

Таблица 2 – Кислородно-транспортная функция крови у пациентов в отделении реанимации и интенсивной терапии

pH	7,35-7,45	7,336	7,37(7,25÷7,39)	7,359	7,37(7,37÷7,4)	0,577
pCO <sub>2</sub> , mmHg	Веноз. 42-47	37,85	37,85(33,4÷43,9)	43,25	42,5(38,8÷45,3)	0,243
pO <sub>2</sub> , mmHg	Веноз. 35-45	35,583	34,7(33,3÷36,7)	51,92	37,8(32÷39,6)	0,282
sO <sub>2</sub> , %	95 и >	60,13	64,05(44,6÷72)	70,5	67,9(65,9÷78,4)	0,31
cK <sup>+</sup> , ммоль/л	3,4-5,0	3,3	3,3(3÷3,7)	3,9	3,8(3,5÷4,4)	0,086
cNa <sup>+</sup> , ммоль/л	135-145	138,83	140,5(137÷144)	147,2	148(143÷150)	0,053
cCl <sup>-</sup> , ммоль/л	98-107	106	105(103÷109)	109,3	108(108÷110)	0,085

### **Выводы**

Достоверное снижение содержания гемоглобина указывает на более значимое угнетение гемоглобинообразования в костном мозге вследствие влияния ишемического инсульта на его, а также, относительно нормальные значения СОЭ могут говорить о подавляющей роли гиподинамии на тканевую его утилизацию. Парадоксальное повышение концентрации фибриногена у пациентов с острым нарушением мозгового кровообращения позволяет предположить важную роль повышенной концентрации фибриногена в прогнозе осложнений ишемического инсульта. Для более корректного суждения о влиянии острого нарушения мозгового кровообращения на изменение лабораторных показателей анализа необходимо расширить объем исследования.

### **СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ**

1. Виберс, Д. Инсульт: клиническое руководство / Д. Виберс, В. Фейгин, Р. Браун. – Изд. 2-е. – М. : Диалект, 2005. – С. 608
2. Прогностическое значение фибриногена у больных с ишемическим инсультом без проведения тромболитической терапии / А. Г. Кочетов [и др.] // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. – 2010. – Т. 12, № 2. – С. 46–51.
3. Суслина, З. А. Инсульт: диагностика, лечение, профилактика / З. А. Суслина, М. А. Пирадова. – М. : МЕД-пресс-информ, 2008. – С. 288.
4. Айсханов, С. К. Инсульт: виды, факторы развития, профилактика / С. К. Айсханов // Вестник современных исследований. – 2018. – Т. 26, № 11.5. – С. 245–246
5. Сергеева, С. П. Головной мозг после ишемического инсульта: клиничко-гистологическое исследование / С. П. Сергеева, А. А. Савин, Л. В. Шишкина // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. Спецвыпуски. – 2017. – Т. 3-2, № 117. – С. 66–70.

**УДК 616.833.24-001.33-052-071.1**

**Е. В. Лагойкин, А. Д. Смольская**

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

*Учреждение образования*

*«Гомельский государственный медицинский университет»*

*г. Гомель, Республика Беларусь*

### **АНАМНЕСТИЧЕСКИЕ ДАННЫЕ ПАЦИЕНТОВ С МНОЖЕСТВЕННОЙ КОМПРЕССИЕЙ ПОЯСНИЧНЫХ НЕРВНЫХ КОРЕШКОВ**

### **Введение**

Частой причиной компрессии спинальных корешков, а также, радикулотомедуллярных артерий на уровне поясничного отдела позвоночника может быть множественная дистрофическая патология, включающая выпадение грыжи межпозвонкового диска, на-

личие остеофита в просвете позвоночного канала, гипертрофию желтой связки и сосудистую патологию, в виде варикоза вен позвоночного канала [1, 2, 3].

Анализ анамнеза пациентов, страдающих множественной компрессией поясничных нервных корешков, позволит оценить сроки формирования данного компримирующего фактора и определить характер труда, провоцирующий данный процесс.

### **Цель**

Анализ анамнеза заболевания и жизни у пациентов с множественной компрессией поясничных нервных корешков.

### **Материал и методы исследования**

Проведен анализ стационарных карт 26 пациентов, обратившихся с множественной компрессией поясничных спинномозговых корешков к нейрохирургу Учреждения Гомельская областная клиническая больница.

Проведен анализ данных по полу и возрасту, типу трудовой деятельности, наличию сопутствующей соматической патологии. Изучен анамнез заболевания.

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

Половозрастная характеристика группы пациентов с множественной компрессией поясничных нервных корешков представлена в таблице 1.

Таблица 1 – Половозрастная характеристика при множественной компрессии поясничных спинномозговых корешков

Возраст, лет	Число пациентов, n	%, 95% ДИ	Пол			
			женский	%, 95% ДИ	мужской	%, 95% ДИ
20–29	2	7,7 (1,0–25,3)	1	3,9 ( $< 0,0001$ –20,5)	1	3,9 ( $< 0,0001$ –20,5)
30–39	5	19,2 (8,1–38,3)	2	7,7 (1,0–25,3)	3	11,5 (3,2–29,8)
40–49	10	38,5 (22,4–57,5)	6	23,1 (10,7–42,4)	4	15,4 (5,5–34,2)
50–59	6	23,1 (10,7–42,4)	1	3,9 ( $< 0,0001$ –20,5)	5	19,2 (8,1–38,3)
60 и старше	3	11,5 (3,2–29,8)	1	3,9 ( $< 0,0001$ –20,5)	2	7,7 (1,0–25,3)
Всего	26	100	11	42,3 (25,5–61,1)	15	57,7 (38,9–74,5)

Как следует из таблицы, в исследованной группе преобладали лица от 40 до 49 лет – 10 чел. 38,5 % (95 % ДИ (22,4–57,5)), преимущественно мужчины – 57,7 % (95 % ДИ (38,9–74,5)).

Городские жители составили большинство в данной группе – 22 чел. 84,6 % (95 % ДИ (65,9–94,5)), сельских жителей было 4 чел 15,4 % (95 % ДИ (5,5–34,2)).

Среди пациентов тяжелым физическим трудом занималось 8 чел. 30,8 % (95 % ДИ (16,3–50,2)), легким и умеренным физическим – 10 чел. 38,5 % (95 % ДИ (22,4–57,5)), преимущественно интеллектуальную или сидячую работу выполняли 4 чел. 15,4 % (95 % ДИ (5,5–34,2)), 4 чел. 15,4 % (95 % ДИ (5,5–34,2)) обследованных не работали.

На НФТО жаловалось 2 человека 7,7 % (95 % ДИ (1,0–25,3)).

Боли в поясничном отделе позвоночника до операции беспокоили пациентов разное время: до 6 мес – 16 чел. 61,5 % (95% ДИ (42,5–77,6)), от 6 мес до 5 лет – 8 чел. 30,8 % (95% ДИ (16,3–50,2)), от 5 до 10 лет – 2 чел. 7,7 % (95 % ДИ (1,0–25,3)).

Длительность болевого синдрома с иррадиацией в ногу у обследованных пациентов представлена в таблице 2.

Таблица 2 – Длительность болей, иррадиирующих в ногу, до операции

Число пациентов, n %, 95% ДИ	Длительность корешковых болей до операции								
	до 1 мес	1–3 мес	3–6 мес	6 мес – 1 г.	1–3 гг.	3–5 лет	5–10 лет	более 10 лет	нет болей
26	3	8	5	3	2	2	1	0	2
100 %	11,5 (3,2–29,8)	38,8 (16,3–50,2)	19,2 (8,1–38,3)	11,5 (3,2–29,8)	7,7 (1,0–25,3)	7,7 (1,0–25,3)	3,9 (<0,0001–20,5)	0	7,7 (1,0–25,3)

Как видно из таблицы, корешковые боли беспокоили пациентов до операции в течение следующего времени: до 3 мес – 11 чел. 42,3 % (95 % ДИ (25,5–61,1)), от 3 мес до года – 8 чел. 30,8 % (95 % ДИ (16,3–50,2)), более года – 7 пациентов 26,9 % (95 % ДИ (13,5–46,3)).

В этой группе пациенты указали на следующие соматические заболевания: сердечно-сосудистой системы – 6 чел. 23,1 % (95 % ДИ (10,7–42,4)), желудочно-кишечного тракта – 9 чел. 34,6 % (95 % ДИ (19,3–53,9)), органов дыхания – 1 чел. 3,9 % (95 % ДИ < 0,0001–20,5)), женских половых органов – 4 чел. 15,4 % (95 % ДИ (5,5–34,2)), мужских половых органов – 1 чел. 3,9 % (95 % ДИ < 0,0001–20,5)), мочевыделительной системы – 2 чел. 7,7 % (95 % ДИ (1,0–25,3)), новообразования – 1 чел. 3,9 % (95 % ДИ <0,0001–20,5)).

### **Выводы**

1. При оценке возрастного фактора установлено, что в исследованной группе преобладали лица от 40 до 49 лет – 10 чел. 38,5 % (95 % ДИ (22,4–57,5)), преимущественно мужчины – 57,7 % (95 % ДИ (38,9–74,5)).

2. По характеру трудовой деятельности преобладали лица, занятые легким и умеренным физическим трудом, – 10 чел. 38,5 % (95 % ДИ (22,4–57,5)).

3. Корешковые боли чаще всего беспокоили пациентов перед операцией до 3 месяцев – 42,3 % (95 % ДИ (25,5–61,1)).

### **СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ**

1. Берснев, В. П. Хирургия позвоночника, спинного мозга и периферических нервов / В. П. Берснев, Е. А. Давыдов, Е. Н. Кондаков. – С-Пб.: Специальная литература. – 1998. – 368 с.
2. Nathan, M. Osteophyte formation in the vertebral column: a review of the etiologic factor – Part II / M. Nathan, M. H. Pope, L. J. Grobler. – Contemporary Orthopaedics. – 1994. – № 29 (2). – P. 113–119.
3. Болевые синдромы в неврологической практике / М. В. Вейн [и др.]; под общ. ред. М. В. Вейна. – М.: МЕД пресс, 1999. – С. 93–108.