

Остеопенічний синдром у хворих з неврологічними проявами поперекового остеохондрозу

Тернопільська державна медична академія ім. І.Я. Горбачевського

Остеопенічний синдром у хворих з неврологічними проявами поперекового остеохондрозу – 31 пацієнту з неврологічними проявами поперекового остеохондрозу (ПОХ) була проведена двофотонна рентгенівська денситометрія. Вивчалась мінеральна щільність кістки у чотирьох поперекових хребцях. Отримані наступні результати: на нормальну мінеральну щільність, підвищену і остеопенію припадало по 22,6 %, остеопороз діагностований у 32,2 % пацієнтів. Проаналізована клінічна характеристика хворих з остеопенічним синдромом.

Остеопенический синдром у больных с неврологическими проявлениями поясничного остеохондроза – 31 больному с неврологическими проявлениями поясничного остеохондроза (ПОХ) была проведена двухфотонная рентгеновская денситометрия. Изучалась минеральная плотность кости в четырех поясничных позвонках. Получены следующие результаты: на нормальную минеральную плотность, увеличенную и остеопению приходилось по 22,6 %, остеопороз диагностирован в 32,2 % пациентов. Проанализирована клиническая характеристика больных с остеопеническим синдромом.

Osteopenic Syndrome in Patient with Neurological Symptoms of Lumbar Osteochondrosis – Were investigated 31 patient with neurological symptoms of lumbar osteochondrosis (LO) on densitometrical tests. It was defined the mineral density of four lumbar vertebrae. During the investigation it was observed a normal state of mineral density in 22,6 per. cent of patients. But 22,2 per. cent of patients were with the diagnosis of osteopenia and with a higher mineral density. Osteoporosis was observed in 32,2 % patients. Were analyzed the clinic symptoms in patients with osteopenic syndrome.

Ключові слова: поперековий остеохондроз, денситометрія, остеопенія, остеопороз.

Ключевые слова: поясничный остеохондроз, денситометрия, остеопения, остеопороз.

Key words: lumbar osteochondrosis, densitometrical tests, osteopenia, osteoporosis.

Вступ Остеохондроз хребта (ОХХ) – це дегенеративно-дистрофічне захворювання міжхребцевого диска, яке є найчастішою причиною виникнення поперекового болю [2]. Проте в деяких випадках вертеброгенний синдром на поперековому рівні може виникати внаслідок остеопорозу (ОП). Проведені епідеміологічні дослідження у європейських країнах свідчать, що 11-12 % населення мають ОП [5]. Остеопороз набуває клінічного значення, коли у хворого виникає перелом, який є ускладненням безсимптомного ураження кісткової тканини [4, 6, 7]. Встановлено, що сумарний ризик епідеміологічних переломів у віці 50 років складає 39,7 % для жінок та 13,1 % для чоловіків [8]. Клінічні прояви ОХХ і ОП на поперековому рівні є схожими, а лікування неоднакове, що потребує проведення диференційної діагностики. Для діагностики цих захворювань довгий час використовували рентгенологічний метод. Проте він є малоприматним для раннього виявлення остеопорозу, оскільки виявляє зміни при втраті кісткової маси понад 30 %, коли виникають ускладнення. Найкращим методом для визначення мінеральної щільності кістки є рентгенівська подвійна адсорбціометрія. Денситометр забезпечує вимірювання сумарної кількості мінералів, висоту, ширину і площу поперекових хребців. Отримані

результати аналізує комп'ютер. Стандартне програмне забезпечення дозволяє точно локалізувати вимірювані структури. Одержані величини зіставляють з віком, статтю та расою і з аналогічними показниками здорових людей віком 20-30 років [3].

Метою даної роботи стало вивчення стану кісткової системи у хворих з неврологічними проявами ПОХ.

Матеріали і методи Під спостереженням знаходився 31 хворий, що перебував на лікуванні в неврологічних відділеннях ТОКПНЛ протягом 1999 р. Жінок було 13 (41,9 %), причому 3 (9,7 %) – з менопаузою, чоловіків – 18 (58,1 %). Вік хворих становив від 17 до 62 років. Тривалість захворювання склала від 6 міс. до 5 років, кількість загострень – від 1 до 10, в середньому 4-5. Останнє загострення тривало від 1 місяця до 1 року. Можливими причинами загострення були важка фізична праця – у 13 (41,9 %) хворих, переохолодження – у 8 (25,7 %) хворих, травма і патологічний клімакс – 3 (9,7 %) хворих, ожиріння у 2 (6,5 %) і вказати причину загострення не могли 2 (6,5 %) пацієнтів. При встановленні діагнозу ПОХ дотримувались класифікації І.П. Антонова [1], згідно з якою всі хворі були розподілені на 2 групи. I склали 16 хворих з люмбоішіалгією, II – 15 хворих з компресійно-корінцевим синдромом.

Усім хворим, крім обстеження неврологічного статусу і загальноприйнятих лабораторних досліджень, проводили рентгенографію попереково-крижового відділу хребта у двох проєкціях (прямій і боковій) та двофотонну рентгенівську денситометрію поперекових хребців (L1-L4) апаратом Lunar DPX-A.

Результати дослідження та їх обговорення При проведенні денситометрії виявлені різні зміни в поперекових хребцях (табл. 1). У 7 (22,6 %) хворих діагностовано нормальну мінеральну щільність, ще у 7 (22,6 %) – підвищену мінеральну щільність, у 17 (54,8 %) хворих виявлено знижену мінеральну щільність: із них остеопенія – у 7 (22,6 %) пацієнтів і остеопороз – у 10 (32,2 %) хворих.

Таблиця 1. Зміни мінеральної щільності хребців у хворих на поперековий ОХХ

	Нормальна мінеральна щільність		Знижена мінеральна щільність				Підвищена мінеральна щільність	
	абс.	%	Остеопенія		Остеопороз		абс.	%
			абс.	%	абс.	%		
Компресійно-корінцевий синдром	5	16,1	5	16,1	ε	9,7	4	12,9
Люмбоішіалгія	2	6,5	2	6,5	7	22,5	9	9,7
Всього	7	22,6	7	22,6	10	32,2	7	22,6

Нормальна мінеральна щільність виявлена у 7 хворих; із них у 5 жінок та 2 чоловіків віком 35-50 років з тривалістю захворювання від 2 міс. до 3 років і кількістю загострень від 1 до 4. Рентгенологічна картина відповідала II ст. остеохондрозу.

У хворих з підвищеною мінеральною щільністю відмічені інші закономірності: вік 5 хворих становив від 38 до 40 років, 2 – 30 р., перебіг захворювання у них був тривалішим: від 3 до 10 років, а кількість загострень більша: від 2 до 10. На рентгенограмі у всіх хворих цієї категорії відмічаються зміни, притаманні III-IV стадіям остеохондрозу.

Нами детально проаналізовано клінічну характеристику у групі хворих з остеопенічним синдромом. Серед 10 хворих з діагностованим остеопорозом було 6 чоловіків і 4 жінки з тривалим анамнезом захворювання. Усі пацієнти цієї групи були розподілені на дві вікові категорії. Першу склали 4 хворих віком до 20 р., які з дитинства страждають на поперековий біль. За фенотипом це особи астеничної будови тіла, світлошкірі, голубоокі. Біль в попереково-крижовій ділянці був помірним, турбував постійно, періодично 1-2 рази на рік виникали нерізко виражені загострення: у 3 з них причина першого загострення не встановлена, 1 пов'язує з незначною травмою куприка. При огляді у хворих відмічався помірний вертеброгенний синдром: незначне обмеження рухів у попереку (коефіцієнти згинання, розгинання, нахилу хребта в межах 1-1,5), напруження паравертебральних м'язів I ст., легка болючість паравертебральних точок, коефіцієнт симптому Ласега I-II ст. У 2 хворих виявлено сколіоз II ст., на який вони страждали декілька років, причому їхні матері також хворіли на сколіоз. На рентгенограмі у 2 хворих змін не виявлено, у 2 спостерігається сколіоз. У другу групу ввійшли 6 хворих (3 жінок і 3 чоловіків) віком 55-67 років. У 5 пацієнтів загострення, з яким вони поступили у клініку, настає без очевидних причин і у 3 супроводжувалось різким больовим синдромом, що був резистентним до дії анальгетиків. У 2 пацієнтів компресійно-корінцевий синдром, що раптово виник, не супроводжувався болем. У всіх 5 хворих діагностовано компресійні переломи хребців. Отже, у цих пацієнтів неврологічна симптоматика була проявом не остеохондрозу або не лише його, а ОП, ускладненого переломами тіл хребців. Нами виявлено, що при переломах хребців *Th11-12, L1* больовий синдром був інтенсивніший, ніж при переломі *L4*. Всі жінки були з менопаузою і в анамнезі у них встановлено переломи Коля. У половини пацієнтів ознаки порозності хребців виявлені рентгенологічно, у решти діагностували остеохондроз диску *L5-s*, а ОП лише за допомогою денситометрії.

Серед 7 хворих з діагностованою остеопенією було 6 чоловіків та 1 жінка віком від 30 до 45 років. Клінічно у них переважали компресійно-корінцеві синдроми (5 хворих проти 2 з люмбошіалгією). Тривалість захворювання була різною від 4 міс. до 4 р. Проте у всіх хворих кожне загострення характеризувалось великою тривалістю (від 3 до 6 міс.) та стійким і вираженим больовим синдромом (III-IV ст.), що важко піддавався консервативному лікуванню. На рентгенограмах відмічались зміни, характерні для I стадії ОХХ.

Нами була проаналізована мінеральна щільність кожного поперекового хребця в хворих з підвищеною мінеральною щільністю, остеопорозом і остеопенією (табл. 2).

Таблиця 2. Мінеральна насиченість хребців у хворих з різною мінеральною щільністю

Ділянка	Підвищена мінеральна щільність	Остеопороз	Остеопенія
L1	113,8	75,1	88,2
L2	111,7	74,8	89,5
L3	112,8	73,7	88,4
L4	115,6	72,9	88,9

Як видно з таблиці 2, найбільші остеосклеротичні зміни спостерігаються у четвертому поперековому хребці. Можливо, це пов'язано з тим, що нижні поперекові хребці мають більше статичне навантаження. У пацієнтів з ОП мінеральна насиченість хребців зменшується від L1 до L4. При остеопенії мінеральна щільність хребців в основному змінена рівномірно.

Висновки В результаті цих досліджень встановлено:

1. Нормальна мінеральна щільність, підвищена і знижена у хворих на поперековий остеохондроз знаходилися у співвідношенні 1 : 1 : 2,3. **2.** Остеопороз найчастіше виявляється в осіб до 20 р., які з дитинства страждають на поперековий біль і сколіоз, так само як і у хворих старшого віку, у яких безпричинно, гостро виникають неврологічні прояви без характерних рентгенологічних змін. **3.** У хворих 30-45 р. з тривалими загостреннями, вираженим вертеброгенним синдромом, який важко піддається консервативній терапії, рентгенологічні зміни відповідають I ст. ОХХ, виявляється остеопенія. Це, ймовірно, можна пояснити тим, що для підтримання гомеостазу кальцію, який порушується при тривалому больовому синдромі, йде вимивання його з кісткової тканини. **4.** Підвищена мінеральна щільність спостерігається у хворих з тривалим анамнезом захворювання, частими загостреннями, наявністю компресійно-корінцевих синдромів, рентгенологічними змінами, що притаманні III-IV ст. ОХХ. **5.** З метою своєчасного виявлення остеопенічного синдрому у хворих з неврологічними проявами поперекового остеохондрозу без відповідних рентгенологічних змін рекомендоване дослідження мінеральної щільності хребців.

1. Антонов И. П. Классификация заболеваний периферической нервной системы и формулировка диагноза //Журнал невропатол. и психиатр. – 1985. – т.85, №4. – С. 481-487.
2. Антонов И. П., Шанько Г. Г. Поясничные боли. – Минск, 1981. – 126 с.
3. Войташак Й., Швець А. Диагностика остеопороза в ортопедии – базис точного лечения. Словакофарма ревю VII, 2 1997. – С. 50-55.
4. Поворознюк В. В., Подрушняк Е. П., Орлова Е. В. и др. Остеопороз на Украине. – К., 1995. – 48 с.
5. Поворознюк В. В. Сучасні принципи профілактики і лікування постменопаузального та сенильного остеопорозу //Здоровье женщины, 1998. - №1. – С. 44-61.
6. Подрушняк В. П. Остеопороз – проблема века. – Симферополь, 1997. – 216 с.

7. Франке Ю., Рунге Г. Остеопороз: Пер. с нем. – М., 1995. – 165 с.

8. Melton L. J. Perspectives: how many women have osteoporosis now? // J. Bone Min. Res.. – 1995. – №10. – P. –175-177.