диска по результатам компьютерной томографии.

Таким образом, установленные особенности могут быть использованы для проведения дифференциальной диагностики между вертеброгенной и дискогенной люмбоишалгией.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Министерство здравоохранения Республики Беларусь [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://minzdrav.gov.by/ru/>. – Дата доступа: 09.03.2024.
2. Иванова, М. А. Хирургические и консервативные методы лечения дискогенной поясничной радикулопатии / М. А. Иванова, В. А. Парфенов, А.И. Исайкин // Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. – 2019. – Т. 11, № 52. – С. 40–45
3. Патофизиологические механизмы дискогенных поясничных радикулопатий (обзор литературы) / С.А. Цуканова [и др.] // Медико-биологические проблемы жизнедеятельности. – 2020. – № 1(23). – С. 48–58.