

## **Секция «Неврология, нейрохирургия, медицинская реабилитация»**

### **3. Комбинированные (мультимодальные) подходы**

- Объединение СВТ-І + физическая активность + изменение образа жизни.
- Терапия должна быть индивидуализированной, учитывать сопутствующие заболевания

#### **Долгосрочные перспективы реабилитации**

Необходимо проводить исследование, измеряя не только субъективные улучшения сна, но и биомаркеры (например, изменения структуры мозга, уровни β-амилоида, τ-белка), чтобы оценить, может ли лечение нарушений сна замедлить или остановить прогресс когнитивного упадка. SpringerLink+1. Разработка технологий мониторинга сна (носимые устройства, актиография) для долгосрочного наблюдения. Образовательные программы для населения и врачей о важности сна как фактора когнитивного здоровья.

#### **Выходы**

Нарушения сна – важный и потенциально модифицируемый фактор риска когнитивного дефицита. Понимание патофизиологических механизмов указывает на несколько путей воздействия: гипоксия, воспаление, нарушение очистки мозговых метаболитов, циркадные сбои. Эффективные профилактика и реабилитация включают раннюю диагностику, когнитивно-поведенческие и медицинские вмешательства, интегрированные подходы. Для практики важно развивать скрининг, просвещение и технологии долгосрочного мониторинга сна.

### **СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ**

1. Пилотное исследование субъективной оценки сна у стационарных пациентов с болевыми и безболевыми проявлениями заболеваний нервной системы / Л. Р. Ахмадеева, Р. И. Султанова, Д. О. Пелипец, Э. Н. Ахмадеева // Современные проблемы науки и образования. – 2019. – № 5. – С. 79.
2. Факторы риска и протективные факторы когнитивных исходов после церебрального инсульта: результаты статистического моделирования на основании клинических и нейровизуализационных данных / Г. А. Булякова, Л. Р. Ахмадеева, И. А. Лакман [и др.] // Артериальная гипертензия. – 2024. – Т. 30. – № 3. – С. 272–281.

**УДК 616.8-052:[616.833.24-007.271+616.721.1-007.43+616.71-018.44-002.28]**

**М. В. Олизарович, Е. М. Олизарович**

*Учреждение образования  
«Гомельский государственный медицинский университет»,  
г. Гомель, Республика Беларусь*

## **ОСОБЕННОСТИ НЕВРОЛОГИЧЕСКОГО СТАТУСА У ПАЦИЕНТОВ С СОЧЕТАННОЙ КОМПРЕССИЕЙ ПОЯСНИЧНЫХ СПИННОМОЗГОВЫХ КОРЕШКОВ ГРЫЖЕЙ МЕЖПОЗВОНКОВОГО ДИСКА И ОСТЕОФИТОМ НА ОДНОМ ПОЗВОНОЧНО-ДВИГАТЕЛЬНОМ СЕГМЕНТЕ**

#### **Введение**

Частота сочетанной компрессии поясничных нервных корешков при воздействии нескольких патологических процессов с возрастом постоянно увеличивается [1]. Это обусловлено прогрессированием дегенеративно-дистрофического процесса, при котором, кроме грыжи межпозвонковых дисков (МПД) развиваются такие состояния как стеноз позвоночного канала и остеофит [2].

Одной из причин компрессии нервных корешков, а также радикуломедуллярных артерий, является оссификация и формирование остеофитов дужек, петрификация

## **Секция «Неврология, нейрохирургия, медицинская реабилитация»**

грыж МПД или задней продольной связки [1, 2]. Локальная кальцификация с образованием выступа называется остеофитом [1, 2].

Сочетание грыжи МПД с остеофитом позвоночного канала является усугубляющим фактором компрессии спинномозговых корешков и часто приводит к необходимости их хирургической декомпрессии [2, 3].

Анализ неврологического статуса пациентов, страдающих сочетанной компрессией поясничных нервных корешков на одном позвоночно-двигательном сегменте, позволит более точно проводить топическую диагностику и устанавливать показания к операции по их декомпрессии.

### **Цель**

Анализ особенностей неврологического статуса у пациентов с одноуровневой сочетанной компрессией поясничных спинномозговых корешков грыжей МПД и остеофитом.

### **Материалы и методы исследования**

Проведен анализ стационарных карт 28 пациентов, обратившихся для проведения операции по декомпрессии поясничных спинномозговых корешков в нейрохирургическое отделение №1 Учреждения Гомельская областная клиническая больница.

Проведен анализ данных по локализации и типу болевого синдрома, развитию двигательных расстройств в нижних конечностях, изменению рефлекторной активности, а также проведена оценка частоты возникновения нарушения функции тазовых органов (НФТО).

### **Результаты исследования и их обсуждение**

Половозрастная характеристика группы пациентов с сочетанной компрессией спинномозговых корешков грыжей и остеофитом на одном уровне представлена в таблице 1.

Таблица 1 – Распределение пациентов по возрасту и полу при сочетанной компрессии нервных корешков

Возраст, лет	Число пациентов, п	% 95 % ДИ	Пол			
			женский	% 95 % ДИ	мужской	% 95 % ДИ
20–29	3	10,7 (2,9–28,0)	1	3,6 (<0,001–19,2)	2	7,1 (0,9–23,7)
30–39	5	17,9 (7,4–36,1)	3	10,7 (2,9–28,0)	2	7,1 (0,9–23,7)
40–49	14	50,0 (32,6–67,4)	6	21,4 (9,9–39,9)	8	28,6 (15,1–47,2)
50–59	4	14,3 (5,1–32,1)	1	3,6 (<0,001–19,2)	3	10,7 (2,9–28,0)
60 и старше	2	7,1 (0,9–23,7)	0	0	2	7,1 (0,9–23,7)
Всего	28	100	11	39,3 (23,5–57,6)	17	60,7 (42,4–76,5)

В результате анализа данных, представленных в таблице, установлено, что в исследованной подгруппе превалировали лица зрелого, 40–49 лет, возраста – 14 (50,0 %; 95 % ДИ (32,6–67,4)) чел., преимущественно мужчины 60,7 %; 95 % ДИ (42,4–76,5)).

## **Секция «Неврология, нейрохирургия, медицинская реабилитация»**

Боли в поясничном отделе позвоночника до операции беспокоили пациентов в следующие сроки: до 6 мес. – 14 (50,0 %; 95 % ДИ (32,6–67,4)) чел., от 6 мес. до 5 лет – 6 (21,4 %; 95 % ДИ (9,9–39,9)), от 5 до 10 лет – 1 (3,6 %; 95 % ДИ (<0,001–19,2)), свыше 10 лет – 2 (7,1 %; 95 % ДИ (0,9–23,7)) чел. Отрицали боли в позвоночнике на момент хирургического вмешательства 5 (17,9 %; 95 % ДИ (7,4–36,1)) чел.

Длительность болевого синдрома, с иррадиацией в ногу, у пациентов с остеофитом и грыжей МПД представлена в таблице 2.

Таблица 2 — Длительность болей, иррадиирующих в ногу, до операции

Число пациентов, п %, 95 % ДИ	Длительность корешковых болей до операции							
	до 1 мес.	1–3 мес.	3–6 мес.	6 мес.–1 г.	1–3 гг.	3–5 лет	5–10 лет	более 10 лет
28	3	7	9	1	4	1	1	2
100	10,7 (2,9– 28,0)	25,0 (17,8– 50,8)	32,1 (2,9– 28,0)	3,6 (<0,001– 19,2)	14,3 (5,1– 32,1)	3,6 (<0,001– 19,2)	3,6 (<0,001– 19,2)	7,1 (0,9–23,7)

Как видно из таблицы, оперированные по длительности болей в ноге до хирургического лечения распределялись следующим образом: до 3 мес. – 10 (35,7 %; 95 % ДИ (20,6–54,3)) чел.; от 3 мес. до года – 10 (35,7 %; 95 % ДИ (20,6–54,3)); более года – 8 (28,6 %; 95 % ДИ (15,1–47,2)) пациентов.

Болевые ощущения в пояснично-крестцовом отделе позвоночника в данной группе при поступлении беспокоили 23 (82,1 %; 95 % ДИ (63,9–92,6)) пациентов, при этом, на их постоянный характер указали 12 (42,9 %; 95 % ДИ (26,5–61,0)) чел. Непостоянные боли, возникающие преимущественно при физической нагрузке, отмечали 6 (21,4 %; 95 % ДИ (9,9–39,9)) чел., при сидении – 4 (14,3 %; 95 % ДИ (5,1–32,1)), при ходьбе – 5 (17,9 %; 95 % ДИ (7,4–36,1)) чел., в положении лежа – 2 (7,1 %; 95 % ДИ (0,9–23,7)) пациента. У некоторых пациентов усугубление болей происходило при воздействии нескольких из этих факторов.

На боли в одной конечности указали 26 (92,9 %; 95 % ДИ (76,3–99,1)) оперированных, при этом, перекрестные боли установлены у 1 (3,6 %; 95 % ДИ (<0,001–19,2)) пациента. У 2 (7,1 %; 95 % ДИ (0,9–23,7)) пациентов болевые ощущения были в обеих нижних конечностях.

Боли в ноге ощущали все пациенты данной группы, при этом на постоянный характер указали 23 (82,1 %; 95 % ДИ (63,9–92,6)) чел. Непостоянные боли, возникающие преимущественно при ходьбе, отмечали 3 (10,7 %; 95 % ДИ (2,9–28,0)) чел., при сидении – 2 (7,1 %; 95 % ДИ (0,9–23,7)) чел.

Характер болевых ощущений в нижней конечности был следующим: ноющие – у 10 (35,7 %; 95 % ДИ (20,6–54,3)) чел.; тянувшие – у 9 (32,1 %; 95 % ДИ (17,8–50,8)); стреляющие – у 6 (21,4 %; 95 % ДИ (9,9–39,9)); сжимающие – у 3 (10,7 %; 95 % ДИ (2,9–28,0)) чел.; жгучие и крутящие – по 2 (7,1 %; 95 % ДИ (0,9–23,7)) случая; режущие – у 1 (3,6 %; 95 % ДИ (<0,001–19,2)) чел. При кашле и чихании боли усиливались у 7 (25,0 %; 95 % ДИ (12,4–43,6)) чел. У некоторых пациентов различные типы болей сочетались.

Локомоторные нарушения до операции были установлены у 3 (10,7 %; 95 % ДИ (2,9–28,0)) пациентов. Представлены по 1 (3,6 %; 95 % ДИ (<0,001–19,2)) случаю нижнего умеренного вялого парапареза, умеренного пареза разгибателей стопы и умеренного пареза сгибателей стопы.

## **Секция «Неврология, нейрохирургия, медицинская реабилитация»**

НФТО диагностировано у 1 (3,6 %; 95 % ДИ (<0,001–19,2)) пациентки с недержанием мочи в рамках синдрома конского хвоста.

При исследовании выявлены следующие нарушения чувствительности: гипальгезия и анальгезия по дерматомам, соответствующим компрессионному нервному корешку, определялась у 17 (60,7 %; 95 % ДИ (42,4–76,5)) пациентов; нарушение чувствительности отсутствовало у 10 (35,7 %; 95 % ДИ (20,6–54,3)); гиперестезия отмечена у 1 (3,6 %; 95 % ДИ (<0,001–19,2)) чел.

Рефлекторная сфера изучена по изменению коленного и ахиллова рефлексов. В данной группе отмечалось по 12 (42,9 %; 95 % ДИ (26,5–61,0)) случаев, как снижения соответствующего локализации грыжи рефлекса, так и его отсутствия. У остальных 4 (14,3 %; 95 % ДИ (5,1–32,1)) обследованных рефлексы на нижних конечностях были сохранены.

Симптом Ласега отмечался у всех обследованных пациентов, при этом, у 5 (17,9 %; 95 % ДИ (7,4–36,1)) из них отмечен двусторонний вариант. Перекрестный вариант этого симптома определялся у 1 (3,6 %; 95 % ДИ (<0,001–19,2)) оперированного.

По степени выраженности симптом Ласега распределялся: резко выраженный – у 4 (14,3 %; 95 % ДИ (5,1–32,1)) чел.; умеренно выраженный – у 19 (67,9 %; 95 % ДИ (49,2–82,2)); слабо выраженный – у 5 (17,9 %; 95 % ДИ (7,4–36,1)) пациентов.

### **Выводы**

1. В группе пациентов с сочетанием грыжи МПД и остеофита болевые ощущения в поясничном отделе позвоночника до хирургического лечения беспокоили 82,1%; 95% ДИ (63,9–92,6) пациентов.

2. На боли в одной конечности указали 92,9 %; 95 % ДИ (76,3–99,1) оперированных. У 7,1 %; 95 % ДИ (0,9–23,7) пациентов болевые ощущения были в обеих нижних конечностях.

3. Двигательный дефицит отмечался у 10,7 %; 95 % ДИ (2,9–28,0) пациентов.

4. Симптом Ласега отмечался у всех пациентов данной группы, при этом, у 17,9 %; 95 % ДИ (7,4–36,1) из них выявлен двусторонний вариант.

### **СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ**

1. Сочетание клинических проявлений спондилоартроза с дисковенным компрессионным синдромом (диагностика и нейрохирургическое лечение) / Е. Б. Колотов, Р. Р. Аминов, А. В. Миронов, Е. В. Земцова // Медицина в Кузбассе. – 2009. – Т. 4. – С. 19–23.
2. Mroz, T. E. Spinal stenosis: Pathophysiology, clinical diagnosis, differential diagnosis / T. E. Mroz [et al.] ; ed. by H. N. Herkowitz [et al.] // Spine. – Philadelphia : W.B. Saunders Inc., 2006. – V. II. – P. 995–1009.
3. Campos-Benitez, M. Degenerative lumbar spinal stenosis. Decompression with and without arthrodesis / M. Campos-Benitez, L. Keller, N. Duggal // Spine. – 2006. – V. 31. – P.789–798.