

ненность при пальпации точки выхода 2 ветви тройничного нерва слева, легкая гипестезия в данной области), а также данных КТ и МРТ головного мозга и лицевого черепа, выставлен клинический диагноз «Объемное образование височной области слева с распространением в орбиту и крылонебную ямку. Вторичная невралгия второй ветви тройничного нерва слева, хронический умеренный болевой синдром».

Пациенту рекомендована консультация нейрохирурга ГУ «РНПЦ неврологии и нейрохирургии», по результатам которой он был госпитализирован для оперативного лечения. Согласно информации из выписного эпикриза нейрохирургического отделения ГУ «РНПЦ неврологии и нейрохирургии», выполнена костно-пластическая трепанация птериональная слева с частичной резекцией скуловой дуги. Выявлена экстрадуральная опухоль плотной консистенции, в капсуле, обильно кровотоочивая. Опухоль разрушает основание черепа, распространяясь до гайморовой пазухи и в крылонебную ямку. Опухоль при помощи УЗ-аспиратора, коагуляции и микроинструментов удалена. Рассечена твердая мозговая оболочка, пророщенная опухолью и удалена интрадуральная часть опухоли. Опухоль направлена на гистологическое исследование.

В неврологическом статусе при выписке частичный птоз слева, легкий парез левого глазодвигательного нерва. Болевой синдром не беспокоит. Рекомендован МРТ-контроль с контрастным усилением в плановом порядке через 6 месяцев.

Осмотрен повторно, спустя 6 месяцев после оперативного лечения. В неврологическом статусе сохраняется частичный птоз верхнего века слева, гипестезия в области иннервации 2 ветви тройничного нерва слева. Болевой синдром не беспокоит. Данные гистологического исследования на руках отсутствовали, однако со слов пациента, злокачественный характер образования не был подтвержден. По результатам контрольного МРТ головного мозга с контрастным усилением спустя 6 месяцев после оперативного лечения — постоперационные кистозные изменения в височной доле слева.

Выводы

Данный клинический случай демонстрирует необходимость настороженности в отношении хронической атипичной прозопалгии в амбулаторной практике не только врачей-неврологов, но и других специальностей. Своевременная диагностика объемного образования и его оперативное лечение позволили не только избавить пациента от хронического болевого синдрома, но и сохранить ему зрение, учитывая тенденции роста опухоли в сторону задненижних отделов вершины левой орбиты.

ЛИТЕРАТУРА

1. Mchaourab, A. Neural Blockade for Trigeminal Neuralgia / A. Mchaourab, A. I. Kabbara // T. R. Deer (eds.), Treatment of Chronic Pain by Interventional Approaches: the American academy of pain medicine. The book on Patient Management. — 2015. — P. 109–118.

2. Манвелов, Л. С. Тригеминальная невралгия: эпидемиология, этиология, патоморфология, патогенез, клиника, диагностика / Л. С. Манвелов, В. М. Тюрников, А. В. Кадыков // Врач. — 2013. — № 4. — С. 6–8.

УДК 616.728.13/.14-007.17-089

ОБОСНОВАННОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ПРИ ЛИГАМЕНТОЗЕ ЗАДНИХ ДЛИННЫХ КРЕСТЦОВО-ПОДВЗДОШНЫХ СВЯЗОК КРИТЕРИЯ «УВЕЛИЧЕНИЕ ТОЛЩИНЫ»

Назаренко И. В.¹, Бойко М. А.¹, Ачинович С. Л.²

¹Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»,

²Учреждение

«Гомельский областной клинический онкологический диспансер»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Одной из причин возникновения боли внизу спины являются повреждение связок пояснично-крестцового отдела позвоночника — в частности, задних длинных крестцово-подвздошных (ЗДКПС) [1–5].

Методом выбора для диагностики дистрофических изменений ЗДКПС (лигаментоза) является сонография [5]. Сонография в отличие от МРТ, позволяет выявлять не только выраженные, но и умеренно- и даже незначительно выраженные дистрофические изменения [5]. Однако указанный метод малоэффективен у пациентов с высоким (30 и более) индексом массы тела. Причина — невозможность применения высокочастотных датчиков (более 10 МГц) для оценки текстуры связки. Отсюда и необходимость в критерии, позволяющем выявлять дистрофические изменения даже тогда, когда отсутствует возможность оценить текстуру связки. И такой критерий есть (речь идет о критерии «изменение толщины связки»), однако его надежность должна была быть уточнена на морфологическом материале.

Цель

Определить обоснованность применения критерия «увеличение объема связки» для оценки выраженности дистрофических изменений задней длинной крестцово-подвздошной связки.

Материал и методы исследования

Для достижения поставленной цели на первом этапе была выполнена аутопсия фрагментов ЗДКПС (всего 40 связок) от 10 мужчин (средний возраст $65,6 \pm 8,1$ лет) и 10 женщин (средний возраст $54,5 \pm 12,1$ лет). Все образцы ЗДКПС были взяты не позднее 4 часов после констатации биологической смерти. После очистки образцов от жировой ткани были произведены измерения их толщины.

На втором этапе производилось приготовление гистологических препаратов: осуществлялась стандартная процедура парафиновой проводки; срезы толщиной 5 мкм окрашивались гематоксилин-эозином. Кроме того, проводилась ШИК-реакция и окраска по Ван Гизону. Микроскопия гистологических препаратов проводилась в проходящем свете на большом увеличении ($\times 400$). Оценка патогистологических изменений в фрагментах ЗДКПС проводилась в баллах (от 0 до 10 баллов) по следующим критериям: оценка клеток фибробластического дифферона, оценка межучного вещества; оценка коллагеновых волокон; оценка васкуляризации.

Статистический анализ осуществлялся с помощью пакета прикладного программного обеспечения IBM SPSS Statistics, Version 20.

Результаты исследования и их обсуждение

Дистрофические изменения были выявлены во всех образцах ЗДКПС. Выраженность указанных изменений во всех исследованных образцах соответствовала: в возрастном диапазоне 36–45 лет — 6 баллам, 46–60 лет — 7 баллам, 61–74 года — 8 баллов, 75–89 лет — 9 баллам. Таким образом, в исследованных образцах определялись преимущественно возраст-ассоциированные дистрофические изменения. Статистически значимые различия в выраженности дистрофических изменений между контрлатеральными связками отсутствовали.

Корреляционный анализ выявил тесную ассоциацию между показателями шкалы Bonar, и параметрами толщины ЗДКПС: коэффициент корреляции составил $R = 0,8$ ($p = 0,0001$), как для левой, так и для правой ЗДКПС. Столь же высоким был коэффициент корреляции между правой и левой связками ($R = 0,9$, $p = 0,0001$).

Оценка силы взаимосвязи толщины ЗДКПС и показателей индекса массы тела, вопреки ожиданиям, не выявила между ними статистически значимой корреляции. Не было отмечено и статистически значимой корреляции между возрастом и ИМТ.

Одним из типичных проявлений дистрофического процесса в связках является их утолщение. Причиной этого утолщения является невоспалительная клеточная реакция, приводящая к увеличению синтеза так называемых больших протеогликанов и некоторых гликопротеидов, с последующим увеличением количества связанной воды во внеклеточном матриксе. Этим и обусловлена тесная ассоциация параметров толщины ЗДКПС и итоговой оценки выраженности дистрофических изменений по модифицированной шкале Bonar.

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