

Всероссийское общество неврологов

**Х ВСЕРОССИЙСКИЙ
СЪЕЗД НЕВРОЛОГОВ
С МЕЖДУНАРОДНЫМ УЧАСТИЕМ**

МАТЕРИАЛЫ СЪЕЗДА

Нижний Новгород, 2012

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ

ГЛАВНЫЙ РЕДАКТОР Е.И. Гусев

ЧЛЕНЫ РЕДКОЛЛЕГИИ:

Г.Н. Авакян, Т.Т. Батышева, А.Н. Белова, Э.И. Богданов,
А.Н. Бойко, Л.И. Волкова, А.Б. Гехт, В.Л. Голубев, В.Н. Григорьева,
А.В. Густов, Н.Н. Заваденко, В.П. Зыков, Г.А. Иваничев, Г.Е. Иванова,
С.Н. Иллариошкин, В.А. Карлов, О.С. Левин, Я.И. Левин, М.Ю. Мартынов,
М.М. Одинак, А.С. Петрухин, М.А. Пирадов, С.А. Румянцева, В.И. Скворцова,
А.А. Скоромец, Н.Н. Спирин, Л.В. Стаховская, И.Д. Стулин, З.А. Суслина, В.Д. Трошин,
А.И. Федин, Б.Е. Шахов, В.В. Шкарин, В.М. Шкловский, В.В. Шпрах, Н.Н. Яхно

РАСПРЕДЕЛЕНИЕ О ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ГРЫЖ ПОЯСНИЧНЫХ МЕЖПОЗВОНКОВЫХ ДИСКОВ

А.В. Гранатов

Неврологический институт
им. С.П. Боткина

В любом нейрохирургическом отделении России оперативные вмешательства по поводу грыж поясничных межпозвонковых дисков составляют значительную долю и нередко доминируют среди плановых операций. Их количество постоянно возрастает. Например, в Н.Новгороде еще 5-7 лет назад выполнялось около 400 дискэктомий, а в 2010 г. почти в 2 раза больше (770 вмешательств). Это можно объяснить двумя обстоятельствами: увеличением числа больных с осложненными формами остеохондроза и не всегда обоснованным расширением показаний к операции. Серьезных исследований по этим вопросам не проводилось. Поэтому можно предположить, что имеет место и то и другое. Конечно, стали более доступными методы нейровизуализации (МРТ, КТ), однозначно решающие диагностические, но не тактические задачи. Операция по удалению грыж дисков необоснованно считается не сложной, поэтому за нее берутся малоопытные врачи, подчас не имеющие представления обо всем многообразии причин поясничных болей (узость позвоночного канала, нестабильность сегментов, артрозы и артриты и др.). После удаления грыжи диска, как правило, наступает некоторое улучшение, однако дальнейшая судьба больного не известна. Изучение отдаленных результатов, проведенное в нашей клинике, свидетельствует о том, что у 30% оперированных сохраняется болевой синдром. Они вынуждены постоянно лечиться, ограничивается трудоспособность, 5% пациентов повторно оперируются. Для улучшения исходов хирургического лечения грыж поясничных межпозвонковых дисков необходимо: 1. Строже ставить показания к операции, ее должны выполнять специально подготовленные нейрохирурги; 2. До вмешательства выявить все патологические ситуации и причины поясничных болей и предусмотреть по показаниям возможность стабилизирующих операций; 3. Более тесный рабочий контакт невролога и нейрохирурга при решении вопросов показаний и сроков операции, характера вмешательства, последующей реабилитации.

СУСТАВНОЙ БОЛЕВОЙ СИНДРОМ ПРИ ПОРАЖЕНИИ ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ

Ф.А. Хабиров, Р.З. Абашеев,
Е.В. Гранатов, Э.Ф. Рахматуллина

КАЗАНСКАЯ ГОСУДАРСТВЕННАЯ
МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ, КАЗАНЬ

Введение. Суставной болевой синдром (СБС) — распространенное клиническое проявление поражения корешков, сплетений и нервов конечностей, обусловлен-

ное склеротомным распределением невропатических чувствительных нарушений, симпатической дистрофией периартикулярных тканей и артропатией. Тем не менее, спектр заболеваний, клинически сочетающихся с СБС, недостаточно изучен.

Методы и материалы. Проведено клинко-инструментальное исследование 48 пациентов с наличием жалоб на боль в области плечевого (I группа, n=26) и тазобедренного сустава (II группа, n=22), а также клиническими признаками поражения периферической нервной системы (ПНС). Пациентам проводили неврологическое исследование, стимуляционную и игольчатую электромиографию, рентгенографию суставов в стандартных проекциях, компьютерную томографию (КТ) позвоночника, рутинные клинические анализы крови и мочи.

Результаты. В I группе СБС сочетался с комплексным регионарным болевым синдромом пояса верхней конечности I типа (n=13), плечевой плексопатией (n=7), невралгической амиотрофией (n=4), радикулопатией C₅ (n=2). Во II группе суставной синдром сочетался с вертеброгенными радикулопатиями L₅-S₁ (n=8), седалищной невропатией (n=6), бедренной невропатией (n=4), пояснично-крестцовой плексопатией (n=2). У 2 пациентов из II группы, хотя и имелась радикулопатия S₁, но СБС был вызван серонегативным реактивным артритом тазобедренного сустава (СОЭ>40 мм/ч, СРБ>5 мг/л). У 2 пациентов с плечевой плексопатией по данным КТ выявлено объемное образование в области верхушки легкого. У 1 пациента с пояснично-крестцовой плексопатией по данным КТ выявлено объемное образование забрюшинного пространства.

Заключение. Уточнен спектр заболеваний ПНС, сопровождающиеся СБС в области плечевого и тазобедренного суставов. Кроме вертеброгенного поражения ПНС, необходимо учитывать возникновение СБС вследствие воспалительного поражения суставов. Особого внимания заслуживают поражение плечевого и пояснично-крестцовых сплетений, которое не редко вызвано объемными процессами. Таким образом, с целью определения этиологии болевого синдрома в области плечевого и тазобедренного суставов при поражении ПНС требуется проведение углубленной дифференциальной диагностики, для чего целесообразна разработка комплексных диагностических алгоритмов.

АРТРОПАТИИ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ ПРИ ВЕРТЕБРОГЕННОЙ ПАТОЛОГИИ

Ф.А. Хабиров, Э.Ф. Рахматуллина,
Е.В. Гранатов, Р.З. Абашеев

Неврологический институт
им. С.П. Боткина

Введение. Патология поясничного отдела позвоночника способствует формированию миоадаптивных синдромов. Наиболее изучен в этом отношении мышечный болевой синдром. Вместе с тем возможно формирование экстравертебральных проявлений в периартикулярных тканях нижних конечностей, сопровождающихся болью