

6. Virtual reality for stroke rehabilitation [Electronic resource] / K. E. Laver, [et. al.] // The cochrane database of systematic reviews. — 2017. — Vol. 11, Is. 11. — Mode of access: https://www.cochrane.org/CD008349/STROKE_virtual-reality-stroke-rehabilitation. — Date of access: 24.10.2020.

7. Virtual reality for rehabilitation in Parkinson's disease [Electronic resource] / K. Dockx [et. al.] // The cochrane database of systematic reviews. — 2016. — Vol. 12, Is. 12. — Mode of access: <https://mdg.cochrane.org/news/virtual-reality-rehabilitation-parkinsons-disease>. — Date of access: 24.10.2020.

УДК 616.711.6-089-06-07

**КЛИНИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА РАННИХ
ПОСЛЕДСТВИЙ ПОЯСНИЧНОЙ СЕКВЕСТРАТОМИИ**

Жандарова В. Г.

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

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

Введение

Стеноз поясничного отдела позвоночного столба — хроническое заболевание, которое характеризуется сочетанием клинических симптомов и сужением позвоночного канала по данным спондилографии, компьютерной либо магнитно-резонансной томографии [1]. Хирургическое лечение данной патологии усложняется при его сочетании с грыжей межпозвонкового диска [2].

Оценка раннего послеоперационного периода после таких операций позволяет оценить эффективность применяемых методик, а также определить показания и тип планируемых реабилитационных мероприятий.

Цель

Анализ динамики дезадаптирующих синдромов после хирургического лечения сочетанной компрессии поясничных нервных корешков грыжей межпозвонкового диска и стенозом поясничного отдела позвоночного канала.

Материал и методы исследования

Проведен анализ динамики неврологического статуса до и после хирургического лечения у 70 пациентов с сочетанием грыжи поясничного межпозвонкового диска и стеноза, проходивших лечение в нейрохирургическом отделении Гомельской областной клинической больницы. Большинство пациентов было выписано в срок между 7 и 9 сутками. Клинической оценке с регистрацией в карте наблюдения подлежал день выписки. Исследовались клинические симптомы, характеризующие восстановление функции спинномозгового корешка после его декомпрессии (регресс корешковой симптоматики): корешковые боли в нижних конечностях; парезы мышц нижних конечностей; нарушение функции тазовых органов.

В исследованной группе преобладали лица от 30 до 59 лет 58 чел. (82,9 %; 95 % ДИ (72,2–90,1)), преимущественно мужчины 40 чел. (57,2 %; 95 % ДИ (45,5–68,1)).

Результаты исследования и их обсуждение

На боли в одной конечности указали 63 пациента (90 %; 95 % ДИ (80,5–95,4)). При этом у 2 чел. (2,9 %; 95 % ДИ (0,2–10,4)) боль определялась в ноге противоположной стороне действующего компримирующего фактора. У 6 чел. (8,6 %; 95 % ДИ (3,3–17,8)) болевые ощущения были в обеих нижних конечностях. У одного пациента (1,4 %; 95 % ДИ (<0,0001–8,4)) болей не было.

Постоянный характер боли был у 56 чел. (80 %; 95 % ДИ (69,1–87,8)). Непостоянные боли, возникающие преимущественно при ходьбе, отмечали 9 чел. (12,9 %; 95 % ДИ (6,7–2,9)), при сидении — 7 чел. (10 %; 95 % ДИ (4,7–19,5)), при физической нагрузке — 6 чел. (8,6 %; 95 % ДИ (3,3–17,8)). У некоторых пациентов боли возникали при воздействии нескольких факторов.

Характер болевых ощущений в нижней конечности в группе был следующим: ноющие — 22 чел. (31,4 %; 95 % ДИ (21,7–43,1)); тянущие 20 чел. (28,6 %; 95 % ДИ (20,3–40,1)); стреляющие 18 чел. (25,7 %; 95 % ДИ (16,9–37,1)); сжимающие 7 чел. (10 %; 95 % ДИ (4,7–19,5)); жгучие и режущие по 6 чел. (8,6 %; 95 % ДИ (3,7–17,8)); крутящие 4 чел. (5,7 %; 95 % ДИ (1,8–14,2)). Усиливающиеся при кашле и чихании — 17 чел. (24,3 %; 95 % ДИ (15,7–35,6)). У некоторых пациентов различные типы болей сочетались.

В раннем послеоперационном периоде купирование либо существенное уменьшение корешковых болей произошло у 66 (95,7 %; 95 % ДИ (87,5–99)) оперированных. Умеренный болевой синдром в ноге сохранился на момент выписки у 3 (4,3 %; 95 % ДИ (1,0–12,4)) пациентов.

Среди обследованных отмечены два случая нарушения функции тазовых органов (2,9 %; 95 % ДИ (0,2–10,4)), один из которых развился по типу недержания мочи у женщины 30 лет с поражением уровня L_v–S_i, второй — по типу задержки мочи, диагностирован у 61 летнего мужчины с компрессией нервных структур на уровне L_{III}–L_{IV}. В обоих случаях в раннем послеоперационном периоде нормализации мочеиспускания не произошло.

В данной группе пациентов двигательный дефицит отмечался у 9 человек (12,9 %; 95 % ДИ (6,7–22,9)).

Полученные данные по наличию парезов (параличей) у пациентов представлены в таблице 1.

Таблица 1 — Двигательные расстройства в исследованной группе пациентов 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 парапарез	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, 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

Операция по декомпрессии спинномозговых корешков в данной группе пациентов показала наибольшую эффективность для устранения корешковых болей — у 95,7 % оперированных. В случаях дооперационных парезов мышц нижней конечности эффективность раннего восстановления была меньше и составила 55,6 %. Восстановления функции тазовых органов у пациентов данной группы (2 случая) не произошло.

ЛИТЕРАТУРА

1. Зозуля, Ю. А. Хирургические вмешательства при стенозе поясничного отдела позвоночника. Хирургическое лечение нейрокомпрессионных пояснично-крестцовых болевых синдромов / Ю. А. Зозуля, Е. Г. Педаченко, Е. И. Слынько — Киев, УИПК «ЕксОб», 2006 — С. 213–236.
2. Spinal stenosis: Pathophysiology, clinical diagnosis, differential diagnosis / T. E. Mroz [et al.] // Spine. — Philadelphia: W. B. Saunders Inc. — 2006. — Vol. II. — P. 995–1009.