



Гериатрические аспекты заболеваний опорно- двигательного аппарата

Пономарева Татьяна Александровна

Возрастные изменения при старении

Возрастные изменения костно-хрящевой ткани и связочного аппарата позвоночника и конечностей проявляются дистрофически-деструктивными нарушениями с преобладанием остеопороза или гиперпластических процессов. Разрежение костной ткани нарастает с каждым десятилетием. Возрастной остеопороз - биологически обусловленное в процессе старения разрежение костной ткани с уменьшением количества костного вещества.

В период с 20 до 70 лет рост уменьшается на 5 см преимущественно за счет увеличения искривления позвоночника, снижения высоты позвоночных дисков и толщины хряща костей, образующих суставы.

Кроме того, происходит изменение осанки за счет кифосколиоза.

Возрастает риск развития патологических переломов.

Прогрессирует остеоартроз и остеохондроз.

Уменьшается содержание минеральных веществ в костях. Кальциноз сухожилий и суставных сумок.

Уменьшается количество мышечных волокон, снижается эффективность мышечного сокращения, сопровождающееся атрофией мышц, их дряблостью, развитием старческой миастении, неспособностью к длительной физической активности.

Деформирующий остеоартроз (ДОА)

Деструктивно - дистрофическое заболевание суставов, характеризующееся первичной дегенерацией суставного хряща с последующими изменениями суставных поверхностей и развитием краевых остеофитов, что приводит к деформации и нарушению функции суставов.

Это самая распространенная суставная патология в современном обществе.

Им болеют 10-20% всего населения, причем к 50 годам заболеваемость возрастает до 27%, а у людей старше 60 лет - до 97%.

Факторы риска.

- **Пожилой возраст.**
- **Дисплазии, приводящие к уменьшению конгруэнтности суставных поверхностей.**
- **Нарушение статики - смещение оси тела.**
- **Функциональная перегрузка, ведущая к микротравматизации хряща (профессиональный спорт).**
- **Профессиональные вредности (водитель, парикмахер, строитель).**
- **Травмы и операции в анамнезе.**
- **Хронический гемартроз (гемофилия).**
- **Нарушение метаболизма - хондрокальциноз, подагра**
- **Избыточная масса тела.**
- **Отягощенная наследственность.**

Течение ДОА в большинстве случаев длительное, хроническое с медленным нарастанием симптомов и без резко выраженных обострений.

Клиника

1. Болевой синдром.

Боли возникают при физической активности, к вечеру исчезают. При прогрессировании носят постоянный характер. Утренняя скованность не более 30 минут.

2. Ограничение движений.

Ограничение движений в суставах долго остается небольшим и лишь при многолетнем течении может достигнуть значительной степени.

Периодически под влиянием различных провоцирующих факторов возникает реактивный синовит, крепитация (хруст) при активных движениях суставов

3. Формирование деформаций, подвывиха,

- **контрактуры.**

Клинические формы

- **Коксартроз** – поражение тазобедренного сустава. Быстро приводит к инвалидизации. Беспокоят боли в тазобедренном суставе, в паховой области, в ягодице. Сначала боли носят переменный характер, затем – постоянный. Ограничивается ротация бедра, нарушается сгибание, отмечается «утинная походка». Постепенно атрофируются мышцы бедра, ягодиц.
- **Гонартроз** – поражение коленных суставов. Проявляются болью в суставе при ходьбе по лестнице, долгом стоянии. Ограничиваются движения в суставе. Что приводит к атрофии мышц голени и бедра, суставы приобретают шаровидную форму. В тяжелых случаях развивается сгибательная контрактура, О- и Х-образная девиация голеней.

- **Узелки Гебердена и узелки Бушара - суставные дегенеративные процессы, приводящие к межфаланговым дистальным и проксимальным артрозам рук. Их частота возрастает вместе с возрастом (их можно констатировать более чем у трети лиц старше 80 лет). Болезнь затрагивает чаще женщин.**

Диагностика.

- **Рентгенологические симптомы: сужение суставной щели, остеофиты, околосуставной краевой дефект костной ткани, кальциноз суставных капсул, узурация гиалинового хряща.**
- **Магнитно-резонансная томография один из самых современных методов исследования, позволяет изучить не только структуру хряща, но и различные отклонения в обмене веществ.**

Лечение

Задачи при лечении: избавление от боли, улучшение функции сустава и замедление прогрессирования патологического процесса.

Пациенту необходимо разъяснить сущность и сложность его болезни, ожидаемые результаты планируемых лечебных мероприятий, особенно если возникает необходимость оперативного лечения.

1.«Базисная терапия».

Разгрузка пораженных суставов тормозит дальнейшее прогрессирование заболевания. Больному запрещаются длительная ходьба, длительное стояние, ношение тяжестей, не рекомендуются частые спуски и подъемы по лестнице (следует пользоваться лифтом). Ходьба должна чередоваться с 5—10-минутным отдыхом. Больному следует пользоваться палкой.

Нормализация массы тела.

Лечение хондропротекторами (терафлекс). Они улучшают метаболизм хряща, замедляют и предупреждают его деструкцию, их целесообразно применять для закрепления эффекта лечения. Курс лечения от 3 до 6 месяцев.

2. Уменьшение болевого синдрома.

Применение НПВП короткими курсами по 3-7 дней: найз, диклофенак, индометацин, ибупрофен, вольтарен. Назначая пожилым и старым пациентам препараты этой группы, следует помнить об их побочных эффектах (диспептические расстройства, риск развития кровотечения и перфорации, вызванных приемом данных препаратов, повышение АД)

3. Внутрисуставное введение препаратов.

Нолтрекс и препараты гиалуроновой кислоты: способствуют восстановлению вязкости синовиальной жидкости в пораженных суставах. При этом уменьшаются боли и улучшается подвижность сустава.

4. Физиотерапевтические процедуры: УЗТ, УВЧ, лазеротерапия

5. Хирургическое лечение.

При отсутствии эффекта от лекарственной терапии рекомендуется эндопротезирование суставов.

Остеопороз

Остеопороз — системное прогрессирующее заболевание скелета, характеризующееся уменьшением костной массы и нарушением структуры костной ткани, ведущее к повышению хрупкости костей и появлению переломов.

Его частота растет с возрастом.

Частые травмы костей и позвоночника, как последствия остеопороза, во второй половине жизни человека приводит к инвалидизации и увеличению летальности у пожилых людей.

Остеопороз занимает важное место в структуре заболеваемости. Так, в возрасте 65 лет им страдает 25 % женщин, а в возрасте 80 лет - 100 %; показатели заболеваемости у мужчин несколько меньше. Убыль трабекулярной ткани в позвонках, костях таза и других плоских костях начинается с 30-35 лет, убыль кортикальной ткани начинается на десятилетие позже. За всю жизнь теряется около 30-40 % пиковой массы кости у женщин и около 20-30 % у мужчин.

Факторы риска

- возраст
- наследственность;
- субтильное телосложение (небольшой рост и низкая масса тела)
- курение и злоупотребление алкоголем;
- длительный прием глюкокортикоидов, диуретиков, цитостатиков и некоторых других лекарственных средств;
- ранняя менопауза;
- вымывание кальция и фосфора из костей и нарушение их всасывания при заболеваниях кишечника;
- длительная иммобилизация;
- большое количество беременностей и длительное грудное кормление;
- заболевания эндокринной системы;
- дефицит витамина D, дефицит кальция с пищей, злоупотребление кофе

Клиническая картина

В начале заболевания жалобы на понижение работоспособности и повышенную утомляемость. Одним из ведущих начальных симптомов остеопороза является боль в позвоночнике, трубчатых костях и мягких тканях.

Боли в костях летучие, появляются то в руках, то в позвоночнике. По локализации и силе боли непостоянные, усиливаются при изменении погоды, в холодное время года, при физических нагрузках, массаже, после переутомления, даже после отрицательных эмоций. Боли могут быть опоясывающими, по ходу ребер, и воспринимаются как межреберная невралгия. В течение заболевания отмечаются периоды обострения и периоды стихания болей. Через 2—10 лет достигается окончательная стабилизация патологического процесса. Постоянная боль в области позвоночника сохраняется.

У многих больных длительная сильная боль обуславливает повышенную чувствительность и невротизацию. Они сверхвосприимчивы к небольшим раздражениям, что вызывает подозрение на истерическую реакцию или вегетативную дисфункцию. Боль может приводить к депрессивному состоянию. Дистрофические изменения в позвоночнике приводят к снижению роста, изменению осанки больного (появление сутулости, «позы просителя»). Наиболее тяжелыми осложнениями остеопороза являются переломы позвоночника, костей конечностей. Таким образом, клинической триадой остеопороза являются: боли в костях, переломы костей, изменение осанки и деформация скелета.

•

•

•

Диагностика.

Осмотр: кифоз или лордоз, сутулость, «поза просящего». Поперечная складка на животе, реберная дуга опускается ниже, подбородок «ложится» на грудь.

Пальпаторно определяется болезненность в области поврежденных позвонков (при пальпации ребер боли появляются, а при пальпации межреберных промежутков, где располагаются межреберные нервы, болезненность отсутствует; боли при пальпации остистых отростков и паравертебральных точек.

Лабораторно-инструментальное исследование.

- 1. Проводится рентгенография костного скелета: уменьшение костной ткани, изменение рисунка и формы позвонков (клиновидная или компрессионная деформация). Метод информативен только при потере костной массы более 20—30 %.**
- 2. Костная денситометрия. В основе этого метода лежит изменение поглощения ионизирующего излучения костной тканью, и он позволяет количественно оценить плотность костной ткани**
- 3. Изотопные методы количественной оценки состояния кости.**
- 4. При трудной диагностике используется биопсия гребня подвздошной или пяточной костей.**

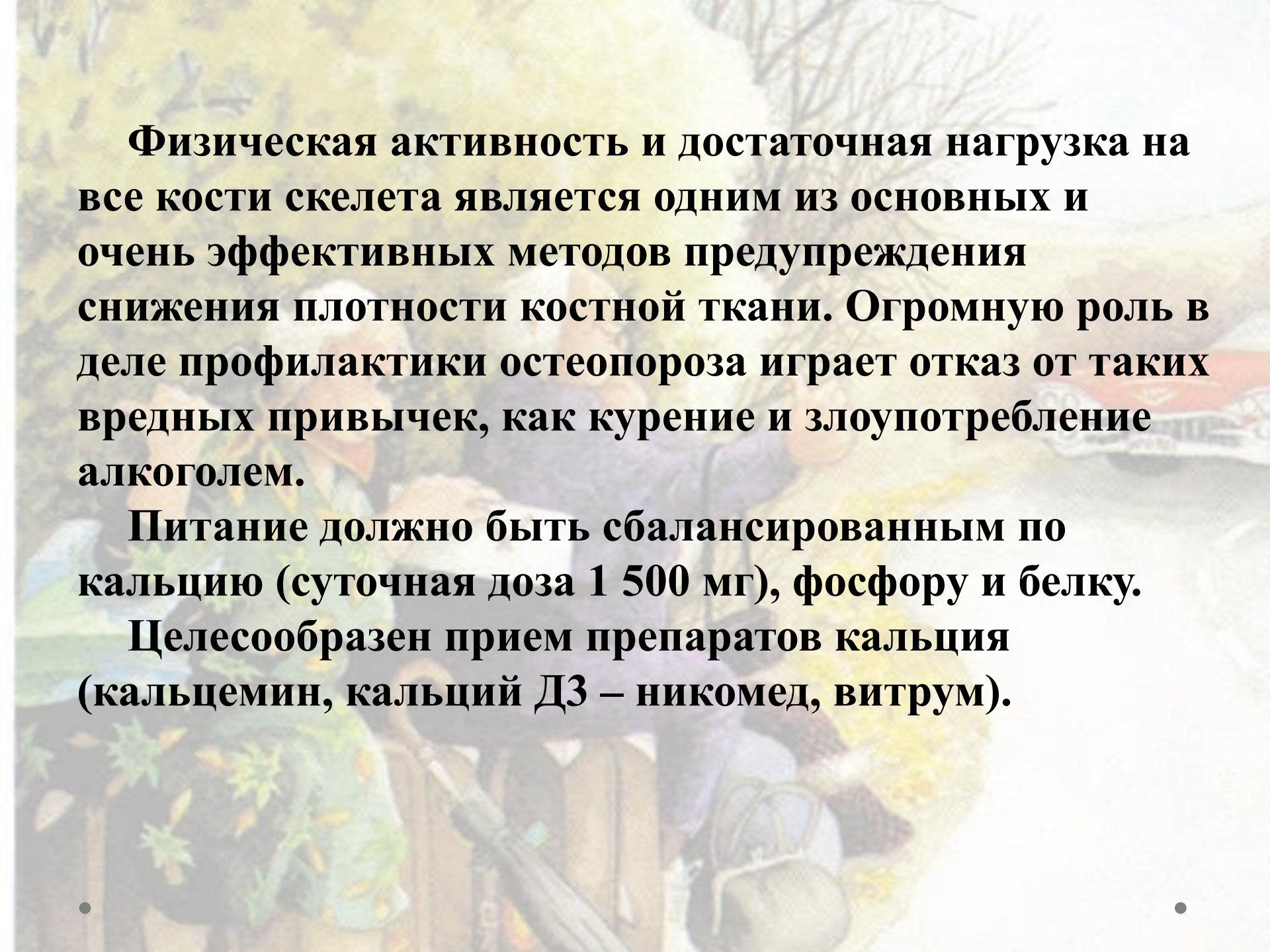
Лечение

Лечение и профилактика остеопороза включают нормализацию обмена кальция в костной ткани. При этом можно выделить три этапа:

- обеспечение достаточного количества кальция, поступающего в организм человека за счет кальций содержащих продуктов и лекарственных препаратов.**
- улучшение всасывания кальция в кишечнике. Этому способствуют препараты витамина D.**
- интенсификация усвоения кальция тканями.**

Назначаются препараты кальция и бисфосфонаты (бонвива) для предотвращения костной массы (предпочтительны при лечения постменопаузального остеопороза у женщин с повышенным риском переломов).

•



Физическая активность и достаточная нагрузка на все кости скелета является одним из основных и очень эффективных методов предупреждения снижения плотности костной ткани. Огромную роль в деле профилактики остеопороза играет отказ от таких вредных привычек, как курение и злоупотребление алкоголем.

Питание должно быть сбалансированным по кальцию (суточная доза 1 500 мг), фосфору и белку.

Целесообразен прием препаратов кальция (кальцемин, кальций Д3 – никомед, витрум).