

Анализ многочисленных исследований, посвященных использованию различных методов лечения ДПН, показывает что наиболее доказанной является эффективность антиоксидантной терапии. Одно из первых мест среди антиоксидантов занимает а-липоевая (тиоктовая) кислота (АЛК). Возможность АЛК уменьшать клиническую симптоматику при ДПН многократно подтверждена в контролируемых исследованиях. АЛК — мощный липофильный антиоксидант, представляющий собой смесь R(+)- и S(-)-изомеров, плохо растворяющихся в воде и хорошо — в липофильных растворителях. Поступая в организм АЛК восстанавливается преимущественно из R(+)-изоформы до дигидролипоевой кислоты, которая и обеспечивает главные терапевтические эффекты, в частности за счет действия в качестве «ловушки» основного свободного радикала — супероксида. Восстановленная АЛК снижает содержание свободных радикалов, в том числе супероксида, уменьшает активность перекисного окисления липидов, увеличивает активность супероксиддисмутазы и каталазы, улучшает эндоневральный кровоток и скорость распространения возбуждения (СРВ) в седалищном нерве, снижает выраженность апоптоза в шванновских клетках, увеличивает утилизацию глюкозы в кардиомиоцитах. В клинических исследованиях с применением АЛК у пациентов СД отмечено улучшение состояния системы микроциркуляции, уменьшение перекисного окисления липидов, нормализация содержания оксида азота и стресс-белков, улучшение эндотелий-зависимых реакций сосудистой стенки, уменьшение активации транскрипционного ядерного фактора каппа-В (NF-κB), улучшение фильтрационной функции почек и утилизации глюкозы.

Выводы

Учитывая важную роль оксидантного стресса в патогенезе симптомов ДНП, АЛК расширяет возможности лечения диабетической невропатии и должен включаться в программы терапии данной категории пациентов. Назначение препарата не только уменьшает проявления болевого синдрома, но и восстанавливает функцию периферических нервов, предотвращая развитие вегетативных и трофических расстройств. При этом следует обратить внимание на следующий факт: лечебный эффект АЛК, имеет дозозависимый характер, поэтому данный препарат следует назначать в адекватных дозах.

ЛИТЕРАТУРА

1. Диабетическая автономная нейропатия: диагностика и метаболическая нейропатия / А. Л. Верткин [и др.] // Клиническая фармакология и терапия. — 2004. — № 4. — С. 4–8.
2. Левин, О. С. Полиневропатии / О. С. Левин. — М.: МИА, 2006. — 508 с.

УДК 616.721.2:616.711.6]-089-06

ОСЛОЖНЕНИЯ ДИСКЭКТОМИИ НА ПОЯСНИЧНОМ УРОВНЕ

Гусева Д. О.

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

Учреждение образования

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

Введение

Выпадение грыжи межпозвонкового диска является одним из типичных проявлений остеохондроза поясничного отдела позвоночника. В послеоперационном периоде поясничной дискэктомии возможно развитие ряда осложнений, которые в свою очередь могут быть отнесены к интраоперационным, послеоперационным и общехирургическим [1]. Характерным воспалительным осложнением такого вмешательства является спондилодисцит [2].

Возможной причиной появления неврологических расстройств в послеоперационном периоде признается натяжение спинномозгового корешка [3].

В случаях рецидива грыжи межпозвонкового диска со сдавлением нервного корешка часто проводится повторное хирургическое вмешательство [1].

Изучение характера осложнений в послеоперационном периоде после поясничной секвестрэктомии обеспечит улучшение оказания консервативной и хирургической помощи данной категории пациентов.

Цель

Анализ структуры послеоперационных осложнений и последствий после одноуровневой поясничной дискэктомии.

Материал и методы исследования

Проведен анализ послеоперационной патологии поясничного отдела позвоночника у 125 пациентов, проходивших лечение в нейрохирургическом отделении Гомельской областной клинической больницы в течение 2011–2012 гг. При этом в группу для исследования выделено 16 пациентов с различными послеоперационными осложнениями.

Изучены карты стационарного пациента и протоколы компьютерной рентгеновской и магнитно-резонансной томографии. Проанализированы следующие показатели: пол, возраст, нозологические формы осложнений после поясничной секвестрэктомии.

Результаты исследования и их обсуждение

Половозрастная характеристика

Половозрастной состав в группе с осложнениями представлен в таблице 1.

Таблица 1 — Распределение пациентов по возрасту и полу

Возраст, лет	Количество больных, n = 16	%	Пол			
			мужской	%	женский	%
18–29	1	6,2	1	6,2	0	0
30–39	6	37,5	2	12,5	4	25
40–49	3	18,8	2	12,5	1	6,2
50–59	5	31,3	2	12,5	3	18,8
60 и старше	1	6,2	0	0	1	6,2
Всего	16	100	7	43,8	9	56,2

Данные таблицы 1 свидетельствуют о том, что среди пациентов, страдающих осложнением после поясничной секвестрэктомии, преобладали лица трудоспособного возраста от 30 до 59 лет (14 (87,5 %) человек). Женщины составили 56,2 %.

Интраоперационные осложнения

В данной группе регистрировались следующие интраоперационные осложнения: повреждение манжеты спинномозгового корешка — 1 (0,8 %). При этом неврологические расстройства в послеоперационном периоде не возникли.

Осложнения в раннем послеоперационном периоде леченные консервативно

Общее число пациентов, у которых диагностированы осложнения в раннем послеоперационном периоде составило 6 (4,8 %) чел.

При анализе клинической картины в раннем послеоперационном периоде выявлено 3 (2,4 %) пациентов с ранними осложнениями, у которых было эффективно консервативное лечение. Данная подгруппа была неоднородной.

У оперированных установлено возникновение послеоперационных корешковых болей в связи с кровоизлиянием в позвоночном канале в одном случае, послеоперационным отеком спинномозгового корешка — во-втором и дисцитом — в третьем. Последний из случаев раннего осложнения был обусловлен развившимся дисцитом L_{III}–L_{IV}, который был купирован назначением антибиотиков. Оперативное лечение не потребовалось.

Осложнения в раннем послеоперационном периоде, потребовавшие повторного хирургического вмешательства

Хирургическое лечение послеоперационных ранних осложнений понадобилось 3 (2,4 %) пациентам. Во всех случаях диагностировано послеоперационное кровоизлияние в позвоночном канале на уровне вмешательства.

У 1 (0,8 %) оперированной пациентки установлено возникновение неврологического дефицита, в виде пареза сгибателей стопы, в связи с кровоизлиянием в позвоночном канале, которое было удалено на 7-е сутки.

В 2 (1,6 %) случаях кровоизлияние в канале, потребовавшее ревизии и удаления сгустков крови, не повлияли на неврологический статус.

Осложнения в позднем послеоперационном периоде

Общее число пациентов с диагностированными осложнениями в позднем послеоперационном периоде составило 10 (8 %) чел.

В подгруппе без повторного хирургического вмешательства было 4 (3,2 %) пациента: у 1 (0,8 %) выявлен рецидив грыжи МПД, проявления которых купированы при консервативном лечении. У 2 (1,6 %) сформировались новые грыжи на других уровнях, у 1 (0,8 %) по МРТ диагностирован грубый рубцовый процесс.

Число пациентов, потребовавших повторного хирургического вмешательства, составило 6 (4,8 %) человек. У них диагностирован истинный рецидив ранее удалявшейся грыжи или возникновение грыжи на другом уровне.

Выводы

1. В группе с осложнениями после поясничной дискэктомии преобладали лица женского пола (56,2 %).
2. Ухудшение неврологического статуса в виде пареза стопы выявлено у 0,8 % лиц с осложнениями.
3. Типичным ранним послеоперационным осложнением, потребовавшим хирургического вмешательства, было кровоизлияние в позвоночный канал на уровне операции (2,4 %).

ЛИТЕРАТУРА

1. Олизарович, М. В. Результаты повторных операций дискогенных радикулитов на поясничном уровне / М. В. Олизарович // Средства медицинской электроники и новые медицинские технологии. Тр. междунар. науч.-технич. конф. — Минск: Изд. Н. Б. Киреев, 2002. — С. 358–360.
2. Спондилодисцит — взгляд на консервативное и хирургическое лечение / И. Аксикс [и др.] // Вопр. нейрохир. — 2003. — № 3. — С. 21–24.
3. Effects of nerve root retraction in lumbar discectomy / C. Feltes [et al.] // Neurosurg Focus. — 2002. — Vol. 13, № 2. — Art. 6.

УДК 612.82:796.071

ВЛИЯНИЕ ВАРИАБЕЛЬНОСТИ БИОЭЛЕКТРИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ МОЗГА НА ПОКАЗАТЕЛИ УРОВНЯ И РЕЗЕРВОВ УПРАВЛЕНИЯ ОРГАНИЗМА СПОРТСМЕНОВ

Давидовская Е. Ю., Беридзе Р. М.

Научный руководитель: ассистент А. А. Жукова

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Проблема адаптации к чрезмерным физическим нагрузкам остается одной из основных задач физиологии спорта. В механизмах адаптации и дезадаптации главную роль играет ЦНС, определяющая целосную работу органов и систем организма [1]. Поэтому особую значимость для изучения процессов адаптации организма спортсмена к специфическим физическим нагрузкам спортивной специализации имеет анализ ритмической активности мозга в разных диапазонах. Уровень и резервы управления ЦНС являются универсальными интегральными показателями АПК «Омега С», определяющими уровень функционирования всего организма спортсмена [2]. Данные оценки являются важнейшей характеристикой состояния системы с самого верхнего уровня регуляции (уровень ЦНС) и вместе с интегральными показателями фрактального и вариационного анализа ритмов сердца (уровень ВНС) дают исчерпывающую информацию о состоянии центрального контура регуляции и, в конечном счете, об адаптационных возможностях организма. Выявление специфических адаптационных механизмов спортсменов высокой квалификации, позволит выявить воз-