

В.Г. ПОМНИКОВ, д.м.н., профессор, С.С. ТОКАЕВА, Н.Л. АБАЗИЕВА, д.м.н., Е.Ф. ОНИЩЕНКО, д.м.н.
Институт усовершенствования врачей-экспертов, Санкт-Петербург

ОСТЕОПОРОЗ ПОЗВОНОЧНИКА

КАК МУЛЬТИДИСЦИПЛИНАРНАЯ ПРОБЛЕМА И СОСТОЯНИЕ ЖИЗНЕДЕЯТЕЛЬНОСТИ БОЛЬНЫХ

Проблемой остеопороза занимаются врачи многих специальностей с учетом роста данного заболевания и его распространенности, а также различных клинических проявлений. В представленной статье рассматриваются вопросы, посвященные неврологическим аспектам при остеопорозе позвоночника. При обследовании большой группы больных с подтвержденным с помощью денситометрии остеопорозом позвоночника выделены синдромы поражения центральной и периферической нервной системы. С учетом выявленных неврологических синдромов рассматриваются ограничения жизнедеятельности обследованных больных.

Ключевые слова:

остеопороз
денситометрия
неврологические проявления
терапевтические подходы
ограничения жизнедеятельности

Остеопороз (ОП) относится к распространенным заболеваниям, имеющим доказанную взаимосвязь с возрастом. Он представляет собой системную патологию скелета, для которой характерны снижение костной массы, наличие архитектоники костной ткани, приводящие к значительному увеличению хрупкости костей и высокому риску появления их переломов. По эпидемиологическим данным, частота ОП в России значительна и сопоставима с распространенностью в европейских странах. По результатам денситометрии в соответствии с критериями Всемирной организации здравоохранения ОП выявляется у каждой третьей женщины и каждого пятого мужчины в возрасте 50 лет и старше. Основную опасность представляют последствия развития ОП – переломы позвоночника и костей периферического скелета, что, в свою очередь, является причиной смертности или длительной временной и стойкой нетрудоспособности. Высокая частота распространенности и тяжести последствий ОП объясняет необходимость использования в клинической и экспертной практике эффективных методов диагностики, лечения и профилактики этого заболевания [1–7].

В клинически манифестированной форме ОП чаще всего проявляется болями, усиливающимися при нагрузке и локализующимися преимущественно в поясничном и грудном отделах позвоночника, в суставах. Наблюдается деформация фигуры (сутулость, уменьшение роста), чувство тяжести между лопатками, усталость спины, повышенная утомляемость, нарушение походки, хромота, развиваются явления пародонтоза. В последние годы ОП встречается и 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 и белка в пище); сниженную физическую активность; нарушения менструального цикла у женщин; раннее наступление менопаузы; избыточное потребление кофе, алкоголя; вредные привычки (курение), эндокринные заболевания, длительное применение некоторых гормональных препаратов, экологические факторы и др. [1, 3, 5].

По результатам денситометрии в соответствии с критериями Всемирной организации здравоохранения ОП выявляется у каждой третьей женщины и каждого пятого мужчины в возрасте 50 лет и старше

Наравне с врачами других специальностей неврологам приходится решать ряд вопросов, связанных с клиническими проявлениями ОП позвоночника. Своевременная правильная диагностика может являться залогом успеха в лечении и реабилитации этой многочисленной группы больных [2, 4, 7].

Целью данной работы явилась оценка места неврологических проявлений в клинической картине ОП позвоночника и нарушений функций, наиболее часто ограничивающих жизнедеятельность больных данной патологией, с разработкой критериев их диагностики и реабилитации.

Нами обследовано 352 больных (252 женщины и 100 мужчин) в возрасте от 35 до 80 лет с неврологическими проявлениями ОП позвоночника, но без переломов костей конечностей (326 больных старше 60-летнего возраста). Всем пациентам проведено рентгенографическое исследование позвоночника, 98 пациентам компьютерная и 89 – магнитно-резонансная томография, 205 – ультразвуковая денситометрия, с помощью которых достоверно подтверждено наличие ОП позвоночника.

Критериями рентгенографической диагностики были снижение костной массы до двух стандартных отклонений от нормы и наличие хотя бы одного компрессионного снижения высоты тела позвонков (чаще всего 6, 7, 12-го грудных или первых трех поясничных). При денситометрии плотность костной ткани определяли по скорости распространения ультразвука вдоль кортикального слоя передней поверхности большеберцовой кости. Оценивая Т-критерий, пациентов относили к одной из клинических категорий с нормальной костной массой ($T > -1$), с низкой костной массой или остеопенией ($-2,5 < T < -1$), с установленным остеопорозом ($T < -2,5$) [1, 3]. Из обследованных больных 26 страдали также хронической сердечной недостаточностью с микроальбуминурией, у 16 пациентов было выявлено открытое овальное окно предсердной перегородки.

Клинические проявления при ОП позвоночника сравнивались с таковыми у пациентов контрольной группы (43 больных в возрасте от 56 до 79 лет с ирритативно- или рефлекторно-мышечными и корешковыми синдромами остеохондроза позвоночника). Пациенты группы сравнения (17 мужчин и 26 женщин) также были обследованы с использованием рентгенографических методов, 19 из них произведена компьютерная томография позвоночника и конечностей, 10 – магнитно-резонансная томография позвоночника и 12 – денситометрия. Результаты исследования не выявили признаков ОП позвоночника или костей рук или ног при наличии дегенеративно-дистрофического поражения позвоночника (остеохондроз).

При имеющихся неврологических проявлениях с учетом рентгенографических и денситометрических данных наличие ОП позвоночника у обследованных больных было подтверждено. Обследованные пациенты в течение нескольких лет (от 3 до 12) до проведения целенаправленного исследования для выявления ОП неоднократно обращались к врачам различных специальностей с жалобами на боли в костях, суставах, позвоночнике, головные боли, головокружение, плохой сон, повышенную раздражительность. Как правило, им устанавливались различные неврологические (в основном связанные с остеохондрозом позвоночника, церебральным атеросклерозом) и соматические диагнозы, без тщательного обследования

Основную опасность представляют последствия развития ОП – переломы позвоночника и костей периферического скелета, что, в свою очередь, является причиной смертности или длительной временной и стойкой нетрудоспособности

позвоночника с проведением денситометрии. При неврологическом обследовании у всех больных нам удалось выявить клинические проявления, которые мы классифицировали следующим образом.

У 128 пациентов отмечены ирритативные рефлекторно-мышечные синдромы; корешковые синдромы с чув-

ствительными, двигательными и вегетативно-трофическими расстройствами – у 143; сосудистые корешковые и спинномозговые расстройства (радикулоишемии, радикуломиелоишемии) имели место у 76 больных и церебральные нервно-психические расстройства на фоне ОП позвоночника – у 319 обследованных.

Клинические синдромы в отдельности у одного пациента встречались редко, обычно наблюдались сочетание нескольких симптомокомплексов с преимущественным преобладанием одного из них.

В клинически манифестированной форме ОП чаще всего проявляется болями, усиливающимися при нагрузке и локализующимися преимущественно в поясничном и грудном отделах позвоночника, в суставах

У 143 из обследованных больных выявлены корешковые синдромы, проявляющиеся чувствительными (боль, парестезии, онемение, гипестезия), двигательными (фасцикуляции, миоклонии, судороги, парезы или параличи в зоне миотома) и вегетативно-трофическими (спазмы или дилатация сосудов, трофические изменения кожи) нарушениями. Снижались или утрачивались соответствующие глубокие рефлексы. Выявлялись симптомы натяжения корешков (Нери, Ласега, Вассермана и т. п.). У большинства пациентов диагностировано поражение не одного, а нескольких корешков, почти всегда симметрично. Преобладало поражение грудных корешков (70%). На поясничном уровне процесс локализовался в 26% случаев и у 4% больных имелось сочетанное поражение грудных и поясничных корешков. Начало клинических проявлений болезни с боли в спине, пояснице и ноге или только с боли в ноге отмечено практически у всех больных этой группы. Только 4 из них отметили начало заболевания с резкой острой боли в пояснице. В данной группе преобладали женщины (125). Анамнез заболевания колебался от 3 до 12 лет. Среди этих больных умеренным физическим трудом до прекращения трудовой деятельности по возрасту или в связи с определением инвалидности занимались 13 человек, легким 72 и умственным 58 пациентов.

Синдромы радикулоишемии или радикуломиелоишемии диагностированы у 75 больных с ОП позвоночника. У большинства этих пациентов удалось выделить две стадии развития миелоишемии. На первом этапе клинические симптомы поражения спинного мозга имели переходящий 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 парагипестезия, нарушения функции тазовых органов. У этих больных, как правило, при рентгенографическом исследовании выявлялись компрессионные изменения в нижнегрудных или верхнепоясничных позвонках (42 человека).

Практически у всех больных имелись симптомы нарушения функции церебральных структур в виде неврастенического синдрома, астении, депрессии, вегетативно-сосудистых нарушений с пароксизмами (симпато-адреналовыми, вагоинсулярными и смешанными кризами различной частоты, преимущественно легкими или средней тяжести). У женщин отмечались упорные приливы жара к голове (26), потливость (63), сердцебиение (107), мигреноподобная головная боль (14), чувство зябкости в конечностях (132), раздражительность (105) 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 уже при наличии ОП позвоночника.

Церебральные нервно-психические нарушения при ОП могут ограничивать жизнедеятельность пациента при их значительной выраженности, что может проявляться в нарушении поведения, приводить к неадекватным взаимоотношениям в семье, в трудовом коллективе

Анализ проведенного ранее лечения показал, что практически никто из обследованных больных ранее не принимал препараты, направленные на уменьшение патологических проявлений ОП. Преимущественно использовалась симптоматическая терапия, исходя из представлений о наличии у пациентов дегенеративно-дистрофического поражения позвоночника в виде остеохондроза. Назначение антиостеопоретических и костеобразующих препаратов, наряду с симптоматическими средствами, в течение стационарного периода нахождения больных позволило получить положительный эффект и наметить дальнейшие пути проведения показанного целенаправленного лечения для сохранения достаточно качества жизни обследуемых.

С учетом полученных результатов исследования мы считаем, что основными причинами ограничения жизнедеятельности у больных ОП позвоночника с неврологическими проявлениями являются следующие.

Болевой синдром (даже умеренно выраженный, но стойкий) при поясничном и грудном ОП ограничивает жизнедеятельность в связи с нарушением способности к передвижению, стоянию, поддержанию позы, что снижает способность к трудовой деятельности больного, особенно при высоком риске возможных переломов по данным денситометрического исследования.

Двигательный дефект наблюдается при выраженном нарушении статодинамической функции позвоночника, парезе нижней конечности, нижнем парапарезе у больных с синдромом радикуломиелоишемии, что ограничивает способность к передвижению, самообслуживанию, трудовой деятельности.

На трудовых возможностях и качестве жизни больного с ОП позвоночника сказываются ограничения, обуслов-

ленные факторами риска обострения заболевания, в частности, вследствие снижения выносливости к физическому напряжению и воздействию неблагоприятных климатических условий (в первую очередь к охлаждению) в повседневной жизни и на производстве, особенно при высоком риске развития переломов.

Церебральные нервно-психические нарушения при ОП могут ограничивать жизнедеятельность пациента при их значительной выраженности, что может проявляться в нарушении поведения, приводить к неадекватным взаимоотношениям в семье, в трудовом коллективе.

Анализируя проведенное исследование, можно сделать заключение, что при ОП позвоночника в подавляющем большинстве случаев у больных имеются симптомы и синдромы поражения нервной системы. Важность дифференциальной диагностики ОП и остеохондроза позвоночника с неврологическими проявлениями обусловлена правильным выбором назначаемой терапии. В случаях возникновения дезадаптации пациента, требующей социальной защиты или помощи, вследствие ОП позвоночника со стойкими выраженными расстройствами неврологических функций, приводящими к значительному ограничению жизнедеятельности, больные должны направляться в бюро медико-социальной экспертизы для решения вопроса о состоянии трудоспособности (при такой необходимости).

С учетом изучения данной проблемы можно отметить, что врачи многих специальностей все чаще будут сталкиваться с вопросами диагностики, лечения и реабилитации больных с неврологическими проявлениями ОП позвоночника. Все это потребует углубления знаний в области ОП с различными проявлениями, в т. ч. и неврологическими.

Целесообразны дальнейшие исследования в этом направлении.



ЛИТЕРАТУРА

1. Благосклонная Я.В., Красильникова Е.И., Каронова Т.Л., Гринева Е.И. Остеопороз. *Новые Санкт-Петербургские врачебные ведомости*, 2010, 2: 46-53.
2. Маличенко С.Б., Машенко Е.А., Маличенко В.С., Кудрявцев В.В., Каплан М.З., Лаптева А.Е. Клинико-демографическая характеристика пациентов с остеопорозом различных возрастных групп, отобранных по валидизированным факторам риска. *Медико-социальная экспертиза и реабилитация*, 2012, 1: 36-41.
3. Остеопороз. Под ред. О.М. Лесняк, Л.И. Беневоленской. 2-е изд., перер. и доп. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009: 272 (Клинические рекомендации).
4. Помников В.Г., Скоромец А.А., Зоткин Е.Г., Шишкин А.В. Ограничения жизнедеятельности при неврологических проявлениях остеопороза позвоночника. *Медико-социальная экспертиза и реабилитация*, 2003, 4: 30-32.
5. Рожинская Л.Я. Современная стратегия профилактики и лечения остеопороза. *РМЖ*, 2005, 13(6): 344-352.
6. Скрипникова И.А., Кислый Н.Д. Новые возможности оценки риска переломов, реабилитационный прогноз и реабилитационный потенциал пациентов с первичным остеопорозом. *Медико-социальная экспертиза и реабилитация*, 2010, 4: 41-44.
7. Coper C, Gehlbach S. Identification of patient in need of antiosteoporotic treatment; who to treat today? *Medicographia*, 2006, 1: 13-19.