

КЛИНИКО-РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА И ФИЗИОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЕЗНИ ФОРЕСТЬЕ

Н.Б.Кузнецова, Р.А.Михалюк, А.В.Полянская

Белорусская медицинская академия последипломного образования
Белорусский государственный медицинский университет

Диффузный идиопатический гиперостоз скелета (болезнь Форестье) рассматривается как самостоятельная нозологическая единица с 50 годов прошлого столетия как вариант старения или как крайний вариант спондилеза. Частота встречаемости от 3 до 15% чаще у мужчин в возрасте после 50 лет [1, 4, 5, 6]. Анкилозирующий гиперостоз позвоночника является составной

частью диффузного, идиопатического гиперостоза скелета, который протекает с множественной оссификацией сухожилий, связок, апоневрозов, капсул суставов. В основном эти изменения характерны для пожилого возраста, однако могут начинаться и в более молодом возрасте (35-40 лет). После 70 лет страдают болезнью Форестье примерно 10% мужчин и 6,7% женщин. Механизм развития заболевания неизвестен, однако замечено, что оно встречается у больных с сахарным диабетом, ожирением, гиперурикемией, гипервитаминозом А и снижением предшественника витамина А – бета-каротина. Отмечается рост остеофитов между сегментами позвоночника. Ширина межпозвонковых дисков, межпозвонковых суставов, крестцово-подвздошных сочленений сохраняется относительно нормальной. Это своеобразный вариант старения опорно-двигательного аппарата, что позволяет отнести болезнь Форестье к генерализованным метаболическим энтезопатиям. Рентгенологически выявляются зоны эктопической оссификации в области гребня подвздошной кости, большого вертела бедренной кости, локтевого отростка.

Клинически жалобы больных неспецифичны. Пациенты отмечают ригидность позвоночника, боли механического характера в грудном и шейном отделах позвоночника при движении. Чаще жалобы возникают у пациентов со стороны поясничного отдела позвоночника, ограничения подвижности в грудном и шейном отделах позвоночника, дисфагия и дисфония [5]. На раннем этапе заболевания рентгенологическая картина мало отличается от деформирующего спондилеза. Поздние этапы заболевания характеризуются обширностью и массивностью околопозвоночного костеобразования. Мощные костные напластования идут вдоль передних и боковых тел позвонков. Высота дисков остается неизменной. Поражение часто бывает асимметричным, больше справа. Не поражаются подвздошно-крестцовые сочленения, что отличает болезнь Форестье от болезни Бехтерева. При болезни Бехтерева изменения поражают позвоночник снизу вверх, начиная с подвздошно-крестцовых сочленений и только затем грудной и шейный отделы позвоночника. При болезни Форестье в первую очередь страдает грудной отдел позвоночника, затем шейный и не поражаются подвздошно-крестцовые сочленения. Начинается оссификация с мест прикрепления соединительнотканых структур к костям. Поэтому у болезни Форестье есть и другое название: оссифицирующая энтезопатия. Морфологически внутренняя часть передней продольной связки отличается от всех других связок камбиальным слоем, который является надкостницей позвоночника, продуцирующей новую кость. Поэтому видно периостальное костеобразование. Сама же связка не окостеневает и не обызвествляется. На ранних этапах болезнь Форестье не отличается от спондилеза. На поздних стадиях идет обширность и массивность околопозвоночного костеобразования сплошной полосой вдоль передних и боковых поверхностей тел позвонков, огибая межпозвонковые диски. Высота дисков не изменяется. Чаще страдает грудной отдел, реже шейный и редко поясничный отделы позвоночника. Задние отделы позво-

ночника изменений не претерпевают. Нет изменений в дугоотростчатых, реберно-позвоночных, крестцово-подвздошных сочленениях. Рентгенологически идет распространенная оссификация передней продольной связки, создающей картину анкилозирующего гиперостоза позвоночника. Для выявления патологии достаточно сделать рентгенограмму грудного отдела позвоночника в двух проекциях. Здесь начинается несимметричная оссификация передней продольной связки, в прямой проекции, больше справа, так как слева мешает пульсирующая аорта [1, 4, 6, 10, 11].

Диагностические критерии болезни Форестье основываются только на рентгенологических признаках [6, 7]:

- непрерывность оссификации передней продольной связки на протяжении не менее 4-х соседних сегментов позвоночника;
- отсутствие или слабо выраженные признаки дегенеративных изменений межпозвонковых дисков (их высота, отсутствие вакуум – феномена и краевого склероза тел позвонков);
- отсутствие рентгенологических признаков анкилоза дугоотростчатых суставов и сакроилеита, характерных для болезни Бехтерева.

Для постановки диагноза должны присутствовать все три признака. Дополнительно оссификация передней продольной связки выявляется также в боковой проекции грудного отдела позвоночника. Оссификация передней продольной связки идет неравномерно в разных сегментах позвоночника, т.е. может быть незавершенное окостенение в виде широкой ленты окаймляющей контур позвоночника, что отличает гиперостоз позвоночника от спондилеза в результате протрузии межпозвонковых дисков. Таким образом, рассматривая эту проблему, можно отметить, что данная патология встречается гораздо чаще, чем ее диагностируют, трактуя как остеохондроз, деформирующий спондилез или болезнь Бехтерева. При анкилозирующем спондилите оссификация фиброзных дисков и грудном отделе симметрична. Подвергаются оссификации наружные слои фиброзных дисков. В лечении используются комплексные подходы к этой патологии с применением медикаментозных и немедикаментозных методов лечения. Однако у пациентов старших возрастных групп превалирующее значение имеют физиотерапевтические методы воздействия. Зная точный диагноз, мы можем более активно назначать соответствующее лечение: тепловые процедуры, лечебная физкультура, массаж позвоночника и окружающих тканей, ванны, акупунктуру, грязелечение.

Цель физиотерапии: оказать болеутоляющее, противовоспалительное действие в зонах локализации процесса, улучшить кровообращение и микроциркуляцию тканей в зоне пораженных суставов, уменьшить спазм мускулатуры, общую скованность, тугоподвижность в шейном и грудном отделах позвоночника, предотвратить развитие контрактур, нормализовать иммунологическую реактивность организма [2, 3, 8].

В лечебный комплекс включают физические факторы, которые могут оказывать обезболивающее действие, противовоспалительный эффект, снять

напряжение мышц, ослабить и устранить контрактуры. Включение в лечебный комплекс физиотерапии позволяет уменьшить прием различных лекарственных препаратов, которые больные с идиопатическим гиперостозом позвоночника принимают длительно и в больших дозировках. При непереносимости или плохой переносимости медикаментозных средств физиотерапия может быть одной из ведущих в лечебном комплексе больного.

При минимальной и средней активности процесса назначают УФО (КУФ-облучение) сегментарных зон позвоночника. Курс лечения – 4-5 облучений каждого поля через день или два дня на третий, светотерапия поляризованным светом Biopton.

Назначение конкретного метода физической терапии обуславливается выраженностью воспалительной реакции, тяжестью поражения внутренних органов и сопутствующими заболеваниями. На воспалительный процесс в позвоночнике и суставах, а также на иммунопатологические реакции благоприятное действие оказывает применение индуктотермии и сверхвысокочастотной (СВЧ) терапии. Индуктотермия оказывает более выраженное лечебное действие по сравнению с ВЧТ-терапией. Однако СВЧ-терапия легче переносится больными, ограничений к ее назначению меньше, чем для индуктотермии. Это позволяет более широко применять СВЧ-терапию больным и инвалидам пожилого и старческого возраста.

Индуктотермию не назначают больным при наличии висцеральных поражений, а также имеющим сопутствующие заболевания: ИБС, тиреотоксикоз, преходящее нарушение мозгового кровообращения.

При наличии противопоказаний к назначению индуктотермии следует применять СВЧ – терапию (460 МГц), при обострении воспалительного процесса, нетяжелом поражении сердечнососудистой системы, комплексной реабилитации инвалидов с сопутствующей патологией в неактивной фазе. СВЧ – терапию не следует назначать больным анкилозирующим спондилитом с сопутствующей ИБС с частыми приступами стенокардии, при явлениях тиреотоксикоза выше первой степени.

Воздействие индуктотермией и СВЧ на позвоночник и пораженные суставы у больных и инвалидов с болезнью Форестье повышает кровообращение в этих органах и окружающих их мышцах и тканях, улучшает функциональное состояние нервно-мышечной системы, снимает спазмы паравертебральных мышц, уменьшает контрактуры суставов, что в целом ведет к ослаблению активности патологического процесса, повышению защитных сил организма. Это позволяет активнее и в достаточном объеме проводить ЛФК, массаж. Выраженное обезболивающее действие оказывает ультразвук, который можно назначать как самостоятельную процедуру или в виде ультрафонофореза гидрокортизона.

Ультразвук усиливает крово- и лимфообращение, снимает спазм мышц и уменьшает контрактуры, улучшает проведение нервных импульсов и повышает функциональное состояние нервно-мышечного аппарата, оказывает разволокняющее действие на образующую соединительную ткань. Вве-

денный с помощью ультразвука гидрокортизон оказывает выраженное противовоспалительное и иммунодепрессивное влияние.

Ультразвук и ультрафонофорез гидрокортизона не назначается больным с тяжелой сопутствующей патологией: ИБС, тиреотоксикозом, нарушением мозгового кровообращения, выраженной сосудистой дистонией.

У больных с выраженным спастическим состоянием мышц, их напряжением, контрактурами, резким болевым синдромом при снижении активности до минимальной показаны импульсные токи низкой частоты на болевые зоны позвоночника: синусоидальные модулированные (СМТ) и диадинамические.

Импульсные токи низкой частоты оказывают выраженное анальгезирующий и антиспастический эффект, усиливает кровообращение, в том числе микроциркуляцию в пораженных мышцах и межпозвоночных суставах, улучшает в них трофические процессы, что в целом оказывает благоприятное действие на клинические проявления болезни и улучшает состояние больного. СМТ лучше переносятся пациентами, чем диадинамические токи, поэтому им отдается предпочтение.

При болевом синдроме целесообразно в лечебный комплекс включать новокаин-йод-электрофорез, который оказывает обезболивающее действие. Противопоказаниями к применению являются повышенная чувствительность и непереносимость новокаина, йода, постоянного тока, а также, когда имеются противопоказания к физиотерапии.

Назначают электрофорез веществ местноанестезирующего (новокаин, лидокаин, амидопирин и др.). Показана дарсонвализация продольно по шейно-грудному отделу позвоночника. Курс лечения – 10-15 процедур ежедневно или через день. В неактивной фазе из бальнеофакторов наибольшее значение имеют радоновые ванны концентрации 1,5-4,5 кБк/л (40-120 нКи/л), сероводородные ванны концентрации 3-4,5 моль/л (100-150 мг/л), йодобромные ванны, скипидарные ванны.

При отсутствии воспалительного процесса и выраженном нарушении двигательной функции опорно-двигательного аппарата показано грязелечение с обязательным проведением лечебной гимнастики и массажа. При активации воспалительного процесса целесообразно назначать ПемП ВЧ и ДМВ на пораженные отделы позвоночника.

Акупунктурная терапия является методом выбора для больного с сопутствующей патологией. Воздействие на биологически активные точки иглой или физическим фактором (тепло, электрический ток, электромагнитные поля и др.) могут вызвать сегментарные, общие или местные реакции с выраженным анальгезирующим и антиспастическим эффектом, улучшением кровоснабжения в пораженных органах и системах, а также повысить защитные неспецифические реакции и стимулировать процессы восстановления. Акупунктура может назначаться больным, как в период обострения, так и в период снижения активности процесса.

Лечебная физкультура назначается больным независимо от выраженности воспалительного процесса и болевого синдрома и направлена она на:

1. Сохранение нормальной осанки больного и достаточного объема движений в шейно-грудном отделе позвоночника.

2. Уменьшение напряжения мышц и образование мышечного корсета путем упражнений мышц шейного, грудного отдела позвоночника, верхних конечностей.

3. Улучшения дыхательной функции грудной клетки.

4. Предотвращение деформаций и компенсацию имеющихся деформаций.

Основными задачами массажа являются:

1. Улучшение крово- и лимфообращения в шейно-грудном отделе позвоночника, мышцах, коже.

2. Снятие напряжения и укрепление мышц шеи и спины, верхних конечностей, нормализация их тонуса.

3. Уменьшение боли и чувства утомления.

4. Содействие сохранению и улучшению движений в шейном, грудном отделе позвоночника и пораженных суставах.

Таким образом, широкое распространение идиопатического гиперостоза скелета у пациентов старших возрастных групп определяет актуальность этой проблемы и диктует необходимость дифференциальной диагностики со спондилпатиями. Использование физиотерапевтических методов лечения является при данной патологии предпочтительными, учитывая полиморбидность и полипрагмазию у пожилых.

Литература

1. Бургенер, Ф.А. Лучевая диагностика заболеваний костей и суставов / Ф.А.Бургенер, М.Кормано, Т.Пудас. – М.: Гэотар-Медиа, 2011. – 539 с.

2. Медицинская реабилитация (руководство в 3 томах). Т. 1 / под ред. В.М.Боголюбова. – Москва-Пермь: ИПК «Звезда». – 1998. – 698 с.

3. Справочник по физиотерапии / под ред. В.Г.Ясногородского. – М.: Медицина, 1992. – 512 с.

4. Beyeler, C. Diffuse idiopathic skeletal hyperostosis of the shoulder: a cause of shoulder pain? / C.Beyeler [et al.] // Br. J.Rheumatol. – 1990. – Vol. 29. – P. 349-353.

5. Бобров, И.М. Дисфагия и дисфония, обусловленные болезнью Форестье / И.М.Бобров // Российская оториноларингология. – 2009. – Т. 5, № 42. – С.164-167.

6. Бунчук, Н.В. Ревматические заболевания пожилых / Н.В.Бунчук. – М.: МЕД-пресс-информ, 2010. – 270 с.

7. Бунчук, Н.В. Анкилозирующий гиперостоз позвоночника (болезнь Форестье). Изучение клинической картины путем заочного анкетирования» / Н.В.Бунчук, Е.И.Клейменова // Тер. Архив. – 1991. – №4. – С. 114-116.

8. Гурленя, А.М. Физиотерапия и курортология нервных болезней / А.М. Гурленя, Г.Е.Багель. – Минск: Вышэйшая школа, 1989. – 397 с.

9. Райзер, М. Лучевая диагностика. Костно-мышечная система / М.Райзер, А.Баур-Мельник, К.Гласер / под ред. Н.Б.Петровой. – М., «Медпресс», 2011. – 377 с.

10. Семизоров, А.Н. Рентгенологическое и ультразвуковое исследование при заболеваниях суставов / А.Н.Семизоров, С.В.Романов. – М.: Издательский дом Видар-М, 2006. – 152 с.

11. Тагер, И.Л. Рентгенодиагностика заболеваний позвоночника / И.Л.Тагер. – М.: Медицина, 1983. – 208 с.