УДК:616-007.272-053.2

РОЛЬ ЛУЧЕВОЙ ДИАГНОСТИКИ В ДИФФЕРЕНЦИРОВАННОМ ЛЕЧЕНИИ ПОЖИЛЫХ ПАЦИЕНТОВ С ДОРСАЛГИЯМИ В САНАТОРИИ

Болтаева Зулайхо Оллабергановна - ассистент
Ургенчский филиал Ташкентской Медицинской академии (Ургенч, Узбекистан)

Аннотация. *Проведено обследование и лечение 120 пациентов пожилого возраста с дегенеративно-дистрофическими заболеваниями позвоночника (ДДЗП). На основании проведенного КТ и/или МРТ исследования позвоночника больные были разделены на группы с полным, ограниченным или минимальным лечебно-санаторными режимами. Дифференцированный подход к лечению пожилых пациентов с ДДЗП с дорсапатиями на основе нейровизуализационной диагностики, показала эффективность в 95% случаях с отсутствием осложнений.*

Ключевые слова: *дегенеративно-дистрофические заболевания позвоночника, дорсапатии, нейродиагностика, компьютерная томография, магнито-резонансная томография, пожилые, лечебно-санаторный режим, физиотерапия, санаторий.*

ROLE OF RADIATION DIAGNOSTICS IN DIFFERENTIATED TREATMENT OF ELDERLY PATIENTS WITH DORSALGIA IN A SANATORIUM

Boltaeva Zulayho Ollaberganovna – assistant
Urgench branch of the Tashkent Medical Academy (Urgench, Uzbekistan)

Abstract. *Examination and treatment of 120 elderly patients with degenerative-dystrophic diseases of the spine (DDDS) were carried out. On the basis of CT and / or MRI examination of the spine, the patients were divided into groups with complete, limited or minimal treatment and sanatorium regimens. A differentiated approach to the treatment of elderly patients with DDDS with dorsopathy based on neuroimaging diagnostics has shown efficiency in 95% of cases with no complications.*

Keywords: *degenerative-dystrophic diseases of the spine, dorsopathy, neurodiagnostics, computer tomography, magnetic resonance tomography, the elderly, sanatorium regimen, physiotherapy, sanatorium.*

ДОРСАЛЬГИЯСИ БОР КЕКСАЛАРНИ САНАТОРИЯ ШАРОИТДА ДИФФЕРЕНЦИАЛЛАШГАН ДАВОЛАШДА НУР ТАШҲИСИНИНГ АҲАМИЯТИ

Болтаева Зулайхо Оллабергановна – ассистент
Тошкент тиббиёт академиясининг Урганч филиали (Урганч, Ўзбекистон)

Аннотация. *Умуртқа поғонасининг дегенератив–дистрофик касалликлари (УПДДК) билан даволанаётган 120 та кекса ёшдаги беморлар текширувдан ўтказилди. Умуртқа пағонасини КТ ва/ёки МРТ текширувига асосланган холда беморлар тўлиқ, чекланган ёки минималлаштирилган даволовчи-санатор режимига ажратилди. УПДДК ҳамда дорсопатияси бор кекса ёшдаги беморларни даволашга нейровизуал диагностикага асосланган холда дифференциал ёндашиш, 95% холатда асоратсиз бўлишини кўрсатди.*

Калит сўзлар: *умуртқа поғонасининг дегенератив–дистрофик касалликлари, дорсапатия, нейродиагностика, компютерли томография, магнит-резонансли томография, кексалар, даволовчи-санатория режими, физиотерапия, санатория.*

Введение. Боль в спине является частой жалобой у лиц пожилого возраста. Она связана с дегенеративными заболеваниями позвоночника, возникает в течение жизни у 80% населения, а к старости боль испытывают почти все жители планеты. Согласно классификационной шкале, пожилым считается возраст от 60 до 74 лет, старческим – 75–84 года, долгожители – люди в возрасте 90 лет и старше [4].

По МКБ-10 термин «дорсопатия» обозначает болевые синдромы в области туловища и конечностей невисцеральной этиологии и связанные с дегенеративными заболеваниями позвоночника [20]. В комплексном лечении дорсопатий санаторно-курортного лечения проводится в хронической стадии заболевания вне обострения патологического процесса [3, 16]. Основная роль санаторно-курортного лечения дор-

сапатий заключается в минимизации неврологических проявлений, уменьшении болевых ощущений, уменьшение степени выраженности структурных изменений, улучшение функционального и психологического состояния пациентов и улучшении качества жизни пациентов, что позволяют достигать долговременной ремиссии, а лечебная база санатория дает большие возможности в составлении индивидуализированных лечебных программ [11, 12, 16]. При дорсопатиях часто наблюдается несоответствие между рентгенологически выявленными анатомическими нарушениями и клинико-неврологической симптоматикой, что требует комплексной диагностики и на основании их выбора индивидуализированных лечебных программ [7].

Существуют специфические ограничения и противопоказания при назначении методов санаторного лечения, обусловленные механизмами воздействия лечебных факторов и их лечебными эффектами. Например, тракционное лечение является одним из методов патогенетической терапии остеохондроза позвоночника, но для его осуществления требуется дополнительно уточнить состояние позвоночно-двигательных сегментов (ПДС), так как наличие секвестрированной грыжи диска, массивных экструзий, нестабильности ПДС и выраженного спондилолистеза, новообразований позвоночника, выраженных проявлений остеоартроза суставов позвоночника и спондилеза, стеноза позвоночного канала, нарушений минерализации костной ткани в виде остеопороза является абсолютным противопоказанием к данному виду лечения [1, 16]. То же самое можно сказать и в отношении назначения мануальной терапии, также являющейся одним из наиболее часто используемых и эффективных видов физиотерапевтического и санаторно-курортного лечения дегенеративно-дистрофических заболеваний позвоночника (ДДЗП), однако также обладающей рядом противопоказаний и ограничений к применению различных ее методик, а для корректного назначения мануальных воздействий требуется не только высокая квалификация специалиста, но и наличие информации о структурных и функциональных изменениях со стороны позвоночника в области врачебных манипуляций [15, 17].

Дистрофические изменения в опорно-двигательном аппарате в пожилом возрасте приводят к остеосклерозу и остеопорозу, что заметно снижает функциональные возможности позвоночника. Потеря эластичности межпозвоночных дисков, фасеточных суставов и сухожильно-мышечного аппарата на фоне стирания границ физиологических изгибов как в области шейного и поясничного лордоза, так и грудного и крестцового кифоза приводит к перераспределению нагрузки на позвоночник. Эти изменения вызывают патологическое мышечное напряжение, ограничение подвижности позвоночника и быструю усталость спины и у большинства больных пожилого возраста является основной причина боли [4].

Алгоритм диагностики дорсалгии у пожилых людей должен учитывать особенности сочетанной патологии, присущей данному возрасту. Не менее важным является соматическое обследование пациента на предмет исключения патологии внутренних органов, сопровождающейся болями в соответствующих дерматомах. Следующим этапом является подтверждение дегенеративного процесса в самих позвонках, межпозвонковых дисках и, что особенно важно у пожилых больных, дугоотростчатых суставах [4].

Хронизация боли в спине у лиц пожилого возраста во многом зависит от психического состояния человека. Страх перед болью усиливает депрессию и заметно снижает физическую активность. Ряд авторов приходят к выводу, что у пожилых и старых пациентов при длительном болевом синдроме заметно снижается пластичность ЦНС, что клинически проявляется повышенной болевой чувствительностью и более медленным ее восстановлением [6, 9, 19].

Лечение боли в спине основывается на принципах доказательной медицины. Эффективность нестероидных противовоспалительных препаратов имеет высокую степень доказательности. Врачу необходимо всегда помнить, что лечение боли в спине у лиц пожилого возраста, очень часто имеющих сопутствующую патологию, должно быть особенно дифференцированным и щадящим, отдавая предпочтение препаратам циклооксигеназы-2 (ЦОГ-2). Длительность приема составляет, как правило, в среднем, от 7 до 14 дней [5, 13, 14].

Важным этапом в купировании мышечного спазма, сопровождающего боль, является назначение миорелаксантов. Они уменьшают боль, снижают рефлекторное мышечное напряжение, улучшают двигательные функции, что позволяет более активно проводить реабилитационные мероприятия, в том числе и лечебную физкультуру. Терапию миорелаксантами у больных пожилого возраста начинают с обычной дозы (у пациентов пониженного питания дозу можно уменьшить на 1/2 или на 1/3) и продолжают от нескольких дней до нескольких недель в течение всего периода болевого синдрома [5].

Патогенетической терапией дегенеративно-дистрофических процессов в суставах позвоночника является долгосрочное назначение хондропротекторов [8].

Для усиления лечебного эффекта больным с дорсалгиями добавляют физиопроцедуры, направленные на уменьшение рефлекторного

мышечного спазма, уменьшения компрессии корешков, улучшения микроциркуляции. Однако, пожилым с коморбидными заболеваниями для лечения болей в спине можно использовать только щадящие физиопроцедуры, к которым можно отнести тракцию позвоночника легким весом (при отсутствии остеофитов), фонофорез с препаратами дынного дерева папайи, магнитотерапия (при отсутствии водителя ритма), массаж и лечебную физкультуру [2, 10].

На назначение или исключение методик лечебного воздействия в программу санаторного лечения у пациентов с проявления ДДЗП, обнаруженные при комплексном лучевом исследовании, влияют [18]:

- наличие снижения минеральной плотности костной структуры (исключение вертикального и назначение горизонтального подводного вытяжения, назначение кинезотерапии);

- наличие спондилолистеза I степени с нарушением стабильности ПДС (исключение душа Шарко, тракционной терапии, назначение детензертерапии, ограничения мануального воздействия, назначение кинезотерапии на пассивной подвесной системе);

- наличие гемангиом (исключение иглорефлексотерапии, теплотерапии, сероводородных ванн; назначение йодобромных ванн и транскраниальной электроанальгезии);

- наличие и степень выраженности остеоартроза и спондилеза (назначение пелоидотерапии либо сероводородных ванн; выбор методик аппаратной физиотерапии);

- характер сужения корешковых отверстий (выбор методик аппаратной физиотерапии).

Таким образом, при комплексном лечении больных престарелого и старческого возраста с дорсалгиями имеют свои особенности в виде наличия у них коморбидных заболеваний, нейровизуализационные особенности ДДЗП, снижения регенеративных процессов, снижения пластичности ЦНС, хронизации болевого синдрома, а также назначения лекарственных препаратов и физиопроцедур, оказывающим щадящее воздействие.

Методы и материалы исследования. Анализу подверглись результаты наблюдения 120 пациентов пожилого возраста, получавших санаторное лечение в санатории «Ургенч» в возрасте 60-74 лет, из них 71 женщины, 49 мужчин. Всем больным проводили неврологическое обследование, рентген, КТ или МРТ позвоночника. Болевой синдром определяли по 10 бальной визуальной аналоговой шкале (ВАШ).

Все лучевые исследования проводились для определения показаний исключения противопоказаний к назначению методов и методик санаторного лечения, оценки степени выраженности проявлений ДДЗП с целью определения режима интенсивности лечебных воздействий и выбора наиболее целесообразных и эффективных схем санаторно-курортного лечения.

Оценивались изменения со стороны межпозвоночных дисков (МПД): снижение высоты, изменение структуры, локализация, величина и распространенность протрузий и экструзий; наличие признаков секвестрации МПД, оценка ширины и сужений позвоночного канала, латеральных и корешковых каналов пролапсами межпозвонковых дисков; изменения со стороны костных структур: снижение плотности и минерализации; наличие остеофитов, их выраженность и распространенность; наличие и степень выраженности остеоартроза; наличие дегенеративного стеноза позвоночного канала; сужение корешковых отверстий за счет остеофитов; обызвествления фиброзного кольца диска; изменения со стороны связок позвоночника (гипертрофия и обызвествление).

Для практического удобства и целесообразности мы разграничили спектр санаторного лечения для пожилых с дрсалгиями на следующие категории:

Полный лечебно-санаторный режим (ПЛСР): это санаторный режим максимальной интенсивности лечебного воздействия. У пациентов по данным лучевых исследований выявляются минимальные и слабо выраженные проявления ДДЗП, не выявляются абсолютных противопоказаний к назначению полного спектра методов и методик лечебного воздействия, имеющихся в санатории. В данном режиме отмечено назначение методик механотерапевтического и мануального воздействия максимальной интенсивности в сочетании с различными преформированными физическими факторами и методиками бальнео- и гидротерапии; занятия лечебной физкультурой (ЛФК) в общих группах для пациентов с заболеваниями органов опоры и движения и в большинстве случаев сочетались с механокинезотерапией на тренажерах.

Ограниченный лечебно-санаторный режим (ОЛСР): это режим ограниченной интенсивности лечебного воздействия. У пациентов по данным лучевых исследований отмечаются наличие проявлений ДДЗП либо иных состояний позвоночника, являющихся относительными противопоказаниями и ограничениями к назначению полного спектра методик лечебного воздействия. По сравнению с предыдущей группой у данных пациентов ограничивалось применение механотерапевтического и мануального воздействия, уменьшались дозировки применяемых процедур, снижалась их интенсивность, и производилось их чередование вместо совместного

назначения для предотвращения ухудшения общего состояния и снижения адаптивных возможностей вместо ожидаемого улучшения. Занятия ЛФК у данных пациентов проводились в общей группе в режиме умеренной интенсивности, в связи с наличием по лучевой картине морфологических изменений, ограничивающих переносимость функциональных нагрузок со стороны позвоночника.

Минимальный лечебно-санаторный режим (МЛСР): режим минимальной интенсивности лечебного воздействия, у пациентов в связи с наличием разнообразных сочетаний выраженных и резко выраженных дегенеративных изменений по данным лучевых исследований, которые приводят к значительному числу противопоказаний к назначению различных методов и методик санаторно-курортного лечения. При этом исключалось назначение горизонтального и вертикального подводного вытяжения позвоночника (тракционной терапии), мануальной и механокинезотерапии, а ЛФК назначалась в индивидуальных группах, а некоторые физиопроцедуры в максимально щадящем режиме.

Больных, в зависимости от выявленных нейровизуализационных характеристик ДДЗП мы распределили на 3 лечебно-санаторные группы: в ПЛСР было 25 больных, в ОЛСР – 51 больных, в МЛСР – 44 больных.

Для оценки исходов реабилитационного лечения мы применили шкалу MacNab, в котором выделяют 4 возможных исходов лечения: 1) отличный – нет боли и ограничений подвижности, возврат к прежнему уровню активности. 2)хороший редкие/периодические некорешковые боли, уменьшение выраженности имевшейся симптоматики, возвращение к работе с незначительными ограничениями. 3) удовлетворительный – некоторое повышение функциональной активности, больной остаётся нетрудоспособным. 4)плохой – сохраняются симптомы компрессии корешка, необходимо повторное лечение или оперативное вмешательство.

Результаты и обсуждения. При клинико-неврологическом обследовании при поступлении в санаторий у 27 пациентов отмечались проявления вертеброгенного рефлекторного синдрома, у 55 – компрессионного корешкового, у 38 – сосудистого корешково-спинального. Интенсивность болевых ощущений по ВАШ у 30 (25%) пациентов соответствовала слабой (3 балла), у 87 (72,5%) – умеренной (от 4 до 6 баллов, среднее значение 4,7±0,71) и у 3 (2,5%) – сильной (7 баллов).

В 1-ю группу – ПЛСР были выбраны 25 больных (23,83%) пациентов, у которых вследствие наличия по данным лучевых исследований минимальных и слабо выраженных проявлений ДДЗП, не было выявлено абсолютных противопоказаний к назначению полного спектра методов и методик лечебного воздействия, имеющихся в санатории.

Во 2-ю группу – ОЛСР были выбраны 51 больных, у которых по данным лучевых исследований отмечалось наличие проявлений ДДЗП либо иных состояний позвоночника, являющихся относительными противопоказаниями и ограничениями к назначению полного спектра методик лечебного воздействия, а именно не выраженный остеопороз (у 18 больных), спондилолистез I степени (у 11), снижение высоты МПД до 1/3, с наличием экструзий до 7 мм (у 16), наличие не выраженных проявлений спондилеза и остеоартроза (у 21), гемангиомы позвонков до 1,5 см (у 8), наличие дегенеративного относительного стеноза позвоночного канала без выраженного болевого синдрома (у 9).

В 3-ю группу – МЛСР были отнесены 44 больных, у которых в связи с наличием разнообразных сочетаний выраженных и резко выраженных дегенеративных изменений по данным лучевых исследований было выявлено выраженный остеопороза (у 20 больных), дегенеративного стеноза позвоночного канала (у 12), спондилолистеза II степени и выше (у 8), а также лучевой картины, соответствующей выраженным проявлениям болезни Форестье или Бехтерева (у 3), снижение высоты МПД до 1/2 и более, с наличием экструзий 8 мм и более (у 15); наличие выраженных и резко выраженных проявлений спондилеза и остеоартроза с сужением корешковых отверстий (у 13), нестабильность ПДС при функциональных пробах (у 11).

Необходимо отметить, что при выявлении у пациента массивных (свыше 7 мм) экструзий, признаков их секвестрации и дегенеративного стеноза позвоночного канала требовало обязательной консультации нейрохирурга для решения вопроса о возможности проведения этим пациентам санаторно-курортного лечения либо о его отмене и назначении хирургического вмешательства.

После проведенного лечения мы проанализировали исходы лечения по шкале MacNab в лечебно-санаторных группах.

Как видно из таблицы 1 во всех трех лечебно-санаторных группах была положительная динамика после проведенного лечения. Однако, наиболее лучшие результаты были в группе ПЛСР, чуть хуже результаты в группе ОЛСР и меньшие результаты в группе МЛСР. Это и понятно, что чем больше ограничений в лечебно-санаторных группах, тем меньше будет эффект. Однако, надо отметить, что в результате такого распределения больных в лечебно-санаторные группы ни у одного больного не было ухудшений или осложнений, а у большинства больных было

улучшение и только у 6 (5%) больных – без изменений. Тем самым мы выполнили главное требование медицины – «Не навреди!» и достоверно у 95% больных отметили улучшение различной степени.

Вывод. Проведенные нами исследования позволяют сделать следующие выводы:

1. У пожилых с дорсалгиями при санаторном лечении обязательно необходимо проводить нейровизуализационные исследования – компьютерную и магнитнорезонансную томографию позвоночника.

2. На основании полученных нейровизуализационных данных необходимо проводить дифференцированную (полную, ограниченную или минимальную) лечебно-санаторную терапию, которая у большинства больных дает положительный эффект и минимизирует осложнения у пожилых с дегенеративно-дистрофическими заболеваниями позвоночника.

Таблица 1.

Результаты исходов лечения в группах по шкале MacNab

Исходы лечения	Лечебно-санаторные группы		
	ПЛСР n=25	ОЛСР n= 51	МЛСР n= 44
отличный	8 (32%)	8 (15,9%)	4 (9,1%)
хороший	11 (44%)	20 (39,2%)	17 (38,6%)
удовлетворительный	6 (24%)	21 (41,2%)	19 (43,2%)
плохой	0	2 (3,9%)	4 (9,1%)



ЛИТЕРАТУРА

1. Адамбаев З.И., Киличев И.А. Тракционная терапия (обзор литературы) // Достижения науки и образования. 2017.- №7(20).- С.62–70.

2. Адамбаев З.И., Киличев И.А. Эффективность консервативного лечения относительного стеноза позвоночного канала в поясничном отделе у больных старческого возраста // Материалы научно-практической конференции «Актуальные проблемы геронтологии и гериатрии». Самарканд, 2016 // Проблемы биологии и медицины. – 2016.– №3.1(90). – С.13.

3. Байков Е.С., Карева Н.П., Крутько А.В. и др. Остеохондроз позвоночника. Клинические рекомендации Ассоциации травматологов-ортопедов России. Новосибирск, 2016.- 67 с.

4. Балязин В.А., Балязина Е.В. Боль в спине у пожилых людей: особенности лечения // РМЖ. 2016.- №7.- С.439–441.

5. Баранцевич Е.Р. Рациональная терапия дорсалгий // Manage pain. – 2017.– №2.– С.49-53.

6. Баранцевич Е.Р., Живолупов С.А., Самарцев И.Н. Приоритетные направления в формировании болезнь-модифицирующей комплексной терапии хронических болевых синдромов в неврологии // Русский медицинский журнал. 2017.– №2.– С.642-647.

7. Бельская Г.Н., Сергиенко Д.А. Лечение дорсопатии с позиции эффективности и безопасности // РМЖ. 2014. Т. 22, №16.- С.1178–1181.

8. Гафуров Б.Г. Применение хондропротекторов – долгосрочная стратегия лечения болей в спине // «Nevrologiya». – 2015.– №2(62).– С.167-169.

9. Данилов А.Б. Управление болью. Биопсихосоциальный подход / А.Б. Данилов, Ал.Б. Данилов. – М.: АММ ПРЕСС, 2014. – 592с.

10. Дривотинов Б.В. Физическая реабилитация при неврологических проявлениях остеохондроза позвоночника: учеб. пособие. / Б.В.Дривотинов, Т.Д.Полякова, М.Д.Панкова. – Мн.: БГУФК, 2005. – 211с.

11. Епифанов В.А., Епифанов А.В. Остеохондроз позвоночника (диагностика, лечение, профилактика). 3-е изд. М.: МЕДпресс-информ, 2008.272 с.

12. Каладзе Н.Н., Крадинова Е.А., Черноротов В.А. и др. Реабилитационный прогноз и реабилитационный потенциал у больных с остеохондрозом шейного отдела позвоночника на этапе восстановительного лечения // Вестник

физиотерапии и курортологии. 2015. Т. 23, №3.- С.4–15.

13. Маджидова Ё.Н., Усманова Д.Д. Нимесил в лечении вертеброгенных болей в спине у пациентов с факторами риска развития гастропатий // «Nevrologiya». – 2013.– №4.– С.12-15.

14. Мирджураев Э.М., Хикматова Н.А. Комплексная реабилитация хронического болевого синдрома при дискогенных радикулопатиях // «Nevrologiya». – 2015.– №2(62).– С.79.

15. Орел А.М. Рентгенодиагностика позвоночника для мануальныхтерапевтов. Т. 2. М.: Видар-М, 2009. 388 с.

16. Пономаренко Г.Н. Физическая и реабилитационная медицина: национальное руководство / под ред. Г.Н.Пономаренко. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. 688 с.

17. Ситель А.Б. Мануальная терапия // Мануальная терапия. 2015.-№3(59).- С.31–51.

18. Шершнёв С.В., Ипатов В.В., Халипова И.И. и др. Роль комплексного лучевого обследования в формировании морфо-патогенетического подхода к выбору режимов лечебного воздействия в санатории у больных дорсопатиями / Лучевая диагностика и терапия, 2019, №4(10).- С.33-40.

19. Яхно Н.Н. Хроническая боль: медико-биологические и социально-экономические аспекты / Н.Н Яхно, М.Л. Кукушкин // Вестник РАМН. – 2012.– №9.– С.54-58.

20. International statistical classification of diseases and related health problems. 10th revision, 5th ed. World Health Organisation, 2016. P.580–587.