

Артрозы и лигаментозы позвоночника как причина поясничных болевых синдромов

Гюев П.М., Яковенко И.В.

Российский научно-исследовательский
нейрохирургический институт им. проф. А.Л.Поленова
Санкт-Петербург
Россия
+ 7 812 388-28-44, + 7 911 751-77-30
gioeva_e@mail.ru

Цель исследования – уточнение роли и частоты и особенностей клинического течения неврологических проявлений артрозов и лигаментозов поясничного отдела позвоночника.

Материал и методы. Анализу подверглись результаты комплексного обследования и лечения 346 больных, из которых у 240 (69,4%) в качестве ведущей причины заболевания определили спондилоартроз (или артроз задних межпозвоноковых суставов). В 36 (10,4%) случаях был выявлен междужковый лигаментоз или гипертрофия желтой связки. Межостистый лигаментоз в «чистом» виде имел место у 24 (6,9%) больных. Межпоперечный и поперечно-подвздошный лигаментоз достоверно выявлен у 14 (4,0%) пациентов. Межостистый артроз был выявлен в 6 (1,7) случаях. Крестцово-подвздошный периартроз (сакроилиит) имел место у 26 (7,5%) больных. Основным клиническим проявлением артрозов и лигаментозов были локальные болевые синдромы, в «чистых» наблюдениях не сопровождавшиеся очаговой неврологической симптоматикой, что на этапе первичной диагностики было основным дифференциально – диагностическим критерием. Окончательный диагноз ставился по данным лучевой диагностики, причем в большинстве случаев было достаточно проведения спондилографического исследования. Значительно чаще эти заболевания встречались в сочетании с другой патологией поясничного отдела позвоночника и их проявления были завуалированы основной неврологической симптоматикой. Основной причиной долгого и безуспешного лечения этих пациентов было отсутствие у лечащих врачей знаний о роли и течения этих заболеваний, проявления которых в большинстве случаев приписываются остеохондрозу. Если спондилоартроз, междужковый лигаментоз, межостистый артроз и сакроилиит в основном встречались у лиц старше 50 лет, то межостистый и межпоперечный лигаментоз были уделом пациентов молодого возраста, а причиной их появления было травматическое воздействие на позвоночник. Лечение изолированных артрозов и лигаментозов состояло во внутрисвязочном (либо внутрисуставном введении) нестероидных противовоспалительных препаратов либо кеналога. В последние годы с успехом применяли гомеопатические препараты (дискус – композиту и цель – Т). К химической дерезепции суставов и связок прибегли лишь в 82 случаях, в основном у больных со спондилоартрозом и межпоперечным артрозом.

Результаты и их обсуждение. В анализируемой группе больных, хорошие и отличные результаты лечения, получили у 321 (97,7%), удовлетворительные у 25 (3,3%) пациентов.

Выводы. Заболевания суставно-связочного аппарата позвоночника, следует рассматривать как самостоятельные заболевания, с характерными клиническими проявлениями и специфическими способами лечения.

Електронейроміографічна діагностика дистальної симетричної поліневропатії (ДДСП) у хворих на цукровий діабет з вираженим больовим синдромом

Гриб В.А.

Івано-Франківський національний медичний
університет
Івано-Франківськ
Україна
80342503686
enmg@mail.ru

Мета: вивчити електронейроміографічні (ЕНМГ) характеристики стану периферійних нервів у зіставленні з вираженістю больового синдрому у хворих на цукровий діабет з ДДСП.

Матеріали і методи. Обстежено 116 хворих на ДДСП з різним ступенем виразності больового синдрому. Больовий синдром оцінювали з використанням візуально-аналогової шкали (ВАШ). ЕНМГ діагностику проводили за допомогою апарату «Нейрон-ЕМГ-Микро», розраховували показники швидкості розповсюдження збудження моторними волокнами малоомілкових, великоомілкових та серединних нервів, кінцеву та резидуальну латентність, амплітуду, тривалість і площу потенціалів максимальної М-відповіді на стимуляцію нерва в дистальній і проксимальній точках, амплітуду потенціалу дії та швидкість проведення чутливих волокон; аналізували параметри F-хвилі великоомілкових та серединних нервів: мінімальну латенцію, середню амплітуду та середню швидкість. Статистичну обробку проводили з використанням пакетів прикладних програм для статистичного аналізу «StatSoft/ Statistica 6.0».

Результат ти їх обговорення. Больовий синдром спостерігався у 89 (76,7%) обстежених хворих. Використовували факторний аналіз параметрів ЕНМГ, виділили два фактори – інтегральні показники, які містять 56% сумарної інформації, що враховують характеристики ЕНМГ тестування нервів. За допомогою цих інтегральних показників розподілили хворих за переважним ураженням аксонів в структурі нерва – 57 пацієнтів, мієліну – 39 та 9 хворих з рівномірно зміненими показниками ЕНМГ. Знайдено кореляційний зв'язок між показником ВАШ і стадією ДДСП ($r=-0,34$; $p=0,001$), а також типом ураження нерва ($r=0,48$; $p<0,001$) та інтегральними показниками ($r=0,42$; $p<0,001$; $r=0,48$; $p<0,001$). Больовий синдром частіше спостерігається при ІІА стадії ДДСП у хворих з переважним ураженням мієліну, серед хворих на ІІІ стадію та ІІА стадію з переважанням аксонопатії частіше визначалися негативні симптоми.

Висновки. Отримані два інтегральні показники ЕНМГ тестування периферійних нервів у хворих на ЦД 2 типу, ускладнений ДДСП з вираженим больовим синдромом, дають можливість з більшою вірогідністю оцінити стан ураження структур нервових стовбурів, що сприяє індивідуалізації лікувального комплексу, призначенню адекватної терапії, здійсненню моніторингу функціонального стану периферійної нервової системи.