

1. С 2016 по 2018 годы в нейрохирургические отделения ГКБ № 40 было госпитализировано 320 детей, при этом преобладали дети младшего школьного возраста 30,94% (n=99).

2. В среднем, количество оказанной нейрохирургической помощи в ГКБ № 40 детскому населению составляет 0,29% от общего числа неврологической патологии по Свердловской области.

3. Среднестатистически, в течение трех лет среди нозологических форм в исследовании преобладали новообразования, составившие 45,87%, гидроцефалии – 32,4% и патологии сосудов, составившие 6,2%.

4. Процент хирургической активности в детской группе с 2016 до 2018 возрос на 13,6%, при этом послеоперационная летальность из года в год не превышает 1%.

Список литературы:

1. Заболеваемость детского населения России (0-14 лет) в 2017 году // Статистические материалы ФГБУ Центральный НИИ организации и информатизации здравоохранения МЗ РФ; М. 2018. – С. 31-32

2. Заболеваемость детского населения России (15-17 лет) в 2017 году // Статистические материалы ФГБУ Центральный НИИ организации и информатизации здравоохранения МЗ РФ; М. 2018. – С. 31-32

3. Заболеваемость детского населения России (0-14 лет) в 2018 году // Статистические материалы ФГБУ Центральный НИИ организации и информатизации здравоохранения МЗ РФ; М. 2019. – С. 31-32

4. Заболеваемость детского населения России (15-17 лет) в 2018 году // Статистические материалы ФГБУ Центральный НИИ организации и информатизации здравоохранения МЗ РФ; М. 2019. – С. 31-32

5. Яблонский П.К. Возможности использования элементов управленческого учета при оценке эффективности деятельности хирургической службы крупного города (на примере Санкт-Петербурга) / П.К.Яблонский, Я.С.Кабушка, Г.М.Орлов, О.Н.Скрябин и др. / Вестник Санкт-Петербургского университета. – 2016 – Сер.11. - №5. – С. 62-75

УДК 616.753; 617.539

**Масютина Д.Д., Гончаров М.Ю.
ДИАГНОСТИКА И ТАКТИКА ПРИ ВТОРИЧНОЙ ДИСФАГИИ В
НЕВРОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ**

Кафедра неврологии, нейрохирургии и медицинской генетики
Уральский государственный медицинский университет
Екатеринбург, Российская Федерация

**Masyutina D.D., Goncharov M.U.
DIAGNOSTICS AND TACTICS IN SECONDARY DYSFAGIA IN
NEUROLOGICAL PRACTICE**

Department of Neurology, Neurosurgery and Medical Genetics
Ural state medical university
Yekaterinburg, Russian Federation

E-mail:dasmas37@mail.ru

Аннотация. Оссифицирующий лигаментоз – редкое дегенеративное-дистрофическое заболевание, клинически проявляющееся значительной оссификацией передней продольной связки и вторичной дисфагией при локализации в шейном отделе позвоночника. В диагностике важную роль играет рентгенография шейного отдела позвоночника и контрастное исследование пищевода с барием. Хирургическая коррекция посредством остеофитэктомии является эффективным и надежным методом лечения.

Annotation. Ossifying ligamentosis is a rare degenerative-dystrophic disease, clinically manifested by significant ossification of the anterior longitudinal ligament and secondary dysphagia with localization in the cervical spine. An important role in the diagnosis is played by x-ray of the cervical spine and a contrast study of the esophagus with barium. Surgical correction through osteophytectomy is an effective and reliable method of treatment.

Ключевые слова: болезнь Форестье, фиксирующий гиперостоз, хирургическое лечение.

Key words: Forestier's disease, fixing hyperostosis, surgical treatment.

Введение

За последнее время по литературным данным и по нашим собственным наблюдениям, наблюдается увеличение количества клинических случаев, связанных со значительной оссификацией передней продольной связки на шейном отделе позвоночника, и проявляющихся у пациентов вторичным нарушением глотания в связи с компрессией задней стенки пищевода. Таковую своеобразную форму не воспалительного, дегенеративно-дистрофического поражения позвоночника, очень напоминающую по формальным признакам грубый спондилез, описали в 1950 г. J. Forestier и J. Rots-QueroI, предложив называть ее анкилозирующим старческим гиперостозом позвоночника. В последующем, в литературе, это заболевание стали описывать под названием "болезнь Форестье" или "фиксирующий лигаментоз", «фиксирующий гиперостоз», DiffuseIdiopathicSkeletalHyperostosis (DISH). Болезнь Форестье или «фиксирующий гиперостоз» обычно наблюдается у лиц среднего и пожилого возраста и мало знакомо врачам и даже редко диагностируется ортопедами и неврологами. Объем публикаций по этому заболеванию не большой, и количество описываемых случаев в литературе не более 5-6. Поэтому высчитать частоту встречаемости данной патологии, особенно в Российской Федерации крайне сложно. В связи с редкостью патологии и неспецифичностью клинических проявлений, неосведомленностью врачей

общей практики и врачей-специалистов, диагностический поиск затруднен и может затягиваться на годы. До установления верного диагноза пациент вынужден длительное время обследоваться у терапевтов, гастроэнтерологов лор-врачей, хирургов, неврологов, что ухудшает качество жизни больного за счет нарушения пищеварения, прогрессирующего снижения массы тела и влечет дополнительные финансовые затраты.

В основе заболевания лежит окостенение передней продольной связки, чаще в шейном и грудном отделах позвоночника, при этом более характерен дебют с верхне- и среднегрудных отделов с преимущественно правосторонней оссификацией. Заболевание относится к группе дегенеративно-дистрофических заболеваний позвоночника, причина его до конца не ясна. При этом, одним из провоцирующих факторов его развития может быть хроническая интоксикация (тонзиллогенная, туберкулёзная и др.). Также по данным В. Mazieres (2013), болезнь Форестье ассоциируется с высоким риском метаболического синдрома. Имеются данные о связи с сахарным диабетом, дислипидемией, гиперурикемией, злоупотреблением алкоголем и погрешностями в питании.

При болезни Форестье передняя продольная связка также активно продуцирует кость. Этот процесс начинается вблизи межпозвонковых дисков, причем одновременно на нескольких уровнях позвоночного столба. По мере продуцирования кости передняя продольная связка отодвигается от позвоночника, все время непосредственно покрывая позвоночный столб, а вовсе не отслаиваясь от него, как пишут некоторые авторы. Эти гиперостозные напластования, прочно сросшиеся с телами позвонков, покрывают их спереди и по бокам, лишая их в конце концов всякой подвижности. Таким образом, окостенение передней продольной связки приводит к анкилозированию (обездвиживанию) позвоночника. В качестве компенсаторных механизмов на выраженное окостенение на уровне 2-3 межпозвонковых дисков развиваются неоартрозы со значительными костными разрастаниями в виде шипов. Последние в шейном отделе могут, за счет локального сдавления задней стенки пищевода, быть причиной затрудненного глотания, а в грудном - при постоянном раздражении пищевода - причиной образования дивертикулов. Кроме непосредственного механического сдавления пищевода, на фоне раздражения стенки пищевода развивается рефлекторный мышечный спазм, а также воспалительные изменения мягких тканей с последующим рубцеванием и сдавлением стриктурами извне. Именно нарушения глотания и эти образования в пищеводе являются причиной обращения за медицинской помощью, в остальном, клиника скудная и неспецифичная: может наблюдаться дискомфорт, скованность, усиливающаяся в утренние часы после сна, к концу дня, после физической нагрузки, длительной статической позы.

При обследовании пациентов можно выявить пальпируемые остеофиты через переднебоковую поверхность шеи, ограничение движений в шейном отделе позвоночника, общую астенизацию за счет нарушения пищеварения. Ведущее значение имеют рентгенологические методы, а именно –

рентгенография шейного или грудного отдела позвоночника в двух проекциях, и рентген-контрастное исследование пищевода с барием. Рентгенологическими критериями являются непрерывность оссификации передней продольной связки на протяжении не менее 4-х соседних сегментов позвоночника; отсутствие или слабо выраженные признаки - дегенеративных изменений межпозвонковых дисков (их высота, отсутствие вакуум-феномена и краевого склероза тел позвонков); рентгенологических признаков анкилоза дугоотростчатых суставов и сакроилеита. Довольно четкая и характерная рентгенологическая картина позволяет без затруднений поставить диагноз.

Поздние этапы болезни характеризуются наличием обширных и массивных поднадкостничных костных напластований, сплошной полосой покрывающих передние и боковые поверхности тел позвонков, сливающихся с ними и огибающих межпозвонковые диски. Толщина костных напластований иногда более или менее равномерная, но чаще различается не только на уровне разных сегментов, но и на уровне тел позвонков и дисков и может достигать 1-1,5 см. Высота дисков нормальная или несколько уменьшена, если ее уменьшение произошло до начала гиперостоза. Однако если гиперостозу предшествовал выраженный остеохондроз, то и его признаки сохраняются: умеренное или значительное уменьшение высоты дисков, краевые костные разрастания по типу остеохондроза, субхондральный остеосклероз. Учитывая системность заболевания, на поздних стадиях выявляют периферические изменения в виде поражения собственной связки надколенника, подошвенного апоневроза, также может вовлекаться задняя продольная связка позвоночника с картиной стеноза спинномозгового канала. В ряде редких случаев проводится дифференциальная диагностика, в первую очередь - с болезнью Бехтерева, отличительными признаками которой являются: отсутствие анкилозирования суставных отростков, межпозвонковых дисков и реберно-позвоночных сочленений. Тактика лечения болезни Форестье зависит от выраженности дисфагии: в случае легких проявлений проводят консервативную терапию нестероидными противовоспалительными препаратами (в случае явлений одинофагии), миорелаксантами, физиопроцедуры. Однако учитывая редкость заболевания и сложность диагностики, чаще окончательный диагноз устанавливается у пациентов с уже выраженной дисфагией и значительным разрастанием остеофитов, применение консервативной терапии в таком случае представляется нецелесообразным, поэтому основным методом лечения болезни Форестье является хирургическая коррекция – остеофитэктомия.

Цель исследования - изучение клинического течения болезни Форестье, диагностических ошибок и результатов хирургического лечения с целью улучшения исходов лечения.

Материалы и методы исследования

В период с 2010 по 2018 годы в нейрохирургическом отделении ГБУЗ СО «Свердловская областная клиническая больница №1» на обследовании и лечении находилось 6 пациентов с верифицированным диагнозом болезни

Форестье. Все пациенты были мужского пола. Средний возраст пациентов составил $58 \pm 3,7$ лет. Клиническая картина заболевания у всех больных проявлялась болью в шейном отделе позвоночника, нарушением глотания, а одного пациента – 1 (20%) – беспокоило затруднение дыхания, особенно в горизонтальном положении и в ночной период. Стоит отметить, что у большинства больных нарушение глотания носило прогрессирующий характер, и первоначально проявлялось нарушением прохождения твердой пищи, а в последствии – и жидкой. Средний срок продолжительности нарушения глотания составил $2,4 \pm 0,6$ года и был связан с трудностями интерпритации и диагностики клинических симптомов пациентов в ЛПУ первичного обращения. В последствии, пациенты с приемов гастроэнтерологов или с описанными рентгенограммами (с выявленными стенозами пищевода), направлялись на консультацию нейрохирурга.

При неврологическом осмотре выраженных двигательных и чувствительных нарушений, а также бульбарных и псевдобульбарных нарушений, не было выявлено.

Предоперационное обследование включало рентгенографию шейного отдела позвоночника в 2-х проекциях, компьютерную и магниторезонансную томографию шейного отдела позвоночника с целью исключения грыж межпозвонковых дисков и компрессии нейро-сосудистых образований позвоночного канала. Рентгенологическая картина сформировавшегося выраженного фиксирующего гиперостоза была настолько патогномична, что дифференциальной диагностики чаще не требовала (рис.1).



Рис 1. Болезнь Форестье

Внешняя компрессия пищевода, вторичная по отношению к передним шейным остеофитам, была рентгенографически подтверждена с помощью предоперационного рентген-контрастного исследования пищевода с барием. Предоперационная эзофагограмма показала, что обструкция пищевода присутствовала на одном уровне в трех случаях и двух уровнях в двух случаях.

Уровень С3-С4 был задействован в трех случаях: С4-С5 в трех случаях и С5-С6 в одном случае.

Все пациенты были консультированы штатным отоларингологом медицинского учреждения.

Результаты исследования и их обсуждение

После тщательной оценки и исключения других внутренних или внешних причин проблем с глотанием, рассматривался алгоритм хирургической коррекции этого необычного и редкого клинического заболевания.

Учитывая отсутствие эффекта от проводимых ранее медикаментозных мероприятий, а также принимая во внимание прогрессирующий характер дисфагии, все представленные пациенты были оперированы.

Операции были проведены в объеме резекции костных разрастаний передней продольной связки, остеофитов, декомпрессии пищевода и одном из случаев – гортани.

В послеоперационном периоде не было фиксировано никаких послеоперационных осложнений, включая повреждение пищевода, рецидивирующий паралич гортани, раневую инфекцию или гематомы. У всех пациентов было разрешение дисфагии в ближайшем послеоперационном периоде (в течение 2 недель). Послеоперационные рентгенограммы продемонстрировали полное удаление остеофитов. При отдаленном наблюдении в сроки от 1 до 5 лет, ни один пациент не сообщил о рецидиве дисфагии. Заключительное рентгенографическое обследование показало минимальный рост остеофитов.

Выводы:

1. Фиксирующий гиперостоз (болезнь Форестье) может приводить к патологиям, связанным с компрессией пищеварительного тракта.

2. Предоперационная диагностика с обследованием пищевода, ларингоскопией в сочетании с флюороскопическим исследованием на глотание - обязательное условие подтверждения компрессии.

3. Хирургическая коррекция посредством остеофитэктомии является эффективным методом лечения у отдельных пациентов и должна учитываться при неудачных попытках медикаментозной терапии.

4. С целью раннего выявления и лечения фиксирующего гиперостоза и улучшения качества жизни пациентов необходимо формировать настороженность к данной патологии среди врачей общего звена и врачей-специалистов.

Список литературы:

1. Бунчук Н.В. Диффузный идиопатический гиперостоз скелета / Н.В.Бунчук, С.Ф. Агабабов // Ревматология. – 1986. - № 3. - С. 44

2. Aydin E. Six cases of Forestier syndrome, a rare cause of dysphagia / E. Aydin, V. Akdogan, B. Akkuzu, I. Kirbaş // Acta Otolaryngol. - 2006. – Т.7. – Vol. 126. – P. 775-778

3. Holgate R.L. Diffuse idiopathic skeletal hyperostosis: diagnostic, clinical, and paleopathological considerations / R.L.Holgate, M. Steyn // *Clin Anat.* - 2016. – P. 29-32

4. Nascimento F.A. Diffuse idiopathic skeletal hyperostosis: A review / F.A.Nascimento, L.A. Gatto, R.O. Lages, H.M. Neto, Z. Demartini, G.L. Koppe // *Surg Neurol Int.* - 2014. – Vol.5. - P. 122-125

5. Westerveld L.A. Spinal fractures in patients with ankylosing spinal disorders: a systematic review of the literature on treatment, neurological status and complications / L.A.Westerveld, J.J. Verlaan, F.C. Oner // *Eur Spine J.* – 2009. - Vol.18. – P. 145-156

6. Zárate-Kalfópulos B. Forestier disease. Case report and literature review / B. Zárate-Kalfópulos, O. Jerez-Saldaña, S. Romero-Vargas, H.G. Juárez Jiménez // *Cir Cir.*- 2012. – Vol. 80. – P. 451-454

7. Urrutia J. Long-term results of surgical treatment of dysphagia secondary to cervical diffuse idiopathic skeletal hyperostosis / J. Urrutia, C.M. Bono// *Spine J.*- 2009. – Vol.9. – P. 137

УДК616-009.7

Морозова А.А., Волкова Л.И., Ножкина Н.В.

РОЛЬ ОСОБЕННОСТЕЙ ЛИЧНОСТИ В ФОРМИРОВАНИИ БОЛЕВОГО СИНДРОМА

Кафедра нервных болезней, нейрохирургии и медицинской генетики
Уральский государственный медицинский университет
Екатеринбург, Российская Федерация

Morozova A.A., Volkova L.I., Nozhkina N.V.

THE ROLE OF PERSONALITY OF A PERSONALITY IN THE FORMATION OF PAIN SYNDROME

Department of Nervous Diseases, Neurosurgery and Medical Genetics
Ural State Medical University
Yekaterinburg, Russian Federation

E-mail: ann.morozova2016@yandex.ru

Аннотация. В исследование было включено 50 пациентов (26 женщин, 24 мужчин) с радикулопатией, возникшей на фоне дегенеративно-дистрофической патологии пояснично-крестцового отдела позвоночника. В опрос пациентов был включен сбор анамнеза жизни и заболевания, производилось определение типа темперамента с помощью опросника Г. Айзенка; для оценки боли использовались шкалы: ВАШ, опросник Мак-Гилла, болевая шкала LANSS. Все пациенты заполняли госпитальную анкету тревоги и депрессии (HADS). Уровень эмоционального интеллекта оценивался при