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 ПО

**Реферат на тему: « Неврома Мортона».**

Выполнила: ординатор 1 года обучения

специальности неврология 112 группы

Мосалева Екатерина Ивановна

2022 год

**Содержание.**

Введение………………………………………………….3

Этиология и патогенез заболевания……………………3

Клиническая картина заболевания……………………..3

Инструментальная иагностика………………………….4

Лечение…………………………………………………..4

Список использованной литературы…………………..5

**Введение.**

Туннельные, или компрессионные, синдромы/невропатии являются одной из самых часто встречающихся групп заболеваний периферических нервов и составляют, по данным разных авторов, от 25% до 40% всех заболеваний периферической нервной системы [1, 2].  
     В научной литературе встречается неврома Мортона (проявление туннельного синдрома, при котором страдает нерв, проходящий между головками 3-й и 4-й плюсневых костей), которая связана с именем американского хирурга Томаса Джорджа Мортона.  
 Данное заболевание имеет множество синонимов: метатарзалгия Мортона, подошвенная межпальцевая неврома, межплюсневая неврома, неврома стопы   
 В настоящее время считается, что компрессионные невропатии являются полиэтиологичными заболеваниями. В их формировании играют важную роль как генетическая предрасположенность, так и воздействие экзогенных и эндогенных факторов. Среди множества этиологических факторов, вызывающих развитие тоннельных невропатий, следует выделить те основные, что играют главную роль в формировании невромы Мортона. К ним относятся: поперечное плоскостопие, ношение тесной обуви (в т. ч. Обувь на высоком каблуке и с узким носом), острые травматические повреждения и гематомы в месте локализации нервных волокон, неправильная походка с подворачиванием стопы вовнутрь, облитерирующие заболевания сосудов нижних конечностей, избыточная масса тела, повышенные нагрузки на передний отдел стопы, инфекционные и аутоиммунные заболевания, изменения в строении нерва, липомы различных типов.

**Этиология и патогенез.**

Механизм развития невромы Мортона изучен недостаточно, однако предложен ряд гипотез. При изучении морфологического материала были сделаны выводы о том, что при данной патологии на межплюсневой веточке большеберцового нерва возникает утолщение, при этом исследователь полагал, что это не истинная неврома, а псевдоневрома, подобная той, которая развивается в стволе срединного нерва выше места его компрессии при синдроме запястного канала. Позже были описаны изменения, которые колебались от утолщения стенки до полной облитерации просвета артерии, питающей нерв и прилегающие ткани на данном участке стопы, было сделано заключение об ишемической природе патологического процесса. В настоящее время считают, что пусковым моментом являются повторные, множественные микротравмы и компрессия нерва, который проходит между 3-й и 4-й плюсневыми костями, вследствие чего происходят утолщение поперечной межплюсневой связки стопы, разделение ее на волокна и формирование отека. Так называемая патологическая межплюсневая связка стопы ведет к постоянному сдавлению и смещению медиального подошвенного нерва и сопровождающих его сосудов, вызывая его ишемию. Современные исследования показали, что средний размер невромы в длину составляет 0,95–1,45 см, а в ширину — 0,15–0,65 см, т. е. это образование вытянутой, веретенообразной формы.

**Диагностика.**

**Клинические проявления.**Бессимптомное протекание метатарзалгии Мортона возможно в случае, если размер невромы менее 5 мм. Прогрессирование заболевания ведет к появлению сначала стреляющих, ноющих болей в области 3–4-го пальцев стопы, возникающих после физической нагрузки, в сочетании с парестезиями, аллодинией и другими расстройствами чувствительности. В ночное время дискомфортные ощущения в стопе практически не появляются. Если пациент вовремя не обращается за медицинской помощью, симптомы заболевания нарастают. С течением времени увеличиваются частота и интенсивность болей, сокращается временной промежуток от момента начала нагрузки и до возникновения симптомов. В итоге боли приобретают острый, жгучий характер, начинают появляться в состоянии покоя, часто формируется ощущение присутствия чужеродного предмета в обуви, но при этом внешних изменений в стопе не наблюдается. При пальпации болевые ощущения резко усиливаются. Параллельно с прогрессированием болевого синдрома возможно нарастание сенсорных расстройств, вплоть до анестезии.

Двигательные расстройства нехарактерны. Сенсорные нарушения подтверждают невральное поражение.

**Инструментальная диагностика.**

 Ультразвуковое исследование мягких тканей на подошвенной стороне стопы является одним из ведущих методов диагностики состояния мягкотканных структур стопы. МРТ, КТ, рентгенография не достоверны.

Регресс болевого синдрома после лечебно-диагностической блокады межплюсневого нерва раствором местного анестетика является убедительным признаком, свидетельствующим в пользу невромы.

**Лечение.**

1)На начальных этапах развития заболевания проводится *консервативное лечение*. Первыми рекомендациями лечащего врача являются: разгрузка стоп, периодическое использование плюсневых прокладок и подъемников, ношение обуви с ретрокапитальной опорой.   
Суть этих методов заключается в снижении давления на нервный ствол. Использование ортопедических стелек, изготовленных по индивидуальному заказу, повышает эффективность консервативного лечения.   
С их помощью удается, во‑первых, уменьшить нагрузку на переднюю область стопы и привести в норму состояние поперечного свода; во‑вторых, снизить давление костей и связок на поврежденный нерв, что позволяет остановить развитие болезни; в‑третьих, устранить воспалительный процесс в нервных волокнах и тканях, что значительно уменьшает или полностью ликвидирует болевые ощущения; в‑четвертых, восстановить строение стопы, обеспечив тем самым правильную походку.  
 2)    В случае если болевой синдром не выражен, возможно применение многокомпонентных компрессов с димексидом, нестероидными противовоспалительными препаратами и местными анестетиками в комплексе с мышечными релаксантами и мануальной терапией.

3)При недостаточном эффекте выполняются инъекции глюкокортикостероидов в межплюсневый промежуток с тыльной стороны стопы, что в половине случаев приводит к улучшению течения заболевания, а в трети случаев — к полному выздоровлению. При наличии у пациента деформирующего артроза возможно назначение профилактической терапии хондропротекторами.  
 4)В случае резистентности к консервативным методам лечения больным предлагается *оперативное лечение*. При этом имеется несколько различных подходов к лечению синдрома Мортона хирургическим путем.  
     Наиболее распространенная операция, выполняемая под местной анестезией, — удаление невромы. Поскольку она является частью нерва, гипертрофированный и воспаленный его участок иссекается. В большинстве случаев это устраняет болевой синдром, но, как правило, на стопе остается небольшой участок невыраженного онемения, который почти всегда не ощущается, пока пациент не дотронется до него. Двигательная и опорная функции стопы не страдают. Процесс реабилитации в среднем составляет 2–4 нед., в течение которых больному рекомендуют уменьшить нагрузку на стопу.  
     Некоторые хирурги считают, что иссечение воспаленного участка нерва в качестве первичного хирургического метода слишком радикально. Операция по рассечению (релизу) поперечной связки между плюсневыми костями устранит сдавление нерва. Одним из преимуществ этого метода является отсутствие сенсорных расстройств. В том случае, если эта операция не приводит к успеху, возможно иссечение невромы.

**Список используемой литературы.**

1. Неврома Мортана. [РМЖ. Медицинское обозрение. №5 от 31.08.2018](https://www.rmj.ru/archive/klinicheskie-rekomendatsii-i-algoritmy-dlya-praktikuyushchikh-vrachey-dermatologiya-5-2018/). Авторы: [Лебедев И.А.](https://www.rmj.ru/authors/Lebedev_IA/)1 , [Безносов Е.В.](https://www.rmj.ru/authors/Beznosov_EV/)1 , [Колчанов А.А.](https://www.rmj.ru/authors/Kolchanov_AA/)1 , [Медведев С.Д.](https://www.rmj.ru/authors/Medvedev_SD/)1 , [Митрофанова М.Н.](https://www.rmj.ru/authors/Mitrofanova_MN/)1 , [Климов Е.С.](https://www.rmj.ru/authors/Klimov_ES/)1 , [Драченина А.А.](https://www.rmj.ru/authors/Drachenina_AA/)1
2. Особенности диагностики и лечения пациентов с невромой Мортона. И.А. Пахомов, М.А. Садовой, В.М. Прохоренко, И.А. Кирилова , А.В. Стрыгин. <https://cyberleninka.ru/article/n/osobennosti-diagnostiki-i-lecheniya-patsientov-s-nevromoy-mortona/viewer>
3. Салтыкова В.Г. Роль ультразвукового исследования в диагностике туннельных невропатий // Ультразвуковая и функциональная диагностика. 2011. № 4. С. 43–46 [Saltykova V.G. Rol’ ul’trazvukovogo issledovaniya v diagnostike tunnel’nykh nevropatiy // Ul’trazvukovaya i funktsional’naya diagnostika. 2011. № 4. S. 43–46 (in Russian)].
4. Салтыкова В.Г., Левин А.Н. Возможности ультразвуковой диагностики невромы Мортона // Ультразвуковая и функциональная диагностика. 2007. № 5. С. 92–95 [Saltykova V.G., Levin A.N. Vozmozhnosti ul’trazvukovoy diagnostiki nevromy Mortona // Ul’trazvukovaya i funktsional’naya diagnostika. 2007. № 5. S. 92–95 (in Russian)].
5. Метатарзалгия Мортона (неврома Мортона) [Metatarzalgiâ Mortona (nevroma Mortona) (in Russian)] [Электронный ресурс] URL: http:// <http://www.emcmos.ru/articles/metatarzalgiya-mortona-nevroma-mortona>