

пациентов данный характер боли не был диагностирован при рутинном неврологическом осмотре. У 4 (33,3%) из 12 пациентов с диагнозом «радикулопатия» по результатам тестирования наличие нейропатического компонента маловероятно. Из 60 обследованных пациентов по данным опросника Pain Detect у 37 (61,6%) определялся нейропатический компонент боли. При тестировании 37 пациентов тревожно-депрессивные расстройства выявлены у 23 (62,1%). При отсутствии нейропатической боли отклонения по шкале HADS выявлялись значительно реже – у 7 (30,4%) пациентов из 23 ($p=0,03$). При выставленном диагнозе «радикулопатия» у 8 (66,6%) диагностированы отклонения в HADS, у пациентов с люмбагией и люмбоишиалгией в 22 (45,8%) случаях ($p=0,33$). При анализе результатов тестирования по шкале Роланда Морриса значимые различия выявлены при сопоставлении данных пациентов с люмбагией и люмбоишиалгией ($p=0,02$). У пациентов с диагностированным нейропатическим компонентом боли, значимые изменения жизнедеятельности выявлены у 20 (54%), при отсутствии нейропатического компонента – только у 4 (17,4%), ($p=0,01$).

Таким образом, использование комбинированного валидного опросника, значительно повышает качество диагностических мероприятий и уточняет характеристики болевого синдрома. Включение в алгоритм диагностики шкал и опросников по выявлению нейропатического компонента боли, тревожно-депрессивных расстройств и степени ограничения жизнедеятельности приводит к существенному увеличению эффективности проводимых лечебных мероприятий, основанных на комплексной оценке болевого синдрома.

Гаманович А.И.¹, Якимович А.П.²

¹ Гродненский государственный медицинский университет, Гродно, Беларусь

² 3-я городская клиническая больница, Гродно, Беларусь

ЭХОГРАФИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ СИНДРОМА КАРПАЛЬНОГО КАНАЛА

Актуальность. Жалобы на боли и онемения кистей рук зачастую ошибочно интерпретируются как проявления шейного остеохондроза, вегетососудистой дистонии, ревматоидных заболеваний суставов и т.д.

Однако наиболее частая причина таких жалоб – туннельная невропатия срединного нерва в области запястного канала. Данная патология обусловлена генетической предрасположенностью, особенностями строения карпальных каналов, профессиональной деятельностью пациента, не маловажную роль играют коморбидные состояния – эндокринная и ревматологическая патологии. Уровень заболеваемости в общей популяции достигает 3%, среди работников ручного труда до 15%. Наряду с электронейромиографией эффективным методом диагностики синдрома карпального канала является эхография. Разработка четких эхоскопических ориентиров, выявление индивидуальных особенностей строения и патологических изменений позволят повысить качество диагностики и лечебных, в том числе малоинвазивных мероприятий.

Цель. Установить эхографические особенности срединного нерва и поперечной связки у пациентов с синдромом карпального канала.

Методы исследования. Обследовано 13 пациентов с синдромом карпального канала. Из них 9 женщин и 4 мужчины. Возраст – от 39 до 66 лет, медиана (Ме) 51 год. Синдром карпального канала у 11 человек 84% был двусторонним, у 2 (16%) односторонним. Объектом ультразвукового исследования были срединные нервы в области запястья и поперечная связка запястья. Изучалась площадь поперечного сечения срединного нерва (ППС) в проекции входа в карпальный канал (ППСк) и на уровне запястья (ППСз), по данным публикаций величина в норме не превышает 11 мм². Исследовалась толщина срединной связки – в норме не превышает 1,2 мм. В норме здоровый нерв имеет четкую гетерогенную фасцикулярную дифференцировку, четкий контур, среднюю степень эхогенности. Использовали обзорное, прицельное, непрерывное сканирование и динамические исследования в поперечной и продольной проекции. Измерение количественных параметров проводили в поперечной проекции.

Результаты и их обсуждение. Получены следующие количественные параметры срединных нервов и толщины срединной связки у пациентов с карпальным туннельным синдромом. Ме размера ППСк справа составила 16 мм² [11; 20], Ме ППСз справа 12 мм² [10; 13]. Ме размера ППСк слева 14 мм² [13; 15], Ме ППСз слева 11 мм² [9; 12]. Толщина срединной связки справа Ме 1,6 мм [1,4; 1,9], слева Ме 1,5 мм

[1,2; 1,8]. При сопоставлении полученных данных ППСз и ППСк справа $p=0,003$. Отношение размеров слева ППСз и ППСк $p=0,002$ получены статистически значимые различия. При сопоставлении данных размеров в аналогичных анатомических ориентирах ППСз левый и ППСз правый $p=0,4$, ППСк левый и ППСк правый $p=0,16$, статистически значимых различий не выявлено. Полученные данные измерения толщины срединной связки с обеих сторон превышают показатели нормальных величин на 0,3–0,4 мм. Статистически значимых различий между показателями толщины срединной связки справа и слева не получено $p=0,6$.

Таким образом, полученные данные площади сечения срединного нерва в области карпального канала и толщины срединной связки могут быть важными дополнительными критериями в постановке топического диагноза поражения срединного нерва, а также ориентиром для проведения инвазивных лечебных мероприятий (блокад и гидродиссекций) под эндоскопической навигацией.

Ганчар Е.П., Гутикова Л.В.

Гродненский государственный медицинский университет, Гродно, Беларусь

МОЛЕКУЛЯРНЫЕ ПРЕДИКТОРЫ ПРЕЭКЛАМПСИИ

Актуальность. Преэклампсия (ПЭ) – одна из наиболее сложных и актуальных проблем акушерства. Частота данного осложнения беременности составляет 1,3% – 6,7% и остается одной из ведущих причин материнской и перинатальной заболеваемости и смертности во всем мире. Заболеваемости новорожденных на фоне ПЭ колеблется от 64% до 78%, а перинатальная смертность составляет 18-30%. В странах СНГ в структуре материнской смертности ПЭ занимает третье место после экстрагенитальных заболеваний и кровотечений.

Цель. На основании анализа метаболомного профиля аминокислотного обмена у беременных в 1-м триместре создать прогностическую модель ПЭ.

Материалы и методы. С целью создания прогностической модели ПЭ на 1-м этапе был произведен забор плазмы крови у 318 женщин