

На правах рукописи

ТОКАЕВА
САБИНА САЙГИДОВНА

НЕВРОЛОГИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ И СОСТОЯНИЕ
ЖИЗНЕДЕЯТЕЛЬНОСТИ БОЛЬНЫХ
ПРИ ОСТЕОПОРОЗЕ ПОЗВОНОЧНИКА

14.01.11 – нервные болезни

АВТОРЕФЕРАТ
диссертации на соискание ученой степени
кандидата медицинских наук

Санкт-Петербург

2017

Работа выполнена в ФГБУ ДПО «Санкт-Петербургский институт усовершенствования врачей-экспертов» Минтруда России на кафедре неврологии, медико-социальной экспертизы и реабилитации

Научный руководитель: доктор медицинских наук, профессор
Помников Виктор Григорьевич

Официальные оппоненты: Скоромец Александр Анисимович, академик,
доктор медицинских наук, профессор,
зав. кафедрой неврологии ФГБОУВО
«Первый Санкт-Петербургский государственный
Медицинский университет им. академика И.П.
Павлова» МЗ РФ

Жулёв Николай Михайлович, доктор медицинских наук, профессор, заслуженный врач РФ,
профессор кафедры неврологии имени академика
С.Н. Давиденкова ФГБОУВО «Северо-Западный
государственный медицинский университет имени
И.И. Мечникова» МЗ РФ

Ведущая организация: ФГБВОУ ВО «Военно-медицинская академия
имени С.М. Кирова» МО РФ

Защита состоится «_____» _____ 2017 г. в _____ час. на заседании диссертационного совета Д 208.054.02 при ФГБУ «Северо-Западный федеральный медицинский исследовательский центр им. В.А. Алмазова» Минздрава РФ (191014, г. Санкт-Петербург, ул. Маяковского, 12)

С диссертацией можно ознакомиться в научной библиотеке Российского нейрохирургического института им. проф. А.Л. Поленова

Автореферат разослан «_____» _____ 2017 г.

Ученый секретарь диссертационного совета
доктор медицинских наук, профессор Иванова Наталия Евгеньевна

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Актуальность исследования

Последние четыре десятилетия в странах с социально ориентированной экономикой значительное внимание уделяется проблеме остеопороза (ОС). Это связано как с увеличением продолжительности жизни населения (заболевание наиболее часто выявляется в средней и старшей возрастных группах), так и в связи с достаточно широким, длительным применением при целом ряде заболеваний гормональных препаратов, которые способствуют возникновению ОС. Результатом ОС, который встречается у каждой 3-4-ой женщины старше 45 лет, является повышенная ломкость костей. Полностью излечивается только 25% больных с переломами шейки бедра, 50% остаются нетрудоспособными, в 25% случаев исход летальный (Бочкова О.П., 1997; Беневоленская Л.И., 1998; Ершова О.Б., Белова К.Ю., 2009; Аметов А.С., Доскина Е.В., 2011; Скрипникова И.А., Явися А.М., 2011; Лесняк О.М., Торопцева Н.В., 2014; Лесняк О.М., 2016).

Остеопороз является заболеванием скелета, для которого характерно снижение прочности костной ткани и повышение риска переломов (Ригз Б.Л., Мелтон Л.Дж., 2000; Лесняк О.М., Беневоленская Л.И., 2009; Лесняк О.М., 2016). В России ОС больны 14 млн. человек, что составляет 10% населения, в то же время у 20 млн. диагностирована остеопения (15%) (сайт <http>). Популяционные исследования, проведенные российскими учёными, демонстрируют, что ОС страдают 33,8% женщин и 26,9% мужчин старше 50 лет (Аметов А.С., Доскина Е.В., 2011). Статистика развития осложнений ОС удручающая. В течение 60 секунд в мире происходит 7 переломов позвонков и каждые 5 минут – 5 переломов шейки бедра (Михайлов Е.Е., Мылов Н.М., 2003; Шварц Г.Я., 2008; Аметов А.С., Доскин Е.В., 2011; Скрипникова И.А., Явися А.М., 2011; Courlay M.L. et al., 2016).

В России эти проблемы уже приобрели социальную значимость, но в силу экономических причин российские медики пока делают только первые шаги в данном направлении.

В настоящее время основное внимание в нашей стране уделяется постменопаузальному ОС, по поводу которого проведен ряд конференций и совещаний (Бочкова О.П. 1997; Беневоленская Л.И., 1998; Благосклонная Я.В. и соавт., 2010; Маличенко С.Б. и соавт., 2012; Батудаева Т.И., Спасова Т.Е., 2015; Захаров И.Г., 2016; Захаров И.Г. и соавт., 2016).

Клинические проявления заболевания у пожилых женщин выражаются чаще всего болями, которые усиливаются при нагрузке, в поясничном и грудном отделах позвоночника, в суставах; деформацией фигуры (сутулость, уменьшение роста), чувством тяжести между лопатками, усталостью спины, повышенной утомляемостью, нарушением походки, хромотой; развитием явлений пародонтоза. В последние годы ОС встречается в молодом возрасте, что обусловлено наличием факторов риска. К ним относят генетические и антропометрические особенности (женщины хрупкого телосложения в большей степени подвержены этому заболеванию, чаще болеют представители белой расы); характер питания (дефицит кальция в пище); сниженная физическая активность; нарушения менструального цикла; раннее наступление менопаузы; избыточное потребление кофе, алкоголя; вредные привычки (курение), эндокринные заболевания (тиреотоксикоз, гиперпаратиреоз), длительное применение глюкокортикоидов, экологические факторы и т.п. (Айткен Дж.М., 1985; Симен И., Риггс Б.Л., 1985; Скрипникова И.А., 1997; Бочкова О.П., 1997; Беневоленская Л.И., 1998; Насонов Е.Л., 1997, 1998, 1999, 2003; Насонов Е.Л. и соавт., 1997а, 1997б; Рожинская Л.Я., 1996, 1998а, 1998б; 2005; Насонова В.А., Насонов Е.Л., 2003; Благосклонная Я.В. и соавт., 2010; Дзадзуа Д. и соавт., 2011; Маличенко С.Б. и соавт. 2012; Лесняк О.М., 2016.; Cooper C., 1991; Delmas P., 1993; Riggs B., Melton J., 1995; Engelhardt G., 1996; Reeve J., 1996; Spangler R., 1996; Bishop N. et al., 2008; IOF, 2011; Schacht E., Ringe J.D., 2011; Helke A. et al., 2016). Полифакторность заболе-

вания выражается в наличии, кроме постменопаузального, других форм ОС: первичного (ювенильного), идиопатического и возрастного (сенильного), а также вторичного, связанного с патологией эндокринных желез, желудочно-кишечного тракта, костного мозга и т.д. (Мазуров В.И. и соавт., 1998; Насонов Е.Л., 1999, 2003; Беневоленская Л.И., 2003; Лесняк О.М., Беневоленская Л.И., 2009; Благосклонная Я.В. и соавт., 2010; Лесняк О.М., 2016 ; Courlay M.L. et al., 2016).

Многие вопросы, связанные с клиническими проявлениями ОС (наряду с другими специалистами), приходится решать и неврологам.

Ранняя правильная диагностика является залогом успеха в лечении и реабилитации этой многочисленной группы пациентов. Поэтому очень важно выявить неврологические особенности проявлений ОС, наладить систему обучения неврологов в данном направлении, разработать критерии ранней неврологической диагностики, методов лечения, реабилитации, а также оценить имеющиеся нарушения функций, наиболее часто ограничивающие жизнедеятельность данной категории больных.

Степень разработанности темы исследования

Несмотря на значительное количество научных публикаций по теме исследования, очень мало работ рассматривают различные проявления (в том числе неврологические) при наличии остеопороза. Практически нет данных, посвящённых состоянию жизнедеятельности больных и инвалидов при наличии у них неврологических проявлений при остеопорозе позвоночника, слабо разработаны вопросы дифференциальной диагностики неврологических проявлений при остеопорозе и остеохондрозе позвоночника. В научной литературе недостаточно внимания уделяется вопросам лечения и реабилитации при наличии остеопороза позвоночника и конкурирующих заболеваний.

Цель исследования

Разработка критериев неврологических признаков остеопороза позвоночника для возможно ранней диагностики, лечения, профилактики

осложнений и решения социальных вопросов при имеющихся ограничениях жизнедеятельности.

Задачи исследования

1. Изучить клинические неврологические особенности проявлений остеопороза позвоночника и выделить наиболее характерные синдромы.
2. Оценить возможности использования результатов дополнительных методов исследования (рентгенография, компьютерная томография, ультразвуковая денситометрия, эхо-энцефалоскопия, электроэнцефалография и др.) для диагностики неврологических проявлений остеопороза позвоночника.
3. Рассмотреть возможности и пути реабилитации, профилактики у больных с неврологическими проявлениями остеопороза позвоночника.
4. Оценить имеющиеся категории ограничения жизнедеятельности у данных больных и инвалидов.

Методология и методы исследования

Методология исследования базируется на теоретических и практических сведениях отечественной неврологии и смежных дисциплин и включает основные принципы диагностики неврологических проявлений на фоне подтверждённого остеопороза позвоночника. Всем пациентам проведено клинико-неврологическое обследование с проведением необходимых (в том числе рентгенологических, денситометрических) методов обследования.

Научная новизна

Впервые на основе комплексного обследования больных с остеопорозом позвоночника (ОП) выделены наиболее характерные клинические неврологические синдромы, встречающиеся у данной категории пациентов. Выявленные особенности клинической картины неврологических проявлений при ОП позволяют проводить дифференциальную диагностику с таковыми при остеохондрозе позвоночника. Показана целесообразность не противопоставления дополнительных методов исследования при установлении диагноза ОП (рентгенография, компьютерная томография, ультразвуковая денситометрия), а

польза от их совместного использования. Обоснована необходимость проведения лечения ОП с неврологическими проявлениями в 2-х направлениях (воздействие на ОС и имеющиеся неврологические проявления). Выделены наиболее выраженные категории ограничения жизнедеятельности, встречающиеся при неврологических проявлениях ОП, и показана необходимость их учета при проведении медико-социальной экспертизы данных больных.

Теоретическое и практическое значение

1. Предложенная систематизация неврологических синдромов при ОП может быть использована в клинической практике при диагностике данных состояний.

2. Разработаны подходы к лечению больных с неврологическими проявлениями ОП.

3. Выявленные категории ограничения жизнедеятельности могут быть использованы при проведении медико-социальной экспертизы пациентов с неврологическими проявлениями ОП.

Основные положения, выносимые на защиту

1. Остеопорозу позвоночника, особенно у лиц пожилого и старческого возраста, принадлежит важная роль в формировании ирритативно-рефлекторно-мышечных и 2-х сторонних корешковых синдромов.

2. Ультразвуковая денситометрия, проведенная при наличии рентгенографического исследования, является важнейшим из критериев, который позволяет не только подтвердить диагноз остеопороза, но и прогнозировать риск развития переломов костей и позвоночника.

3. При лечении остеопороза с неврологическими проявлениями должны использоваться два принципа: воздействие на остеопороз как системное заболевание и лечение имеющихся неврологических проявлений.

4. Остеопороз позвоночника с неврологическими проявлениями наиболее часто приводит к ограничению жизнедеятельности в связи с выраженными

двигательными нарушениями и неблагоприятным прогнозом в отношении переломов костей конечностей и позвоночника.

Личный вклад автора

Автором разработан дизайн исследования, поставлена цель и задачи, разработана специальная карта для больного с остеопорозом позвоночника, включающая более 60 признаков. Автор принимала участие в обследовании тематических больных, а также анализировала имеющиеся архивные материалы, сформулировала основные положения, выводы и практические рекомендации, формировала текст диссертации и автореферат. Степень личного участия автора подтверждена актом проверки первичных материалов.

Степень достоверности и апробация результатов

Для выполнения поставленной цели и задач сформулированы адекватные критерии отбора больных. Результаты клинического, клинико-экспертного и инструментального обследования оценивались, исходя из общепринятых классификаций и шкал. Достоверность полученных результатов подтверждена соответствующими адекватными методами статистического анализа.

Основные положения, изложенные в диссертации, доложены на 19 Российском Национальном конгрессе «Человек и его здоровье» (Санкт-Петербург, 2014г.), на научно-практических конференциях Северо-Западного федерального округа РФ с международным участием (г. Сыктывкар, 2014-2015гг.), на научном форуме «Мир людей с ограниченными возможностями» (Москва, 2014г.), на Всероссийских научно-практических конференциях с международным участием «Поленовские чтения» (Санкт-Петербург, 2014-2016гг.). По материалам диссертации опубликовано 11 работ, из них 4 статьи в журналах, рекомендованных ВАК России для изложения материалов диссертационных исследований.

Методы комплексного обследования больных с неврологическими проявлениями остеопороза позвоночника внедрены в работу неврологического отделения медицинского учреждения поликлиника № 1 Дорожной больницы г.

Ростова-на-Дону. Основные положения и выводы диссертации включены в лекционный курс и практические занятия со слушателями и клиническими ординаторами Санкт-Петербургского института усовершенствования врачей-экспертов.

Структура и объем диссертации.

Работа изложена на 129 страницах машинописного текста, иллюстрирована 3 рисунками, 14 таблицами, 5 клиническими примерами. Диссертация состоит из 3 глав, заключения, выводов, практических рекомендаций, приложения, списка литературы, который включает в себя 218 источников, из которых 122 отечественных и 96 зарубежных.

СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ

Общая характеристика материала и методов исследования

С учетом поставленных задач в данной работе мы обследовали и анализировали больных различного возраста (от 35 до 90 лет), у которых неврологические проявления были связаны преимущественно с остеопорозом позвоночника (ОП). Всего нами включено в работу 452 больных (130 мужчин и 322 женщины). 340 больных были обследованы в условиях центра профилактики остеопороза (ОС) или неврологических стационаров городских больниц и 112 пациентов осматривались в поликлинике при проведении им денситометрического исследования с тщательным анализом имеющихся клинических проявлений. При необходимости анализировались медицинские документы, карты стационарного больного при предыдущих нахождении в больнице. Результаты дополнительных методов исследования и особенностей клиники сравнивались, как у групп больных с неврологическими проявлениями ОП, так и с контрольной группой, состоящей из 52 больных (17 мужчин и 35 женщин) в возрасте от 56 до 79 лет с заболеваниями периферической нервной системы спондилогенной этиологии без признаков значимого клинически поражения головного или спинного мозга.

Общие сведения о контингенте обследованных приведены в таблице 1 . Более подробные данные о больных представлены при описании результатов исследования.

Таблица 1. – Больные с неврологическими проявлениями ОП, включённые в исследование

Всего больных	Мужчин	Женщин	Возраст (лет)		
			до 60	61-70	до90
452	130	322	53	260	139
С проведением денситометрии					
202	59	143	46	91	65

Все больные проходили тщательное неврологическое и общесоматическое обследование в условиях стационара: осматривались офтальмологом, отоларингологом, эндокринологом, терапевтом (ревматологом), психологом. В случае включения больного в планируемое исследование каждый из них давал информированное согласие. Отказов от дачи информированного согласия практически не встречалось.

Весь материал, полученный в результате исследования, был обработан статистически. При обработке клинических данных использовались 3 вида разработанных схем карт для больных. Материал, занесенный на схемы-карты, обрабатывался статистически и логически. Определялся контингент больных, частота сочетания различных клинических признаков, ограничения жизнедеятельности и динамика инвалидности, клинико-инструментальные корреляции.

Распределение 452 больных основной группы по полу, возрасту и преобладающим синдромам представлено в таблице 2.

Таблица 2. – Распределение 452 больных основной группы по полу, возрасту и преобладающим синдромам

№ п.п.	Преобладающие синдромы	Пол		В о з р а с т (лет)					Общее число
		М	Ж	До 40	41- 50	51- 60	61- 70	71- 90	
1	Остеопороз: всего	130	322	5	6	42	260	139	452
2	Боль в спине	21	165	5	6	8	142	25	186
3	Ирритативно-мышеч- ные синдромы	31	120	3	5	30	95	18	151
4	Корешковые синдромы	40	136	2	1	34	66	73	176
5	Корешково-сосудис- тые и спинномозго- вые расстройства	57	37	-	-	9	63	223	94
6	Церебральные синдромы	122	306	-	-	39	255	134	428

Статистические критерии при сравнении больных, обследованных с помощью денситометрии, определялись по Фишеру-Стьюденту.

В исследовании применялась программа Microsoft Excel 2010 для организации и формирования матрицы данных, проведения автоматизированных табличных расчётов.

РЕЗУЛЬТАТЫ СОБСТВЕННЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Неврологические проявления при остеопорозе

позвоночника

С учетом поставленной цели и задач в работе мы обследовали больных с неврологическими проявлениями ОП, но без переломов костей. В группу исследования вошли 452 больных (в возрасте от 35 до 90 лет). Всем нашим пациентам проведено рентгенографическое исследование позвоночника и костей (при необходимости), кроме того 96 больным сделана компьютерная, 79-магнитно-резонансная томография, 202 – ультразвуковая денситометрия, которые достоверно подтвердили наличие ОП.

Из 452 обследованных больных первичный ОП выявлен у 402: постменопаузальный (I тип остеопороза) – у 273, сенильный (старческий, II тип) – у 123 и идиопатический – у 6. Вторичный ОП был связан с различными висцеральными заболеваниями или приемом лекарств и отмечен у 50 больных. При неврологическом обследовании у всех больных нам удалось выявить клинические проявления, которые представлены в таблице 2.

Выделенные нами клинические синдромы в чистом виде у одного пациента встречались редко, обычно наблюдалось сочетание нескольких симптомокомплексов с преимущественным преобладанием одного из них. Не всем пациентам с хроническими болями в спине удаётся быстро поставить правильный диагноз и назначить адекватное лечение. Это связано не только со сложностью самой проблемы, но и подчас с незнанием врачами наиболее часто встречающихся причин этого страдания. В настоящее время в общемедицинской врачебной практике существует гипердиагностика остеохондроза позвоночника и его осложнения радикулопатии, как основной причины болевого синдрома (Вейн А.М. и соавт., 1999; Овдиенко О.А., 2011; Жулев Н.М. и соавт., 2013; Пенина Г.О. и соавт., 2016). Подавляющему большинству пациентов с болями в спине выставляется именно этот диагноз. В наших наблюдениях при развитии дегенеративно-дистрофических изменений позвоночника с ОС возникало возбуждение рецепторов периоста тел позвонков. Импульсация по синувентральных нервах приводит к возбуждению сегментарного аппарата спинного мозга, в том числе двигательных клеток, посылающих свои импульсы к мышцам соответствующего миотома. Вследствие этого появляется тоническое напряжение мышц этого миотома, что можно определить при пальпации мышцы или миотонометрии. При длительном напряжении мышц спины постепенно изменяются физиологические изгибы позвоночника: усиливаются или уплотняются лордозы (101 наблюдение) и кифоз (31 наблюдение) позвоночника, присоединяется сколиоз (92 больных). В спазмированной мышце нарушается микроциркуляция в отдельных её участках, формируются участки уплотнений –

так называемые миофасциальные триггерные зоны, болезненные при глубокой пальпации и вызывающие отражённые боли в зонах Захарьина-Геда. У 8 больных выявлены компрессионно-ишемические невропатии по типу туннельного синдрома.

У всех обследованных пациентов болезненные уплотнения обнаруживались в трапецевидных, длинных мышцах спины, больших и малых грудных мышцах, квадратной мышце поясницы и других более глубоких мелких мышцах позвоночника. Данные мышечной тонометрии, проведенной 189 больным, позволяют нам считать, что ирритативно-рефлекторно-мышечные синдромы – это первая фаза (стадия) неврологических проявлений ОС позвоночника.

У 176 больных на фоне миофасциальных болей выделены корешковые синдромы, состоящие из симптомов раздражения или выпадения функции волокон чувствительных (боль, парестезии, онемение), двигательных (фасцикуляции, миоклонии, судороги, миотомные парезы или параличи) и вегетативно-трофических (спазмы или дилатация сосудов, трофические изменения кожи), снижались или утрачивались соответствующие глубокие рефлексы. Выявлялись симптомы натяжения корешков (Нери, Ласега и т.п.). У большинства пациентов диагностировано поражение не одного, а нескольких корешков, почти всегда симметрично и преобладало поражение грудных корешков (74%). На поясничном уровне корешковый синдром выявлен у 28, у 3% имело место сочетание поражения грудных и поясничных корешков.

Радикуломиелоишемия и радикулоишемия диагностирована у 94 больных ОП. У большинства этих пациентов нам удалось выделить две стадии развития миелоишемии. На первом этапе клинические симптомы поражения корешков и спинного мозга имели преходящий характер по типу миелогенной перемежающейся хромоты. В последующем присоединялись стойкие симптомы поражения грудных и пояснично-крестцовых сегментов спинного мозга: нижний спастический или смешанный парапарез, диссоциированная парегипестезия, нарушения функции тазовых органов. У этих больных, как правило, при

рентгенографическом исследовании выявлялись компрессионные изменения в нижнегрудных или верхнепоясничных позвонках (71 человек).

Практически у всех обследованных нами больных имелись симптомы нарушений функции церебральных структур: неврастенический синдром, астения, депрессия, вегетативно-сосудистые нарушения с вегетативными пароксизмами (симпато-адреналовыми, ваго-инсулярными и смешанными различной частоты и, как правило, легкими и средней тяжести). У женщин были упорными приливы жара к голове (36), потливость (97), сердцебиения (129), мигренеподобная головная боль (19), чувство зябкости в конечностях (164), раздражительность (119) и другие проявления климакса. Более чем у половины женщин такие симптомы наблюдались в период самого климактерия, продолжались 2-3 года и исчезали, чтобы возобновиться в пожилом и старческом возрасте.

Выявленные клинические проявления у больных с ОП сравнивались с данными обследования пациентов контрольной группы (52 больных в возрасте от 43 до 70 лет с аналогичными основной группе клиническими неврологическими синдромами на фоне остеохондроза позвоночника без ОС). Все пациенты контрольной группы были обследованы с использованием рентгенографических методов, 29 больным произведена компьютерная томография позвоночника и конечностей, 19 – магнитно-резонансная томография позвоночника и 52 – денситометрия, которые позволили установить наличие у них остеохондроза и исключить ОП или костей.

Неврологические расстройства при ОП и остеохондрозе позвоночника весьма сходны, зачастую имеет место сочетание ОП и остеохондроза особенно у пожилых больных. Тем не менее, при тщательном анализе можно выделить следующие особенности неврологических проявлений при ОП и остеохондрозе позвоночника.

1. Интенсивность болевого синдрома при обострении боли выражена при остеохондрозе, а длительность - при ОП (1-3 недели при остеохондрозе и месяцы при ОП, если в лечении не применяются антиостеопоретические препараты).

2. Такая же ситуация имеет место и в отношении длительности течения корешковых синдромов в стадии обострения.

3. При ОП значительно чаще, чем при остеохондрозе позвоночника, имеет место симметричное вовлечение в процесс корешков.

4. Проявления ОП позвоночника в наших исследованиях не отмечено на уровне шейного отдела позвоночника.

5. Церебральные нервно-психические расстройства встречаются практически у всех больных на фоне ОП, а у больных контрольной группы выявляются реже и менее выражены.

Данные дополнительных методов исследования играют важную роль в постановке диагноза ОП. Однако первое место в диагностике принадлежит по праву клинической симптоматике. Наличие признаков остеохондроза позвоночника на рентгенограммах после 30-35-летнего возраста почти облигатно, но это не означает, что имеющиеся особенно у пожилой женщины боли (в частности в грудном отделе) во всех случаях связаны с рентгенологическими находками. Это подтверждается и тем фактом, что рентгенологические изменения зачастую длительное время стабильны, а клиническая симптоматика характеризуется чаще всего ремиттирующим течением.

Таким образом, только сопоставление клинических проявлений с результатами специальных методов диагностики (рентгенография, денситометрия) и их логическое соответствие друг другу будут способствовать постановке правильного диагноза дорсалгии на фоне ОП и назначению патогенетически обоснованного лечения.

Лечение больных с неврологическими проявлениями ОП

По нашим данным, 86% пациентов, включенных в основную группу, до выявления признаков ОП в течение 3-12 лет неоднократно обращались в различные лечебные учреждения города и страны, где получали симптоматическую терапию, направленную на купирование неврологических синдромов. Врачи расценивали эти проявления, как связанные с церебральным

атеросклерозом и/или остеохондрозом позвоночника. Больными в этих случаях отмечался эффект, но, как правило, он был кратковременным и неполным.

Учитывая выявление нами ОП, основываясь на патогенезе неврологических проявлений при ОП, лечение наших пациентов проводилось в двух направлениях:

- 1) приостановка прогрессирования ОП;
- 2) устранение неврологических и других соматических проявлений болезни.

В данной работе мы вводили кальцитонин или кальцитрин 160 больным с ОП с неврологическими проявлениями.

По показаниям назначались транквилизаторы, вегетотропные препараты (пирроксан, эглонил и др.), антидепрессанты, миорелаксанты (мидокалм, сирдалуд), а также симптоматические препараты для уменьшения выраженности имеющихся неврологических и иных проявлений

Клинически хороший результат с достаточным терапевтическим эффектом был получен у 101 пациента (63%): больные жалоб не предъявляли или отмечали значительное снижение выраженности субъективных проявлений; при объективном осмотре отмечалась отчетливая положительная динамика патологических проявлений ОП (оценивались ограничения подвижности позвоночника, болезненность паравертебральных точек и остистых отростков позвоночника, напряжения мышц, выраженность и наличие рефлекторного или корешкового синдромов, мышечная сила в пальцах ног и мышцах бедра, выраженность чувствительных и вегетативно-трофических расстройств, проявления астено-невротического синдрома). Удовлетворительный результат получен у 35 (22%) человек: жалобы частично сохранялись, но степень их выраженности уменьшилась; при объективном осмотре отмечалась умеренная положительная динамика патологических проявлений. Слабый терапевтический эффект наблюдался у 24 (15%) пациентов: жалобы сохранялись, и степень их выраженности практически не изменялась; при объективном осмотре отмечалось отсутствие положительной динамики патологических проявлений. Из 24 этих

пациентов 20 были в возрасте более 75 лет с выраженными проявлениями ОП и длительным анамнезом заболевания.

На основании обобщения литературных источников и проведенного исследования мы считаем, что больные ОП с неврологическими проявлениями для достижения стойкого положительного эффекта нуждаются в курсах реабилитационно-профилактических мероприятий, направленных не только на приостановку течения самого ОП, но и предупреждение рецидивов неврологических синдромов (Скрипникова И.А., Илич-Стоянович О. 1999; Помников В.Г. и соавт., 2003; Аметов А.С., Доскина Е.В., 2011; Скрипникова И.А., Явися Я.М., 2011).

Ограничения жизнедеятельности у больных с неврологическими проявлениями ОП

Данный вопрос в нашей литературе практически не освещен, хотя, эта проблема достаточно актуальна не только для здравоохранения, но и для медико-социальной экспертизы.

Учитывая возрастной состав обследованных нами больных, (399 человек старше 60 лет) вопросы определения группы инвалидности с учётом ОС были на момент осмотра не актуальны, так как большинство пациентов уже являлись инвалидами по другой патологии. Из 189 больных, проанализированных по вопросу ограничения жизнедеятельности, лишь 8 пациентов были вне группы инвалидности, т.к. в бюро медико-социальной экспертизы по данному вопросу не обращались. Остальные пациенты были признаны инвалидами первой (54) и второй (127) группы инвалидности. Категории ограничения жизнедеятельности, послужившие основанием для признания этих больных инвалидами, были связаны с различными причинами, среди которых превалировали церебральный атеросклероз, артериальная гипертензия, их сочетание, выраженные проявления остеохондроза позвоночника с неврологическими проявлениями, болезни, требующие приема гормональных препаратов и т.п. Среди наших пациентов было 6 человек, у которых основным диагнозом при определении им группы

инвалидности был ОП. Данный факт (небольшое количество среди причин инвалидности ОП) объясним с тех позиций, что, во-первых, с проблемой ОП не очень хорошо еще знакомы врачи медико-социальной экспертизы, а во-вторых – мы специально в исследование не включали больных с видимыми переломами костей (в частности бедренных или лучевых). Тем не менее, мы провели анализ имеющихся нарушений функций у больных с ОП с неврологическими проявлениями и выделили возможные категории ограничения жизнедеятельности, которые наиболее часто могут служить основанием (наряду с другими необходимыми условиями) для направления таких больных в бюро медико-социальной экспертизы. Мы исходили из превалирования в наших группах постменопаузального и сенильного ОП. При анализе данного раздела исследований и при интерпретации полученных результатов использовались разработки, предложенные В. Г. Помниковым и соавт. (2003), А.Ю.Макаровым и соавт. (2006).

С учетом данных исследования мы считаем, что основными причинами ограничения жизнедеятельности у больных ОП с неврологическими проявлениями будут считаться следующие.

1. Болевой синдром (даже умеренно выраженный, но стойкий): при поясничном и грудном ОП ограничена жизнедеятельность в связи с нарушением способности к передвижению (стояние, поддержание позы), что снижает способность к повседневной деятельности, в основном трудовые возможности больного, особенно при высоком риске возможных переломов по данным денситометрического исследования.

2. Двигательный дефект наблюдается при умеренном и выраженном нарушении статико-динамической функции позвоночника (парез нижней конечности, нижний парапарез у больных с синдромом радикуломиелоишемии). Имеющиеся тазовые расстройства у таких больных усугубляют нарушения жизнедеятельности.

3. Характер и течение неврологических проявлений, которые напрямую обусловлены факторами риска (снижение выносливости к физическому напряжению и воздействию неблагоприятных климатических условий) и влияют на трудовые возможности и качество жизни больного с ОП.

4. Церебральные нервно-психические нарушения (астено-невротический, депрессивный синдромы) при ОП при их значительной выраженности могут ограничивать жизнедеятельность пациента. Ограничение активности пациентов будут проявляться в нарушении ситуативного поведения и приводить к неадекватным взаимоотношениям в семье, в трудовом коллективе.

Больные с ОП со стойкими расстройствами неврологических функций, приводящими к ограничению жизнедеятельности и нуждающиеся в мерах социальной защиты должны направляться в бюро медико-социальной экспертизы для решения вопросов состояния жизнедеятельности и трудоспособности.

По мере накопления наших знаний в области проявлений ОП врачи здравоохранения и медико-социальной экспертизы (с учетом данных мировой литературы) все чаще будут вынуждены сталкиваться с проблемой освидетельствования больных с неврологическими проявлениями ОП.

Учёт выше приведенных факторов послужит основой для правильного установления диагноза ОП, проведения целенаправленного лечения и реабилитации данной весьма многочисленной группы больных и при необходимости, показанного направления части из них в бюро медико-социальной экспертизы для решения социально значимых вопросов.

ВЫВОДЫ

1. Остеопороз позвоночника часто приводит к неврологическим проявлениям, которые выявляются при тщательном клиническом осмотре, несмотря на отсутствие обычных рентгенографических признаков остеопороза. Так, болевой синдром при остеопорозе позвоночника отмечен у 41% больных из 452; ирритативно-рефлекторно-мышечные синдромы имелись у 33%; корешковые синдромы с чувствительными, двигательными и вегетативно-

трофическими расстройствами отмечены в 39% случаев; сосудистые корешковые и спинномозговые расстройства (радикулоишемия, радикуломиелоишемия) определялись у 21% больных и церебральные нервно-психические расстройства непсихотического регистра выявлены у 95% пациентов.

2. Неврологические проявления при остеопорозе необходимо дифференцировать с таковыми при остеохондрозе позвоночника, используя методы нейровизуализации, денситометрии (особенно у лиц старше 60 лет), и обращая внимание на выраженность, длительность и динамику болевого и корешкового синдромов. Интенсивность болевого и корешкового синдромов при обострении выражена при остеохондрозе, а длительность – при остеопорозе позвоночника (1-3 недели при остеохондрозе и месяцы при остеопорозе, если в лечении не применяются антиостеопоротические препараты). При остеопорозе позвоночника значительно чаще(> 80%), чем при остеохондрозе позвоночника (<20%), имеет место симметричное вовлечение в процесс корешков спинного мозга.

3. Терапия больных с неврологическими проявлениями остеопороза должна проводиться в двух направлениях: остановка прогрессирования остеопороза позвоночника с помощью антиостеопоротических средств и устранение неврологических и других соматических и висцеральных проявлений болезни.

4. Учитывая, что остеопороз встречается у подавляющего большинства людей в возрасте старше 60 лет, целесообразны профилактические мероприятия для данной категории пациентов в общегосударственном масштабе (прием достаточного количества кальция и белка с пищей, ограничение потребления газированных напитков с детства, достаточная двигательная активность).

5. Ограничения жизнедеятельности у больных с неврологическими проявлениями остеопороза позвоночника связаны, в первую очередь, с ограничением способности к передвижению при неблагоприятном прогнозе, что наиболее часто приводит к направлению их на медико-социальную экспертизу

ЗАКЛЮЧЕНИЕ.

Проведенное исследование позволяет отметить важность проведения дифференциальной диагностики неврологических проявлений при ОП и остеохондрозе, что способствует улучшению показателей восстановления нарушенных функций у большой группы пожилых пациентов, которым приходится обращаться по много раз к врачам различных специальностей для получения квалифицированной и специализированной медицинской помощи.

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ.

1. Все больные пожилого и старческого возраста, имеющие в анамнезе длительно текущие рефлекторные или корешково-сосудистые синдромы на грудном и поясничном уровнях, должны находиться под динамическим неврологическим наблюдением с проведением качественного рентгенографического (нейровизуального) и денситометрического исследований для возможного выявления остеопороза позвоночника.

2. При лечении остеопороза с неврологическими проявлениями целесообразно включение группы антиостеопоротических (или хотя бы некоторых) препаратов в группу льготного обеспечения.

3. Медико-социальная экспертиза больных остеопорозом с неврологическими проявлениями должна проводиться при наличии денситометрического обследования с учетом имеющегося ограничения жизнедеятельности и отсутствия возможности полного излечения в современных условиях.

4. Изучением остеопороза и его профилактикой, как мультидисциплинарной проблемой, должны заниматься врачи различных специальностей.

ПЕРСПЕКТИВЫ ДАЛЬНЕЙШЕЙ РАЗРАБОТКИ ТЕМЫ

Частота остеопороза позвоночника с неврологическими проявлениями заставляет продолжить разработку данной и смежных с ней тем исследования.

Уточнение дифференциально-диагностических критериев неврологических проявлений при остеопорозе и остеохондрозе позвоночника позволит

специалистам реальнее оценивать причины страдания больных и инвалидов, улучшать качество их жизни на современном этапе развития медицины.

Учитывая особенности данной патологии целесообразны дальнейшие мультидисциплинарные исследования для изучения эффективности специальных антиостеопоротических средств.

СПИСОК РАБОТ, ОПУБЛИКОВАННЫХ ПО ТЕМЕ ДИССЕРТАЦИИ

1. Токаева, С.С. Неврологические аспекты остеопороза позвоночника и качество жизни больных/ В.Г. Помников, С.С. Токаева// Актуальные проблемы неврологии. Материалы 7 научно-практической конференции неврологов Северо-Западного федерального округа РФ с международным участием, Сыктывкар, 2014. – С. 94-96. – Авторский вклад – 80%.

2. Токаева, С.С. Особенности оценки реабилитационных мероприятий при остеопорозе позвоночника с неврологическими нарушениями с учётом внедрения в клинико-экспертную практику Международной классификации функционирования и ограничения жизнедеятельности /В.Г. Помников, С.С. Токаева, Н.Л. Абазиева // Актуальные проблемы неврологии. Материалы 7 научно-практической конференции неврологов Северо-Западного федерального округа РФ с международным участием, Сыктывкар, 2014. – С. 96-97. – Авторский вклад – 60%.

3. Токаева, С.С. Особенности оценки реабилитационных мероприятий при остеопорозе позвоночника с учётом внедрения в клинико-экспертную практику Международной классификации функционирования /В.Г. Помников, С.С. Токаева, Н.Л. Абазиева, С.В. Бондарев// Всероссийская научно-практическая конференция «Давиденковские чтения», СПб., 2014. – С. 217-218. – Авторский вклад – 60%.

4. Токаева, С.С. Болевой синдром при остеопорозе позвоночника и его значение в клинико-экспертной практике/В.Г. Помников, С.С. Токаева, Н.Л. Абазиева// Вестник Всероссийской гильдии протезистов-ортопедов, 2014. - № 3(57). – Спецвыпуск. – С. 72. – Авторский вклад – 60%.

5. Токаева, С.С. Остеопороз позвоночника с болевым синдромом и его значение в клинко-экспертной практике/С.С. Токаева, В.Г. Помников, Н.Л. Абазиева// 14 Всероссийская научно-практическая конференция «Поленовские чтения», СПб., 2015. – С. 70. – Авторский вклад – 60%.

6. Токаева, С.С. Реабилитационная составляющая пациентов с остеопорозом /В.Г. Помников, С.С. Токаева, Н.Л. Абазиева// **Вестник неврологии, психиатрии и нейрохир. , 2015. - № 4. – С. 83-89.** – Авторский вклад – 80%.

7. Токаева, С.С. Остеопороз позвоночника как междисциплинарная проблема и состояние жизнедеятельности больных /В.Г. Помников, С.С. Токаева, Н.Л. Абазиева, Е.Ф. Онищенко // **Медицинский совет, 2015. - № 4. – С. 102-104.** – Авторский вклад – 70%.

8. Токаева, С.С. Диагностика неврологических проявлений при остеопорозе позвоночника / С.С. Токаева, В.Г. Помников, Н.Л. Абазиева// Российский нейрохир. журнал. – 2016. – Т. 8 – Сборник трудов 15 Юбилейной научно-практич. конференции «Поленовские чтения» – СПб. – С. 70-71. – Авторский вклад – 80%.

9. Токаева, С.С. Церебральный инсульт и оценка нарушенных категорий ограничения жизнедеятельности в настоящее время /В.Г. Помников, В.М. Таранцева, З.М. Махтибекова, Н.Л. Абазиева, С.С. Токаева, Д.У.Гафурова, О.В. Дудкина // **Вестник неврологии, психатр. и нейрохирур. – 2016. - № 9. – С. 20-22.** – Авторский вклад – 50%.

10. Токаева, С.С. Медицинская экспертиза больных с остеопорозом позвоночника м неврологическими проявлениями /В.Г. Помников, С.С. Токаева, Н.Л. Абазиева // **Клиническая геронтология. – 2016. – Т. 22, № 11-12. – С. 62-67.** – Авторский вклад – 70%.

СПИСОК ИСПОЛЬЗУЕМЫХ СОКРАЩЕНИЙ

ОС – остеопороз;

ОП – остеопороз позвоночника