

ИНФОРМАЦИЯ

ОСТЕОПОРОЗ В ТРАВМАТОЛОГИИ И ОРТОПЕДИИ

4–8 февраля 2013 г. в г. Яремче (Украина) состоялась украинско-российская школа-семинар для травматологов-ортопедов, посвященная проблеме остеопороза.

Организаторами данного мероприятия с российской стороны выступили ФГБУ «ЦИТО им. Н.Н. Приорова» Минздрава России и Ассоциация травматологов-ортопедов России, с украинской — Национальная академия медицинских наук Украины, Украинская ассоциация травматологов ортопедов, Украинская ассоциация остеопороза, ГУ «Институт геронтологии им. Д.Ф. Чеботарева НАМН Украины».

Лекторами школы-семинара, кроме ведущих украинских и российских профессоров травматологов-ортопедов, были профессора из Польши и Австрии. В работе школы участвовали 29 травматологов-ортопедов из 10 городов России и 70 — из различных городов Украины. В рамках школы проведено 2 диспута.

Одной из особенностей современного общества является увеличение в структуре населения лиц пожилого возраста и устойчивый рост как заболеваемости системным остеопорозом, так и частоты переломов на его фоне, несмотря на то что средняя продолжительность жизни мужчин и женщин как в Украине, так и России остается ниже, чем в странах Европы (акад. С.П. Мионов, Россия; акад. В.В. Безрукова, проф. В.В. Поворознюк, Украина). Лейтмотивом лекций было несовершенство официальной статистики, с одной стороны, и отсутствие стандартного подхода к выявлению патологии — с другой. Именно эти факторы не позволяют в настоящее время получить полное представление о масштабах патологии и ее социальной значимости в России. Даже ортопедическое сообщество не в полной мере осознает масштабы проблемы, хотя именно травматологи-ортопеды имеют уникальную возможность рано выявлять и лечить этих больных. Не только российские травматологи-ортопеды, но и большинство наших коллег за рубежом (проф. Г. Хольцер, Австрия) основные усилия направляют на восстановление целостности кости, не диагностируют остеопороз и редко используют фармпрепараты несмотря на то, что именно остеопороз был причиной перелома. По общему мнению лекторов из разных стран, именно травматолог должен заподозрить остеопороз у пациента с низкоэнергетическим переломом, самостоятельно назначить обследование на предмет выявления заболевания (денситометрия, рентгенография позвоночного столба, биохимические исследования).

Низкая хирургическая активность в отношении пациентов пожилого возраста с переломами на фоне остеопороза, отсутствие диспансерного наблюдения и системы мер по раннему выявлению нарушений минеральной плотности кости (МПК), а также необеспеченность лекарственными препаратами для лечения остеопороза (акад. С.П. Мионов) — причина того, что лишь незначительное количество пациентов с переломом шейки бедренной кости в России может вернуться к тому уровню физической активности, который они имели до перелома. Вторичная профилактика переломов проводится очень редко (проф. А.Ю. Кочиш). По результатам исследования, проведенного в Санкт-Петербурге, такая имела место только у 24,7% больных с низкоэнергетическими переломами различных костей скелета.

Несмотря на то что изучению вопросов диагностики остеопороза посвящено немало работ, до сих пор

отсутствуют четкие критерии выявления заболевания на ранних стадиях (до переломов). Только определение МПК (рентгеновская денситометрия) не всегда позволяет поставить диагноз и тем более назначить лечение, так как имеются многочисленные доказательства связи переломов костей скелета (а значит и остеопороза) не столько с потерей массы кости, сколько с изменением ее качества. Особенно это видно у лиц пожилого возраста, а также у пациентов с некоторыми формами вторичного остеопороза. Механическая несостоятельность кости во многом определяется качественными характеристиками костной ткани (проф. С.С. Родионова). При уменьшении массы кости ее прочность может оставаться достаточной для того, чтобы выдержать физиологические нагрузки и даже падение (известно, что только 2% всех падений у больных остеопорозом заканчивается переломами). Причиной механической несостоятельности могут стать нарушение микроархитектоники трабекул, морфологическая гетерогенность и нарушение ремоделирования, порозность или накопление микропереломов трабекул вследствие их замедленного сращения, отклонения в жизнедеятельности клеток костной ткани. Отмечено, что снижением массы кости (МПК) можно лишь частично объяснить увеличение риска переломов и рост их количества при остеопорозе, так как корреляционная зависимость прочности шейки с величиной деформации в точке предела пропорциональности (упругих деформаций) и величиной деформации шейки при переломе выше, чем их связь с МПК — соответственно 0,7 и 0,74 против 0,62 и 0,57. Продолжением обсуждения роли качества кости в риске развития переломов и диагностики его нарушений стала лекция В.В. Поворознюка о целесообразности использования рентгеновской морфометрии и количественной оценки микроархитектоники (методика TBS) в широкой клинической практике.

Профессор Я.Е. Бадурский (Польша) и Н.В. Григорьева (Украина) осветили возможность использования системы ФРАКС, которая позволяет рассчитать вероятность низкоэнергетического перелома на последующие 10 лет у каждого пациента как с учетом данных рентгеновской денситометрии, так и без них. Невысокую диагностическую значимость известных опросных индексов, входящих в ФРАКС, отметили акад. Г.П. Котельников, С.В. Булгакова (Россия) и показали необходимость разработки новых опросных индексов с учетом региональных особенностей эпидемиологии переломов, осложняющих течение системного остеопороза. О «новом витке» использования гистоморфометрии в клинике свидетельствовала лекция проф. Г. Реш (Австрия). Автор убедительно продемонстрировал целесообразность использования динамической гистоморфометрии (тетрациклиновая метка) для уточнения диагноза остеопороза у лиц молодого и среднего возраста, а также в условиях страховой медицины.

Несколько лекций было посвящено влиянию системного остеопороза на течение ортопедических заболеваний. Отмечена связь прогрессирования сколиотической деформации с выраженностью потери костной ткани у подростков (проф. Н.А. Корж, проф. Г.В. Гайко, Украина). Кроме того, приведены данные о возможности использования оценки МПК в качестве неинвазивного метода мониторинга и прогнозирования результатов хирургического лечения дегенеративных заболеваний позвоночника как у детей, так и у взрослых (проф. В.А. Радченко, Украина).

Учитывая широкое внедрение эндопротезирования для лечения дегенеративно-дистрофических пораже-

ний суставов, цикл лекций был посвящен проблеме эндопротезирования на фоне системного остеопороза (член-кор. НАМН А.Е. Лоскутов, проф. С.И. Герасименко, Украина; профессора Н.В. Загородний, С.С. Родионова, Россия). Главным постулатом этого цикла лекций стало положение о том, что снижение риска асептической нестабильности требует комплексного подхода: недостаточно только улучшения качества имплантатов за счет использования новых материалов (нитридная керамика) и пар трения. Важной составляющей успеха лечения является качество костной ткани окружающей имплантат. С хорошей доказательной базой показана связь риска ранней асептической нестабильности компонентов эндопротезов тазобедренного и коленного суставов с системным остеопорозом (профессора С.С. Родионова, Г.В. Гайко, В.Д. Сикилинда). Подчеркнута необходимость внедрения в клиническую практику методов выявления потери костной ткани на дорентгенологической стадии (зона остеолита на границе имплантат — кость) и формирования групп риска развития асептической нестабильности в дооперационном периоде для проведения фармакологической коррекции нарушений ремоделирования в перипротезной костной ткани.

Необходимым компонентом обеспечения остеointegrации на границе имплантат — кость в сроки, соответствующие физиологическому периоду адаптивной перестройки, является фармакологическая коррекция интенсивности резорбции и костеобразования у пациентов из группы риска в течение первого года после операции (проф. С.С. Родионова). Подчеркнута роль витамина D и его активных метаболитов в комплексной профилактике асептической нестабильности. Масштабы дефицита витамина D в популяции и негативное влияние этого дефицита на метаболизм кости, в том числе и риск развития переломов при остеопорозе, продемонстрированы в лекции В.В. Поворознюка.

Данные литературы и рекомендации ЕМА позволяют говорить о том, что бисфосфонаты являются эффективными и достаточно безопасными препаратами (проф. И. Головач, Украина). Несмотря на вероятность развития «атипичных переломов» при длительном их применении, польза от лечениякратно превышает риск нежелательных явлений. Показана возможность «отдыха» от терапии бисфосфонатами при сохранении ранее достигнутого от их применения терапевтического эффекта.

Отдельный блок лекций был посвящен лечению патологических переломов у пациентов с системным остеопорозом (профессора Ф.В. Климовицкий, В.М. Вайда, В.С. Сулима, Украина; проф. А.Ф. Лазарев, Э.И. Солод, Россия). По общему мнению, при переломах проксимального отдела бедренной кости необходимо проводить хирургическое лечение в максимально короткие сроки (не позднее 2–3 сут), использовать металлоконструкции для остеосинтеза с наименьшим повреждающим действием на костную ткань и как можно раньше назначать препараты, регулирующие нарушенный метаболизм костной ткани. Особый интерес вызвала лекция проф. А.Ф. Лазарева и Э.И. Солода о применении малоинвазивного перкутанного остеосинтеза Y-образными спицами при переломах не только шейки бедренной кости, но и плечевой кости.

Остеоартроз и остеопороз у лиц пожилого возраста — нередко взаимодополняющие заболевания, поэтому в настоящее время активно изучаются механизмы развития потери костной ткани в субхондральной кости и возможности влияния на этот процесс

фармпрепаратами, регулирующими процессы резорбции и костеобразования (проф. Н.В. Дедух, Украина). Различия в особенностях рентгенологической картины при остеоартрозе в настоящее время связывают с продукцией ряда факторов роста. Новые данные о возможности повышения остеокластической и остеобластической активности при остеоартрозе требуют новых подходов к лечению (Л.И. Алексеева, Россия), включая использование препаратов, применяемых для нормализации метаболизма костной ткани при системном остеопорозе. Продемонстрирована возможность использования при остеоартрозе у лиц старших возрастных групп препарата стронция ранелата, позволяющего регулировать эти нарушения в субхондральной кости (проф. В.В. Поворознюк, Украина; Л.И. Алексеева, Россия).

Одна из лекций была посвящена патогенезу и лечению острой и хронической боли в спине у пациентов, страдающих системным остеопорозом (А.Н. Торгаши, Россия). Дан анализ возможности использования для купирования болевого синдрома при остеопорозе наряду с патогенетической терапией и НПВП. Обозначена связь болевого синдрома с патологией мышц и сухожилий, уточнена роль УЗИ в выявлении (О.П. Борткевич, Украина) этих изменений у больных остеопорозом и остеоартрозом.

Роль кальция в профилактике остеопороза общеизвестна, поэтому лекция Н.В. Григорьевой о причинах увеличения кальциевого дефицита у взрослых представляла особый интерес. Изменение структуры питания связано не только с увеличением потребления жиров, соли, сахара и снижением потребления микроэлементов на фоне почти круглогодичного дефицита витамина D, но и такими факторами, как питание вне дома, дефицит ферментов у значительной части популяции. Четко обозначена связь дефицита кальция и витамин D с первым переломом костей периферического скелета. Особую значимость имеют кальций и витамин D при решении проблемы лечения псевдоартрозов костей голени и бедра (С.В. Гюльнарзорова, О. Кузнецова). Причем дефицит кальция и витамина D может быть одной из причин развития псевдоартрозов.

Также поднимались вопросы медико-социальной экспертизы при остеоартрозе и остеопорозе (проф. Л.Ю. Науменко, Украина).

Активно обсуждался вопрос о целесообразности кифо- и вертебропластики у пациентов с системным остеопорозом, осложненным патологическим переломом тела позвонка (диспут с участием проф. В.В. Поворознюка, проф. А.Т. Шашкевича, Украина; проф. С.С. Родионовой, Россия). Учитывая данные мета-анализа, проведенного в США, и результаты экспериментальных исследований (ЦИТО) была подтверждена целесообразность ограниченного применения метода: он может быть оправдан только в случае не купируемого препаратами болевого синдрома при неосложненных переломах тел позвонков 2–3 степени и давности перелома до 3 нед. Обязательной составляющей этого метода лечения является медикаментозная коррекция имеющихся нарушений ремоделирования костной ткани.

Завершилась школа принятием решения о ее проведении каждый год между конференциями «Остеопороз в травматологии и ортопедии», которые проводятся 1 раз в 3 года в ЦИТО. В качестве лекторов приглашать не только лекторов Украины и России, но ученых стран Европы.

Проф. С.С. Родионова, проф. Н.А. Еськин (Москва)