

КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ОСТЕОПОРОЗА ПОЗВОНОЧНИКА У БОЛЬНЫХ С ПЕРВИЧНОЙ ПОДАГРОЙ

Андруша А.Б.

Харьковский национальный медицинский университет

Актуальность. Остеопороз – наиболее распространенное системное заболевание скелета, характеризующееся снижением костной массы и нарушением микроархитектоники костной ткани, ведущих к повышенной хрупкости костей и увеличению риска их переломов. По данным исследований, проведенных в Украинском научно-медицинском центре проблем остеопороза, было установлено, что остеопорозом поясничного отдела страдают 8,4% женского населения и 20% женщин 50 лет и старше, остеопенией – 18,6% женского населения [1,3,5]. Остеопоротические переломы существенно влияют на уровень общей заболеваемости и смертности. Установлено, что смертность женщин, перенесших симптоматические переломы позвонков, вследствие осложнений со стороны органов и систем, септических состояний и пролежней возрастает в 8 раз, а в случае перенесенного перелома шейки бедра - в 6 раз [2,4]. Остальные пациенты живут, постоянно испытывая физические (из-за болей) и психологические (из-за ограничения движения) страдания. Клинические проявления вертебрального остеопороза и его осложнений имеют свои особенности, поскольку постепенно нарастающие деформации позвонков, как правило, сопровождаются определенной клинической симптоматикой, а в случае сочетания с суставной патологией имеет место атипичная симптоматика.

Цель нашего исследования - изучение клинических особенностей течения остеопороза позвоночника у больных первичной подагрой.

Методы исследования. Обследование пациентов включало общеклинические методы (расспрос с целью сбора анамнестических данных и жалоб, физическое обследование больных, антропометрию, оценку суставного синдрома), лабораторные (анализ крови, мочи, биохимический анализ, в том числе исследования уровня мочевой кислоты крови (уриказным методом), рентгенологические (рентгенография суставов) методы. Для оценки структурно-функционального состояния костной ткани и диагностики остеопороза использовались такие методы диагностики, как рентгенологическое исследование или компьютерная томография соответствующего отдела позвоночника (основным показанием для проведения исследования была боль в позвоночнике) и ультразвуковая денситометрия. Традиционное рентгеновское исследование не является средством ранней диагностики остеопороза, так как на рентгено-

грамме уменьшение плотности костной ткани можно определить при ее снижении не менее на 25-30%. Диагноз остеопороза подтверждался при помощи ультразвукового денситометра LUNAR Achilles express, США, 2008. Определялись такие параметры: индекс прочности костной ткани,%; Т-критерий, SD; Z-критерий, SD. Согласно рекомендациям ВОЗ диагноз остеопороза имел место при значении Т-критерия $-2,5$ и более SD. Диагноз подагры устанавливали согласно критериям EULAR (2012). По данным анамнеза уточняли продолжительность подагры (прежде всего специфического для подагры суставного синдрома), частоты (за последние 12 месяцев) и длительность обострений, количество тофусов и пораженных суставов в течение заболевания и на момент осмотра.

Результаты и их обсуждение. Проведено комплексное обследование 23 пациентов 51-73 лет (12 мужчин и 11 женщин) с первичной подагрой и остеопорозом позвоночника. При сборе анамнеза у 86,9% пациентов выявлены такие факторы риска остеопороза как менопауза, пожилой возраст, курение, избыточное потребление кофе, малоактивный образ жизни, недостаточное употребление или непереносимость молочных продуктов, наличие остеопороза/остеопоротических переломов у родителей (17,4%). У 21,7% больных в анамнезе имели место переломы костей. Основными жалобами больных с первичной подагрой и остеопорозом позвоночника были боли в пораженных суставах, ощущение дискомфорта, чувства тяжести или боли в позвоночнике и/или в костях, в ребрах, нарушение походки, появление сутулости, повышенная утомляемость, снижение трудоспособности, проявления астеновегетативного синдрома (эмоциональная лабильность, раздражительность, плаксивость, депрессивные состояния), онемение и парестезии дистальных отделов конечностей. 8 пациентов жаловались на резко выраженный болевой синдром в спине, возникший на фоне полного здоровья, после тряской езды или подъема тяжестей; длительность интенсивной боли была в пределах 3-5 недель, затем пациенты отмечали уменьшение болевого синдрома. У 5 пациентов боль уменьшается при переходе в горизонтальное положение. 12 пациентов имели постоянные тупые боли в спине, которые усиливаются при физической нагрузке, в сидячем положении, при переходе из горизонтального положения в вертикальное, при перемене погоды и атмосферного давления. Боль не купировалась приемом анальгетиков. 3 пациента не имели вертебрального болевого синдрома (бессимптомное течение остеопороза). У 17,4% больных имели место симпато-адреналовые кризы: беспокойство, чувство тревоги, страха, внутренней дрожи, похолодание кистей, частые позывы к мочеиспусканию. При объективном обследовании пациентов выявлены изменения: нарушения осанки, усиление грудного кифоза,

у 8,7% горб вдовы, выпяченный живот, кожные складки на животе и спине, ограничение диапазона движений позвоночника при наклонах вперед. У 4 пациентов отмечались боли в пояснично-крестцовой области при разгибании туловища. Пальпация позвоночника выявила у всех пациентов болезненность в паравертебральных точках, у 5 пациентов - боль при нажиме на остистые отростки. Антропометрические особенности: уменьшение роста пациента, у 78,3% больных при сравнении между собой расстояний от верхушки темени до лонного симфиза и от симфиза до стоп отмечалось уменьшение первого размера относительно второго больше чем на 5 см. Пациенты имели различные клинические варианты подагры: бессимптомное гиперурикемия (2 человека), интермиттирующая подагра (9), хроническая подагра (12 человек). Тофусы были обнаружены у 6 пациентов. Уровень мочевой кислоты крови варьировал в пределах от 360 до 731 мкмоль/л. Тяжесть течения заболевания была обусловлена большим количеством привлеченных в ходе болезни суставов (минимум 3, максимум 10) и количеством воспаленных суставов при осмотре (от 2 до 6), высокой частотой обострений суставного синдрома в течение года (min - 2, max - 8 раз за год), длительностью последнего обострения (4-10 дней). Рентгенологическое обследование пораженных подагрой суставов зафиксировало следующие изменения: проявления локального умеренного остеопороза, вакуолеподобные дефекты костной ткани с ободком склероза; мелкие эрозии на суставных поверхностях; уплотнения и утолщения мягких тканей, наличие кальцификатов в мягких тканях; рентгенологические признаки вторичного артроза. При проведении рентгенографии/компьютерной томографии поврежденного отдела позвоночника (19 больных), выявлены изменения: спондилоартроз, деформирующий спондилез, кифоз, лордоз или сколиоз, spina bifida, стеноз позвоночного канала, нестабильность позвонка и спондилолистез, у 8 больных при рентгенологическом исследовании обнаружены признаки диффузного остеопороза и компрессионных переломов тел позвонков (5 пациентов).

Выводы. Клиническими особенностями спинального остеопороза у больных с первичной подагрой является длительный вертебральный и суставной болевой синдром, маскирование спинальных болей, обусловленных компрессионными переломами позвонков, под обострение остеохондроза, присоединение симптомов дисфункции вегетативной нервной системы (в том числе симпато-адреналовых кризов), которые, вероятней всего, обусловлены изменением концентрации кальция в сыворотке крови. Таким образом, при сочетанном течении подагры и остеопороза позвоночника формируется замкнутый круг, когда течение одного заболевания усиливает проявление сопутствующей патологии. Комплексный подход в

диагностике остеопороза позволяет своевременно выявить указанную патологию, что наряду с профилактикой является самыми оптимальным направлением в борьбе с данным заболеванием.

Литература

1. Горулера Е.И. и др. Распространенность и течение остеопороза у пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями//Терапевт.-2008.-1.- С.28-32.
2. Остеопороз: патогенез, клиника, профилактика и лечение/ Казимирко В.К., В.Н. Коваленко, В.И.Мальцев.-3-е изд., стереотип.-К.:МОРИОН,2007.-160с.
3. Поворознюк В.В., Григорьева Н.В., Орлик Т.В., Нишкумай О.И., Дзерович Н.И., Балацкая Н.И.// Остеопороз в практике врача-интерниста.-К., 2014.- С.6-7.
4. Поворознюк В.В. Современные принципы профилактики и лечения постменопаузального остеопороза// Здоровье Украины-2007.-№4(7).-С.5-7.
5. Povorosnjuk V.V. Dzerovich N.I.Karasevskaya T.A. Bone mineral density in Ukrainian woman of different age// Annals of the New York Academy of Scientists.-2007.-1119.-P. 243-252.

АРТРОСКОПИЧЕСКАЯ ПЛАСТИКА ПЕРЕДНЕЙ КРЕСТООБРАЗНОЙ СВЯЗКИ

¹Аносов В.С., ²Костюкович С.В., ³Горгадзе Д.Л.

¹УО «Гродненский государственный медицинский университет»

²УЗ «Городская клиническая больница скорой медицинской помощи г. Гродно»

³УЗ «Пинская центральная больница»

Актуальность. Растяжения и повреждения передней крестообразной связки (ПКС) являются очень распространенной травмой. При ее разрывах выявляется передне-внутренняя нестабильность голени, что снижает опороспособность всей нижней конечности и приводит к неустойчивости сустава, нарушению координированной нагрузки.

Согласно классификации “American Medical Association for Athletic Injuries” при повреждениях ПКС выделяют три степени: I – малые растяжения (микроразрывы), II – умеренные растяжения (частичные разрывы), III – полные разрывы [1]. Частичные разрывы зачастую не приводят к нестабильности голени, потому что сохранившаяся часть связки может достаточно благополучно стабилизировать голень в коленном суставе. Основной проблемой, возникающей при повреждении крестообразных связок, является нарушение стабильности и биомеханики коленного сустава, поэтому показанием к операции является не сам факт разрыва ПКС, а развившаяся вследствие разрыва передне-внутренняя нестабильность голени [2].

Актуальность вопроса определяется увеличением частоты повреждений ПКС в структуре травм коленного сустава, широким применением активной хирургической тактики при лечении повреждений ПКС, многообразием применяемых способов и технологий пластики ПКС при общем доминировании артроскопической хирургии коленного сустава, недостаточным единством в сообществе травматологов-ортопедов понимания целесообразности, эффективности и перспектив развития отдельных способов и технологий пластики