

каментов (антидепрессанты, антигистаминные препараты, блокаторы кальциевых каналов, нейролептики и др.) [2]. Патогенез СБН малоизучен. Привлекаются структуры как головного, так и спинного мозга. Выделяют 2 основных механизма.

1. Особую роль отводят нарушениям в дофаминергической системе. Хотя существуют данные, что количество дофаминергических нейронов в головном мозге не уменьшается. Это затрудняет более полное раскрытие сути патогенеза. Но помимо этого в патогенезе не исключают роль опиоидной и норадренергической систем, а также GABA- и NMDA-рецепторов.

2. Нарушение метаболизма Fe в центральной нервной системе. Fe — это кофактор фермента тирозингидроксилазы, который в свою очередь играет важную роль в превращении L-тирозина в L-дигидроксифенилаланин. Следовательно, уменьшение количества Fe в центральной нервной системе может стать причиной уменьшения количества дофамина.

Ведущая роль этих механизмов подтверждается хорошими результатами лечения СБН при использовании опиоидных, дофаминергических лекарственных средств, а также препаратов Fe [4]. В основе клиники СБН лежит стремление совершать движения нижними конечностями, появляющееся в результате чувства дискомфорта, которое могут появляться не только в нижних конечностях, но и в туловище, лице, а также и в верхних конечностях. Сам пациент затрудняется охарактеризовать данное чувство, зачастую описывает как боль, которая возникает при ударе током, зуд, ощущения скребущего, распирающего характера, чувство жжения, ползания мурашек. Прогрессирующая форма СБН характеризуется наличием клинических симптомов в сидячем положении, в дневное время, развитием бессонницы, развитием депрессивных состояний, произвольными движениями конечностей во сне в виде сгибания стопы и разгибания большого пальца [3].

Выводы

На сегодняшний день СБН является распространенной патологией, снижающей качество жизни пациента, уменьшающей концентрацию внимания, снижающей работоспособность, способствующей возникновению депрессивных состояний.

ЛИТЕРАТУРА

1. Ковальчук, М. О. Синдром беспокойных ног: патогенез, диагностика, лечение. Обзор литературы / М. О. Ковальчук, А. Л. Калинин // Нервно-мышечные болезни выпуск. — 2012. — Т. 8, Вып. 3. — Федеральный научно-клинический центр специализированных видов медицинской помощи и медицинских технологий. — М., 2012. — С. 8–19.
2. Синдром беспокойных ног / М. А. Чамаев [и др.] // Казанский медицинский журнал. — 2012. — Т. 84, Вып. 3. — Казанская медицинская академия последипломного образования. — Казань, 2012. — С. 185–193.
3. Копишинская, С. В. Синдром беспокойных ног / С. В. Копишинская, А. В. Густов, М. А. Радюк // Российский медицинский журнал. — 2015. — Т. 6, Вып. 4 / Нижегородская медицинская академия. — Н. Новгород, 2015. — С. 53–56.
4. Особенности синдрома беспокойных ног у детей / Л. А. Воропай [и др.] // Российский вестник перинатологии и педиатрии. — 2018. — Т. 63, Вып. 4. — ФГБОУ ВО НМГУ Минздрава России. — Новосибирск, 2018. — С. 231–232.

УДК 616.711.6-007.43-08

СОВРЕМЕННЫЕ НЕЙРОХИРУРГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ЛЕЧЕНИЯ ГРЫЖ МЕЖПОЗВОНОЧНЫХ ДИСКОВ ПОЯСНИЧНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА

Гостев Р. О., Правдигов В. А., Симакова Ю. В.

Научный руководитель: к.м.н., доцент Е. Л. Цитко

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Патология межпозвоночных дисков (МПД) является одной из самых частых причин болей в спине. Число пациентов неуклонно увеличивается. В большинстве это лица

трудоспособного возраста (22–55 лет), что определяет медико-социальную значимость дегенеративных заболеваний позвоночника (ДЗП). Несмотря на совершенствование методов диагностики и хирургического лечения, неудовлетворительные результаты хирургических вмешательств на поясничном отделе у пациентов с ДЗП достигают 10–33 %. Вследствие этого актуален персонализированный подход при определении показаний и способа хирургического лечения для исключения неблагоприятного исхода операции [1].

Цель

Провести сравнительный анализ эффективности декомпрессионных и стабилизирующих операций при грыжах межпозвонковых дисков поясничного отдела позвоночника (ПОП).

Материал и методы исследования

Для анализа использована научная литература, посвященная проблемам хирургического лечения дегенеративных заболеваний ПОП.

Результаты исследования и их обсуждение

В настоящее время декомпрессионные, стабилизирующие и комбинации вышеуказанных способов, являются наиболее распространенными методами хирургических вмешательств при ДЗП поясничного отдела позвоночника.

Декомпрессионные операции при их высоком непосредственном эффекте, безопасности, минимальной травматичности, к сожалению, являются паллиативными. С другой стороны, стабилизирующие операции, являясь радикальными по своей сути, приводят к необратимой потере функции позвоночно-двигательного сегмента (ПДС), существенно нарушают кинематическую функцию позвоночного столба, вызывают перегрузку и ускоренную дегенерацию смежных сегментов. При всем многообразии оперативных методик любые вмешательства при дегенеративных поражениях позвоночника направлены на достижение всего лишь двух основных целей — устранение компрессии нервно-сосудистых образований и стабилизацию позвоночных сегментов. Однако до настоящего времени нет единства мнений по наиболее принципиальным позициям хирургического лечения: достаточно ли декомпрессии и каков должен быть её объем; каковы показания к удалению межпозвонкового диска и выполнению стабилизации оперированного ПДС; какой способ фиксации оптимален в каждом конкретном случае. Оставляют желать лучшего и результаты стабилизации пораженных ПДС современными металлоконструкциями, а также минимизация операционной травмы. Определены лишь основные принципы вмешательств — декомпрессия и при необходимости — стабилизация [1].

Не смотря на впечатляющие успехи медицины в хирургическом лечении ДЗП, неудовлетворительные результаты вмешательств констатируются в 3–50 % случаев [2]. К интраоперационным осложнениям декомпрессионных операций относятся: кровотечение из эпидуральных вен, повреждение твердой мозговой оболочки, травма корешка. Послеоперационные осложнения: гематома, ликворрея, нагноение раны, спондилодисцит, спондилоартроз, рецидивгрыжи МПД, эпидуральный фиброзистеноз, нестабильность ПДС, гипестезию или парестезию соответствующих дерматомов, болевой (фасет-синдром) синдром, а также гипертрофия суставов и связок ПДС, что в отдаленном послеоперационном периоде может способствовать развитию стеноза. В случае стабилизирующих операций это могут быть: неправильное положение винта, преимущественно экстракорпоральное, захватывающее только корень дуги позвонка, в единичных случаях — в позвоночном канале; поломка винтов и стержней, разобщение узлов фиксатора; лизис костного трансплантата; формирование псевдоартроза; миграция имплантата; отхождение наkostной пластины [2]. Так же, важно понимать, что жесткая фиксация, снижающая напряжение в поясничном отделе позвоночника, может приводить к развитию дегенеративно-дистрофических изменений в виде резорбции губчатой кости вокруг винтов [3].

Неудовлетворенность результатами лечения, понимание основных причин послеоперационных осложнений привело к появлению пункционных методик: хемонуклеолиз, лазерная или холодно плазменная нуклеопластика, чрескожная нуклеотомия. Но стоит отметить, что минимально инвазивные методы улучшают результаты хирургического лечения в основном в ближайшем послеоперационном периоде, но не решают в достаточной мере проблему рецидивов болевого синдрома в отдаленном периоде [4, 5, 6].

Таким образом, анализ литературных данных о результатах хирургических методов лечения показал, что, к сожалению, на сегодняшний день не существует 100 % эффективного и универсального способа. Каждый из них имеет свои преимущества и недостатки.

Выводы

Специфика дегенеративных поражений позвоночника диктует необходимость дифференцированного подхода к их хирургическому лечению. Результаты хирургической коррекции дегенеративных поражений позвоночного столба зависят от правильного определения топографии патологического субстрата клинической симптоматики, его структуры и адекватного выбора оперативной методики, обеспечивающей полноценную декомпрессию корешков спинного мозга и (или) стабилизацию пораженного отдела позвоночника на принципе минимальной хирургической достаточности.

ЛИТЕРАТУРА

1. Сравнительный анализ эффективности эндоскопической, микрохирургической и микрохирургической эндоскопической асистенцией дискэктомий в лечении пациентов с грыжами поясничных межпозвонковых дисков / В. А. Бывальцев [и др.] // Вопросы нейрохирургии. — 2010. — Т. 8, Вып. 4. — Научный центр реконструктивной и восстановительной хирургии СО РАМН. — Иркутск, 2010. — С. 20–26.
2. Эрдынеев, К. Ц. Послеоперационный рубцо-спаечный эпидурит / К. Ц. Эрдынеев, В. А. Сороковиков, С. Н. Ларионов // Бюллетень ВСНЦСОРАМН. — 2011. — Т. 80, Вып. 4. — Научный центр реконструктивной и восстановительной хирургии СО РАМН. — Иркутск, 2011. — С. 243.
3. Современные проблемы хирургического лечения дегенеративно-дистрофических заболеваний позвоночника / С. К. Акшулаков [и др.] // Нейрохирургия и неврология Казахстана. — 2013. — Т. 30, Вып. 1. — Республиканский научный центр нейрохирургии. — Астана, 2013. — С. 7–16.
4. Азизов, М. Ж. Результаты анализа дискэктомии у больных с поясничным остеохондрозом / М. Ж. Азизов, А. Е. Симонович, Х. А. Нуралиев // Гений ортопедии. — 2010. — Вып. 1. — НИИ травматологии и ортопедии МЗРУ. — Новосибирск, 2010. — С. 60.
5. Боков, А. Е. Минимально инвазивные методы в дифференцированном лечении болевых синдромов, обусловленных дегенеративными заболеваниями поясничного отдела позвоночника / А. Е. Боков // Научно-исследовательский институт нейрохирургии РАМН. — М., 2010. — С. 3–4.
6. Современные проблемы хирургического лечения дегенеративно-дистрофических заболеваний позвоночника / С. К. Акшулаков [и др.] // Нейрохирургия и неврология Казахстана. — 2013. — Т. 30, Вып. 1. — Республиканский научный центр нейрохирургии. — Астана, 2013. — С. 7–16.

УДК 616.8-051:613.79

ИНСОМНИЯ В ПРАКТИЧЕСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ВРАЧА-НЕВРОЛОГА

Гостев Р. О., Правдиков В. А., Симакова Ю. В.

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

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Самой распространенной формой нарушения сна является инсомния, представляющая собой расстройство сна, для которого характерны недостаточная продолжительность сна, трудности с засыпанием и поддержкой сна, а также неудовлетворенность его качеством. Среди популяции в Республике Беларусь инсомнией страдают более 40 % населения. Женщины в 1,5 раза чаще сталкиваются с данным расстройством, чем мужчины, а люди пожилого возраста в 2 раза чаще, чем средняя возрастная категория [1].