**Лекція 9.**

**Тема: Особливості перебігу захворювань опорно-рухового апарату в пацієнтів похилого**

**віку.**

**План.**

1. Вікові фізіологічні зміни опорно-рухового апарату

2. Остеопороз

3.Остеоартроз

4.Остеохондроз хребта

**Зміст лекції.**

**1. Вікові фізіологічні зміни опорно-рухового апарату**

Вікові зміни в кістках і суглобах, характерні для старіючого організму, проявляються досить часто і в людей се­реднього віку. Розвиваються повільно, поступово, інколи в 35— 40 років. У віці до 60 років спостерігаються виражені зміни в кістково-суглобовому апараті, у першу чергу в хребті, практич­но в усіх людей.

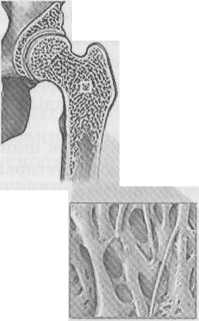
Вікові зміни опорно-рухової системи спричиняють виник­нення таких захворювань, як остеопороз, остеоартроз, остео­хондроз тощо, які мають не тільки медичне, а й соціальне зна­чення. В003 оголосила 2000—2010 роки всесвітньою декадою кістково-суглобових захворювань.

**2. Остеопороз**

Остеопороз — серйозна медична і соціальна проблема у зв’язку зі значною поширеністю остеопорозних переломів кіс­ток. Згідно з даними ВООЗ, у найбільш розвинутих країнах Єв­ропи, СІЛА, Японії загальна кількість людей, хворих на остео­пороз, становить 75 млн. За результатами аналізу зарубіжної літератури жінки хворіють на остеопороз у 4—7 разів частіше за чоловіків — це оцінюється за частотою переломів променевої кістки і шийки стегнової кістки.

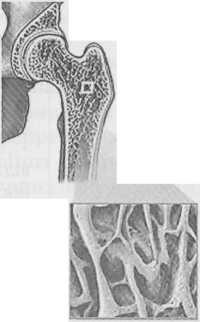
Нормальна

кістка



Остеопорозна

кістка



Мал. 1 Структура кісток: **1** — у нормі;

2 — при остеопорозі

Особливо катастрофічними бувають наслідки при переломах шийки стегна, при яких смертність становить 20 % протягом першого року після перелому, одужують частково тільки 25 % . Остеопороз — звичайний процес, який розвивається в кістках відносно старіння (мал. 1). У світі остеопороз діагностується у кожної третьої жінки віком понад 45 років і майже в половини всіх чоловіків і жінок віком понад 65 років. Уже в найближчі роки спеціалісти прогнозують підвищення захворюваності на остеопороз і кількості переломів у декілька разів.

Перелом шийки стегна(мал2) пов’язані з остеопорозом.

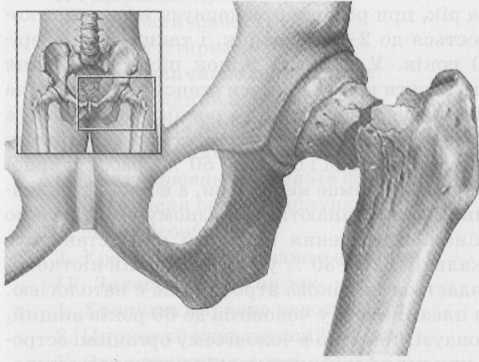
За визначенням ВООЗ стан, який діагностується як остеопо­роз це зниження мінеральної щільності поперекових хреб­ців від нормативних.

Відомо, що кістка складається з колагенових волокон, ос­новної речовини, що включає глікопротеїни і протеоглікан, та­кож кристали гідроксиапатиту, які

містяться в колагенових фібрилах і в основній речовині.

З 35 років у жінок і з 45 у чоловіків розпочинаєть­ся фізіологічна втрата кісткової маси. Спочатку втрата незнач­на 0,3—0,5 % за рік, при розвитку менопаузи втрата

кістко­вої маси прискорюється до 2—3 % за рік, і такий темп збері­гається до 65—70 років. У молодих жінок після видалення яєчників втрати кісткової маси становить до 13 % за рік, тому статус жінки тісно пов’язаний з роками менопаузи, а не з віком.

Мал.2. Перелом шийки стегнової кістки

Чинники ризику розвитку остеопорозу Генетичні/антропометричні:

-етнічна належність (європеоїдна і монголоїдна раса)

- похилий вік;

* низька маса тіла (менше 50 кг);
* відсутність генералізованого остеоартрозу;
* сімейна агрегація;
* генетичний поліморфізм естрогенових рецепторів, цитокінів і колагену.

1. Гормональні:

* жіноча стать;
* рання менопауза;
* пізній початок менструацій;
* період аменореї до менопаузи;
* безплідність.

1. Спосіб життя:

* куріння;
* соціальні стреси;
* зловживання алкоголем, кофеїном;
* малорухливий спосіб життя;
* надмірне фізичне навантаження;
* низька якість життя;
* непереносимість молочних продуктів;
* недостатнє вживання кальцію і вітаміну Б;
* надмірне споживання м’яса і напоїв з підвищеним вміс­том фосфатів.

1. Тривале застосування деяких ліків:

* сечогінних (фуросеміду);
* похідних фенотіазину (аміназину та ін.);
* антацидів, які містять алюміній (альмагелю та ін.);
* гормонів щитоподібної залози;
* глюкокортикоїдів;
* гепарину (великі дози).

1. Наявність супутньої патології:

* ендокринної системи;
* ревматичного походження, системного червоного вовча­ка;
* гематологічної/пухлинної тощо.

1. Хірургічні втручання:

* оваріектомія;
* гастректомія.

Зниження кісткової маси (кісткова резорбція) — природний віковий процес. Остеопороз виникає тоді, коли цей процес роз­вивається активніше, ніж належить. Таке надмірне зменшення кісткової маси тривалий час перебігає без будь-яких проявів.

* причин тісно корелює з міцніс­тю кісток і ризиком виникнення переломів. Результати визна­чення МЩК за допомогою методів кісткової денситометрії ле­жать в основі сучасних діагностичних критеріїв остеопорозу, які наведено нижче.

Норма — зниження МЩК у межах 1 стандартного відхилен­ня (8Б) від референтного значення в осіб молодого віку (Т-ін- декс).

Зниження кісткової маси (остеопенія) — зниження МЩК >18Б <2,5 вБ від референтного значення в осіб молодого віку.

Остеопороз — зниження МЩК > 2,5 вВ від референтного значення в осіб молодого віку.

Тяжкий остеопороз — зниження МЩК > 2,5 ЄБ від референт­ного значення в осіб молодого віку в поєднанні з одним перело­мом кісток чи більше.

Профілактика остеопорозу. На сучасному етапі для профілактики остеопорозу потрібно проводити заходи стра­тегічного значення:

* пропагувати новітні методи діагностики і лікування остео­порозу серед медичних працівників;
* упроваджувати в практику охорони здоров’я сучасні тех­нології для ранньої діагностики остеопорозу;
* розробляти протоколи лікування пацієнтів з остеопорозом;
* створювати центри для навчання пацієнтів.

Усі ці заходи сприятимуть покращенню здоров’я населення і якості життя в цілому, а в групах ризику — зниженню витрат на лікування остеопорозних переломів і оплату тимчасової і стійкої непрацездатності.

Таблиця 1. Вміст кальцію в харчових продуктах

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Назва продукту | Вміст кальцію (мг/100 г) | Назва продукту | Вміст кальцію (мг/100 г) |
| В’ялена риба з кістками | 3000 | Телятина | 100 |
| Твердий сир | 600 | Смажена риба | 100 |
| Кисломолочний сир | 300 | Сметана | 100 |
| Консервовані сардини | 350 | Смажене насіння | 100 |
| Мигдаль | 254 | Домашній сир | 95 |
| Селера | 240 | Шпинат | 87 |
| Молочний шоколад | 240 | Листя салату | 80 |
| Молоко | 100-200 | Арахіс | 70 |
| Петрушка | 190 | Яйця | 54 |
| Курага | 170 | Плавлений сир | 50 |
| Йогурт | 120 | Морква | 43 |
| Цибуля | 120 | Варена риба | ЗО |

Таблиця 2. Лікування остеопорозу

|  |  |
| --- | --- |
| Аналгезія | Фізіотерапія  Анальгетики  нпзп |
| Позитивний кальцієвий баланс і нормалізація кісткового метаболізму | Кальцитонін  Препарати кальцію і вітаміну Б для гальму­вання кісткової резорбції Стимуляція формування кісткової тканини |
| Загальні рекомендації | Уникати чинників ризику, особливо випад­кових падінь |
| Ортопедична і хірургіч­на допомога | Протезування Хірургічні операції |

Нині для профілактики і лікування остеопорозу застосову­ють різні медикаментозні засоби, які умовно поділяють на кіль­ка груп:

1. препарати, що забезпечують позитивний кальцієвий ба­ланс (кальцію лактат, глюконат, карбонат, вітамін Б (холекаль- циферол), метаболіти вітаміну Б, тіазиди);
2. препарати, які переважно пригнічують активність БК (ест­рогени, кальцитонін, біофосфонати);
3. препарати, що переважно стимулюють активність ББ (по­хідні фтору, анаболічні гормони, паратиреоїдний гормон);
4. препарати, які покращують “якість” кісткової тканини (біофосфонати, метаболіти вітаміну В);
5. інші лікарські засоби (іприфлавон, осеїн-гідроксиапатит).

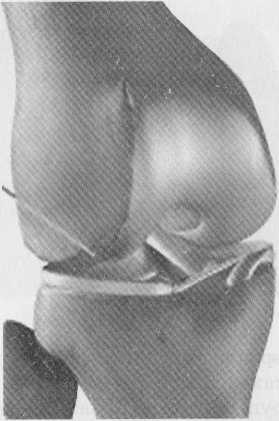
Важливим профілактичним і лікувальним чинником є до­статнє вживання кальцію. Оскільки вітамін Б сприяє всмокту­ванню кальцію в кишках, то препарати кальцію необхідно призначати з вітаміном Б. Практично всім жінкам після мено- паузи, а також жінкам і чоловікам похилого і старечого віку незалежно від наявності чи відсутності чинників ризику остео­порозу і показників МЩК показані препарати кальцію (1000— 2000 мг на добу) і вітамін Б (400—800 МО на добу). Сьогодні існують препарати третього покоління, які допомагають вітамі­ну Б — це мікроелементи, що дублюють його кальційзбе- рігальну функцію і позитивно впливають на метаболізм кіст­кової і хрящової тканини: бор, цинк, мідь, марганець. Включен­ня цих мікроелементів до складу препарату дасть змогу знизити вміст у ньому вітаміну Б, збільшити його безпеку при тривалому вживанні і розширити сферу застосування. Про­філактичною активністю володіють тіазидні діуретики, які зменшують втрати кальцію із сечею.

**3.Остеоартроз**

Значне місце в геріатрії займають артрози й остеоартрози. У процесі старіння опорно-рухового апарату відбуваються знач­ні зміни в суглобах, при яких здійснюється непомітний перехід від нормальних процесів старіння суглобів до явно патологіч­них, що зумовлюють виражені клінічні синдроми — старечі ос­теоартрози. Різкий прояв цих артрозів — первинний деформів- ний артроз — часто спостерігається в осіб похилого і старечого віку.

Остеоартроз — хронічне прогресуюче захворювання суглобів (у тому числі і міжхребцевих), яке характеризується первин­ною дегенерацією суглобового хряща (мал. 19), що надалі сприяє виникненню змін у субхондральній кістці та розвитку крайо­вих остеофітів, супроводжується реактивним синовіїтом.

Це поширене захворювання, на яке хворіють як чоловіки, так і жінки. Частіше розвивається в чоловіків віком до 45 років і в жінок після 55 років. Ознаки:



Мал. 1. Артроз колінного суглоба (гонартроз)

* становить до 70 % усіх рев­матичних хвороб;
* діагностується у 17,3 % на­селення;
* виявляється у віці після 60 років у 97 % осіб, при цьому більша половина з них має обме­ження рухів, а 25 % не може ви­конувати основні щоденні життє­во необхідні обов’язки;
* непрацездатність з приводу цього захворювання за останні 10 років збільшилась у 3—5 разів;

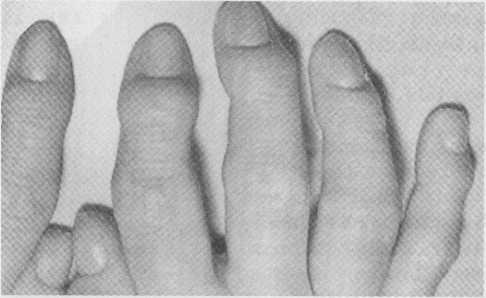
-— у світі, починаючи з другої половини XX ст., значно збіль­шується популяція людей, вік яких перевищує 55 років, що сприяє швидкому зростанню кіль­кості пацієнтів, які страждають на захворювання;

* за останні роки також спостерігається тенденція до роз­витку остеоартрозу в осіб молодшого віку, що пов’язують як з глобальним погіршенням екології, так і з популяризацією спор­ту, що призводить до збільшення частоти вторинного остеоарт­розу через зростаючу кількість травматичних пошкоджень кіс­ток і суглобів.

Чинники розвитку остеоартрозу:

1. хронічна мікротравматизація хряща;
2. вік пацієнтів;
3. ожиріння;
4. навантаження на суглоби;
5. вроджені або набуті дефекти опорно-рухового апарату;
6. спадкова схильність (вузлики Гебердена виявляються в 2 рази частіше у матерів і в 3 рази частіше у сестер хворого).Розрізняють первинний та вторинний остеоартроз. Первин­ний остеоартрвз розвивається у досі здоровому суглобі, у пери­ферійних суглобах, частіше в дистальних і проксимальних між- фалангових суглобах кистей з утворенням вузликів Гебердена і Бушара (мал. 2).

Вторинний остеоартроз розвивається внаслідок травм, Мал. 2. Вузлики Гебердена і Бушара



вроджених дисплазій опорно-рухового апарату, ендокринних захворювань (акромегалія, гіперпаратиреоз); метаболічних по­рушень (гемохроматоз, подагра); інших захворювань кісток і суглобів (ревматоїдний артрит, інфекційні артрити, асептичні некрози кісток).

Залежно від поширення процесу виділяють 2 форми первин­ного остеоартрозу:

* локальну форму — уражується 1 або 2 суглоби (суглобів кистей, стоп, колінного, кульшового суглобів, хребта);
* генералізовану форму — уражуються 3 суглоби і більше або група суглобів (проксимальні міжфалангові суглоби оціню­ють як одну групу, а дистальні міжфалангові суглоби — як іншу).

Основні ознаки: біль, деформація, обмеження рухливості суглобів.Біль має неоднорідний характер і різноманітні механізми ви­никнення.

Типи болю при остеоартрозі:

* “механічний” біль — найпоширеніший тип болю; вини­кає через денне фізичне навантаження і стихає на період нічно­го відпочинку, що пов’язане зі зниженням амортизаційних властивостей хряща і кісткових підхрящових структур;
* “стартовий біль” (15—**20** хв) виникає після періодів спокою і минає при руховій активності, зумовлений тертям суглобових поверхонь, на яких осідає детрит — фрагменти хрящової та кісткової деструкції; при перших рухах у суглобі детрит виштовхується в завороти суглобової сумки (“суглобова миша”);
* безперервний тупий нічний біль, частіше в першій полови­ні ночі, пов’язаний з венозним застоєм у субхондральній губчас­тій частині кістки і підвищенням внутрішньокісткового тиску;
* постійний біль зумовлений рефлекторним спазмом близь- корозміщених м’язів, а також розвитком реактивного сино- віту.

При синовіті, крім болю в суглобах, як при рухах, так і в стані спокою, відзначаються ранкова скутість, припухлість суг­лоба, локальне підвищення температури шкіри, поступово роз­виваються деформація й обмеження рухливості суглобів (за ра­хунок розвитку фіброзно-склеротичних і гіпотрофічних змін параартикулярних тканин).

На ранній стадії захворювання порушення функції суглоба зумовлені больовим синдромом і рефлекторним спазмом м’язів, з прогресуванням хвороби на зниження обсягу рухів впливають сухожилково-м’язові контрактури, остеофіти і порушення кон­груентності суглобових поверхонь.

Старечий остеоартроз — повільний прогресуючий процес, який розвивається роками і не призводить до значної неповно­цінності функцій опорно-рухового апарату, які надто усклад­нювали б самообслуговування. Клінічна картина залежить від ураження конкретного суглоба, включеного в патологічний процес. Найзначнішими та інвалідизуючими формами є гон- артроз і коксартроз.

Коксартроз — найпоширеніша і найтяжча форма остеоарт- розу, що зазвичай закінчується прогресуючим порушенням функції суглоба аж до повної її втрати. Основним симптомом коксартрозу є біль механічного характеру в ділянці кульшово­го суглоба, що часто супроводжується накульгуванням. Для встановлення діагнозу кульшового суглоба необхідні наявність Золю у кульшовому суглобі і дві ознаки з трьох:

1. ШОЕ > 20 мм/год;
2. рентгенологічно виявлені остеофіти головки стегнової кіст­ки або вертлюгової ямки;
3. рентгенологічно виявлене звуження суглобової щілини (у верхньому, аксіальному і/або медіальному відділі; критерії АКР).

Гонартроз — друга за частотою локалізація деформівного остеоартрозу. Основним симптомом є біль механічного типу, який виникає при ходьбі та особливо при спусканні або підні­манні сходами. Біль локалізується в передній або внутрішній частині суглоба і може іррадіювати в гомілку.

Ураження суглобів кисті — третя характерна локалізація остеоартрозу.

Остеоартроз (артроз) також може спостерігатися в плечово­му суглобі, міжхребцевих з’єднаннях (остеохондроз хребта).

Артрози в старої людини не завжди потрібно розглядати як прояв тільки якісно змінених порушень, характерних для старіння. Вони можуть бути наслідком інфекції, травми. Вто­ринний артроз уражує загалом великі суглоби і переважно суг­лоби нижніх кінцівок (кульшовий, колінні і плесно-фалангові). З основних ознак артрозу провідним є відчуття болю: спочатку це незначні відчуття, які виникають, головним чином, після тривалого навантаження на суглоб, а також при рухах після тривалого відпочинку. Часто спостерігається хрускіт при рухах у суглобах. У більш пізній період відчуття стають постійніши­ми, значно посилюються після навантаження, з’являється кульгавість, спостерігається відносне вкорочення кінцівок. Відчуття дискомфорту, болючі відчуття в суглобах ніг чи рук, у хребті роблять стару людину менш рухливою — це ті прояви артрозів, які спостерігаються в більшості людей старших віко­вих груп.

.

Діагностика. Традиційно використовують клінічні і рентге­нологічні критерії, які доповнюються в останні роки спеціаль­ними методами, що дають змогу уточнити зміни в суглобах.

Діагностичні критерії остеоартрозу колінного суглоба:

1. обмеження і/або болючість при пасивному згинанні колінно­го суглоба (згинання в нормі не менше ніж 135°, розгинання — 0 );
2. звуження щілини стегново-великогомілкового або стегно- во-надколінкового з’єднань суглоба;
3. остеофіти і/або субхондральний склероз, субхондральні кісти.

Діагноз встановлюється за наявності всіх трьох ознак і при виключенні ішемічного некрозу кістки, хвороби Педжета, хонд- рокальцинозу, гемохроматозу, гемофілії, артритів, інфекції суглобів (у тому числі туберкульозу) тощо.

При ураженні суглобів кисті, за класифікаційними кри­теріями АКР, для встановлення діагнозу потрібно звертати ува­гу на біль, ломоту або скутість у кисті і наявність 3 або 4 з наве­дених нижче ознак:

* збільшення (тверді за щільністю) об’єму 2 суглобів або більше (з 10, що беруться до уваги);
* збільшення (тверді за щільністю) об’єму 2 дистальних між- фалангових суглобів або більше;
* припухлість не менше 3 п’ястково-фалангових суглобів;
* деформація як мінімум 1 з 10 суглобів, що беруться до уваги.

**4.Остеохондроз хребта**

Остеохондроз хребта — дегенеративно-дистрофічний процес у міжхребцевих дисках, який призводить до вторинних змін у тілах хребців і зв’язковому апараті всього сегмента.

Остеохондроз є найтиповішим дист­рофічно-деструктивним процесом, який розвивається в кістко- во-хрящевій тканині при старінні, при цьому остеохондроз шийного відділу виявляється в 50 % осіб ще в середньому віці і в 92—98 % — у віці 70—89 років. Серед деструктивно-ди­строфічних захворювань опорно-рухового апарату остеохонд­роз посідає перше місце.

У перебігу остеохондрозу виділяють дві стадії:

1. — процес обмежується диском (перебігає безсимптомно);
2. — зміни виникають у тілах хребців.

І стадія тривалий час перебігає безсимптомно, тому що міжхребцеві диски не мають нервових закінчень. Проблеми по­чинають з’являтися після того, як патологічний процес захо­пить зв’язки, що добре іннервуються, чи виникнуть вторинні зміни з боку корінців, гангліїв або спинномозкових нервів. Клінічні симптоми пов’язані зі зміщенням ураженого диска.

Остеохондроз міжхребцевих дисків розвивається, як прави­ло, у місцях, що зазнають найбільшого навантаження. У кож­ному з відділів хребта захворювання має свої типові локалізації і особливості.

Найбільша кількість проблем спостерігається при локаліза­ції змін у шийному відділі хребта. Остеохондроз уражує також грудний, поперековий відділи хребта, які мають теж свої особ­ливості.

Шийний остеохондроз. Його поширеність, багатогранність клінічних проявів викликають особливий інтерес до цієї пато­логії лікарів різних спеціальностей, тому що пацієнти часто звертаються за допомогою до кардіолога, невропатолога, гаст­роентеролога. Головним завданням медичної сестри є правиль­не оцінювання клінічної ситуації — порекомендувати консуль­тацію спеціаліста, який проведе диференціальну діагностику і призначить ефективне лікування.

Проблеми, що виникають, пов’язані не лише з болем у ділян­ці шиї, який значно посилюється під час рухів, а й болем у різ­них відділах рук, — їх оніміння, ціанотичність або блідість, припухлість кистей. Також характерний біль на задній поверх­ні шиї, обмеження рухів у шийному відділі хребта, скутість плеча, руки, шум у вухах і запаморочення. З віком змінюється структура больового синдрому — біль менше виражений, не має чіткої локалізації, менш тривалий. На перший план виходить проблема — відчуття скутості. Пацієнти похилого віку більш метеочутливі, потребують тривалого лікування, ефект від яко­го виникає повільніше, ніж у молодих, що пов’язане зі знижен­ням інтенсивності метаболізму, погіршенням кровообігу тка­нин. При обстеженні в ділянці шиї часто виявляється ущіль­нення м’яких тканин, болючість при натисканні на остисті від­ростки хребців, а також у ділянці верхньої точки Ерба, обмеження обсягу рухів у шийному і грудному відділах. Рухи в хребті часто супроводжуються хрускотом, больовими відчуття­ми. Через зближення хребців, руйнування і випинання диска, спрямування його в бік хребтового каналу і міжхребцевих от­ворів можуть виникати компресії спинного мозку і корінців. Спінальні синдроми частіше спостерігаються при задніх кістко­вих розростаннях і якщо хрящова частина грижі диска тисне на спинний мозок. Залежно від локалізації грижі може виника­ти синдром передньої і бічної компресії з характерною невроло­гічною симптоматикою з розладами чуттєвої і рухової сфер. Корінцеві синдроми характеризуються посиленням болючості при рухах, випадінням або зниженням рефлексів, а також ха­рактерними чуттєвими і руховими порушеннями. Спостері­гається тупий або гострий біль уранці або вночі (поколювання, оніміння, “повзання мурашок”, “удар блискавки”). Біль часто посилюється при кашлю і чханні. Характерною і важливою ознакою підвивиху, що виник у міжхребцевих суглобах, є симп­том Ковача. При цьому відбувається зрушення тіла хребця впе­ред з можливою деформацією хребтової артерії. У пацієнтів із шийним або шийно-грудним остеохондрозом можливий також біль у лівій половині грудної клітки, що може помилково спри­йматися за біль у ділянці серця, стенокардію. На відміну від болю, зумовленого недостатністю кровопостачання серця, він триваліший, відсутній зв’язок з фізичним навантаженням, емо­ціями, не купірується засобами, які розширюють вінцеві суди­ни серця (нітрогліцерин тощо), а на електрокардіограмі немає даних про наявність значних проявів ІХС (стенокардію, ін­фаркт). Але необхідно враховувати можливість захворювань серця у пацієнта з остеохондрозом.

При шийному, шийно-грудному остеохондрозі нерідко у зв’яз­ку зі стисненням артерій порушується кровопостачання ЦНС (го­ловного мозку), у пацієнтів виникають, особливо вранці, легкі або сильні запаморочення, шум у вухах, зниження слуху тощо.

Однією з особливостей шийного остеохондрозу в пацієнтів похилого віку є дисоціація між рентгенологічною картиною і клінічними проявами захворювання. Після 60 років можуть спостерігатися практично всі рентгенологічні ознаки остеохонд­розу без клінічних його проявів. У цьому віці діагностична зна­чущість рентгенографії значно зменшується.

Остеохондроз грудного відділу хребта. Дегенеративний процес частіше виникає в декількох середньогрудних дисках, розміщених на висоті кіфозу. Нерідко уражуються і нижньо- грудні відділи. Серед чинників, що спричинюють розвиток груд­ного остеохондрозу, перше місце займає перевантаження (носін­ня важкого, незручне положення тіла під час роботи, сидяча ро­бота). Захворювання цієї локалізації може бути пов’язане з наслідками перелому хребта, сколіозом, остеохондропатіями апофізів хребців тощо. Грудний остеохондроз характеризується бідною клінічною картиною порівняно з шийним. На перше міс­це виступає біль, частіше в міжлопатковій ділянці, що поси­люється від фізичного навантаження або тривалого вимушеного положення. Болюча пальпація остистих відростків, рухи в груд­ному відділі обмежені, особливо розгинальні. Посилення фізіо­логічного грудного кіфозу і деяка скутість рухів надають пацієн­тові своєрідного вигляду. При випадінні міжхребцевого диска розвивається картина торакальної мієлопатіїї. Біль окрім хреб­та локалізується в міжребрових просторах і черевній порож­нині, може іррадіювати в нижні кінцівки. Часто буває знижен­ня чутливості і підвищення колінних і надп’яткових рефлексів, у деяких пацієнтів виявляються патологічні рефлекси Бабінсь- кого, клонус стоп тощо. Порушення рухливості проявляються парезом однієї або обох ніг з м’язовими атрофіями, порушення функцій тазових органів — затримкою сечі, закрепами. Можуть виникати вісцеральні симптоми — біль у ділянці серця, животі, правому підребер’ї, що може стати причиною неправильної діагностики, інколи навіть призвести до невиправданих хірур­гічних втручань на черевній порожнині.

Остеохондроз поперекового відділу хребта. Поперековий відділ хребта — досить часта локалізація остеохондрозу. У біль­шості пацієнтів до патологічного процесу залучається 1 між- хребцевий диск, значно рідше 2 і дуже рідко 3—4. Майже в по­ловини пацієнтів страждає Б Іуу, на другому місці Б ШІу. Це ураження поперекових хребців зумовлене домінуючими наван­таженнями цього відділу при обертаннях і нахилах тулуба, та­кож при підніманні і носінні важкого.

Остеохондроз поперекового відділу хребта в стадії загострен­ня проявляється болем у попереку, який посилюється при ру­хах, навантаженні і в положенні сидячи, часто іррадіює в ниж­ні кінцівки. При обстеженні виявляється болючість уздовж хребта за проекцією остистих відростків, у ділянці виростків стегнових і великогомілкових кісток, згладжений поперековий лордоз, рухливість обмежена.

Симптом тринога в людей похилого віку буває рідко. Корін­цевий синдром проявляється позитивними симптомами (Ла- сега, Бехтерева), а також чуттєвими і руховими розладами в зоні іннервації їх відповідних сегментів. Спінальні синдроми спостерігаються не лише при механічній компресії спинного мозку і через розлад кровообігу в ньому (ішемічна мієлопатія). Мієлопатія характеризується насамперед руховими порушен­нями, в основному спастичними парезами нижніх кінцівок. Пацієнти скаржаться на біль, відчуття холоду або оніміння в нижніх кінцівках. Поступово наростають слабкість і гіпотонія м’язів рук, з’являються атрофія і фібрилярні посмикування. Доволі часто порушується функція тазових органів. Іноді спос­терігається послаблення пульсу на ногах. Можливі розлади по­товиділення, нерідко гіперестезії на всій нижній кінцівці, а та­кож підвищена дратівливість і емоційна лабільність. Особ­ливістю клінічних проявів поперекового остеохондрозу в па­цієнтів похилого віку є переважно статокінетичні порушення (вертеброгенний синдром, залежно від локалізації ураження — це люмбаго, люмбалгія, люмбоішіалгія), помірно виражені симп­томи натягу, симптоми випадіння відсутні, наявні значні рент­генологічні зміни і відсутні судинні ускладнення.

Діагностика. На рентгенограмі виявляють зменшення висо­ти дисків, склероз субхондральної кісткової пластинки і прилег­лих ділянок кісткової тканини тіл хребців, зазубреність, нерів­ність прилеглих тіл хребців і їх замикальних кісткових пласти­нок, кісткові розростання, які виходять з краю тіла хребця. При грудному остеохондрозі кісткові розростання локалізуються в передньому краї тіл хребців, а при поперековому — у задньому.

Деформівний спондильоз, що часто поєднується з остеохонд­розом, характеризується більш вираженими кістковими розрос­таннями з утворенням дужок, які з’єднують тіла хребців.