



ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ
ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«КРАСНОЯРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ
УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ ПРОФЕССОРА В.Ф. ВОЙНО-ЯСЕНЕЦКОГО»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Кафедра нервных болезней с курсом медицинской реабилитации ПО

РЕФЕРАТ

Тема: «Остеохондроз позвоночника»

Выполнил:

Ординатор первого года обучения

Передерий Е.А.

Проверил:

Ассистент кафедры нервных болезней с
курсом медицинской реабилитации ПО

Субочева С.А.

Красноярск

2019

Содержание

1. Общие сведения
2. Статика и биомеханика позвоночника при остеохондрозе, вопросы патологии
3. Шейный остеохондроз
4. Остеохондроз грудного отдела позвоночника. Клинические синдромы поражения грудного отдела позвоночника
5. Клинические синдромы пояснично – крестцового остеохондроза. Корешковые синдромы
6. Инструментальные методы обследования
7. Консервативное лечение
8. Тractionное лечение, или лечение вытяжением
9. Хирургическое лечение

Список используемой литературы

1 . Общие сведения

Остеохондроз позвоночника – дистрофическое его поражение или изменение, которое начинается с пульпозного ядра, распространяется на фиброзное кольцо и затем на другие элементы ПДС и нередко формирующее конфликт с прилежащими нервно - сосудистыми заболеваниями.

Этот дистрофический процесс является естественным процессом изнашивания. Человеческий организм начинает стариться с дисков и сосудов позвоночника (с 25-30 лет). Как всякий процесс, процесс старения индивидуален – начинается в разном возрасте. У 80% людей старше 50 лет имеются признаки остеохондроза. Чем старше, тем больше; но не все страдают остеохондрозом, то есть клинические признаки наблюдаются значительно реже, чем морфологические.

Рентгенологические признаки ОХП:

- Уменьшение межпозвонковых дисков;
- Диффузность проявления ОХП;
- Уменьшение гибкости позвоночника (ограничение подвижности).

Теории остеохондроза:

1. Сосудистая теория. В норме в 20-25 лет происходит облитерация сосудов позвонков; после этого питание диффузное.
2. Метаболическая: нарушен обмен веществ диска.
3. Особенности анатомии: спондилолиз (незаращение суставной части дуги позвонка):
 - Spinebifida – расщепление дуги нижних L позвонков (отсутствие задней части дуг остистых отростков).
 - Нарушение тропизма суставных отростков.
 - Переходные позвонки.
 - Не установленные аномалии.
4. Теория микротравматизации дисков: нередко с изолированными разрывами дисков – не длительное, но часто повторяющиеся перегрузки (профессиональные вредности).
5. Генетическая теория (объединяет все вышеуказанные плюс нарушение осанки).

Периоды:

1. Внутридискового патологического процесса (период внутридискового перемещения пульпозного вещества, период хондроза): усыхание пульпозного ядра, появление трещин во внутреннем отделе фиброзного кольца.
2. Нестабильности позвоночного сегмента: пульпозное ядро полностью растрескалось.

3. Период формирования грыжи.

4. Период фиброза диска и тотального изменения в других структурах.

Фиброз – иммобилизация рубцом (то есть в большинстве случаев «выздоровление»).

2. Статика и биомеханика позвоночника при остеохондрозе, вопросы патологии

При остеохондрозе вначале происходит дегенерация пульпозного ядра, оно обезвоживается, разволокняется, тургор его постепенно уменьшается и, наконец, исчезает. Фиброзное кольцо становится хрупким, в нем возникают радиальные разрывы и отслоения на различном протяжении. Если тургор ядра в какой-то степени сохранился, то ослабленное фиброзное кольцо не в состоянии противодействовать тенденции ядра к расширению. Наибольшая нагрузка приходится на задние отделы фиброзного кольца, что является частой причиной разрывов в задних отделах кольца. В результате фиброзное кольцо выдавливается и выпячивается за границы тела позвонка. Тела смежных позвонков постепенно сближаются, высота диска уменьшается.

Утолщение диска приводит к сближению расположенных сзади отростков дуг (дуготростчатых суставов), их перегрузка ведет к сопутствующему межпозвонковому артрозу – спондилоартрозу. Рентгенологическая картина спондилоартроза сходна с рентгенологической картиной остеохондроза: утолщение противолежащих замыкательных пластинок, их неровность, краевые разрастания. Артроз позвоночных суставов может развиваться и самостоятельно из-за усиленного лордоза – нагрузки падают больше не на диски, а на суставы, расположенные сзади.

Важной формой поражения суставов является ущемление их менискоидов. В ответ на раздражение рецепторов суставных тканей наступает рефлекторное напряжение периартикулярных мышц – контрактурное замыкание, блокирование сустава в порочной зоне. При неблагоприятных условиях функционирования суставов может развиваться не только спондилоартроз, но и дистрофический процесс в капсуле соответствующего сустава – спондилопериартроз.

Важную роль в возникновении дистрофических изменений позвоночника играют эндокринные факторы, особенно гипертиреозное состояние. Тироксин усиливает синтез коллагена, который является основой конструкции диска.

В мышцах под влиянием механических перегрузок и патологической импульсации из пораженного ПДС развиваются патологические процессы в виде мышечно-тонического напряжения, порой стойкой контрактуры мышц; появляются уплотнения тяжи, содержащие плотные узелки (узелки Корнелиуса), локальные твердые гипертонусы Мюллера или плотные миогелезы. Пальпация их дает боль в триггерной зоне, часто распространяющейся до отдаленных зон – мишеней. Вначале в патологический процесс вовлекаются мышцы позвоночника, а затем и экстравертебральные мышцы. Появляется скованность движений в соответствующем отделе позвоночника. Порой подключаются ишиокруральные мышцы, что дает ограничение наклонов туловища из-за фиксации в тазобедренном суставе. Затем распространенная миофиксация сменяется регионарной и, наконец, сегментарной – замыкается один пораженный ПДС, за счет защитной мышечной контрактуры. Таким образом, последней стадии остеохондроза предшествует стадия иммобилизации локальным мышечным корсетом.

Лишь спустя много месяцев и лет наступает иммобилизация за счет фиброза тканей или спондилеза. Поэтому при рассмотрении дегенеративно-дистрофических процессов в кинематической цепи позвоночника следует знать состояние не только костно-хрящевых и фиброзных тканей, но и состояние сложно иннервируемых мышечных тканей.

С развитием мышечной или органической фиксации пораженного ПДС – кривизна позвоночника меняется. В шейном и поясничном отделах вместо нормального лордоза формируется местный кифоз. В ответ на это в соответствующих отделах позвоночника развивается компенсаторный гиперлордоз, для сохранения общего центра тяжести тела.

При усилении поясничного лордоза позвоночника лонное сочленение опускается книзу, а задние отделы поднимаются вверх. Крестец при этом наклоняется вперед, с ним наклоняется и нижнепоясничный отдел позвоночника, а вышележащие отделы компенсаторно отклоняются назад – формируется гиперлордоз. В этом участвуют и ноги – идет активное укорачивание прямой мышцы бедра и удлинение задних (ишиокруральных) мышц бедра.

В ответ на искривление пораженного отдела позвоночника возникает компенсаторное искривление в соседних отделах и формируется S-образный сколиоз. При этом гравитационная вертикаль сохраняется.

Таким образом, остеохондроз – заболевание не только одного-трех ПДС. Реактивные дистрофические изменения происходят по всей кинематической цепи позвоночника – конечности. Остеохондроз – полифакториальное заболевание с участием как наследственных черт, так и ряда приобретенных факторов: статико-динамических, аутоиммунных, дисциркуляторных, обменных.

Традиционно выделяют три клинические формы остеохондроза – шейный, грудной и поясничный.

3. Шейный остеохондроз

Клиника шейного остеохондроза во многом обусловлена анатомофизиологическими особенностями именно шейного отдела позвоночника. Дегенеративные изменения в диске чаще встречаются в наиболее подвижных нижнешейных отделах позвоночника (C5, C6, C7).

Имеются некоторые особенности в механизме сдавливания нервных и сосудистых образований при шейном остеохондрозе. Из-за большой плотности центрального отдела задней продольной связки задние грыжи в шейном отделе встречаются чрезвычайно редко. Характерно выскальзывание диска в боковом и задне-боковом направлениях. Разрастание остеофитов в области крючечковидных отростков шейных позвонков направлены в сторону канала *a. vertebralis* и нередко вызывает ее раздражение или сдавливание. Последнее положение подтверждено вертебральной ангиографией. В связи с этим недостаточность мозгового кровообращения часто провоцируется поворотом головы и переразгибанием шеи.

Важным фактором, вызывающим компрессию корешков, является уплощение диска, приводящее к уменьшению вертикального и горизонтального диаметров межпозвонкового отверстия. При этом рефлекторно появляются уплощение лордоза, его выпрямление и даже местный кифоз. В норме при сгибании и разгибании шеи задние края тел образуют правильную дугу. При остеохондрозе, сопровождающимся уменьшением высоты диска, такие движения ведут к сублюксации (подвывиху) в межпозвонковых суставах – передний угол верхнего

суставного отростка продвигается вперед, что создает дополнительные условия для деформации *a. vertebralis*. Вот почему на шейном уровне клиника остеохондроза чаще зависит не от грыжевых выпячиваний, а от изменений костных структур – главным образом в виде унковертебрального артроза.

Шейная вертебральная патология дебютирует почти всегда болью или ощущением дискомфорта в области шеи. Боль чаще приступообразного характера по типу шейных прострелов. Прострел – это остро возникающая боль.

Подостро возникающие боли продолжительнее по времени и называют их цервикалгиями. Активная работа шейных мышц в периоды обострения остеохондроза усиливает болевые ощущения. Выраженность боли при вертебральном синдроме бывает 3-х степеней: первая степень – боль возникает лишь при максимальных по объему и силе движениях в позвоночнике, вторая степень – боль успокаивается лишь в определенном положении позвоночника, третья степень – боль постоянная.

В клинике шейной экстравертебральной патологии часто встречаются так называемые рефлекторные синдромы. В происхождении этих синдромов главную роль отводят раздражению нервных окончаний в дисках. Наиболее частый рефлекторно-мышечный компрессионный синдром – синдром Наффцигера. Среди причин синдрома Наффцигера – на первом месте находится остеохондроз позвоночника, на втором – наличие добавочного шейного ребра, на третьем – профессиональное перенапряжение лестничных мышц.

Компрессионно-корешковые шейные вертеброгенные синдромы

Компрессия корешка или корешковой артерии производится различными структурами. Передний отдел межпозвонкового отверстия суживается за счет грыжи диска или костно-хрящевых разрастаний при унковертебральном «артрозе». Задний отдел отверстия суживается при спондилоартрозе и цервикоспондилопериартрозе. При остеохондрозе уменьшается вертикальный размер межпозвонкового отверстия. Страдать может корешок и при склерозе позвоночной артерии, асептическом воспалении в зоне паутинных муфт, дуральных мешочков и манжеток с перегибом корешка.

С компрессией каждого корешка связаны определенные двигательные, чувствительные и рефлекторные нарушения.

Корешок C1 (кранио-вертебральный позвоночно-двигательный сегмент) лежит в борозде позвоночной артерии. Травмируется очень редко при обызвествлении последней, при подвывихе атланта или аномалии Киммерле. Проявляется в клинике болью и нарушением чувствительности в теменной области.

Корешок C2 (бездисковый позвоночно-двигательный сегмент C1-2). Вовлекается крайне редко. При поражении появляется боль в теменно-затылочной области. Возможна гипотрофия подъязычных мышц. Сопровождается нарушением чувствительности в теменно-затылочной области.

Корешок C3 (диск, суставы и межпозвонковые отверстия CII-III). Поражается редко. В клинической картине имеет место боль в соответствующей половине шеи и ощущение припухлости языка на этой стороне, затруднено владение языком (ухудшается речь и

передвижение пищи во рту). Парез и гипотрофия подъязычных мышц. Указанные нарушения обусловлены анастомозами корешка с подъязычным нервом. Нарушение чувствительности кожи в области шеи.

Корешок C4 (диск, суставы и межпозвонковые отверстия CIII-IV). Поражается нечасто. Боли в надплечье, ключице. Слабость, снижение тонуса и гипотрофия ременной, трапециевидной, поднимающей лопатку и длиннейшей мышцы головы и шеи. В связи с наличием в корешке волокон диафрагмального нерва возможны нарушения дыхательной функции, а также наличие боли в области сердца и печени. Могут быть дисфония и икота. Чувствительные нарушения в надплечье.

Корешок C5 (диск, суставы и межпозвонковые отверстия CIV-V). Поражаются довольно редко. Боли иррадируют от плеча до надплечья и наружной поверхности плеча. Слабость и гипотрофия дельтовидной мышцы. Нарушение чувствительности по наружной поверхности плеча.

Корешок C6 (диск, суставы и межпозвонковые отверстия CV-VI). Частая локализация. Боли распространяются с шеи на лопатку, надплечье по наружной поверхности плеча к лучевому краю предплечья и к большому пальцу, сопровождаясь парестезиями дистальной зоны дерматомы. Слабость и гипотрофия двуглавой мышцы. Снижение или отсутствие рефлекса с указанной мышцы. Нарушение чувствительности с нижней трети предплечья по радиальному краю, по передне-боковой поверхности большого пальца.

Корешок C7 (диск, суставы и межпозвонковые отверстия CVI-VII). Боли иррадируют с шеи под лопатку по наружно-задней поверхности плеча и дорзальной поверхности предплечья ко II и III пальцам, возможны парестезии в дистальном отделе указанной зоны. Слабость и гипотрофия трехглавой мышцы, снижение или исчезновение рефлекса с нее. Нарушение чувствительности кожи по наружной поверхности предплечья на кисть до тыльной поверхности II-го и III-го пальцев.

Корешок C8 (диск, суставы и межпозвонковые отверстия CVII-TI). Боли иррадируют с шеи до локтевого края предплечья и к мизинцу; парестезии в дистальных отделах этой зоны. Возможна частичная гипотрофия и снижение рефлекса с трехглавой мышцы, атрофия мышц возвышения мизинца. Выпадение стило-радиального и супинаторного рефлексов. Нарушение чувствительности кожи от верхнего края лопатки по наружной поверхности плеча и предплечья до мизинца.

Характерными чертами корешковой патологии является острый болевой дебют и усиление болевой картины при активных движениях шеи и при вызывании феномена межпозвонкового отверстия (пассивном наклоне шеи в больную сторону).

При лечении компрессионно-корешковой компрессии основное внимание уделяется декомпрессии корешка и борьбе с отеком. Для этого целесообразно на начальных этапах болезни и стационарном ее течении использовать растяжение шейного отдела позвоночника, а также дегидратирующие и мочегонные средства. Биостимуляторы и нейротропные препараты назначают в середине стационарного этапа и при регрессировании синдрома.

Ирритативно-рефлекторные синдромы

I .Болевые :

А – цервикалгия – интенсивная прокалывающая сверлящая или тупая боль в глубинных отделах шеи. Эта боль наиболее выражена по утрам, после сна, усиливается при поворотах головы, кашле, чихании, смехе;

Б – цервикокраниалгия – боль локализуется в шее и затылочной области;

В – цервикобрахиалгия – боль в области шеи сочетается с ноющим болевым ощущением в глубинных отделах плеча и предплечий (вегетативная, склеротомная боль).

II . Мышечно-тонические синдромы . Вследствие постоянной ирритации болевых рецепторов вокруг дегенерированных межпозвонковых дисков и суставов, наступает возбуждение сегментарного аппарата спинного мозга, включая и мотонейроны (особенно в системе гамма-мотонейронов). Это проявляется напряжением мышц (в определенных миотомах), Длительное тоническое напряжение мышц приводит к ухудшению процессов метаболизма, гипоксии, отеку и изменениям трофики участков мышц. При пальпации в такой мышце выявляются участки болезненных уплотнений, тяжесть. Эти болевые точки являются источником появления отраженных болей в пределах сегментарной вегетативной иннервации (зоны Захарьина-Геда) и обозначаются как триггерные зоны.

Синдром позвоночной артерии

Одной из важнейших особенностей строения шейного отдела позвоночника является наличие отверстий в поперечных отростках VI-II шейных позвонков. Эти отверстия образуют канал, через который проходит основная ветвь подключичной артерии – позвоночная артерия с одноименным симпатическим нервом (нерв Франка).

Позвоночная артерия при выходе из канала направляется к большому затылочному отверстию, делая изгибы. Затем у нижнего края варолиева моста обе позвоночные артерии соединяются, образуя основную артерию. Вертебрально-базилярный бассейн соединяется с каротидным через виллизиев круг. Позвоночная артерия васкуляризирует обширную территорию: сегменты спинного мозга от СI до DIII включительно (верхний медуллярный сосудистый бассейн), внутреннее ухо, стволовые структуры головного мозга с его ретикулярной формацией и витальными центрами, затылочные доли, медиобазальные отделы височных долей, мозжечок, задние отделы гипоталамической области.

От звездчатого ганглия, образованного симпатическими центрами CIII – DI сегментов спинного мозга, отходит позвоночный нерв (задний шейный симпатикус или нерв Франка). Последний вступает в канал поперечных отростков, густо оплетая своими веточками позвоночную артерию. Помимо этого, от позвоночного нерва отходят ветви, участвующие в формировании синувертебрального нерва Люшка. Последний иннервирует капсульно-связочный аппарат шейных позвоночно-двигательных сегментов, надкостницу позвонков и межпозвонковые диски.

Раздражение эфферентных симпатических волокон сплетения вызывает спазм сосуда – формируется компрессионно-ирритативный вариант синдрома. Если же спазм возникает в ответ на раздражение рецепторов в области пораженных ПДС, т. е. рефлексорным путем, говорит о рефлексорном ангиоспастическом церебральном синдроме.

При компрессионно-ирритативном варианте возможно сужение сосуда не только вследствие его спазма, но и в результате механического воздействия на его стенку – сдавливание артерии. С появлением органических нарушений со стороны функции мозга говорят об органической стадии синдрома, а при их отсутствии – о функциональной стадии.

Функциональная стадия синдрома позвоночной артерии характеризуется тремя группами симптомов: головная боль (и сопутствующие вегетативные нарушения), кохлеовестибулярные расстройства, зрительные расстройства. Головная боль, пульсирующая или мозжащая, ноющая, жгучая, постоянная и усиливающаяся приступообразно, особенно при движениях головой, при ее продолжительном вынужденном положении, распространяется от затылка вперед до лба.

Шейная компрессионная миелопатия

Компримируются шейные сегменты спинного мозга «выбухающей» или выпавшей частью диска, разрастаниями («остеофитами») тела позвонка или задней продольной связки. У большинства пациентов заболевание протекает длительно (годами), симптомы нарастают на протяжении месяцев и даже лет. В типичных случаях при вентральной компрессии первыми жалобами являются боль, ощущение холода или онемения, слабость в руках и ногах. Слабость мышц рук постепенно нарастает, появляются гипотония, атрофия и фаскулярные подергивания, т. е. выявляются признаки повреждения периферических мотонейронов для верхних конечностей. Одновременно обнаруживают пирамидальные нарушения. Определяются различной степени выраженности расстройства чувствительности (температурой, болевой) по проводниковому и сегментарному типу. Часто страдает вибрационная чувствительность, нарушения тазовых органов непостоянны и незначительны.

4. Остеохондроз грудного отдела позвоночника. Клинические синдромы поражения грудного отдела позвоночника

Вертеброгенные мышечно-тонические, нейродистрофические и вазомоторные синдромы связаны с функционально-анатомической спецификой грудного отдела позвоночника. Опорная функция грудных межпозвонковых суставов увеличивается при ротационных движениях. Основная нагрузка при этом падает на передние отделы дисков, где чаще происходят дегенеративные поражения, которые по картине ближе к спондилезу; чем к остеохондрозу. При различных деформациях позвоночника, в первую очередь, при спондилезах, страдают суставы головок ребер и бугорков ребер. Формированию артрозов способствуют и заболевания органов грудной клетки.

Клинические проявления при дистрофических поражениях грудного отдела позвоночника связаны симпатическими спинальными и ганглионарными образованиями, а также с поражениями органов грудной полости. Отсюда и объясняется богатство клиники сенсорными проявлениями со стороны кожи и подкожной клетчатки (зоны гипералгезии Захарьина-Геда и Маккензи). Иногда можно клинически решить, какие из рефлекторных и сенсорных проявлений в области грудной клетки связаны с позвоночником или грудной клеткой и какие с внутренними органами. Эти трудности возникают при любой вертебральной патологии грудного отдела, особенно при дистрофических поражениях.

Для проведения дифференциального диагноза следует различать вертеброгенные рефлекторные мышечно-тонические, дистрофические и сосудистые рефлекторные синдромы грудного отдела.

При выявлении этих синдромов в области спины их определяют как дорсалгия, а в области передней грудной стенки как пекталгия.

Основным симптомом заболевания является боль, которая наиболее интенсивна по ночам, усиливается при вибрации, охлаждении, ротациях туловища, реже при наклонах в сторону. Выпрямление туловища сопровождается чувством утомления спины. Боль в суставах головок и бугорков ребер усиливается при глубоком вдохе. Она локализуется в межреберных промежутках, сопровождаясь иногда затруднением дыхания, особенно вдоха. Боль может держаться сутки и более. Провоцирующими тестами к ее возникновению является перкуссия по остистым отросткам, зонам капсул суставов бугорков ребер и вращение туловища.

Из вегетативных нарушений выявляются гипералгезии, местное повышение температуры, повышение потливости. При патологии грудного отдела наблюдается ряд висцеральных расстройств, в первую очередь, рефлекторная коронарная патология. Коронарные вазомоторные изменения, равно как и дистрофические изменения в области сердца, могут возникнуть как рефлекторный ответ на раздражение рецепторов шейного и грудного отдела позвоночника и связанных с ними симпатических образований. Торакогенные импульсы имитируют сердечную патологию, но могут видоизменять истинную коронарную боль, что очень важно учитывать в клинической практике. Вертеброгенная псевдокоронарная боль и называется пекталгией или синдромом передней грудной стенки. Основным источником патологической импульсации находится в области грудного и шейного отдела позвоночника. Боль усиливается при нагрузках, поворотах туловища носит иногда жгучий характер. На фоне разлитой болезненности тканей грудной стенки выявляются курковые зоны, чаще в местах прикрепления мышц. Характерен синдром болезненности грудины – зоны начала грудино-ключично-сосцевидной мышцы. Боль из зоны мечевидного отростка распространяется в обе подключичные области и по переднегрудным поверхностям рук.

Клиническая картина обычно протекает по типу инфекционного заболевания с лихорадкой, изменением формулы крови, иногда с соматическими расстройствами. Этот период длится 2-3 дня, затем появляются очень резкие симптомы корешковой невралгии. Боли жгучего характера, постоянные и иррадиируют от позвоночника в зону иннервации одного или нескольких корешков. Кожа в области соответствующих дерматомов краснеет и через 1-2 дня в этой зоне появляется группа папул воспалительного характера, окруженных красноватым венчиком. Затем они становятся серозными и чуть позже гнойными, превращаясь в корочки желто-бурого цвета. У пожилых людей *herpeszoster* может оставить после себя стойкие мучительные боли.

5. Клинические синдромы пояснично – крестцового остеохондроза. Корешковые синдромы

Клиническая картина при поясничном остеохондрозе состоит из вертебральных симптомов (изменение статики и динамики поясничного отдела позвоночника) и симптомов нарушения функции неврологических структур, составляющих спинномозговые корешки (двигательные, чувствительные, вегетативно-трофические волокна) и прилежащие к ним образования (артерии, вены и т. п.). Основной жалобой при этом являются боли.

По характеру боли различают несколько ее вариантов:

- Локальная боль в области поясницы и крестца (люмбаго, люмбалгия);

- Тупую, ноющую боль в области поясницы и глубоких тканях в зоне тазобедренного, коленного и голеностопного суставов – склеротомная боль («вегетативную»);
- Острую, простреливающую боль от поясницы в ягодичную область и по ноге до пальцев (по ходу пораженного корешка) – корешковую боль.

Резко выраженная болезненность бывает также в очагах миоостеофиброза, которые локализуются преимущественно в местах прикрепления мышц и связок к костным структурам.

С целью выявления топике поражения и дифференциальной диагностики с другими заболеваниями опорно-двигательного аппарата исследует состояние мышц и симптомы натяжения спинномозговых корешков.

При неврологическом исследовании детально оценивают состояние мышц, спины и нижних конечностей (тонус, трофику, силу), а также чувствительность, трофику кожи, глубокие рефлексy и координацию движений. Подробно изучают статику и динамику всех отделов позвоночника. Почти все эти показатели надо количественно градуировать (по степеням) для более точной их динамики под влиянием лечения.

Характеристика отдельных вариантов неврологических синдромов поясничного остеохондроза приводится ниже.

Люмбаго и люмбалгия – остро возникающие боли в поясничном отделе позвоночника. Заболевание развивается внезапно, после неловкого движения или при подъеме тяжести (особенно, если они сочетаются с переохлаждением). Возникает скованность, к которой присоединяется боль распирающего, жгучего, сжимающего характера. Любые движения, даже разговор, усиливают ее. Вначале боль широко иррадирует, распространяясь на область грудной клетки, ягодичной области и даже живота. Больные занимают вынужденное положение. Уже через несколько часов или дней боли уменьшаются. Новые рецидивы заболевания возникают также под влиянием тех или иных неблагоприятных факторов.

Количество обострений колеблется от 2 до 10 и более. В промежутках между обострениями больные ощущают тяжесть и состояние дискомфорта в области поясницы. Через 3-5 лет почти у всех больных синдром люмбалгии сменяется люмбоишалгическим или корешковым.

Люмбоишалгический синдром наблюдается более чем у половины лиц тяжелого физического труда. Длительность заболевания (с периодами обострений и ремиссий) колеблется от нескольких месяцев до многих лет.

Мышечно-тонические (нейромышечные) формы люмбоишалгии нами диагностированы у 62,3%. Началу заболеваний предшествует резкий подъем тяжестей, длительная физическая нагрузка, тоническое напряжение мышц, комбинированные нагрузки.

Болевой синдром характеризуется поясничной болью, распространяющейся на одну или обе нижние конечности.

Различная локализация боли при мышечно-тонических синдромах нередко связана с особенностями вторичного поражения нервных стволов на уровне спазмированных мышц. В этих зонах нервы поражаются по компрессионно-ишемическому типу (туннельные синдромы).

Наиболее часто среди наших больных были синдромы грушевидной, ягодичной и икроножной мышц.

Синдром икроножной мышцы характеризуется болями в икроножных мышцах при ходьбе. Часто наблюдаются быстрые и резкие болезненные тонические судороги в икроножных мышцах. В основе их, по-видимому, лежит возбуждение спинальных рефлекторных структур.

Синдром ягодичных мышц характеризуется упорными болями в пояснично-крестцовой области, в зоне ягодич и по задней поверхности больной ноги. Усиливаются они чаще всего в положении длительного сидения, при переохлаждении. Пальпаторно выявляется значительное мышечное напряжение.

Корешковые синдромы выявляются у 37,4% больных. Их диагностика основывается на данных локализации боли и нарушений чувствительности, оценки мышечной силы определенных миотомов, состояния глубоких сегментарных рефлексов, и по результатам дополнительных электрофизиологических и рентгенологических методик исследования.

Синдром поражения корешка L 2 встречается редко и характеризуется болью и парестезиями по передне-медиальной поверхности бедра, умеренным снижением коленного рефлекса, положительными симптомами Мацкевича и Вассермана.

Синдром поражения корешка L 3 проявляется болью и парестезиями по передне-медиальной поверхности нижней трети бедра и области колена, положительными симптомами Мацкевича и Вассермана, умеренной гипотонией и гипотрофией четырехглавой мышцы бедра без снижения ее силы, угнетением коленного рефлекса. Определяются вегетативно-сосудистые нарушения в ногах с ощущением зябкости, похолодания голени и стоп.

Синдром поражения корешка L 4 состоит из болей по передне-внутренней поверхности бедра и голени, чувства онемения по передней поверхности верхней трети голени, гипотрофии мышц передней группы бедра, снижения коленного рефлекса. Особенностью поражения корешка L4 является частое сочетание с патологией других корешков (L3, L5).

Синдром пораженного корешка L 5 развивается при остеохондрозе не только диска LIV-LV, но и LIII-LIV. Боли и парестезии локализуются по наружно-латеральной поверхности бедра, голени и первых двух пальцев ноги. Положительными бывают симптомы Ласега, Турина, Сикара. Легкая гипотрофия наблюдается в передней группе мышц голени. В 76,3% наблюдениях выявляется слабость длинного разгибателя большого пальца ноги. Вегетативно-сосудистые и трофические расстройства в виде синюшности конечностей, похолодания наблюдаются у 1/3 больных. У 64% больных отсутствует рефлекс с глубокого сухожилия длинного разгибателя большого пальца ноги, так же как и слабость этой мышцы.

Синдром пораженного корешка S 1 : боль по задней поверхности ноги с иррадиацией в пятку и по наружному краю стопы до V-IV пальцев, онемение в этой зоне; положительный симптом Ласега, Бехтерева; гипотония и гипертрофия мышц задней группы голени, снижение или утрата ахиллова и подошвенного рефлексов; умеренные вегетативно-сосудистые нарушения на голени и стопе с ощущением зябкости, похолодания и изменениям реографической кривой по спастическому типу, у 82,7% больных с поражением корешка S1 бывают парезы отдельных мышечных групп этого миотома.

Нередко встречаются признаки сочетанного поражения двух или более спинномозговых корешков: L3-L4; L4-L5; L5-S1.

6. Инструментальные методы обследования

Рентгенологическое исследование . Очень важным методом исследования больных с остеохондрозами является рентгенография. Состояние позвоночника изучается на рентгенограммах, сделанных в двух взаимно перпендикулярных плоскостях – прямой и боковой, а также в двух косых проекциях. Рентгенограмма позвоночника производится в положении больного стоя и лежа. Принято исследовать каждый отдел позвоночника отдельно. Кроме обычных снимков, функциональное рентгенологическое исследование – в положении сгибания, разгибания 4 боковых наклонов. При необходимости исследование дополняется томографией пораженного отдела позвоночника.

В последние годы в диагностике остеохондроза позвоночника, кроме обычных методов рентгенологического исследования, стали широко применяться контрастные: дискография, миелография, пневмомиелография, веноспондилография, ангиография.

Дискография: с её помощью получают прямые данные о локализации и характере поражения диска. Под местной анестезией в пульпозное ядро вводится при помощи специальной иглы 0,2-0,7 контрастного вещества (чаще всего урографин). Затем проводят рентгенограммы в двух проекциях – в прямой и боковой. Неизмененные диски имеют небольшую полость вытянутой формы. При остеохондрозах полость их увеличивается. При грыже диска рентгеноконтрастная масса вытекает за его пределы через разрыв.

Миелография . При этом методе исследования контрастное вещество вводится в спинномозговой канал (в подпаутинное пространство) при помощи спинномозговой пункции. Затем производятся снимки в двух проекциях. По миелограмме можно судить о локализации процесса, выявить сужение (сдавление) позвоночного канала, выпячивание в канал грыжи диска, наличие спаечного процесса.

Пневмомиелография . После поясничной спинномозговой пункции в позвоночный канал вводится 20-40 мл воздуха, затем выполняются рентгенологические снимки позвоночника. С помощью пневмомиелографии выявляют сужение позвоночного канала на месте выпадения или выпячивания межпозвонкового диска и другого патологического процесса.

Ангиография . Под местной анестезией с помощью специальной иглы, проводника и зонда под рентгеновским контролем в сонную или позвоночную артерию вводят 10-15 мл контрастного вещества в течение одной-двух секунд. В этот промежуток времени производится серия рентгенограмм в двух проекциях с частотой 6-9 снимков в секунду. На ангиограммах четко выявляется сдавление артерий.

7. Консервативное лечение

С целью уменьшения болевого синдрома, а также для подавления асептического (неинфекционного) воспаления, часто являющегося причиной вертебрального синдрома, назначаются нестероидные противовоспалительные средства, которые ещё называются ненаркотические анальгетики. Это очень большая группа лекарственных средств. Выбор конкретного препарата зависит от выраженности болевого синдрома, наличия сопутствующих

заболеваний, индивидуальной непереносимости препарата. К этой группе лекарств относятся: анальгин, парацетамол, аспирин, бутадион, бруфен, реопирин, ортофен, индометацин, темпалгин, баралгин. Поскольку болевой синдром приводит к невротизации больных, рекомендуется применение седативных средств в течении 1-3 недели. В частности: настойка валерианы, настойка пустырника, элениум, нозепам.

Для стимулирования репаративных процессов применяются:

- румалон (препарат, являющийся вытяжкой из хряща и костного мозга молодых животных, нормализует синтез мукополисахаридов в хряще. На курс применяется 2-5 инъекций по 1 мл подкожно ежедневно. Однако рекомендуется применение только вначале заболевания, в запущенных стадиях вызывает рост хондром);
- биогенные стимуляторы – алоэ (экстракт листьев алоэ, вводят ежедневно по 1 мл 30-50 дней); гумизоль (препарат из морской лечебной грязи, применяют внутримышечно по 2 мл 1 раз в день в течении 20-30 дней или путем электрофореза); стекловидное тело (препарат из стекловидного тела глаза скота, вводят подкожно ежедневно по 2 мл в течении 8-10 дней);
- анаболические препараты: оротат калия (по одной таблетке или 0,5 грамм два раза в день в течении 20-40 дней); ретаболил (сильный длительно действующий анаболический стероид, после инъекции эффект продолжается не менее 3 недель, вводится внутримышечно по 1 мл 5% раствора 1 раз в 2-3 недели).

При раздражении рецепторов синевебрального нерва за счет сосудистых нарушений назначают средства улучшающие кровообращение: эуфиллин, ксантинола никотинат, трентал.

При болевом синдроме, вызванном спазмическим процессом, применяется лидаза (по 1 мл 64 ед. ежедневно или через день 6-15 инъекций).

При поражениях межпозвоночного диска с целью укрепления его и предотвращения дальнейшего развития грыжевых выпячиваний вводят внутрь диска растительный протеолитический фермент папаин.

При корешковых синдромах вызванных аутоиммунным воспалением, наблюдается эффект от применения глюкокортикостероидов (гормоны коры надпочечников и их синтетические аналоги): кортизон, гидрокортизон, преднизолон, дексаметазон. Они оказывают сильное противовоспалительное и антиаллергическое действие, подавляют аутоиммунные реакции. При лечении неврологических проявлений остеохондроза позвоночника также широко используются витамины группы В: В1 (тиамин); В6 (пиридоксин); В12 (цианокабаламин) и другие.

8. Тракционное лечение, или лечение вытяжением

В процессе вытяжения происходит растягивания околопозвоночных тканей, связок, мышц, в результате чего расстояние между отдельными позвонками увеличивается на 1-4 мм (в среднем на 1,5 мм). В случае компрессии нервного корешка или кровеносных сосудов в позвоночном канале грыжей диска или остеофитом вытяжение способствует уменьшению сдавления или его полному устранению, уменьшению отека, нормализации кровообращения. При вытяжении позвоночника происходит также уменьшение внутридискового давления и как бы обратный

отсос грыжевого выпячивания, увеличение межпозвонкового отверстия, уменьшения мышечных контрактур и напряжения мышц.

Существуют различные виды вытяжения: вертикальное или горизонтальное сухое вытяжение, собственным весом по наклонной плоскости, вертикальное или горизонтальное подводное и другие виды. Сила вытяжения варьирует от 2 до 40 кг, а продолжительность от 1 мин до 2 часов. Курс лечения состоит обычно из 10-20 процедур.

При ослаблении фиксационных свойств связочно-суставного аппарата позвоночника назначают мероприятия, направленные на его стабилизацию. На этапе прогрессирования назначают мероприятия, направленные на создание пассивной стабилизации в заинтересованном отделе позвоночника. Она осуществляется путем создания охранительного режима, применения фиксирующих устройств (корсетов, воротников, повязок и т.д.). Фиксирующие повязки и корсеты применяют тогда, когда нет благоприятного прогноза в отношении формирования мышечной фиксации и наступает необходимость в её разрушении. Однако при использовании наблюдается ослабление мышц из-за ограничения их активности. А больным с остеохондрозом позвоночника крайне важно в перспективе укрепить свой собственный мышечный «корсет». Мышечную фиксацию создают при помощи лечебной гимнастики, рефлексотерапии, физиотерапевтических методов, массажа.

Рефлексотерапия – это лечебные методы, основанные на раздражении так называемых биологически активных точек: корпоральных (расположенных на теле) и аурикулярных (активные точки ушной раковины). В народной медицине давно использовались для этой цели раздражающие средства.

Для лечения остеохондрозов широко применяются физиотерапевтические процедуры, они уменьшают боль и отек тканей, улучшают кровообращение, стимулируют мышечную фиксацию. Вид процедуры, её параметры, длительность воздействия, количество сеансов назначаются в зависимости от стадии заболевания, выраженности болевых ощущений, основных клинических синдромов, индивидуальной непереносимости, возраста:

- ультрафиолетовое облучение;
- дарсонвализация;
- электрофорез новокаина, эуфиллина, лидазы, препаратов пчелиного яда;
- фонофорез гидрокартизона, анальгина;
- воздействие магнитного поля;
- ультразвук;
- диадинамические токи (токи Бернара);
- подводный душ массаж;
- радоновые, сульфидные, сероводородные, скипидарные и др. ванны;
- тепловые процедуры;

- грязевые, озокеритные ванны
14.11.19 8:47-15.11.19 8:47

Успешно применяется сауна, лечебное действие также оказывают травяные ванны: с отварами плодов каштана, дубовой и еловой коры, с настоями ромашки, шалфея, крапивы, лопуха, душицы, можжевельника, пижмы и другие.

Лечебная гимнастика.

В комплексном лечении неврологических проявлений остеохондроза лечебной физкультуре отводится очень важное место. А в профилактике, то есть предупреждении обострения болезни, она играет главную роль. Лечебная физкультура уменьшает нагрузку на пораженные межпозвонковые диски, снимает напряжение мышц, улучшает их питание, приток крови и особенно отток, улучшает обмен веществ в ткани, оказывает тонизирующее влияние на психику больного. В целом под влиянием физических упражнений уменьшается выраженность воспалительных и дегенеративно-дистрофических изменений в опорно-двигательном аппарате.

9. Хирургическое лечение

Если больной в течение трех-четырех месяцев лечится в стационаре, использованы всевозможные способы лечения, а выраженная боль, искривление позвоночника не исчезают, то больной должен быть проконсультирован нейрохирургами для решения вопроса о целесообразности проведения операции. Около 1-3% больных из общего числа страдающих остеохондрозом позвоночника подвергаются оперативному лечению. Существенность операции обычно состоит в удалении выпавших в позвоночный канал межпозвонковых дисков. Добраться до грыжи диска довольно сложно, поскольку сзади позвоночный канал закрыт костными структурами: дужками и остистыми отростками. Существует классический метод доступа и более современный – микрохирургический. При микрохирургической методике операция делается через разрез около 2 сантиметров. Грыжу удаляют при помощи специальных инструментов, иногда даже не трогая задних костных структур. На второй день после операции больной может ходить, в течение месяца нельзя сидеть и полгода нельзя поднимать тяжести. При классическом способе операции делается разрез около 10-12 сантиметров и убирается часть костных структур. После такой операции больной нуждается в постельном режиме, иногда в течение месяца. В комплекс восстановительного послеоперационного лечения входят: средства нормализующие обменные процессы в нервной и мышечной ткани (АТФ, глютаминовая кислота), улучшающие проводимость нервных импульсов (прозерин), способствующие снятию спазма периферических сосудов (никотиновая кислота, мидокалм, но-шпа), глюкокортикоиды, биостимуляторы (алоэ, фибс, седативные средства, психотерапия, физиотерапевтические методы, массаж).

Список используемой литературы

1. Общая неврология. Никифоров А.С., Гусев Е.И. Москва. 2007 год.
2. Клиническая неврология позвоночника. Хабиров Ф.А. Казань. 2002 год.

3. Ортопедическая неврология. Попелянский Я.Ю. Москва. 2003 год.

Рецензия на реферат ординатора первого года обучения

Кафедры нервных болезней с курсом медицинской реабилитации ПО

Передерий Екатерины Алексеевны

«Остеохондроз позвоночника»

Остеохондроз позвоночника представляет собой заболевание, в основе которого лежит дегенерация межпозвонкового диска с последующим вовлечением в процесс тела смежных позвонков, а также изменения в межпозвонковых суставах и связочном аппарате. Нарастание дегенеративных изменений в межпозвонковом диске имеет соответствующий морфологический субстрат и характерные клинические проявления. Но многообразие клинических форм остеохондроза влечет за собой и многообразие способов лечения, которое складывается в основном из различных ортопедических, медикаментозных и физиотерапевтических методов, а также средств ЛФК (ЛГ, массаж, использование в лечении и естественных факторов природы).

В данной работе рассмотрены этиология возникновения альтернирующих синдромов, патогенез, клиническая картина различных альтернирующих синдромов, диагностика.

Выполненная реферативная работа структурирована, наглядна, написана грамотным языком, полностью отвечает требованиям, предъявленным к данному виду работы.

Ассистент кафедры нервных болезней с курсом
медицинской реабилитации ПО



Субочева С.А.