

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

1. International ERS/ATS Guidelines on Definition, Evaluation and Treatment of Severe Asthma / K. F. Chang [et al.] // Eur Respir J. — 2014. — Vol. 43. — P. 343–373.
2. Global Initiative for Asthma. Updated May 2014. — <http://www.ginasthma.com/>
3. Overall asthma control: The relationship between current control and future risk / E. D. Bateman [et al.] // J. Allergy Clin. Immunol. — 2010. — Vol. 125 (3). — P. 600–608.
4. Комплексная динамическая оценка качества жизни пациентов с бронхиальной астмой / Д. Ю. Рузанов [et al.] // Медицинская панорама. — 2014. — Vol. 7 (151). — С. 84–86.
5. Глобальная стратегия лечения и профилактики бронхиальной астмы / год ред. акад. РАМН А. Г. Чучалина. — М.: Атмосфера, 2002. — С. 1–160.
6. Clinical management of asthma: the Asthma Insights and Reality in Europe (AIRE) study / K. F. Rabe [et al.] // Eur. Respir. J. — 2000. — Vol. 16. — P. 802–807.
7. The Asthma Control Test (ACT) as a predictor of GINA guideline defined asthma control: analysis of a multinational cross-sectional survey / M. Thomas // Prim. Care Respir. J. — 2009. — Vol. 18. — P. 41–49.

Поступила 06.05.2016

УДК 616.8.:616.831-005.1

НЕЙРОПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ СТАТУС У ПАЦИЕНТОВ
С ПРЕХОДЯЩИМИ НАРУШЕНИЯМИ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ

Н. В. Галиновская, А. А. Левшенкова, Е. И. Сидоренко, Ю. И. Подольская

Гомельский государственный медицинский университет

Цель: выявить когнитивные нарушения (КН) у пациентов с транзиторной ишемической атакой (ТИА) и церебральным гипертоническим кризом (ЦГК) и их влияние на прогноз инфаркта мозга (ИМ).

Материал и методы. Обследованы: 21 пациент с ТИА, 13 — с ЦГК, 11 — с лакунарным ИМ и 5 волонтеров. Лицам с ТИА и ЦГК выполнено нейропсихологическое тестирование на 2-е и 10-е сутки; пациентам с ЛИ и волонтерам — однократно.

Результаты. У лиц с ТИА и ЦГК на 2-е сутки были выявлены КН легкой степени, представленные нарушениями зрительного гнозиса, кратковременной зрительной памяти, семантической афазией.

Заключение. КН при ТИА и ЦГК имеют одинаковую направленность с лакунарным инсультом. Наибольшее прогностическое значение в отношении ИМ имеет определение кратковременной памяти на зрительные образы.

Ключевые слова: транзиторная ишемическая атака, церебральный гипертонический криз, когнитивные нарушения, инфаркт мозга.

THE NEUROPSYCHOLOGICAL STATUS IN PATIENTS
WITH TRANSIENT DISTURBANCES OF CEREBRAL CIRCULATION

N. V. Galinovskaya, A. A. Levshenkova, K. I. Sidorenko, Yu. I. Podolskaya

Gomel State Medical University

Aim: to detect cognitive impairments (CI) in patients with transient ischemic attack (TIA) and cerebral hypertensive crisis (CHC) and their influence on the prognosis of ischemic stroke.

Material and methods. 21 TIA patients, 13 CHC patients, 11 patients with lacunar stroke (LS), and 5 volunteers were examined. The TIA and CHC patients were performed neuropsychological tests on the 2nd and 10th days of admission. The LI patients and volunteers were tested once.

Results. On the 2nd day the TIA and CHC patients revealed cognitive impairments represented by impaired visual gnosis, short-term visual memory loss, and semantic aphasia.

Conclusion. Cognitive impairments in TIA and CHC have the same direction with those in LS. The estimation of short-term memory for visual images has the greatest prognostic value in relation to ischemic stroke.

Key words: transient ischemic attack, cerebral hypertensive crisis, cognitive impairment, ischemic stroke.

Введение

Когнитивными называются функции головного мозга, с помощью которых осуществляется взаимодействие с окружающим миром [1, 2]. К ним относят гнозис, анализ полученных данных, сортировка информации по степени значимости, память, речь, праксис, мышление, интеллект [1–4]. Когнитивные нарушения (КН) — функциональное или органическое снижение вышеуказанных способностей в одной или нескольких модальностях [1]. Функциональные КН представлены снижением кратковременной памяти и внимания; возникают в условиях избыточной

интерференции и не сопровождаются поражением головного мозга [1]. Причины органических КН многообразны, их можно условно разделить на потенциально обратимые и необратимые. К первым относятся КН как проявления нормотензивной гидроцефалии, субдуральной гематомы, инсульта, инфекционных заболеваний, метаболических и токсических повреждений мозга, делирия [1, 4–6]. Необратимые КН возникают при нейродегенеративных заболеваниях, хронической сосудистой патологии головного мозга, новообразованиях, травмах, энцефалитах, демиелинизирующих заболеваниях [1, 4–6]. Неболь-

шое когнитивное снижение может наблюдаться при нормальном старении [5]. Отличительной особенностью данных КН является то, что они не приводят к нарушению бытовой адаптации, при ухудшении профессиональной [5]. Для обозначения этого вида КН используется термин «легкие» и «умеренные» КН [5, 6].

Большинство изученных нами публикаций отечественных и зарубежных исследователей посвящены описанию КН при различной степени тяжести инсульта в условиях разной локализации повреждения [2–4, 6–9]. Особенностью сосудистых КН, независимо от очагового поражения, является преимущественное нарушение внимания, зрительного гнозиса, пространственной ориентации, исполнительских функций идеаторного типа [3, 10]. Более чем у трети пациентов, перенесших инсульт, сохраняются выраженные КН, которые коррелируют с изменениями в липидограмме, расположением очага в правом каротидном бассейне [7, 2, 11].

Однако в последние годы отмечен возросший интерес к описанию КН при формах с переходящим неврологическим дефицитом (ПНМК), таким как транзиторная ишемическая атака (ТИА) и малый инфаркт мозга (ИМ) [11–15]. Базы данных Web of Science, PubMed, DynaMed, Scopus содержат информацию о разрозненных пилотных исследованиях, посвященных изучению КН при ТИА, которые выявлены у 40 % пациентов [11–15]. Наиболее чувствительными методами, применяемыми для выявления КН у таких пациентов, признаны тест рисования часов, Мини-Ког и Монреальская шкала когнитивных функций [12–14]. Согласно результатам собственных исследований, установлено, что даже в условиях отсутствия очага поражения головного мозга у пациентов с ТИА имеют место изменения психоэмоционального статуса, которые могут влиять на клиническую картину ПНМК [16].

Цель исследования

Выявить особенности когнитивного статуса у пациентов с различными формами ПНМК и оценить их влияние на прогноз развития ИМ.

Материал и методы

Исследование проводилось на базе I неврологического отделения учреждения «Гомельский областной клинический госпиталь ИОВ». Было обследовано 50 человек: 21 пациент с ТИА (13 женщин и 8 мужчин, средний возраст $58,8 \pm 2,4$ года), 13 — с церебральным гипертоническим кризом (ЦГК) (11 женщин и 2 мужчин, средний возраст $57,3 \pm 2,6$ года). Сравнительные группы составили 11 пациентов с лакунарным ИМ (ЛИ) (7 женщин и 4 мужчин, средний возраст $53,8 \pm 2,1$ года) и 5 волонтеров (3 женщины и 2 мужчин, средний возраст $54,2 \pm 1,2$ года). Все пациенты во время пребывания в стационаре проходили клиническое обследование,

согласно протоколам диагностики и лечения, утвержденных Министерством здравоохранения Республики Беларусь. При проведении исследования у всех пациентов было получено информированное согласие. Исследование одобрено Советом по этике УО «Гомельский государственный медицинский университет».

Диагноз каждой нозологической формы выставлялся в соответствие с общепринятой клинической классификацией. Выраженность неврологического и функционального дефицита у пациентов с ИМ была объективизирована с помощью шкалы инсульта Американского национального института здоровья (NIHSS). При этом тяжесть неврологических нарушений у пациентов с ЛИ по шкале NIHSS составила на 1-е сутки (4–7) балла, на 10–14-е сутки — 1 (0–3) балл.

В клинической картине пациентов с ТИА преобладали жалобы на головокружение (33 %, 7 чел.), слабость в конечностях (43 %, 9 чел.), нарушение речи (19 %, 4 чел.). При поступлении объективно выявлены: гемипарез (43 %, 2 случая), сглаженность носогубной складки (29 %, 6 чел.), неустойчивость в позе Ромберга (90 %, 19 чел.), асимметрия глубоких рефлексов и односторонний симптом Бабинского (48 %, 10 чел.). 90-дневный риск ИМ по шкале ABCD² составил 5 (3–6), что соответствует среднему риску. Лица с ЦГК преимущественно предъявляли жалобы на головокружение (62 %, 8 чел.), головную боль (46 %, 6 чел.), тошноту (62 %, 8 чел.). Объективно было выявлено: легкий гемипарез (23 %, 3 чел.), статокINETические нарушения (46 %, 6 чел.), асимметрия оскала (23 %, 3 чел.).

Сопутствующая соматическая патология обследованных пациентов представлена в таблице 1. У лиц контрольной группы на момент обследования признаков соматической патологии выявлено не было.

Для оценки нейропсихологического статуса на 2-е и 10-е сутки ПНМКи ЛИ использовалась методика нейропсихологического тестирования А. Р. Лурия в модификации Л. С. Вассермана [18]. Диагностический набор включал 107 тестов, оценка которых осуществлялась по трехбалльной шкале: от 0 — в норме до 3 баллов — при невозможности выполнения пробы [18].

Статистический анализ проведен с помощью программы «Statistica», 7.0. Полученные данные были определены как качественные порядковые и представлены в виде медианы и верхнего-нижнего квартилей: Me (LQ-UQ). Для оценки различий между двумя независимыми группами использован ранговый непараметрический тест Wald-Wolfowitz. Для проверки гипотезы о различии зависимых выборок применяли тест Wilcoxon. Для определения прогностической значимости полученных показателей нами был использован метод логистического нелинейного регрессионного анализа [18].

Таблица 1 — Сопутствующая патология в обследованных группах

Патология	Клиническая форма (n, чел. (%))		
	ТИА, n = 21	ЦГК, n = 13	ЛИ, n = 11
ИМ или ТИА в анамнезе	33 % (7)	23 % (3)	36 % (4)
Артериальная гипертензия I–II степени	38 % (8)	46 % (6)	9 % (1)
Артериальная гипертензия III степени	48 % (10)	54 % (7)	82 % (9)
Ишемическая болезнь сердца	62 % (13)	54 % (7)	91 % (10)
Инфаркт миокарда	10 % (2)	—	27 % (3)
Сахарный диабет	—	8 % (1)	9 % (1)
Мерцательная аритмия	29 % (6)	—	9 % (1)
Дисциркуляторная энцефалопатия	29 % (6)	15 % (2)	36 % (4)
Патология щитовидной железы	10 % (2)	8 % (1)	—
Язвенная болезнь, хронический гастрит	10 % (2)	15 % (2)	18 % (2)
Пиелонефрит, мочекаменная болезнь	3 % (1)	—	18 % (2)
Неврологические проявления остеохондроза	19 % (4)	38 % (5)	36 % (4)

Результаты и обсуждение

Как следует из данных, приведенных в литературных источниках, и собственных исследований, у лиц с ПНМК имели место незначительные, но достоверно диагностируемые КН, выявляемые при проведении скрининговых проб [11–

16]. Нарушения высших психических функций, выявляемые по методике А. Р. Лурия в модификации Л. С. Вассермана, при ПНМК ранее в литературных источниках описаны не были. В отношении группы пациентов с ЦГК подобные исследования проведены впервые (таблица 2).

Таблица 2 — Профиль нейропсихологического тестирования по методике Р. А. Лурия в модификации Л. И. Вассермана у пациентов с различными формами ПНМК

№	Исследуемые параметры	ЦГК, n = 13		ТИА, n = 21		ЛИ, n = 11
		сутки				
1	2	1	10	1	10	1
1	Произношение артикулем	0	0	0	0	0 (0–1)
2	Интонация, ритм, мелодика речи	0	0	0	0	0 (0–1)
3	Удержание речевого ряда	0	0	0 (0–1)	0	0 (0–1)
4	Понимание конструкций родительного падежа	1 (0–1)	0	1 (0–2)*	0,5 (0–2)	2 (1–3)
5	Понимание проб Хеда	0	0	0	0	0 (0–1)
6	Фонематический анализ	1 (0–1)	0	0	0	0 (0–1)
7	Чтение идеограмм	0	0	0	0	0 (0–2)
8	Чтение вслух слогов и псевдослов	1 (0–1)	0	0 (0–1)	0	0 (0–1)
9	Сложение и вычитание однозначных и двузначных чисел	0	0	0	0	0 (0–2)
10	Письменный счет	0	0	0	0	0 (0–3)
11	Решение простых задач	0 (0–1)	0	0	0	0 (0–3)
12	Рисование геометрических фигур в левом поле	0 (0–1)	0	0	0	0 (0–1)
13	Проба «жулак – ладонь – ребро» по зрительному показу	0	0	0	0	0 (0–1)
14	Простые движения губ и языка	0	0	0	0	0 (0–1)
15	Воспроизведение последовательностей на слух	0 (0–1)	0	0	0	0 (0–1)
16	Узнавание мелодии	0 (0–1)	0	0	0	0 (0–1)
17	Узнавание части света (самостоятельное изображение)	0	0	0	0	0 (0–2)
18	Тест рисования часов	0 (0–1)	0 (0–1)	0	0	0 (0–2)
19	Узнавание предметов осязательно	—	—	0	0	0 (0–1)
20	Узнавание реальных предметов	0 (0–1)	0 (0–1)	0	0	—
21	Узнавание изображений на зашумленных рисунках	0 (0–1)	0	0	0	0 (0–2)
22	Идентификация цветов	0 (0–1)	0	0 (0–1)	—	0 (0–1)
23	Узнавание оттенков	0 (0–1)	0	0 (0–1)	0,5 (0–1)	1 (1–2)
24	Идентификация фотографий незнакомых лиц при кратковременном предъявлении	0	0	0 (0–1)*	0	0 (0–1)
25	Выбор изображений невербализуемых геометрических фигур при кратковременном предъявлении	0 (0–1)	0	0 (0–1)*	0 (0–1) ^{xx}	1 (0–2)
26	Идентификация невербальных геометрических фигур в условиях интерференции	1 (1–2)	0 (0–1)	1 (1–2)	1 (0–2) ^x	2 (1–3)
27	Выбор изображений полувербализуемых геометрических фигур при кратковременном предъявлении	1 (0–2)	0	1 (0–1)*	0	1 (0–3)
28	Выбор изображений полувербализуемых геометрических фигур в условиях интерференции	1 (0–2)	0	1 (0–2)	1 (0–2)	1 (1–3)
29	Понимание смысла сюжетных картинок	0	0	0 (0–1)	0	1 (0–1)
30	Предъявление последовательных картинок	1 (0–1)	1 (0–1)	1 (0–1)	1 (1–1)	1 (0–2)

* — $p < 0,05$ по отношению к ЛИ; ^x — $p < 0,05$ в динамике

В результате проведенного анализа нами были выявлены незначительные, но определенные КН в обеих подгруппах ПНМК. Так как у контрольной группы балл по всем тестам не отличался от 0, сравнительный анализ полученных данных в отношении контроля не проводился.

У пациентов с ТИА при поступлении в стационар имела место легкая семантическая афазия (тест № 4, 8), которая частично редуцировалась к моменту выписки (тест № 8), легкая зрительная агнозия (тест № 22, 24). Последняя усиливалась в условиях интерференции (тест № 24, 26) и к выписке пациента из стационара не достигала нормальных цифр, хотя и имела тенденцию к улучшению ($p = 0,06$). Наибольшие КН в данной группе были выявлены при проведении тестов на кратковременную память: № 26–28. Вероятно, последние обуславливали некоторое снижение ситуативного мышления (тест № 29, 30), которое сохранялось после курса стандартной терапии.

У лиц с ЦГК, несмотря на незначительную выраженность очаговых симптомов, также был выявлен когнитивный дефицит легкой степени, представленный легкой семантической афазией (тест № 4, 6, 8), нарушением счета (тест № 11), пространственной агнозией (тест № 12, 18), ухудшением зрительного гнозиса (тест № 20–23) в легкой степени, который полностью отстраивался к концу курса лечения. Несколько большую степень выраженности имели нарушения кратковременной памяти (тест № 26–28), однако они также претерпели обратное развитие. Неизменным к концу курса лечения осталось нарушение мышления (тест № 30).

У пациентов с ЛИ, которые вошли в группу сравнения в нашем исследовании, выявлялось существенно больше КН, несмотря на незначительные размеры очага некроза (таблица 2). Большинство КН имело легкую степень выраженности, однако семантические нарушения были представлены несколько больше, чем у пациентов с ТИА ($p = 0,048$). Также большую степень выраженности за счет сдвига межквартильного интервала вправо имело нарушение кратковременной памяти (тест № 24, $p = 0,048$; тест № 25, $p = 0,048$; тест № 27, $p = 0,003$).

Прогностическое значение у лиц с ПНМК в отношении повторного ПНМК в течение последующих 90 дней было установлено нами для теста № 24: ($OR = 7,4$; $\chi^2 = 3,1$; $p = 0,08$), теста № 27: ($OR = 1,8$; $\chi^2 = 4,1$; $p = 0,04$). Риск ИМ в те же сроки увеличивался в степени тенденции согласно тесту № 24: ($OR = 1,6$; $\chi^2 = 3,1$; $p = 0,08$).

Заключение

Таким образом, при проведении подробного исследования когнитивных функций у пациентов с различными формами ПНМК в сравнении с ЛИ было продемонстрировано преимуще-

ственное снижение сложных речевых конструкций, зрительного гнозиса и кратковременной памяти в легкой степени, не достигающее такового при ЛИ. Полное восстановление КН при ЦГК отличало эту форму ПНМК от ТИА. Сохранение КН при последней форме могло свидетельствовать о неблагоприятии функционирования нейрональной сети и отражать степень выраженности феномена «диашиза», возникающего при остром нарушении мозгового кровообращения. Наибольшее прогностическое значения для повторного нарушения мозгового кровообращения выявили пробы, характеризующие кратковременную память на зрительные образы.

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

1. Когнитивные нарушения в неврологической практике: научно-практическое пособие / В. В. Евстигнеев [и др.]; под общ. ред. проф. В. В. Евстигнеева. — Минск: Белпринт, 2009. — 224 с.
2. Когнитивные функции и качество жизни пациентов с инфарктом мозга: науч. изд. / В. Я. Латышева [и др.]. — М.: Интеграция, 2013. — 170 с.
3. Боголепова, А. Н. Критерии диагностики и прогноза ишемического инсульта (клин.-нейропсихологическое исследование): автореф. дис. ... д-ра мед. наук: 14.00.13 / А. Н. Боголепова; Моск. мед. академия. — М., 2003. — 36 с.
4. Когнитивные нарушения у пациентов с сосудистыми заболеваниями головного мозга / Н. Н. Усова [и др.] // Актуальные проблемы медицины : сб. науч. ст. Респ. науч.-практ. конф. и 22-й итоговой сессии Гомельского гос. мед. ун-та, Гомель, 14–15 нояб. 2013 г. : в 4 т. / Гомел. Гос. мед. ун-т ; редкол. : А. Н. Лызинов [и др.]. — Гомель: ГомГМУ, 2014. — Т. 3. — С. 40–42.
5. Яхно, Н. Н. Легкие когнитивные нарушения в пожилом возрасте / Н. Н. Яхно, В. В. Захаров // Неврол. журн. — 2004. — № 1. — С. 4–8.
6. Hachinski, V. Vascular dementia: diagnostic criteria for research studies / V. Hachinski, J.V. Bowler // Neurology. — 1993. — Vol. 43. — P. 2159–2160
7. Аль-Хулайди Мохаммед, А. С. Нарушение когнитивных функций у больных с инфарктом мозга в раннем восстановительном периоде / А. С. Аль-Хулайди Мохаммед // Пробл. здоровья и экологии. — 2005. — № 4. — С. 82–86.
8. Значение оценки нейропсихологического статуса для определения реабилитационного прогноза у больных с последствиями мозгового инсульта и черепно-мозговой травмы / Н. В. Галиновская [и др.] // Мед. новости. — 2005. — № 2. — С. 27–30.
9. Hachinski, V. Stroke and vascular cognitive impairment: a transdisciplinary, translational and transactional approach / V. Hachinski // Stroke. — 2007. — Vol. 38. — P. 1396–1403.
10. Инсульт и когнитивные нарушения / В. В. Захаров, Н. В. Вахнина // Журн. неврол. и психиатр. (прил. Инсульт) // 2008. — № 22. — С. 6–21.
11. Methodological factors in determining rates of dementia in transient ischemic attack and stroke: (I) impact of baseline selection bias / S. T. Pendlebury [et al.] // Stroke. — 2015. — Vol. 46(3). — P. 641–646.
12. Methodological Factors in Determining Risk of Dementia After Transient Ischemic Attack and Stroke: (II) Effect of Attrition on Follow-Up / S. T. Pendlebury [et al.] // Stroke. — 2015. — Vol. 46 (6). — P. 1494–1500.
13. Impact of different operational definitions on mild cognitive impairment rate and MMSE and MoCA performance in transient ischemic attack and stroke / S. T. Pendlebury [et al.] // Cerebrovasc. Dis. — 2013. — Vol. 36 (5–6). — P. 355–362.
14. Cognitive outcomes after acute coronary syndrome: a population based comparison with transient ischaemic attack and minor stroke / I. Volonghi [et al.] // Heart. — 2013. — Vol. 99(20). — P. 1509–1514.
15. Validation of the Montreal cognitive assessment versus mini-mental state examination against hypertension and hypertensive arteriopathy after transient ischemic attack or minor stroke / A. J. Webb [et al.] // Stroke. — 2014. — Vol. 45 (11). — P. 3337–3342.
16. Диагностика динамической составляющей нейропсихологического статуса у пациентов с транзиторной ишемической атакой / А. А. Левшенкова [и др.] // Новые подходы к повыше-

нио качества и продолжительности жизни ветеранов ВОВ и лиц пожилого возраста: материалы Респ. науч.-практ. семинара с междунар. участием, Гомель, 18 апр. 2014 г. / редкол.: О. А. Иванцов [и др.]. — Гомель: ГИОВ, 2014. — С. 86–89.

17. Cognitive impairment and risk of future stroke: a systematic review and meta-analysis / M. Lee [et al.] // CMAJ. — 2014. — Vol. 7. — P. 186–200.

18. Вассерман, Л. И. Методы нейропсихологической диагностики (практическое руководство) / Л. И. Вассерман, С. А. Дорофеева, А. Я. Меерсон. — СПб., 1997. — 304 с.

19. Реброва, О. Ю. Статистический анализ медицинских данных. Применение прикладных программ Statistica / О. Ю. Реброва. — М., Медиасфера. — 2002. — 312 с.

Поступила 16.02.2016

УДК616.721.61-002.4-007.43

СЕКВЕСТРАЦИЯ МНОГОУРОВНЕВЫХ ГРЫЖ ПОЯСНИЧНЫХ МЕЖПОЗВОНКОВЫХ ДИСКОВ

М. В. Олизарович, Е. М. Олизарович

Гомельский государственный медицинский университет

Цель: проанализировать варианты секвестрации многоуровневых грыж поясничных межпозвонковых дисков и возникающие при этом неврологические расстройства.

Материал и методы. Исследование включало опрос пациентов и оценку клинических данных с учетом результатов нейровизуализации поясничного отдела позвоночника при компьютерной рентгеновской и магнитно-резонансной томографии.

Результаты. Случаи многоуровневой корешковой компрессии с секвестрацией поясничного межпозвонкового диска преобладали у мужчин (67,4 %). У мужчин наиболее часто размер секвестрированной грыжи как на верхнем (11 чел. — 30,6 %), так и на нижнем уровне (5 чел. — 13,8 %) определялся в диапазоне 7–9 мм. Такая же закономерность была характерна для женщин: в паре верхней и нижней грыж преобладал размер 7–9 мм (5 случаев — 31,3 % и 4 случая — 25,0 % соответственно).

Заключение. Установлены клинические симптомы, которые можно использовать как маркеры секвестрации грыжи МПД (бिरадикулопатии L₄ и S₁ — 31,0 % и L₄ и L₅ — 13,0 %). Данные о наиболее частом уровне формирования секвестра (L_{IV–LV} — 48,1 %) и преобладающем направлении секвестрации каудально (84,6 %) облегчат верификацию патологии при оценке компьютерных томограмм.

Ключевые слова: секвестрация грыжи межпозвонкового диска, радикулопатия, компьютерная томография.

SEQUESTRATION OF MULTI-LEVEL HERNIATED LUMBAR INTERVERTEBRAL DISCS

M. V. Olizarovich, E. M. Olizarovich

Gomel State Medical University

The aim of this study was to analyze variants of sequestration of multi-level herniated lumbar intervertebral discs and their neurological disorders.

Material and methods. The study included a survey of patients and evaluation of clinical data taking into account the results of neuroimaging of the lumbar spine by CT and MRI.

Results. Cases of high-level radicular compression with sequestration of the lumbar intervertebral disc prevailed in men (67.4 %). Men had the most common size of the sequestered herniation in both the upper and the lower level within the range of 7–9 mm (11 cases— 30.6 % and 5 cases— 13.8 %, respectively). The same ratio was typical for women: the size of 7–9 mm prevailed in pairs of top and bottom hernias (5 cases — 31.3 % and 4 cases — 25.0 %, respectively).

Conclusion. We have defined the clinical symptoms which can be used as markers of sequestration of herniated intervertebral disc (biradikulopathy L₄ and S₁ — 31.0 % and L₄ and L₅ — 13.0 %). Data on the most frequent level of sequestrum (L_{IV–LV} — 48.1 %) and the prevailing caudal direction of sequestration (84.6 %) will facilitate the verification of the pathology in the evaluation of CT scans.

Key words: sequestered herniated disc, radiculopathy, computed tomography.

Введение

Грыжа межпозвонкового диска (МПД) — это смещение пульпозного ядра через разрыв в фиброзном кольце за пределы диска [1, 2]. Клинически данная патология часто проявляется дискогенной радикулопатией — болевыми, моторными, сенсорными и вегетативными нарушениями, обусловленными поражением корешков спинного мозга вследствие их компрессии [3, 4].

Секвестрирование грыжи МПД определяют как отделение участка пульпозного ядра от его основной части со смещением в позвоночный канал [5, 6]. Клиническая диагностика такого вида грыжи имеет свои особенности, связанные с тем, что секвестр может воздействовать на несколько спинномозговых корешков, а в некоторых случаях компримировать нервные структуры выше- или нижележащего позвоночно-двигательного сегмента (ПДС) [6].