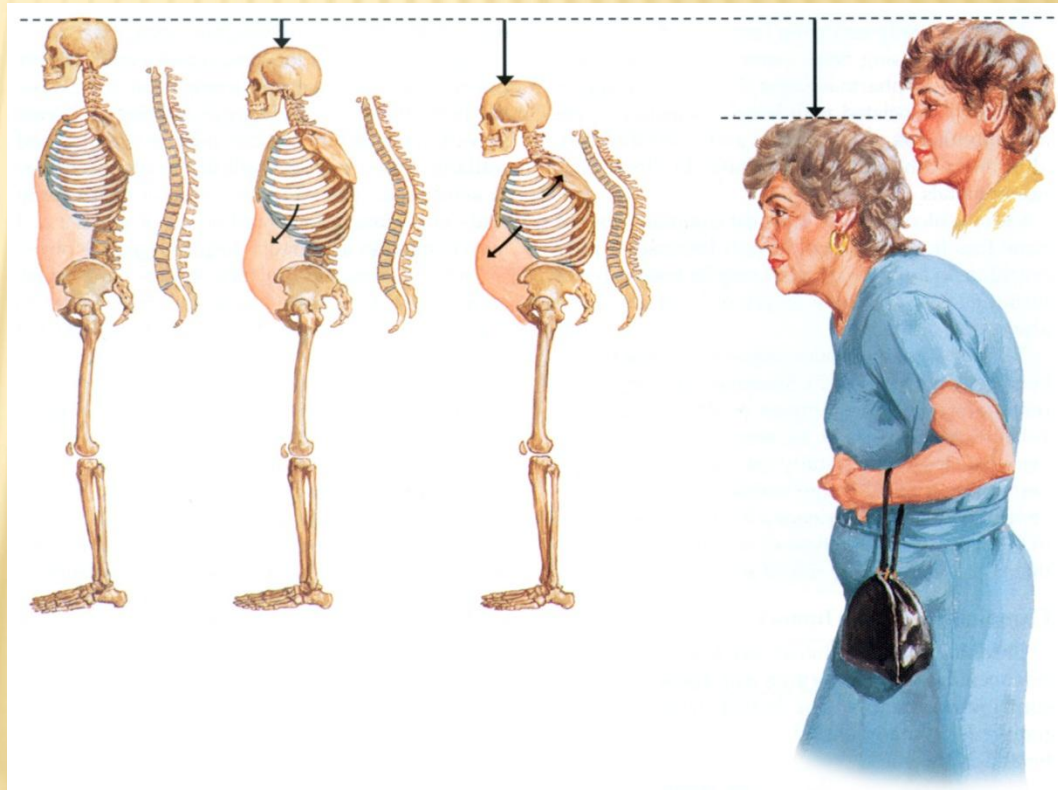


# **ЗАБОЛЕВАНИЯ ОПОРНО- ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА В ГЕРИАТРИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ.**

---

Заболевания опорно-двигательного аппарата принадлежат к числу наиболее распространенных у лиц пожилого и старческого возраста. Они приносят физические страдания, ограничивают способность к передвижению и самообслуживанию, ухудшают качество жизни, нередко приводят к инвалидизации пожилых больных. Лечение этих заболеваний связано с существенными экономическими затратами.



## **Поражения суставов существуют:**

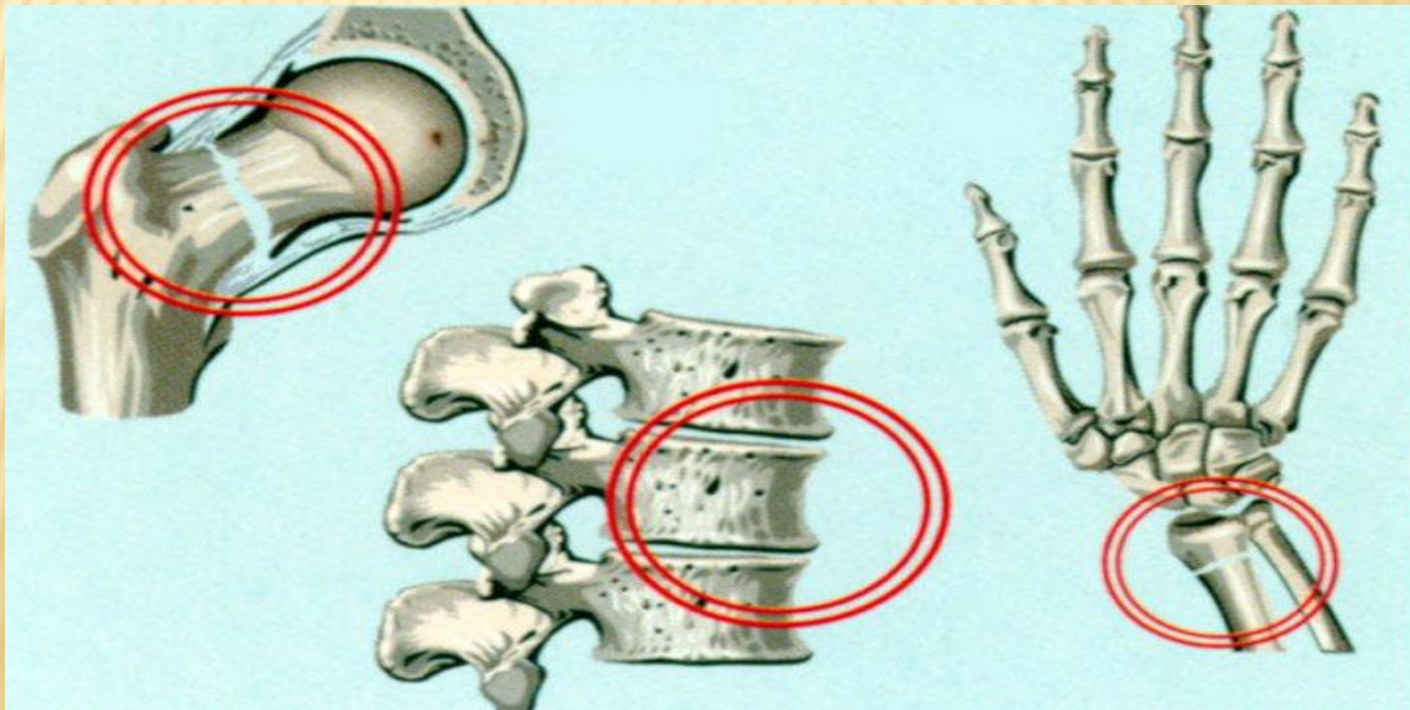
- воспалительные (ревматоидный артрит, реактивные артриты и др.),**
- обменно-дистрофические (остеопороз, остеоартроз, подагра),**
- вторичные (посттравматические, при злокачественных заболеваниях — рак, гемобластозы и др.)**
- развивающиеся на фоне эндокринных заболеваний (сахарный диабет, болезни гипофизарно-надпочечниковой системы, щитовидной и паращитовидных желез).**

**Их возникновению способствуют возрастные изменения опорно-двигательного аппарата. При старении уменьшается объем мышечной массы, ухудшается сократительная способность мышц, они становятся атрофичными и дряблыми. В костях снижается содержание минеральных веществ, костной массы, они становятся менее прочными — более ломкими. Прогрессирует дегенерация суставного хряща, в сухожилиях и суставных сумках откладываются соли кальция (кальциноз).**

# ОСТЕОПОРОЗ

Остеопороз («пористая кость») — системное заболевание скелета со снижением костной массы, приводящими к увеличению хрупкости кости и повышению риска переломов. Наиболее типичны переломы костей дистального отдела предплечья, проксимального отдела бедра (шейки) и позвоночника (тела позвонков).

По социальной значимости остеопороз уступает только сердечно-сосудистым, онкологическим заболеваниям и сахарному диабету и угрожает каждой второй женщине и каждому третьему мужчине старше 50 лет. В возрасте 61-70 лет это заболевание диагностируется у 40-66%, в возрасте 71-89 лет — у 70-90% женщин. Показатели заболеваемости у мужчин этого возраста ниже.



## ЭТИОЛОГИЯ И ПАТОГЕНЕЗ

Нормальное строение и функционирование костей зависит от достаточного поступления в организм целого ряда веществ: кальция, фосфора, магния, цинка, меди, марганца, фтора, витамина D и др. В течение жизни костная ткань постоянно перестраивается при сбалансированности процессов разрушения старой и образования новой кости. Эти явления тесно связаны с кальциево-фосфорным обменом и регулируются сложной гормональной системой, ведущую роль в которой играют паратиреоидный гормон околощитовидных желез, кальцитонин щитовидной железы и витамин D. Последний поступает в организм с пищей, а также образуется в коже под влиянием ультрафиолетовых лучей. С возрастом (после 35-40 лет) начинается физиологическая потеря костной массы, которая увеличивается при наступлении менопаузы. С целью профилактики, ранней диагностики и последующего лечения остеопороза медицинская сестра должна знать, что риску развития этого недуга подвержены:

- женщины после наступления менопаузы;
- пожилые женщины и мужчины;
- женщины с нарушениями менструального цикла, аменореей, в том числе после удаления придатков;
- пациенты с наличием переломов костей в анамнезе и у их близких родственников;
- больные, длительное время находящиеся без движения (после переломов, травм и ортопедических операций);
- пациенты с хроническими эндокринными и ревматическими заболеваниями, а также с болезнями пищеварительной, мочевыделительной и кроветворной систем.

## КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА

Остеопороз длительное время может протекать скрыто — бессимптомно и впервые проявляться переломами костей. Часто единственным его признаком является боль в спине при длительном нахождении в вертикальном положении и при движениях.

С течением времени эти боли усиливаются и проходят только в положении лежа. К ним присоединяются непостоянные, летучие, различной интенсивности боли в костях конечностей, усиливающиеся при физических нагрузках и в холодное время года. При прогрессировании заболевания боли в позвоночнике становятся постоянными, появляется неустойчивая или «утиная» походка, иногда хромота, ограничивается физическая активность (подвижность) пациента. Нередко боли приковывают его к постели и требуют постоянной посторонней помощи и ухода.

Для постменопаузального остеопороза характерны переломы тел позвонков, ребер и лучевой кости, а для сенильного — трубчатых костей и шейки бедренной кости. Эпизоды острых и достаточно длительных болей (2-3 недели) преимущественно в пояснично-крестцовом отделе позвоночника, нередко обусловленные физической нагрузкой или травмой, обычно свидетельствуют о компрессионных переломах позвонков. Они сопровождаются характерными изменениями внешнего вида пожилых: укорочением позвоночника и деформацией грудной клетки, уменьшением роста, развитием сутулости, «выступающего живота». По мере развития остеопороза уменьшается рост, который у взрослого здорового человека равен размаху рук. Преобладание длины размаха рук над ростом свидетельствует о возможности остеопороза.

# ЛЕЧЕНИЕ

Медикаментозное лечение остеопороза достаточно сложная и ответственная проблема, относящаяся к компетенции врача. В зависимости от вида и выраженности остеопороза, пола и возраста пожилого человека, наличия переломов и сопутствующих хронических заболеваний решают вопросы выбора лекарственных препаратов и длительности их использования. С целью адекватного поступления кальция в организм и эффективного его всасывания в желудочно-кишечном тракте рекомендуют комбинированные препараты с высоким содержанием элементарного кальция и витамина D (Кальций-D3 Никомед, Кальций-D3 Никомед форте, Витрум Кальциум+D3 и др.). Показана эффективность сочетанного применения препаратов кальция (Витакальцин, карбонат, цитрат, трифосфат кальция и др.) и витамина D (холекальциферол, эргокальциферол). Оптимальные суточные дозы элементарного кальция и витамина D равны, соответственно, 1500 мг и 800 МЕ. К патогенетической терапии, направленной на приостановление прогрессирования остеопороза и предупреждение переломов, относится:

- заместительное лечение женскими половыми гормонами (эстрогены, эстрадиол);
- применение бифосфонатов (алендронат, ризедронат, золедронат);
- использование препаратов кальцитонина (миакальцик).

# СЕСТРИНСКИЙ УХОД

При сборе анамнеза у пожилого с подозрением на остеопороз медицинская сестра может использовать опросник Международного фонда остеопороза, помогающий оценить риск возникновения этого заболевания.

Пациенту следует задать следующие вопросы:

1. Был ли перелом шейки бедра после незначительной травмы у кого-либо из Ваших родителей?
2. Был ли у Вас перелом после незначительной травмы?
3. Принимали ли Вы стероидные гормоны (преднизолон и др.) более 6 месяцев?
4. Уменьшился ли Ваш рост более, чем на 3 сантиметра?
5. Употребляете ли Вы алкоголь раз в неделю или чаще?
6. Выкуриваете ли Вы более пачки сигарет в день?

Для мужчин:

7. Были ли у Вас проблемы, связанные с низким уровнем тестостерона (снижение полового влечения, импотенция)?

Для женщин:

8. Когда у Вас наступила менопауза, был ли Ваш возраст менее 45 лет?
9. Прекращались ли у Вас менструации на срок более года (кроме периода беременности)?

Положительный ответ на один или более вопросов является поводом для обращения к врачу и проведения лабораторно-инструментальных исследований.



При осмотре нередко обнаруживают различной степени выраженности деформацию грудной клетки, обусловленную кифозом или лордозом позвоночника, «старческий горб», низко опущенную реберную дугу и подбородок, укорочение и изменение формы конечностей. Нарушается осанка пожилого человека, появляются сутулость.

Физикальное исследование выявляет болезненность при пальпации или поколачивании позвоночника и паравертебральных точек, костей конечностей в местах переломов.

На основании данных опроса и объективного исследования медицинская сестра формулирует сестринский диагноз — проблемы пациента, наиболее важными из которых при остеопорозе являются:

- ✓ боли в спине (позвоночнике) и костях конечностей;
- ✓ ограничение физической активности;
- ✓ риск развития переломов;
- ✓ деформация скелета и нарушения осанки, обусловленные переломами костей;
- ✓ психологические и социально-экономические проблемы в связи с заболеванием и изменениями обычного образа жизни.

При планировании ухода медицинская сестра объясняет пациенту целесообразность и диагностические возможности лабораторных и инструментальных исследований, в перечень которых входят: клинический анализ крови, общий белок, белковые фракции и холестерин крови, концентрация кальция, фосфора, магния, сахара, креатинина, щелочной фосфатазы в крови, суточная экскреция кальция и фосфора с мочой, общий анализ мочи, а также флюорография органов грудной клетки, рентгенография костей. Визуальная оценка рентгенограмм позволяет диагностировать остеопороз в далеко зашедших стадиях при утрате костной массы на 20-30%, выявить деформацию и переломы костей.

Основная роль в решении различных проблем пациента принадлежит лечебному питанию и лекарственной терапии, способствующих нормализации обменных процессов в костной ткани, прекращению или замедлению потери костной массы, повышению прочности кости, предотвращению переломов, расширению физической активности и улучшению качества жизни. Правильное питание является важнейшим фактором предупреждения и комплексного лечения остеопороза у пожилых. Оно должно удовлетворять энергетические потребности организма, быть разнообразным и сбалансированным по содержанию основных питательных веществ, обеспечивать достаточное поступление кальция, фосфора и некоторых других микроэлементов, витамина D.

В процессе ухода за больным медицинская сестра старается снять его страх и беспокойство в связи с недостатком информации, объяснить сущность заболевания, методы его профилактики и лечения. Она способствует созданию спокойной и доброжелательной атмосферы в окружении пациента — в палате и домашних условиях, контролирует характер и режим питания (соблюдение диеты), применение назначенных врачом медикаментозных средств, выявляет их отрицательные реакции, следит за динамикой клинических проявлений остеопороза и своевременно информирует об этом врача.

В круг обязанностей медицинской сестры входят рекомендации по изменению образа жизни, соблюдению мер личной безопасности пожилого человека и безопасности его жилища, предупреждению падений и переломов костей. Она должна заподозрить или диагностировать перелом, оказать доврачебную медицинскую помощь.