

Сенильный остеопороз.

Остеопороз-системное заболевание скелета, характеризующееся снижением плотности костной массы и ухудшением архитектоники костной ткани, вследствие чего повышается хрупкость костей и подверженность их переломам.

По общепринятой классификации различают системный и локальный остеопороз.

Системный подразделяется на первичный и вторичный.

К первичному остеопорозу относятся:

- наследственный
- ювенильный
- идиопатический
- инволютивный.

Инволютивный остеопороз бывает 1 типа (постменопаузальный) и 2 типа(сенильный).

Диагноз сенильного остеопороза устанавливается в тех случаях, когда выявляется у лиц старше 70 лет .Соотношение мужчин и женщин 1:2, в то время, как при менопаузальном остеопорозе 1 типа это соотношение составляет 1:6.

Отличительной чертой сенильного остеопороза является то, что резорбция костной ткани в скелете туловища(губчатая кость) и в костях конечностей (кортикальная кость) идет в равной степени, в то время , как при остеопорозе 1 типа поражается главным образом губчатая кость.

Вследствие этого, при сенильном остеопорозе переломам подвергается шейка бедра в 5 раз чаще, чем при постменопаузальном остеопорозе 1 типа.

Поражение позвоночника идет по типу множественных клиновидных переломов позвонков, которые обычно не сопровождаются резким болевым синдромом в отличие от компрессионных переломов позвонков при постменопаузальном остеопорозе 1 типа.

ПАТОГЕНЕЗ сенильного остеопороза обусловлен следующими механизмами:

1.Гормональные нарушения:

а) дефицит вит.Д(вследствие снижения функции почек и дефицита альфа-гидроксилазы; это ведет к снижению всасывания Са в кишечнике и развитию гипокальцемии.

б) нормализация уровня кальция возможна только за счет повышения уровня паратгормона, вырабатываемого паращитовидными железами. Чем выше уровень паратгормона, тем уровень Са ниже.

в) снижение секреции кальцитонина , который вырабатывается щитовидной железой и подавляет резорбцию костной ткани за счет уменьшения количества остеокластов.

г) дефицит половых гормонов, которые снижают активность остеокластов и способствуют уменьшению резорбции костной ткани.

Кроме того, на патогенез сенильного остеопороза оказывают влияние следующие факторы:

- особенности питания пожилых людей (уменьшение потребления мяса ,плохая переносимость молочных продуктов),вследствие чего потребление кальция с пищей уменьшается

- уменьшение солнечной инсоляции, снижение физических нагрузок, малоподвижный образ жизни ведут к снижению уровня вит.Д в коже и плазме а затем к гипокальцемии.

Риск возникновения переломов при сенильном остеопорозе зависит не только от потери костной массы , но и от причин, приводящих пожилых людей к более частому падению(это обмороки,потери сознания, приступы аритмий, головокружение, нарушение ходьбы, плохое зрение и т. п.) В возрасте старше 75 лет падение является важнейшим фактором для возникновения переломов.

Клинические проявления остеопороза у старых людей укладываются в следующие синдромы:

- подострые приступы болей в спине ,связанные с прогрессирующей деформацией позвоночника, повышением тонуса мышц спины, сдавлением нервных стволов.

- сутулость, кифоз, приводящие к дыхательной недостаточности, нарушению походки, уменьшению роста на 10-15 см (при физиологическом старении рост уменьшается на 2-5 см).

- внезапная боль и потеря подвижности при переломе бедренной кости, чаще в области шейки.

Этот участок кости при выраженном остеопорозе у стариков отличается от такового у молодых людей, как пепел выкуренной сигареты отличается по прочности от самой сигареты. Переломы лучевой кости в"типичном месте" обычно являются следствием падения на вытянутую руку, чаще у женщин.

Диагностика и диф. диагностика остеопороза проводится с помощью рентгенологических, денситометрических и лабораторных методов исследования.

РЕНТГЕНОГРАФИЯ:

Из костных структур губчатого строения лучше исследовать позвоночник в боковой проекции и кости таза в прямой проекции. А из костей кортикального строения- короткие трубчатые кости кистей.

Сенильный остеопороз соответствует 2 и 3 рентгенологическим стадиям остеопороза и характеризуется:

- снижением высоты тел позвонков, причем передней их части - клиновидная деструкция, или снижением на всем протяжении позвонка - компрессионная деформация.

- увеличение высоты меж позвонковых дисков (превышает высоту тел позвонков)

- двояковыпуклая форма дисков

- множественные разрывы замыкательных пластинок

Для выявления скрытых переломов, а также для диф. диагностики старых и свежих компрессионных переломов позвонков используют метод сцинтиграфии, когда в очаге поражения избыточно накапливается радиофармпрепарат.

Для определения степени риска возможных переломов используется денситометрическое измерение костной массы. Однократное точное измерение в любом участке скелета(допустим, на запястье или пятке), имеет одинаковое значение для предсказания риска будущих переломов в любой части скелета.

Современные костные денситометры могут также проводить определение и биохимических маркеров костного метаболизма: щелочную фосфатазу, остеокальцин в крови ,кальций и гидроксипролин в моче.

Лечение остеопороза проводить непросто ,т.к. патогенез заболевания многообразен ,необходимо назначать несколько препаратов, а у пожилых людей существует целый ряд противопоказаний и ограничений. Однако, риск переломов на фоне лечения снижается на 50%.Поэтому, придерживаются тактики применения препарата, который наиболее подходит к данной конкретной ситуации. Например, после овариэктомии оптимально назначение эстрогенов. У стариков же предпочтение отдают препаратам кальция и витамина Д.

При назначении препаратов вит.Д необходимо правильно подобрать дозу, т. к. может быстро наступить гиперкальциемия, сопровождающаяся тошнотой, болями в животе, неустойчивым стулом, усилением болей в костях.

Такая гиперкальциемия трудно поддается коррекции, поэтому в начале лечения контроль уровня кальция необходимо проводить еженедельно, а также исследовать уровень фосфора, щелочной фосфатазы, суточной экскреции кальция с мочой. По достижении нормального содержания кальция, анализы можно проверять один раз в 3 месяца.

Если уровень кальция превысил норму (больше 2,75 ммол/л) и 250 мг в суточной моче),необходимо отменить препарат на несколько дней, а затем назначить в половинной дозе на длительный срок.

Из препаратов кальция в пожилом возрасте лучше назначать кальцитонин, который подавляет активность остеокластов, тем самым уменьшает разрушение кости. Кроме того, он обладает обезболивающим действием и показан при выраженных болях в позвоночнике.

Монотерапия кальцитонином может привести к гипокальцемии, поэтому его не применяют с профилактической целью, а только при подтвержденном выраженном остеопорозе.

Выходом из отрицательных последствий монотерапии кальцитонином и препаратами вит.Д, может быть совместное применение этих препаратов в виде кальция-Д3 норвежской фирмы Никомед.

Кроме патогенетической терапии необходимо назначать обезболивающие средства. Начинают с простых анальгетиков (парацетамол, трамал, ацетоминофен и др.). При недостаточной их эффективности назначают нестероидные противовоспалительные средства(бруфен, диклофенак натрия).

Показано также назначение миорелаксантов (сирдалуд), локальной терапии в виде паравертебральных блокад смесью новокаина и лидокаина.

ПРОФИЛАКТИКА:

Сенильный остеопороз - это стадия полного развития заболевания, а, значит, профилактические возможности утеряны, т.к. больные уже имеют переломы и нуждаются в активных мероприятиях, направленных на предотвращение повторных переломов. С этой целью необходимо:

- избегать падений в домашних условиях
- не пользоваться транспортом без сопровождения
- не поднимать тяжестей
- беречь спину при наклонах
- регулярно проверять остроту зрения
- не злоупотреблять снотворными, психотропными препаратами
- необходимо также увеличивать потребление кальция с пищей (лицам старше 65 лет необходимо 1500 мг кальция в сутки)
- избегать курения
- по возможности увеличить посильные физические нагрузки

Необходимо также проводить лечение других заболеваний у пациента, которые способны провоцировать падения и травмы.

ЛИТЕРАТУРА:

- 1.Н.Ф.Сорока "Остеопороз". Минск, 1997г.
- 2.Л.Б.Лазебник, С.Б.Маличенко "Остеопороз". Методическое руководство. Российская медицинская академия последипломного образования.
- 3.Минздрав РБ "Диагностика и лечение остеопороза пожилых." Минск,1998г.

