

Наиболее существенное отличие вариантов — наличие или отсутствие элемента свободного края ноздри. Восстановление этой структуры является наиболее сложным в техническом отношении, так как требуется смоделировать рельеф и толщину, создать ровный контур, при этом избежать критической ишемии тканей. Порой при замещении незамкнутого дефекта приходится прибегать к формированию пластического материала избыточного размера, уповая на последующую хирургическую редукцию и ремоделирование в один или несколько этапов. Кроме того, замкнутый дефект можно устранять лоскутом с односторонней (только наружной) эпителиальной выстилкой. Рана со стороны преддверия заживает вторичным натяжением. Замкнутый контур дефекта образует при этом своего рода каркас, предупреждающий развитие деформации при формировании рубца. При восстановлении незамкнутого дефекта риск контрактуры или пролапса крыла носа выше. В нашем материале среди 20 сквозных дефектов присутствуют 8 замкнутых и 12 незамкнутых, соответственно, 40 и 60 %. Число наблюдений не является достаточным для полноценного сравнения. Однако следует отметить, что после ПЗД замкнутой формы ни разу не наблюдалось деформации крыла носа, а при устранении незамкнутых изъянов это осложнение развилось у 6 из 12 пациентов. Мы считаем приведенные аргументы достаточными для дифференциации сквозных дефектов носа на замкнутые и незамкнутые.

Выделение упомянутых дефектов используется при хирургическом лечении опухолей кожи в ГОКОД. Возможная область применения — ПЗД после травматических повреждений носа.

Заключение

Среди дефектов НН с утратой хряща можно выделить сквозные и «двухслойные» с утратой наружной кожи и хряща, сквозные замкнутые и незамкнутые. Это определяет методику и технику ПЗД и прогнозируемый риск специфических осложнений.

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

1. Singh, D. J. Aesthetic Considerations in Nasal Reconstruction and the Role of Modified Nasal Subunits / D. J. Singh, S. P. Bartlett. — *Plast and ReconstrSurg.* — 2003. — № 2. — P. 639–648.
2. Shaye, D. A. Advances in Nasal Reconstruction / D. A. Shaye, J. M. Sykes, Ji-Eon Kim. — *Current Opinion in Otolaryngology & Head and Neck Surgery.* — 2011. — № 19. — P. 251–256.
3. Thornton, J. F. Nasal Reconstruction: An Overview and Nuances / J. F. Thornton, J. R. Griffin, F. C. Constantine. — *Semin-PlastSurg.* — 2008. — № 22. — P. 257–268.
4. Park, S. S. Nasal Reconstruction in the 21st Century — A Contemporary Review / S. S. Park. — *Clinical and Experimental Otorhinolaryngology.* — 2008. — № 1. — P. 1–9.
5. Clinical Outcome of Cutaneous Flaps Versus Full-Thickness Skin Grafts After Mohs Surgery on the Nose / M. A. Jacobs [et al.]. — *DermatolSurg.* — 2010. — № 36. — P. 23–30.
6. Jewett, B. S. Repair of Small Nasal Defects / B. S. Jewett. — *Facial PlastSurgClin N Am.* — 2005. — № 13. — P. 283–299.
7. Weerda, H. Reconstructive Facial Plastic Surgery: A Problem-Solving Manual / H. Weerda. — Germany: Thieme, 2001. — P. 26–27.
8. Giele, H. Oxford Specialist Handbook in Surgery: Plastic and reconstructive surgery / G. Henk, O. Cassel. — England: Oxford University Press, 2008. — P. 305–339.
9. Singh, D. Nasal Reconstruction: Aesthetic and Functional Considerations for Alar Defects / D. J. Singh, S. P. Bartlett. — *Facial Plastic Surgery*, 2003. — Vol. 19, № 1. — P. 19–27.
10. Skin Cancer of the nose: Options for Reconstruction / C. C. Conte [et al.] // *Journal of Surgical Oncology.* — 1988. — № 38. — P. 1–7.

Поступила 23.02.2015

УДК 616.711.6-007.43-08-036.22

ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ И КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ОДНОУРОВНЕВЫХ ГРЫЖ ПОЯСНИЧНЫХ МЕЖПОЗВОНКОВЫХ ДИСКОВ

М. В. Олизарович, В. Я. Латышева

Гомельский государственный медицинский университет

Цель: анализ эпидемиологических данных и неврологических нарушений при одноуровневых грыжах поясничных межпозвонковых дисков (МПД) без сопутствующих факторов компрессии корешка.

Материал и методы. Проведен опрос, изучена медицинская документация и протоколы томографических исследований 150 пациентов с одноуровневой грыжей поясничных МПД, оперированных в нейрохирургическом отделении учреждения «Гомельская областная клиническая больница» в 2011–2012 гг.

Заключение. Среди пациентов с одноуровневой грыжей поясничных МПД незначительно преобладали мужчины (78 человек — 52,0 %). Двигательный дефицит отмечался у 10,0 % пациентов. Превалировал парез сгибателей стопы (6,0 %). Нарушение функции тазовых органов было редким неврологическим расстройством (2,0 %).

Ключевые слова: грыжа межпозвонкового диска, поясничная радикулопатия.

EPIDEMIOLOGICAL AND CLINICAL CHARACTERISTICS OF A SINGLE-LEVEL LUMBAR INTERVERTEBRAL DISC HERNIATION

M. V. Olizarovich, V. Ya. Latysheva

Gomel State Medical University

The aim of this study was to analyze epidemiological data and neurological disorders in single-level lumbar intervertebral disc herniation without confounding factors of root compression.

Material and methods. 150 patients with single-level lumbar intervertebral disc herniation operated in the Neurosurgical Department of Gomel Regional Clinical Hospital over 2011–2012 were interviewed, and their medical records and protocols of tomographic studies were studied.

Conclusion. The patients with single-level lumbar intervertebral disc herniation males were mostly men (78 people — 52.0 %). 10.0 % of the patients detected motor deficits. Of them, paresis of the flexor muscles of the foot prevailed (6.0 %). Impaired function of pelvic organs was a rare neurological disorder (2.0 %).

Key words: intervertebral disc herniation, lumbar radiculopathy.

Введение

Изучение эпидемиологии грыж поясничных МПД позволило ряду авторов установить зависимость их формирования от пола и возраста, при этом признается связь с возрастом в развитии и их формировании при остеохондрозе позвоночника [1, 2]. Анализ результатов магнитно-резонансной томографии (МРТ) поясничного отдела позвоночника выявил снижение интенсивности сигнала от диска с увеличением возраста, что свидетельствует о дегенерации пульпозного ядра [3]. При этом показано, что дистрофические изменения в дисках могут определяться даже в возрасте от 3 до 10 лет [4].

Установлены гендерные зависимости при остеохондрозе позвоночника. При анализе 600 протоколов аутопсий обнаружено, что дегенеративные изменения МПД у мужчин определялись в более раннем возрасте и были более выражены по сравнению с таковыми у женщин [5].

На фоне остеохондроза позвоночника чаще всего грыжа на поясничном уровне формируется в возрастной группе 41–50 лет, что обусловлено влиянием биологических свойств диска в этом возрасте [6].

Таким образом, изучение особенностей эпидемиологии и клинической картины дискогенных поясничных радикулопатий позволит проводить, в том числе, и хирургическое лечение пациента с учетом гендерного и возрастного факторов.

Цель исследования

Анализ эпидемиологических данных и неврологических нарушений при одноуровневых грыжах поясничных МПД без сопутствующих факторов компрессии корешка.

Материалы и методы

Методика исследования включала опрос пациентов и оценку клинических данных с

учетом результатов нейровизуализации поясничного отдела позвоночника при компьютерной рентгеновской томографии (КТ) и МРТ.

Объектом исследования была группа пациентов с диагностированной одноуровневой грыжей МПД без сопутствующих иных факторов компрессии спинномозгового корешка на поясничном уровне.

Проведен опрос, изучена медицинская документация и протоколы томографических исследований 150 пациентов, лечившихся в нейрохирургическом отделении учреждения «Гомельская областная клиническая больница» в 2011–2012 гг.

Проанализированы следующие показатели: поло-возрастная структура пациентов, социальный статус, тип физической нагрузки и особенности неврологического статуса.

Статистическая обработка результатов исследования проводилась с использованием статистической компьютерной программы «Statistica», 11.0 («StatSoft», США). Данные обрабатывались с помощью непараметрических методов исследования. Для сравнения показателей использовали критерий Манна-Уитни. Различия показателей считались статистически значимыми при $p < 0,05$. Учитывались также абсолютные числа и относительные величины в процентах.

Результаты и обсуждение

Эпидемиология исследованной группы

Полученные нами данные по поло-возрастному составу представлены в таблице 1.

Как следует из данных таблицы 1, среди пациентов обследованной группы с грыжей поясничных межпозвоночных дисков преобладали мужчины — 78 (52,0 %) человек (чел.), преимущественно лица трудоспособного возраста — от 30 до 59 лет (134 чел. — 89,3 %).

Таблица 1 — Распределение пациентов по возрасту и полу

Возраст, лет	Количество пациентов, n = 150	%	Пол			
			женский	%	мужской	%
20–29	8	5,3	3	2,0	5	3,3
30–39	47	31,3	24	16,0	23	15,3
40–49	45	30,1	25	16,7	20	13,3
50–59	42	28,0	16	10,6	26	17,3
60 и старше	8	5,3	4	2,7	4	2,7
Всего	150	100,0	72	48,0	78	52,0

У пациентов в анамнезе установлены заболевания: желудочно-кишечного тракта (19 случаев — 12,7 %), сердечно-сосудистой системы (14 — 9,3 %), женских половых органов (4 — 2,7 %), опорно-двигательного аппарата, почек, нервной системы и органов чувств (по 2 чел. — 1,3 %), органов дыхания и эндокринопатии (по 1 случаю — 0,6 %).

Городских пациентов было больше (114 чел. — 76,0 %), чем сельских (36 чел. — 24,0 %), $p < 0,05$.

При анализе характера трудовой деятельности выявлено, что преимущественно интеллектуальная и «сидячая» работа была у 44 (29,3 %) чел., тяжелым физическим трудом в обследованной группе занимались 40 (26,7 %), легким и умеренным физическим трудом — 49 (32,7 %) пациентов, не работали (на пенсии или безработные) — 17 (11,3 %) чел.

В данной группе 71 (47,3 %) пациент поступил в стационар с открытым листком нетрудоспособности, у 9 (6,0 %) чел. непрерывный срок временной нетрудоспособности превышал 2 мес., что свидетельствовало о значительных трудовопотерях среди работающих.

Анализ клинических данных

В данной группе пациентов болевые ощущения в поясничном отделе позвоночника беспокоили 149 (99,3 %) чел., при этом на постоянный характер боли указали 65 (43,3 %) обследованных. Непостоянные боли, возникающие преимущественно при физической нагрузке, отмечали 34 (22,7 %) чел., только при сидении — 18 (12,0 %), при ходьбе — 29 (19,3 %), в положении лежа — 4 (2,7 %) пациента. У некоторых обследо-

ванных усугубление болевого синдрома было обусловлено воздействием всех этих факторов, но, при этом, боль не носила постоянный характер.

На боли в одной конечности указали 144 (96,0 %) чел., у 6 (4,0 %) — болевые ощущения были в обеих нижних конечностях. На постоянный характер боли в ногах указали 112 (74,7 %) чел. Непостоянные корешковые боли, возникающие преимущественно при ходьбе, отмечали 27 (18,0 %) чел., при сидении — 10 (6,7 %), возникающие только при физической нагрузке, беспокоили 1 (0,6 %) чел.

Характер болевых ощущений в нижней конечности был следующим: тянущие — у 62 (41,3 %) обследованных, ноющие — у 59 (39,3 %), стреляющие — у 36 (24,0 %), жгучие — у 12 (8,3 %), колющие, сжимающие, соответственно, у 10 (6,7 %) чел., крутящие — 9 (6,0 %) чел., режущие — у 6 (4,0 %). Боль усиливалась при кашле и чихании у 70 (46,7 %) чел. У некоторых пациентов различные типы болей сочетались.

Длительность болевого синдрома в поясничном отделе позвоночника до операции представлена в таблице 2.

При анализе установлено преобладание пациентов со сроком болей в поясничном отделе позвоночника до операции от 6 мес. до 1 года (40 чел. — 26,7 %), $p < 0,05$.

Показатели длительности болевого синдрома с иррадиацией в ногу у обследованных пациентов представлены в таблице 3.

Данные таблицы 3 свидетельствуют о преобладании пациентов со сроком корешковых болей до операции от 1 до 3 мес. (59 чел. — 39,3 %), $p < 0,05$.

Таблица 2 — Длительность болей в поясничном отделе позвоночника

Число пациентов	Длительность поясничных болей до операции					
	3–6 мес.	6 мес.–1 год	1–3 года	3–5 лет	5–10 лет	более 10 лет
150 чел.	22	40	31	28	16	13
100 %	14,7	26,7	20,6	18,7	10,7	8,6

Таблица 3 — Длительность болей, иррадиирующих в ногу, до операции

Число пациентов	Длительность корешковых болей до операции							
	до 1 мес.	1–3 мес.	3–6 мес.	6 мес.–1 год	1–3 года	3–5 лет	5–10 лет	более 10 лет
150 вел.	21	59	32	16	10	6	3	3
100 %	14,0	39,3	21,3	10,7	6,7	4,0	2,0	2,0

Клинические маркеры болевого синдрома

Объективным фактором оценки болевого синдрома в нижней конечности у данной категории пациентов выступали симптомы натяжения и как наиболее показательный — симптом Ласега. Частота его встречаемости в зависимости от степени выраженности составила: слабо выраженный — 2 чел. (1,3 %), умеренно выраженный — 116 чел. (77,4 %), резко выраженный — 12 чел. (8,0 %).

Отсутствовал симптом Ласега в незначительном числе случаев — у 2 (1,3 %) чел., что, по-видимому, обусловлено особенностью расположения нервного корешка в зоне дискордикулярного конфликта.

Характеристика неврологических расстройств

Диагноз устанавливали согласно классификации, разработанной в Белорусском НИИ неврологии, нейрохирургии и физиотерапии с учетом статистической классификации МКБ 10-го пересмотра [7].

Наиболее значимым неврологическим расстройством было снижение силы в различных мышечных группах на нижней конечности, что отражало степень компрессии корешка выпавшим пульпозным ядром и факт вовлечения в дискорадикулярный конфликт одной из корешковых артерий. Величина и особенности зоны кровоснабжения данной артерии обуславливали степень и распространенность поражения мышц.

Основные проявления нарушений локомоторной функции представлены на рисунке 1.

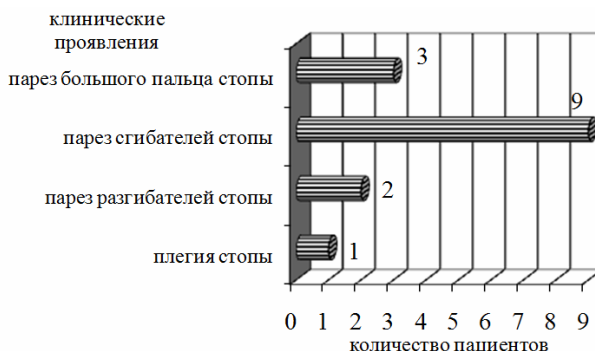


Рисунок 1 — Клинические проявления двигательных нарушений

Согласно полученным данным, при грыже поясничных МПД двигательный дефицит отмечался у 15 (10,0 %) пациентов. Наиболее часто диагностирован парез сгибателей стопы (9 чел. — 6,0 %). В подавляющем большинстве случаев снижение мышечной силы ног не установлено (135 чел. — 90,0 %). Поражение сгибателей стопы превалировало над разгибателями (9 случаев против 2), $p < 0,05$.

Нами оценена зависимость развития мышечной слабости от локализации грыжевого выпячивания, что представлено в таблице 4.

Таблица 4 — Слабость мышечных групп в зависимости от уровня выпадения грыжи МПД

Уровень	Слабость мышечной группы					
	разгибатели стопы		сгибатели стопы		мышцы большого пальца стопы	
	n	%	n	%	n	%
L _{IV} -L _V	0	0	8	88,9	2	66,6
L _V -S _I	3	100	1	11,1	1	33,3
Всего	3	100	9	100	3	100

Следует отметить, что все случаи (3 чел.) пареза разгибателей стопы определялись при грыже на уровне L_V-S_I. Установлено значимое превалирование локализации грыжи на уровне L_{IV}-L_V при клинической картине пареза сгибателей стопы (8 чел. — 88,9 %), $p < 0,05$.

Оценка функции тазовых органов проведена нами по нарушению мочеиспускания как наиболее чувствительного и достоверного симптома тазовых нарушений. Задержка мочи определялась в тех случаях, когда пациент не мог помочиться без катетера. Учащение фиксировали при частоте актов мочеиспускания более 6 раз в сутки.

В исследованной группе отмечены 2 случая (1,3 %) учащенного мочеиспускания у женщин при грыже на уровне L_{II}-L_{III} и L_V-S_I. Диагностирован один случай (0,6 %) задержки мочи у мужчины в возрасте 50 лет со срединно-боковой грыжей межпозвоночного диска L_{IV}-L_V слева.

Нарушение болевой чувствительности определяли по изменению восприятия укола. В данной группе гипалгезия и анальгезия выявлялась у 89 (59,3 %) пациентов, гипералгезия — у 3 (2,0 %), у 58 (38,7 %) чел. чувствительность была сохранена.

Рефлекторная сфера изучена по изменению коленного и ахиллового рефлексов. В контрольной группе снижение рефлексов было у 99 (66,0 %) чел., арефлексия — у 6 (4,0 %), повышение — у 8 (5,3 %) пациентов.

В исследованной группе диагностированы: дискогенная радикулопатия L₃ — 2 (1,3 %) случая, дискогенная радикулопатия L₄ — 29 (19,3 %), радикулопатия L₅ — 49 (32,7 %), S₁ — 51 (34,1 %) случаев, односторонняя бирадикулопатия L₄,L₅ — у 2 (1,3 %) пациентов, односторонняя бирадикулопатия L₅,S₁ — у 3 (2,0 %), двусторонняя радикулопатия S₁ — в 2 (1,3 %) случаях, радикулоишемия L₄-L₅ — в 9 (6,0 %), радикулоишемия L₅-S₁ — в 3 (2,0 %) случаях.

Характеристика данных, полученных при КТ и МРТ пояснично-крестцового отдела позвоночника

Оценку уровня поражения поясничного отдела позвоночника проводили по данным КТ и МРТ пояснично-крестцового отдела позвоночника.

Локализация позвоночно-двигательного сегмента, подвергавшегося оперативному лечению, представлена в таблице 5.

Таблица 5 — Уровни хирургического вмешательства у пациентов

Локализация процесса	Число случаев	
	n	%
L _{II} -L _{III}	1	0,6
L _{III} -L _{IV}	2	1,3
L _{IV} -L _V	69	46,1
L _V -S _I	74	49,3
L _V -L _{VI}	4	2,7
Всего	150	100

Как следует из данных таблицы, наиболее часто поражение межпозвоночного диска встречалось на уровне L_V-S_I (74 чел. — 49,3 %). Редким оказалось поражение диска на уровне L_{II}-L_{III} (1 чел. — 0,6 %).

Выводы

1. Среди пациентов обследованной группы преобладали мужчины (78 человек — 52,0 %). По возрасту — лица трудоспособного возраста от 30 до 59 лет (134 чел. — 89,3 %).

2. Выраженность симптома натяжения (Ласега) как маркера корешкового болевого синдрома и степени компрессии корешка в 77,4 % была умеренной.

3. Установлено преобладание пациентов со сроком корешковых болей до операции от 1 до 3 мес (39,3 %).

4. Двигательный дефицит отмечался у обследованных в 10,0 % случаев, парез сгибателей стопы — в 6,0 %.

5. Выявлено значимое превалирование локализации грыжи на уровне L_{IV}-L_V при клинической картине пареза сгибателей стопы (88,9 %).

6. Нарушение функции тазовых органов при одноуровневой грыже поясничного межпозвоночного диска было редким неврологическим расстройством (2,0 %).

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

1. Маркин, С. П. Современный взгляд на проблему боли в позвоночнике / С. П. Маркин // Рос. мед. журн. — 2009. — № 11. — С. 15–19.
2. Парфенов, В. А. Диагноз и лечение при острых болях в нижней части спины / В. А. Парфенов // Рос. мед. журн. — 2007. — № 4. — С. 17–21.
3. Battie, M. C. Lumbar disc degeneration: epidemiology and genetic influences / M. C. Battie, T. Videman, E. Parent // Spine. — 2004. — № 29. — P. 2679–2690.
4. Boos, N. Classification of age-related changes in lumbar intervertebral discs / N. Boos [et al.] // Spine. — 2002. — № 27. — P. 631–2644.
5. Miller, J. A. Lumbar disc degeneration: correlation with age, sex, and spine level in 600 autopsy specimens / J. A. Miller, C. Schmatz, A. B. Schultz // Spine. — 1988. — № 13. — С. 173–178.
6. Кушнирук, П. И. Клинико-эпидемиологический анализ группы пациентов с хирургически верифицированными грыжами межпозвоночных дисков на поясничном уровне / П. И. Кушнирук, В. Г. Медведев, В. Ю. Тихаев // Журн. «Вопр. нейрохир. им. Н. Н. Бурденко». — 2011. — № 1. — С. 34–37.
7. Антонов, И. П. Классификация заболеваний периферической нервной системы / И. П. Антонов // Журн. неврол. и психиатр. им. Корсакова. — 1985. — № 4. — С. 481–487.

Поступила 16.02.2015

УДК 616-053.3:577.175.52

«КАТЕХОЛАМИНОВЫЙ ВСПЛЕСК» И ЕГО ЗНАЧЕНИЕ ДЛЯ НОВОРОЖДЕННЫХ

Л. Н. Шейбак

Гродненский государственный медицинский университет

Приведены результаты собственных исследований сыворотки пуповинной крови по обеспеченности предшественниками и метаболитами катехоламинов у доношенных и недоношенных новорожденных детей, а также в зависимости от способа родоразрешения и использования амниотомии. Показано, что контроль содержания ароматических аминокислот фенилаланина и тирозина, а также метаболитов катехоламинов в сыворотке крови позволяет прогнозировать и своевременно назначать кардиотоническую терапию.

Ключевые слова: катехоламины, новорожденный, пуповинная кровь.

«CATECHOLAMINE SPLASH» AND ITS SIGNIFICANCE FOR NEWBORNS

L. N. Sheybak

Grodno State Medical University

The article presents the results of our own study on provision of cord blood serum with precursors and metabolites of catecholamines in term and preterm newborns, and depending on the way of delivery and the use of amniotomy. It has been shown that monitoring over the content of aromatic amino acids of phenylalanine and tyrosine, and also catecholamine metabolites in the blood serum makes it possible to predict and promptly prescribe cardiotonic therapy.

Key words: catecholamines, newborn, umbilical cord blood.