

Таблица 1 — Двигательные расстройства в группе пациентов с сочетании грыжи МПД и стеноза до- и после хирургического лечения

| Симптомы | Число пациентов до операции, n = 9 | | Число пациентов с положительной динамикой после операции, n = 5 | |
|---------------------------------|------------------------------------|------|---|----------------|
| | n | % | n | % с улучшением |
| Нижний вялый паразез | 1 | 11,1 | 1 | 100 |
| Парез разгибателей стопы | 1 | 11,1 | 1 | 100 |
| Плегия сгибателей стопы | 1 | 11,1 | 0 | 0 |
| Парез сгибателей стопы | 3 | 33,3 | 2 | 66,6 |
| Парез мышц первого пальца стопы | 3 | 33,3 | 1 | 33,3 |
| Всего | 9 | 100 | 5 | 55,6 |

Как следует из таблицы 1, в изученной группе пациентов с двигательными нарушениями до операции преобладали парез сгибателей стопы и парез мышц первого пальца стопы — по 3 (33,3 %; 95 % ДИ (11,7–64,9)) случая.

В раннем послеоперационном периоде положительная динамика была отмечена в 5 (55,6 %; 95 % ДИ (26,6–81,2)) случаях. Сохранились без признаков восстановления 2 (22,2 %; 95 % ДИ (5,3–55,7)) случая пареза мышц первого пальца стопы и по 1 (11,1 %; 95 % ДИ (< 0,0001–45,7)) случаю плегии сгибателей стопы и пареза сгибателей стопы.

Выводы

1. В раннем послеоперационном периоде при двухуровневых грыжах МПД произошло частичное или полное восстановление силы в пораженных мышечных группах у 55,6%; 95% ДИ (37,3–72,4) пациентов, такой же уровень положительной динамики отмечен при сочетании грыжи с дегенеративно-дистрофическим стенозом (55,6%; 95% ДИ (26,6–81,2)).

2. Операция по декомпрессии спинномозговых корешков показала эффективность для устранения корешковых болей при двухуровневых грыжах у 98,4 %; 95 % ДИ (94,1–99,9) оперированных, при сочетании грыжи с дегенеративно-дистрофическим стенозом у 95,7 %; 95 % ДИ (87,5–99).

3. Доля пациентов с улучшением у пациентов с НФТО при двухуровневых операциях составила 60 %; 95 % ДИ (22,9–88,4), при сочетании грыжи МПД со стенозом — улучшения в раннем послеоперационном периоде не произошло (2 случая).

ЛИТЕРАТУРА

1. Педаченко, Ю. Е. Стеноз поясничного отдела позвоночного столба / Ю. Е. Педаченко // Нац. мед. акад. последипломного образования имени П. А. Шупика МЗ Украины. Укр. нейрох. журн. — 2009. — № 4. — С. 9–14.
2. Диагностика и нейрохирургическая тактика при многоочаговых поражениях межпозвонковых дисков / С. Н. Ишмухамедов [и др.] // Журн. теоретич. и клин. медицины. — 2000. — № 3. — С. 119–122.
3. Spinal stenosis: Pathophysiology, clinical diagnosis, differential diagnosis / T. E. Mroz [et al.]; Ed. by H. N. Herkowitz [et al.] // Spine. — Philadelphia: W.B. Saunders Inc., 2006. — V.II. — P. 995–1009.
4. Осложнения различных видов хирургии грыж поясничных межпозвонковых дисков / В. А. Бывальцев [и др.] // Сибирский медицинский журнал. — 2012. — № 3. — С.87–89.

УДК 613.79:617.546-009.7-036.12

ИНСОМНИЯ ПРИ БОЛЕВОМ СИНДРОМЕ В НИЖНЕЙ ЧАСТИ СПИНЫ

Савостин А. П., Усова Н. Н.

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Согласно последнему пересмотру определения международной ассоциации боли (International Association of Pain, IASP), боль — это неприятное сенсорное

или эмоциональное переживание, ассоциированное с истинным или потенциальным повреждением тканей или напоминающее таковое (S.N. Raja et al., 2020). В дополнениях к пересмотренному определению авторы указывают, что боль является индивидуальным переживанием, влияние на восприятие которого оказывает множество факторов (биологических, психологических и социальных), подчеркивают отличие понятий боли и ноцицепции и отмечают, что представления о боли приобретаются индивидуумами в течение всей жизни, а также напоминают о необходимости с уважением относиться к описанию человеком болевых ощущений. Там же упоминается, что несмотря на изначальную адаптивную роль в физиологии человека, боль зачастую может оказывать негативный эффект на жизнедеятельность, социальное и психологическое благополучие, а также описывается возможность невербального выражения боли у людей, не способных к коммуникации, и животных (S. N. Raja et al., 2020) [1, 2].

Проблема бессонницы в современном мире стоит остро, ввиду того, что нарушения сна в любом возрасте могут иметь негативные последствия для жизнедеятельности. По данным Национального фонда сна США, ведущей причиной нарушения сна является болевой синдром, при этом боль в нижней части спины превалирует над другими видами боли, которые ухудшает состояние пациента в ночное время [3].

Цель

Оценить частоту и характер нарушений сна у пациентов с хроническим болевым синдромом в нижней части спины.

Материал и методы исследования

В исследование вошли 77 человек (медиана возраста — 50 [29; 87] лет): 49 пациентов с диагнозами радикулопатия и люмбоишиалгия, с наличием болевого синдрома более 3-х месяцев, с исключением полинейропатии по данным стимуляционной ЭНМГ (медиана возраста 51 [29; 69] лет). В группу контроля (28 человек) включались здоровые люди без болевых синдромов (медиана возраста — 45 [30; 87] лет). Основная и контрольная группы были сопоставимы по возрасту ($p > 0,05$). У всех пациентов была произведена оценка наличия нейропатического компонента (DN4), уровня тревожности по шкале Спилбергера — Ханина (до 30 баллов оценивалась как низкая, 31–44 умеренная, 45 и более — высокая), Шкала тяжести инсомнии (по Ch. Morin) (0–7 баллов — нет проблем, 8–14 — незначительная бессонница (ниже порогового уровня), 15–21 — клиническая бессонница (средняя тяжесть), 22–28 клиническая бессонница (тяжелая)). Исследование проводилось на базе У «ГОКГИОВ», Республика Беларусь, г. Гомель.

Результаты исследования и их обсуждение

Показатель личностной тревожности в группе с хроническим болевым синдромом составил 35 [20; 46] баллов, что соответствует ее умеренному уровню, значения реактивной тревожности у лиц с болевым синдромом равнялся 33 [20; 44] балла. В здоровой группе личностная тревога составила 22 [20; 28] баллов, а реактивная тревожность равнялась 22 [20; 25] баллов, что указывает на их низкий уровень.

Интенсивность боли согласно ВАШ в основной группе составила 6 [4; 9] баллов, в здоровой группе у респондентов болевой синдром не отмечался.

Также следует отметить, что в группе с болевым синдромом отмечалась клиническая бессонница средней тяжести 16 [9; 20]. В контрольной группе лишь 4 респондента отметили наличие незначительной бессонницы, в среднем уровень составил 1,64 балла, что показывает отсутствие инсомнических нарушений 1,64 [0; 9].

Также обращает на себя внимание тот факт, что при проведении корреляционного анализа были обнаружены взаимосвязи в основной группе между бессонницей и уровнем ВАШ ($r = 0,340$, $p < 0,05$), а также ситуационной

($r = 0,286$, $p < 0,05$) и личностной тревожностью ($r = 0,465$, $p < 0,05$), и шкалой DN4 ($r = 0,320$, $p < 0,05$). В группе здоровых респондентов вышеуказанных корреляций не отмечается.

Заключение

Анализируя тяжесть нарушений сна у пациентов с болями в нижней части спины, обращает на себя внимание наличие связи между инсомнией с уровнем тревожности и выраженности болевого синдрома, что в свою очередь может приводить к усугублению течения заболевания путем создания дополнительных порочных кругов. Таким образом при лечении данных пациентов необходим комплексный подход для улучшения исходов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Данилов, А. Б. Типы и патофизиологические механизмы боли — значение для клинической практики / А. Б. Данилов // Manage pain. — 2014. — № 1. — С. 4–8.
2. Екушева, Е. В. Когнитивные нарушения у пациентов с хроническим болевым синдромом / Е. В. Екушева // Русский медицинский журнал. Медицинское обозрение. — 2020. — Т. 4, № 9. — С. 573–577.
3. Sleep disturbance and non-malignant pain: a comprehensive review of the literature / L. A. Meneffe [et al.] // Pain Med. — 2000. — № (1). — P. 156–172.

УДК 577.15:[616.831-005.8+616.24-008.444]-052-074

АКТИВНОСТЬ СУПЕРОКСИДДИСМУТАЗЫ СЫВОРОТКИ КРОВИ У ПАЦИЕНТОВ С ИНФАРКТОМ МОЗГА И АПНОЭ ВО СНЕ

Сереброва Е. В.¹, Грибанова Т. В.²

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

¹Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»,

²Учреждение

**«Гомельский областной клинический госпиталь
инвалидов Отечественной войны»**

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

В связи со сложной структурной организацией головного мозга, его относительно низкой степенью антиоксидантной защиты, восстановительных нейронных процессов, высокой активностью окислительного метаболизма и высокого содержания полиненасыщенных жирных кислот, он обладает чрезвычайной чувствительностью к повреждениям, вызванным окислительным стрессом [1]. Одними из патогенетических механизмов апноэ во сне (АС) являются периодическая гипоксия и последующая реоксигенация, способствующие увеличению продукции активных форм кислорода. Таким образом, возможна связь между АС и биомаркерами окислительного стресса, включая антиоксидантные ферменты [2].

Цель

Исследовать активность супероксиддисмутазы в сыворотке крови пациентов в остром периоде инфаркта мозга с АС и без него, а также оценить антиоксидантную активность в этих подгруппах пациентов в зависимости от локализации и патогенетического варианта инфаркта мозга.

Материал и методы исследования

В период 2019–2020 гг. на базе неврологических отделений № 1 и 2 У «Гомельский областной клинический госпиталь инвалидов Отечественной войны» было обследовано 62 пациента с инфарктом мозга (ИМ) в впервые 72 часа от начала заболевания, подписавших информированное согласие на участие в исследовании (основная группа: 35 мужчин, 27 женщины, медиана возраста 65 (60; 76).