

В. Г. Помников, Л. В. Деревянченко, Ф. В. Марзаева, М. Я. Татарханова

СОСТОЯНИЕ ЖИЗНЕДЕЯТЕЛЬНОСТИ БОЛЬНЫХ ПРИ ОСТЕОПОРОЗЕ ПОЗВОНОЧНИКА С НЕВРОЛОГИЧЕСКИМИ ПРОЯВЛЕНИЯМИ

ФГБОУ ДПО «Санкт-Петербургский институт усовершенствования врачей-экспертов Федерального медико-биологического агентства»

Остеопороз (ОП) относится к частым заболеваниям, имеющим доказанную взаимосвязь с возрастом. Он представляет собой системную патологию скелета, для которой характерны снижение костной массы, наличие архитектоники костной ткани, приводящих к значительному увеличению хрупкости костей и высокому риску появления их переломов. С учетом имеющихся эпидемиологических данных частота ОП в России не уступает его распространенности 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 длительной инвалидизации и смертности. Высокая частота распространенности и тяжести последствий ОП объясняют необходимость использования в клинико-экспертной практике эффективных методов диагностики, лечения и профилактики этого заболевания [1–5].

Заболевание чаще всего проявляется болями, усиливающимися при нагрузке и локализующимися в поясничном и грудном отделах позвоночника, в суставах. Наблюдаются 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); сниженная физическая 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].

Неврологам, как и врачам других специальностей, приходится решать многие вопросы, связанные с клиническими проявлениями ОП позвоночника. Лишь своевременная правильная диагностика может являться залогом успеха в лечении и реабилитации этой многочисленной группы пациентов [5, 6].

Целью данной работы явилось выявление неврологических особенностей клинической картины ОП позвоночника с разработкой критериев диагностики, реабилитации, а также оценкой имеющихся нарушений функций, наиболее часто ограничивающих жизнедеятельность данной категории больных.

Материал и методы. Нами было обследовано 452 больных (130 мужчин и 322 женщины) с неврологическими проявлениями ОП позвоночника, но без переломов костей рук или ног, в возрасте от 35 до 90 лет (406 из них старше 60). Всем нашим пациентам проведено рентгенографическое исследование позвоночника, 96 — компьютерная и 79 — магнитно-резонансная томография, 205 — ультразвуковая денситометрия, с помощью которых достоверно подтверждено наличие ОП позвоночника. Главными 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 грудных или первых трех поясничных). При денситометрии плотность костной ткани определяли по скорости распространения ультразвука вдоль кортикального слоя передней поверхности большеберцовой кости. Оценивая T-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, 2]. Из обследованных больных 20 страдали также хронической сердечной недостаточностью с микроальбуминурией, у 17 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 была 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).

Результаты и их обсуждение. При имеющихся клинических 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 возможного выявления ОП неоднократно обращались к врачам различных специальностей с жалобами на боли в костях, суставах, позвоночнике, головные боли, головокружение, плохой сон, повышенную раздражительность. Им устанавливались различные неврологические (в основном, связанные с остеохондрозом позвоночника, церебральным атеросклерозом) и соматические диагнозы, без тщательного обследования позвоночника.

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

Ирритативные рефлекторно-мышечные синдромы отмечены у 158 пациентов; корешковые синдромы с чувствительными, двигательными и вегетативно-трофическими расстройствами — у 171; сосудистые корешковые и спинномозговые расстройства (радикулоишемии, радикуломиелоишемии) имели место у 96 больных и церебральные нервно-психические расстройства на фоне ОП позвоночника — у 422 обследованных.

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

У 171 из обследованных больных на фоне миофасциальных болей 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 рефлексy. 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 (74%). На поясничном уровне процесс локализовался в 23% случаев и у 3% 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 5 из них отметили начало заболевания с резкой острой боли в пояснице. В данной группе преобладали женщины (137). 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 — 88 и умственным — 70 пациентов.

Синдромы радикулоишемии или радикуломиелоишемии диагностированы у 95 больных с ОП позвоночника. У большинства этих пациентов удалось выделить две стадии развития миелоишемии. На первом этапе клинические симптомы поражения 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 парагипестезия, нарушения функции тазовых органов. У этих больных, как правило, при рентгенографическом исследовании выявлялись компрессионные изменения в нижних грудных или верхних поясничных позвонках (72 человека).

Практически у всех больных имелись симптомы нарушений функции церебральных структур в виде неврастенического синдрома, астении, депрессии, вегетативно-сосудистых нарушений с пароксизмами (симпато-адреналовыми, ваго-инсулярными и смешанными кризами различной частоты, легкими и средней тяжести). У женщин отмечались упорные приливы жара к голове (35), потливость (94), сердцебиения (129), мигреноподобная головная боль (21), чувство зябкости в конечностях (164), раздражительность (117) 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.

Анализ проведенного ранее лечения показал, что практически никто из представленных пациентов ранее не использовал 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 антирезорбтивных и костеобразующих препаратов, наряду с симптоматическими средствами в течение стационарного периода нахождения больных, позволило получить положительный эффект и наметить дальнейшие пути сохранения достаточного 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 дефицит наблюдается при выраженном нарушении статико-динамической 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, обусловленные 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 ситуативного поведения, приводить к неадекватным взаимоотношениям в семье, в трудовом коллективе.

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).

По мере накопления знаний в области ОП врачи многих специальностей все чаще будут сталкиваться с проблемой диагностики, лечения и медико-социального освидетельствования больных с неврологическими проявлениями ОП позвоночника. Все это потребует углубления знаний в области ОП с различными проявлениями.

Литература

1. *Благосклонная Я. В., Красильникова Е. И., Каронова Т. Л., Гринева Е. И.* Остеопороз // Новые Санкт-Петербургские врачебные ведомости. 2010. № 2. С. 46–53.
2. Остеопороз / под ред. О. М. Лесняк, Л. И. Беневоленской. 2-е изд., перер. и допол. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. 272 с. (Серия «Клинические рекомендации»).
3. *Рожинская Л. Я.* Современная стратегия профилактики и лечения остеопороза // РМЖ. 2005. Т. 13, № 6. С. 344–352.
4. *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. С. 41–44.

5. *Coper C., Gehlbach S.* Identification of patient in need of antiosteoporotic treatment; who to treat today? // *Medicographia*. 2006. N 1. P. 13–19.

6. *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. С. 30–32.

Статья поступила в редакцию 2 июля 2012 г.