

Что касается отсутствия статистически значимой корреляции между возрастом и толщиной ЗДКПС, то такая зависимость если и возникает, то только при значениях ИМТ более 30 [5].

Заключение

Предварительные результаты, полученные нами, подтверждают обоснованность применения критерия «увеличение толщины» для ориентировочной оценки выраженности дистрофических изменений в тех случаях, когда отсутствует возможность оценки текстуры ЗДКПС.

ЛИТЕРАТУРА

1. Назаренко, И. В. Толщина задней длинной крестцово-подвздошной связки у пациентов без клинических проявлений синдрома боли в нижней части спины / И. В. Назаренко, А. М. Юрковский // Проблемы здоровья и экологии. — 2017. — № 3. — С. 24–28.
2. Юрковский, А. М. Симптом утолщения задней длинной крестцово-подвздошной связки у пациентов с синдромом боли в нижней части спины / А. М. Юрковский, И. В. Назаренко // Неврология и нейрохирургия. Восточная Европа. — 2018. — Т. 8, № 3. — С. 400–406.
3. Юрковский, А. М. Результаты диагностической блокады в области задней длинной крестцово-подвздошной связки под сонографическим контролем при синдроме боли в нижней части спины / А. М. Юрковский, И. В. Назаренко, С. Л. Ачинович // Журнал Гродненского государственного университета. — 2017. — № 5. — С. 516–520. — DOI: 10.25298/2221-8785-2017-15-5-516-520.
4. Юрковский, А. М. Диагностическая блокада под сонографическим контролем при пояснично-крестцовых лигаментозах / А. М. Юрковский, И. В. Назаренко, С. Л. Ачинович // Проблемы здоровья и экологии. — 2020. — № 2. — С. 57–63.
5. Михайлов, А. Н. Лучевая диагностика лигаментоза задней длинной крестцово-подвздошной связки // А. Н. Михайлов, И. В. Назаренко // Новости мед.-биол. наук. — 2019. — Т. 19, № 1. — С. 74–80.

УДК 616.833.24-007.271-089.168.1

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ НЕВРОЛОГИЧЕСКОГО СТАТУСА В РАННЕМ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ ПОСЛЕ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ МНОЖЕСТВЕННОЙ КОМПРЕССИИ ПОЯСНИЧНЫХ СПИННОМОЗГОВЫХ КОРЕШКОВ

Олизарович М. В.

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

Введение

Частота случаев хирургического лечения многоуровневой и сочетанной дистрофической патологии пояснично-крестцового отдела позвоночника постоянно растет [1, 2]. Комбинация нескольких факторов компрессии поясничных спинномозговых корешков влияет на выбор тактики хирургического вмешательства [3].

Контроль за результатом таких операций проводится с помощью оценки в раннем послеоперационном периоде различных дезадаптирующих неврологических расстройств, таких как остаточные корешковые боли, параличи (парезы) мышц нижних конечностей и нарушения функции тазовых органов [4].

Анализ динамики данных симптомов в до- и послеоперационный период позволит уточнить эффективность выполненного вмешательства и показания к проведению дальнейших реабилитационных мероприятий.

Цель

Сравнительный анализ динамики дезадаптирующих синдромов после хирургического лечения групп пациентов с двухуровневой и одноуровневой сочетанной компрессией поясничных спинномозговых корешков при дегенеративно-дистрофической патологии.

Материал и методы исследования

Проведен анализ динамики неврологического статуса до- и после хирургического лечения у 129 пациентов с двухуровневыми грыжами поясничных

межпозвонковых дисков (МПД) в сравнении с группой из 70 пациентов с сочетанием грыжи поясничного МПД и дегенеративного стеноза, проходивших лечение в нейрохирургическом отделении Гомельской областной клинической больницы. Хирургическое лечение пациентов проводилось с использованием виртуальной среды и анатомических моделей хирургического планирования. Клинической оценке подлежал ранний послеоперационный период. Большинство пациентов было выписано в срок между 7 и 9 сутками, когда и проводился учет неврологических расстройств.

Исследовались клинические признаки, характеризующие восстановление функции спинномозгового корешка после его декомпрессии: уменьшение корешковых болей в нижних конечностях; увеличение силы мышц нижних конечностей; восстановление нарушения функции тазовых органов (НФТО).

При статистической обработке для качественных данных проведена точечная и интервальная оценка долей с расчетом 95% ДИ. Учитывались также абсолютные числа и относительные величины в процентах.

В группе с двухуровневым поражением возраст оперированных составил M_e 45 [35, 53] лет. Мужчин было 79 (61,2 %; 95 % ДИ (52,6–69,2)) человек, женщин — 50 (38,8 %; 95 % ДИ (30,8–47,4)). Среди пациентов преобладали лица трудоспособного возраста от 20 до 59 лет (119 человек — 92,3 %; 95 % ДИ (86,2–95,9)).

В группе с сочетанием грыжи МПД и дегенеративного стеноза возраст оперированных составил M_e 42 [34, 53] года. Мужчин было 40 (57,2 %; 95 % ДИ (45,5–68,1)) человек.

Результаты исследования и их обсуждение

У пациентов с *двухуровневой корешковой компрессией* до хирургического лечения на боли в одной нижней конечности указали 98 (76 %; 95 % ДИ (67,9–82,6)) пациентов. 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 отмечалось.

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 парез — 4 (14,8 %; 95 % ДИ (5,3–33,1)) случая; нижний дистальный парез — 3 (11,1 %; 95 % ДИ (3–28,9)); парез 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)); парез 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 НФТО до операции было 5 (3,9 %; 95 % ДИ (1,4–9)) 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)) частичной задержки, 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 НФТО составила 60 %; 95 % ДИ (22,9–88,4).

В группе с сочетанием грыжи МПД со стенозом до хирургического лечения на боли в одной конечности указали 63 пациента (90 %; 95 % ДИ (80,5–95,4)). У 6 чел. (8,6 %; 95 % ДИ (3,3–17,8)) болевые ощущения были в обеих нижних конечностях. У 1 пациента (1,4 %; 95 % ДИ (< 0,0001–8,4)) болей не было.

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 в данной группе 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 оперированных отмечены два случая НФТО (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 группе пациентов с сочетании грыжи МПД и стеноза 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 парализ	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 1, 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

1. В раннем послеоперационном периоде при двухуровневых грыжах МПД произошло частичное или полное восстановление силы в пораженных мышечных группах у 55,6%; 95% ДИ (37,3–72,4) пациентов, такой же уровень положительной динамики отмечен при сочетании грыжи с дегенеративно-дистрофическим стенозом (55,6%; 95% ДИ (26,6–81,2)).

2. Операция по декомпрессии спинномозговых корешков показала эффективность для устранения корешковых болей при двухуровневых грыжах у 98,4 %; 95 % ДИ (94,1–99,9) оперированных, при сочетании грыжи с дегенеративно-дистрофическим стенозом у 95,7 %; 95 % ДИ (87,5–99).

3. Доля пациентов с улучшением у пациентов с НФТО при двухуровневых операциях составила 60 %; 95 % ДИ (22,9–88,4), при сочетании грыжи МПД со стенозом — улучшения в раннем послеоперационном периоде не произошло (2 случая).

ЛИТЕРАТУРА

1. Педаченко, Ю. Е. Стеноз поясничного отдела позвоночного столба / Ю. Е. Педаченко // Нац. мед. акад. последипломного образования имени П. А. Шупика МЗ Украины. Укр. нейрох. журн. — 2009. — № 4. — С. 9–14.
2. Диагностика и нейрохирургическая тактика при многоочаговых поражениях межпозвонковых дисков / С. Н. Ишмухамедов [и др.] // Журн. теоретич. и клин. медицины. — 2000. — № 3. — С. 119–122.
3. Spinal stenosis: Pathophysiology, clinical diagnosis, differential diagnosis / Т. Е. Mroz [et al.]; Ed. by H. N. Herkowitz [et al.] // Spine. — Philadelphia: W.B. Saunders Inc., 2006. — V.II. — P. 995–1009.
4. Осложнения различных видов хирургии грыж поясничных межпозвонковых дисков / В. А. Бывальцев [и др.] // Сибирский медицинский журнал. — 2012. — № 3. — С.87–89.

УДК 613.79:617.546-009.7-036.12

ИНСОМНИЯ ПРИ БОЛЕВОМ СИНДРОМЕ В НИЖНЕЙ ЧАСТИ СПИНЫ

Савостин А. П., Усова Н. Н.

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Согласно последнему пересмотру определения международной ассоциации боли (International Association of Pain, IASP), боль — это неприятное сенсорное