

нарушения — в 21 (19,8 %) случае. В группе пациентов от 61 до 65 лет ($n = 111$): тремор — в 79 (71,7 %) случаях, гипокинезия — в 65 (58,5 %) случаях, нарушение походки и координации — в 50 (45 %) случаях, мышечная ригидность — 47 (42,3 %) случаев, когнитивные нарушения — в 33 (29,7 %) случаях, нарушения со стороны вегетативной нервной системы — в 15 (13,5 %) случаях. В группе пациентов с дебютом БП в возрасте от 66 до 70 лет ($n = 88$) получены следующие результаты: тремор — в 46 (52,2 %) случаев, мышечная ригидность — в 18 (20,4 %) случаев, нарушение походки и координации — в 13 (14,7 %) случаях, нарушения когнитивных функций — в 9 (10,2 %) случаях, гипокинезия — 8 (9 %) случаев, нарушения со стороны вегетативной нервной системы — 5 (5,6 %) случаев. Таким образом, наибольшая частота проявления основных клинических симптомов БП выявлена у пациентов с дебютом заболевания в 56–60 лет.

Выводы

Дебют болезни Паркинсона преимущественно характеризуется появлением тремора, гипокинезии, мышечной ригидности, нарушением походки и координации, реже встречаются когнитивные нарушения и проявления вегетативной дисфункции. Тремор является ведущим клиническим проявлением БП вне зависимости от возраста начала заболевания. Наибольшая выраженность клинических проявлений болезни Паркинсона характерна для начала заболевания в 56–60 лет. Выраженность клинических симптомов находится в обратной зависимости от возраста дебюта болезни Паркинсона, что может отражать закономерность развития наследственно-дегенеративных заболеваний о более тяжелом течении болезни при раннем проявлении клинических симптомов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Левин, О. С. Клиническая эпидемиология болезни Паркинсона. В кн.: Болезнь Паркинсона и расстройства движений: рук. для врачей: по матер. II Нац. конгресса / О. С. Левин; под ред. С. Н. Иллариошкина, О. С. Левина. — М., 2011. — С. 5–9.
2. Kalinderi, K. The genetic background of Parkinson's disease: current progress and future prospects / K. Kalinderi, S. Bostantjopoulou, L. Fidani // Acta Neurol Scand. — 2016. — Vol. 134. — P. 314–326.
3. Kim, C. Y. Genetic forms of Parkinson's disease / C. Y. Kim, R. N. Alcalay // Semin Neurol. — 2017. — Vol. 37. — P. 135–146.

УДК 616.711.6-089-06:616.8

ДИНАМИКА НЕВРОЛОГИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ МНОГОУРОВНЕВОЙ ПОЯСНИЧНОЙ СЕКВЕСТРАКТОМИИ

Полячок В. М.

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

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Частота хирургического лечения многоуровневых грыж поясничных межпозвоноковых дисков постоянно растет, что вызывает необходимость достоверно оценивать результативность таких вмешательств. Особое внимание в послеоперационном периоде уделяется оценке таких дезадаптирующих неврологических расстройств как параличи (парезы) мышц нижних конечностей, выраженные остаточные боли и нарушение функции тазовых органов [1].

Анализ скорости восстановления данных нарушений позволяет уточнить показания к проведению дальнейших, после выписки из нейрохирургического стационара, реабилитационных мероприятий [2].

Цель

Оценить неврологический статус пациентов в раннем послеоперационном периоде после хирургического лечения, в связи с компрессией поясничных спинномозговых корешков грыжей межпозвонкового диска на двух уровнях.

Материал и методы исследования

Проведен анализ динамики неврологического статуса до и после хирургического лечения у 129 пациентов с многоуровневыми грыжами поясничных межпозвонковых дисков, проходивших лечение в нейрохирургическом отделении Гомельской областной клинической больницы. Клинической оценке подлежал день выписки.

В первую очередь, при определении неврологического статуса в послеоперационном периоде нас интересовало наличие клинической картины рецидива грыжи МПД, которое могло давать клинические проявления. Особое внимание обращали на наличие таких грубых неврологических расстройств как слабость различных мышечных групп нижних конечностей и нарушение функции тазовых органов. Кроме того, оценивали характер остаточных болей в нижних конечностях.

В исследованной группе преобладали лица трудоспособного возраста от 20 до 59 лет (119 чел. — 92,3 %; 95 % ДИ (86,2–95,9)), при общем преобладании в группе мужчин (79 чел. — 61,2 %; 95 % ДИ (52,6–69,2)).

Результаты исследования и их обсуждение

На боли в одной нижней конечности указали 98 (76 %; 95 % ДИ (67,9–82,6)) пациентов. При этом у 6 (4,7 %; 95 % ДИ (1,9–10)) из них боль определялась в ноге на противоположной стороне действующего компримирующего фактора. У 29 (22,5 %; 95 % ДИ (16,1–30,5)) пациентов болевые ощущения были в обеих нижних конечностях. У 2 (1,6 %; 95 % ДИ (0,07–5,8)) человек болей в ногах не было.

Длительность болевого синдрома с иррадиацией в ногу у обследованных пациентов представлена в таблице 1.

Таблица 1 — Длительность болей, иррадиирующих в ногу, до операции при двухуровневой компрессии

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 г.	3–5 лет	5–10 лет	более 10 лет	нет болей
129	9	51	15	15	13	10	8	6	2
100	7 (3,6–12,9)	39,5 (31,5–48,2)	11,6 (7,1–18,4)	11,6 (7,1–18,4)	10 (5,9–16,6)	7,8 (4,1–13,8)	6,2 (3–11,9)	4,7 (1,9–10)	1,6 (0,1–5,8)

Как видно из таблицы, оперированные распределялись следующим образом: до 3 месяцев — 60 (46,5 %; 95 % ДИ (38,1–55,1)) чел., от 3 месяцев до года — 30 (23,3 %; 95 % ДИ (16,8–31,3)) чел., более года — 37 (28,7 %; 95 % ДИ (21,6–37)) пациентов.

Постоянный характер боли был у 112 (86,8 %; 95 % ДИ (79,8–91,7)) пациентов. Непостоянные боли, возникающие преимущественно при ходьбе, отмечали 10 (7,8 %; 95 % ДИ (4,1–13,8)) чел., при физической нагрузке — 9 (7 %; 95 % ДИ (3,6–12,9)) чел., при сидении — 3 (2,3 %; 95 % ДИ (0,5–6,9)) человека. У некоторых пациентов боли возникали при воздействии нескольких факторов.

Характер болевых ощущений в нижней конечности в группе был следующим: стреляющие 81 (62,8 %; 95 % ДИ (54,2–70,7)) чел.; тянущие 14 (10,9 %; 95 % ДИ (6,5–17,5)) чел.; сжимающие 6 (4,7 %; 95 % ДИ (1,9–10)) чел.; жгучие и ноющие по 5 (3,9 %; 95 % ДИ (1,4–9)) чел.; крутящие 4 (3,1 %; 95 % ДИ (1–8)) чел.; режущие 3 (2,3 %; 95 % ДИ (0,5–6,9)) чел.; колющие 2 (1,6 %; 95 % ДИ (0,1–5,8)) чел.; распирающие — у 1 (0,8 %; 95 % ДИ (<0,0001–4,7)) человека. Усиливающиеся при кашле и чихании — 9 (7 %; 95 % ДИ (3,6–12,9)) случаев. У некоторых пациентов различные типы болей сочетались.

В раннем послеоперационном периоде купирование либо существенное уменьшение корешковых болей произошло у 125 (98,4 %; 95 % ДИ (94,1–99,9)) оперированных. Умеренный болевой синдром в ноге сохранился на момент выписки у 2 (1,6 %; 95 % ДИ (0,07–5,8)) пациентов.

Общее число пациентов с двигательным дефицитом до операции составило 27 (20,9 %; 95 % ДИ (14,8–28,8)) человек. При анализе вариантов двигательных расстройств в данной группе установлены следующие его виды: нижний парапарез — 4 (14,8 %; 95 % ДИ (5,3–33,1)) случая; нижний дистальный парапарез — 3 (11,1 %; 95 % ДИ (3–28,9)); плегия сгибателей и разгибателей стопы — 1 (3,7 %; 95 % ДИ (<0,0001–19,8)); парез сгибателей и разгибателей стопы — 1 (3,7 %; 95 % ДИ (<0,0001–19,8)) случай; парез разгибателей стопы — 2 (7,4 %; 95 % ДИ (1–24,5)); плегия сгибателей стопы — 1 (3,7 %; 95 % ДИ (<0,0001–19,8)); парез сгибателей стопы — 12 (9,3 %; 95 % ДИ (5,3–15,7)); парез мышц большого пальца стопы — 3 (11,1 %; 95 % ДИ (3–28,9)) случая.

Таким образом, установлено существенное превалирование пареза сгибателей стопы до хирургического лечения среди всех двигательных расстройств — 12 (44,4 %; 95 % ДИ (27,6–62,7)) случаев.

При анализе двигательных расстройств в раннем послеоперационном периоде установлена положительная динамика в следующих мышечных группах: при нижнем парапарезе уменьшение степени его выраженности у 2 (50 %) оперированных; при нижнем дистальном парапарезе — у 2 (66,7 %); при плегии сгибателей и разгибателей стопы — у 1 (100 %); при парезе сгибателей и разгибателей стопы — без улучшения; при парезе разгибателей стопы улучшение у 1 (50 %); при плегии сгибателей стопы — улучшение у 1 (100 %); при парезе сгибателей стопы — положительная динамика у 7 (58,3 %); при парезе мышц большого пальца стопы — улучшение в 1 (33,3 %) случае.

Таким образом, в послеоперационном периоде произошло частичное или полное восстановление силы в пораженных мышечных группах у 15 (55,6 %; 95 % ДИ (37,3–72,4)) пациентов. Восстановление в наиболее часто встречаемой пораженной мышечной группе (сгибатели стопы) произошло в 58,3 % случаев.

Общее число пациентов с нарушением функции тазовых органов до операции было 5 (3,9 %; 95 % ДИ (1,4–9,0)) человек.

Среди них отмечены 2 случая задержки мочи (1,6 %; 95 % ДИ (0,07–5,8)), при которых произошло полное восстановление в раннем послеоперационном периоде. Один случай (0,8 %; 95 % ДИ (<0,0001–4,7)) мочеиспускания с натуживанием, которое полностью купировалось. Один пациент (0,8 %; 95 % ДИ (<0,0001–4,7)) с неудержанием мочи, которое после операции трансформировалось в частичную задержку и один случай (0,8 %; 95 % ДИ (<0,0001–4,7)) недержания мочи, который сохранился без положительной динамики.

Таким образом, доля пациентов с улучшением при нарушении функции тазовых органов составила 60 %; 95 % ДИ (22,9–88,4).

Выводы

1. Частота встречаемости двигательных расстройств в нижних конечностях до хирургического лечения при многоуровневых грыжах межпозвонковых дисков составила 20,9 %. В послеоперационном периоде произошло частичное или полное восстановление силы в пораженных мышечных группах у 15 (55,6 %) пациентов.

2. Операция по декомпрессии спинномозговых корешков показала эффективность для устранения корешковых болей у 98,4 % оперированных.

3. Доля пациентов с улучшением при нарушении функции тазовых органов составила 60 %.

ЛИТЕРАТУРА

1. Диагностика и нейрохирургическая тактика при многоочаговых поражениях межпозвонковых дисков / С. Н. Ишмухамедов [и др.] // Журн. теоретич. и клин. медицины. — 2000. — № 3. — С. 119–122.
2. Осложнения различных видов хирургии грыж поясничных межпозвонковых дисков / В. А. Бывальцев [и др.] // Сибирский медицинский журнал. — 2012. — № 3. — С. 87–89.