



Рисунок 1 — Результаты опроса по шкале Бека



Рисунок 2 — Результаты опроса по тесту MMSE

У данных пациентов не было признаков деменции. Отмечалось преддементные когнитивные нарушения у 50 % мужчин.

#### **Выводы**

Так как у пациентов выявлены депрессивные расстройства и вероятность наличия невропатического компонента боли, то к особенностям реабилитации пациентов после хирургического лечения остеохондроза можно отнести повышенное внимание не только к неврологическому статусу, но и к психическому состоянию, что должно учитываться при назначении лечебных мероприятий.

#### **ЛИТЕРАТУРА**

1. Подчуфарова, Е. В. Боль в спине: механизмы развития и лечение / Е. В. Подчуфарова // СТПН. — 2012. — № 3. — URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/bol-v-spine-mehanizmy-razvitiya-i-lechenie>. — Дата обращения: 01.03.2019.
2. Жарков, П. Л. Роль остеохондроза позвоночника и грыж межпозвонковых дисков в болевой симптоматике / Л. П. Жарков // Электронный вестник РНЦРР. — 2006. — № 6. — С. 1–10.
3. Gatchel, R. J. Psychosocial issues: their importance in predicting disability, response to treatment, and search for compensation / R. J. Gatchel, M. A. Gardea // Neurologic clinics. — 1999. — Т. 17, № 1. — С. 149–166.

УДК 616.833.24-001.35:616.832.14]-073.756.8

### **АНАЛИЗ РАЗМЕРОВ ФАКТОРОВ КОМПРЕССИИ СПИННОМОЗГОВЫХ КОРЕШКОВ НА ПОЯСНИЧНОМ УРОВНЕ ПО ДАННЫМ КОМПЬЮТЕРНОЙ ТОМОГРАФИИ**

**Жук Л. М., Микулич В. А.**

**Научный руководитель: к.м.н., доцент М. В. Олизарович**

**Учреждение образования  
«Гомельский государственный медицинский университет»  
г. Гомель, Республика Беларусь**

#### **Введение**

Хирургические вмешательства при грыжах поясничных межпозвонковых дисках (МПД) требуют точного знания анатомии зоны интереса и локализации патологическо-

го процесса. Клинический диагноз в настоящее время всегда необходимо верифицировать современными методами визуализации [1, 2].

Диагностика дискогенной патологии поясничного отдела позвоночника с использованием компьютерной и магнитно-резонансной томографии (КТ и МРТ) позволяет численно представить зону диско-радикулярного конфликта для точного исполнения хирургического вмешательства [1, 2].

### **Цель**

Определить размеры анатомических объектов в зоне дискорадикулярного конфликта у пациентов, которым будет выполняться поясничная секвестрэктомия.

### **Материал и методы исследования**

Проведен анализ историй болезни и протоколов КТ и МРТ 152 пациентов с различными видами сдавления поясничных нервных корешков, оперированных в нейрохирургическом отделении Учреждения Гомельская областная клиническая больница. Получены данные о размерах грыж МПД на поясничных позвоночно-двигательных сегментах (ПДС) и сагиттальном размере позвоночного канала на соответствующих уровнях.

### **Результаты исследования и их обсуждение**

Средний возраст пациентов составил  $43 \pm 9$  лет. Измерения величины грыж МПД проводились для всех патологически измененных ПДС. Полученные данные представлены в таблице 1.

Таблица 1 — Размеры грыжевого выпячивания у пациентов в исследованной группе

Размер грыжевого выпячивания, мм	Верхний ПДС		Средний ПДС		Нижний ПДС	
	n	%	n	%	n	%
2–4	28	18,4	3	15	22	14,5
5–8	104	68,4	14	70	96	63,2
9 и более	20	13,2	3	15	34	22,4
Всего	152	100	20	100	152	100

Данные таблицы 1 свидетельствуют о том, что у большинства пациентов как на верхнем оперированном ПДС, так и на нижнем величина грыжевого выпячивания оказалась в рамках 5–8 мм (соответственно 68,4 и 63,2 %), при этом на нижнем ПДС была большая доля пациентов с грыжевыми выпячиваниями 9 и более мм (22,4 против 13,2 % — на верхнем уровне).

Сведения о сагиттальном размере позвоночного канала на уровне грыжи диска представлены в таблице 2.

Таблица 2 — Размеры позвоночного канала на уровне грыжи

Размер позвоночного канала, мм	Верхний ПДС		Средний ПДС		Нижний ПДС	
	n	%	n	%	n	%
До 12	33	21,7	3	15	21	13,8
13–15	44	28,9	7	35	53	34,9
16–20	68	44,7	9	45	69	45,4
21 и более	7	4,6	1	5,0	9	5,9
Всего	152	100	20	100	152	100

Как следует из таблицы 2, узкий позвоночный канал определялся у части пациентов как на верхнем (21,7 %), так и на нижнем ПДС (13,8 %). Превалирующим размером канала был диапазон 16–20 мм, который отмечался на верхнем оперированном ПДС у 44,7 % пациентов, а на нижнем — у 45,4 % оперированных.

### **Выводы**

1. У большинства пациентов как на верхнем оперированном ПДС, так и на нижнем величина грыжевого выпячивания оказалась в рамках 5–8 мм (соответственно 68,4 и 63,2 %).

2. На нижнем ПДС у большей доли пациентов выявлены грыжевые выпячивания 9 и более мм (22,4 против 13,2 % — на верхнем уровне).

3. Стеноз позвоночного канала определялся у части пациентов как на верхнем (21,7 %), так и на нижнем ПДС (13,8 %).

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Мур, Р. Лучевая диагностика. Позвоночник / Р. Мур, Джеффри С. Росс. — СПб.: Изд-во Панфилова, 2018. — 517 с.

2. Михайлов, А. Н. Лучевая визуализация изменений костной структуры ПДС при остеохондрозе позвоночника / А. Н. Михайлов, Т. Н. Лукьяненко // Актуальные вопросы диагностики и терапии пациентов старших возрастных групп: матер. Респ. науч.-практ. конф., посвящ. дню пожилых людей. — Минск: БелМАПО, 2013. — 128 с.

УДК 616.831-005.1-036.8-009.7-031.3

### ЗАВИСИМОСТЬ ХРОНИЧЕСКОЙ ЦЕНТРАЛЬНОЙ ПОСТИНСУЛЬТНОЙ БОЛИ ОТ ЛОКАЛИЗАЦИИ ПОВРЕЖДЕНИЯ

*Карпенюк А. Г., Лазаренко Т. А.*

Научный руководитель: к.м.н., доцент *Н. Н. Усова*

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

#### **Введение**

Острые нарушения мозгового кровообращения (ОНМК) и их осложнения являются одной из наиболее важных проблем здравоохранения. Наличие постинсультных осложнений ограничивает физическую и социальную активность пациента [1]. При ОНМК особое значение уделяется парезам, преимущественно гемипарезам. Кроме того, могут наблюдаться чувствительные и психические расстройства, которые оказывают отрицательное влияние на качество жизни [2, 3]. Ввиду этого необходимо уточнение интенсивности болевого синдрома при разной локализации ОНМК.

#### **Цель**

Определить интенсивность болевого синдрома у пациентов после ОНМК в зависимости от локализации процесса в разных сосудистых бассейнах.

#### **Материал и методы исследования**

Обследованы 50 пациентов после ОНМК, средний возраст  $60,3 \pm 12,6$  лет, из них 15 женщин и 35 мужчин. Повреждение правого (ПКБ) и левого каротидного бассейнов (ЛКБ) наблюдались в равном числе случаев (по 21), а в вертебро-базиллярном (ВББ) — в 8 случаях.

Интенсивность и характер боли оценены с помощью опросника PainDetect, DN4. Статистическая обработка выполнена описательной и непараметрической статистикой программы «Statistica» 12.0.

#### **Результаты исследования и их обсуждение**

Итоговый балл по шкале Pain Detect равнялся при ОНМК в ЛКБ 5 [4; 8], ПКБ — 2,5 [5; 11], ВББ — 2,5 [0,5; 5]. При сравнении интенсивности болевого синдрома отмечены значимые отличия между пациентами с локализацией ОНМК в ПКБ и ВББ,  $p = 0,04$ , а также в ЛКБ и ВББ,  $p = 0,02$ . Оценка по шкале DN4 составила при повреждении ЛКБ — 3 [3; 4], ПКБ — 2 [1; 4] и ВББ — 2,5 [0,5; 3] баллов. Значимой разницы выраженности нейропатического компонента боли у пациентов с повреждением разных сосудистых бассейнов не установлено.