

ФГБОУ ВО «Красноярский государственный медицинский университет имени
профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого» Министерства
здравоохранения Российской Федерации Кафедра нервных болезней с курсом медицинской
реабилитации ПО

Кафедра нервных болезней с курсом ПО

Зав. кафедрой:
д.м.н, профессор Прокопенко С.В.

Реферат на тему:

«Боль в спине»

Выполнил ординатор 1 года

обучения:

кафедры нервных болезней с курсом ПО

специальности 31.08.42 Неврология

Мандров С.В.

Красноярск 2021

Дорсопатии.

Под термином «дорсопатии» подразумевают болевые и очаговые неврологические синдромы в области туловища и конечностей невисцеральной этиологии и связанные с дегенеративно-дистрофическими заболеваниями позвоночника.

Дорсопатии в МКБ-10 разделяют на деформирующие дорсопатии (M40 – M43), спондилопатии (M45 – M49), другие дорсопатии (M50 – M54) (дегенерация межпозвонковых дисков, симпаталгические синдромы) и дорсалгии (M54). Во всех случаях основанием для диагноза должны быть данные клинического обследования и лучевой диагностики (спондилография, рентгеновская компьютерная томография или магнитно-резонансная томография позвоночника). Дорсопатии характеризуются хроническим течением и периодическими обострениями заболевания, при которых ведущими являются различные болевые синдромы. В дегенеративный процесс могут вовлекаться различные структуры позночно двигательных сегментов: межпозвонковый диск, дугоотростчатые суставы, связки и мышцы. В случаях сопутствующего поражения спинно-мозговых корешков или спинного мозга могут быть очаговые неврологические синдромы.

Наиболее часто встречающиеся проявления дорсопатий – остеохондроз позвоночника – заболевание с генетической предрасположенностью, реализация которой опосредуется рядом дополнительных условий, являющихся факторами риска развития и прогрессирования заболевания: неадекватные физические нагрузки, вибрация, травмы позвоночника, аномалии его развития, нарушение статодинамического стереотипа, наличие очагов патологической ирритации.

В основе патогенеза лежит усыхание пульпозного ядра, повышенная нагрузка на фиброзное кольцо, образование в нём трещин и выход фрагментов пульпозного ядра за границы межпозвонкового диска, запускающий аутоиммунный процесс – асептическое продуктивное воспаление.

Источниками боли и патологической ирритации, определяющие формирование рефлекторных синдромов, являются:

- наружные отделы фиброзного кольца, богато иннервированные нервом Люшка, при нестабильности позвоночно-двигательного сегмента (ПДС), образовании трещин;
- продольные связки позвоночника, суставные сумки межпозвонковых суставов при нестабильности ПДС;
- менискоиды межпозвонковых суставов;
- патологически напряженные мышцы, локальные мышечные уплотнения и очаги нейроостеофиброза;
- компрессия корешков спинного мозга.

Патогенез компрессии корешка в области межпозвонкового отверстия: сужение остеофитами при спондилоартрозе, гипертрофии желтой связки; боковой грыжей диска, нарушение крово- и лимфообращения с венозным застоем, отеком.

Патогенез поражения вертебральной артерии: сдавление экзастозами при унковертебральном артрозе и суставным отростком при разгибательном подвывихе

позвонок, стеноз, а чаще - ангиоспазм артерии вследствие раздражения ее симпатического сплетения.

Неврологические проявления дорсопатий (спондилогенные неврологические синдромы) – группа клинических синдромов, патогенетически обусловленных рефлекторными, компрессионными, миоадаптивными факторами и проявляющихся чувствительными, двигательными, вегетативно-трофическими, сосудистыми нарушениями, болевым синдромом.

1. **Рефлекторные**– вследствие воздействия на рецепторы, иннервирующие пораженные отделы позвоночного сегмента: мышечно-тонические, вазомоторные, нейродистрофические нарушения.
2. **Компрессионные** (всегда сочетаются с рефлекторными) – обусловленные воздействием патологических структур (грыжа, остеофит и др.) на корешок (радикулопатия), спинной мозг (миелопатия), сосуд, в частности позвоночную артерию, с соответствующими нарушениями.

Под влиянием мышечно-тонических, нейродистрофических синдромов, дегенеративодистрофических изменений тканей самого позвоночника меняются его конфигурация и поза туловища. Такая деформация позвоночника, особенно его поясничного отдела, неизбежно сказывается на состоянии мышц конечностей: одни оказываются растянутыми, у других точки прикрепления сближаются. В растянутых мышцах и сухожилиях легко развиваются миофиброз и нейроостеофиброз под влиянием импульсов из пораженного позвоночника. Синдромы, обусловленные изменением позы позвоночника, называют **позными миоадаптивными** синдромами. Возможна адаптация и по другому механизму –**викарному**: при компрессии корешка в условиях атрофии и слабости одних мышц в других развивается викарная гипертрофия.

Основные клинические проявления.

Рефлекторные синдромы:

- Цервикаго – острая шейная боль.
- Цервикалгия – хроническая шейная боль.
- Цервикобрахиалгия – хроническая шейная боль в сочетании с нейродистрофическими и нейрососудистыми синдромами.
- Плече-лопаточная периартропатия, эпикондилопатия
- Скаленус – синдром; и др
- Торакалгия – боль в грудном отделе позвоночника
- Люмбаго – острая поясничная боль при ущемлении пульпозного ядра в трещине фиброзного кольца.
- Люмбалгия – хроническая поясничная боль, связанная с нестабильностью ПДС.
- Люмбоишиалгия – хроническая поясничная боль в сочетании с нейродистрофическими и нейрососудистыми синдромами (боль из поясницы иррадирует по склеротому).

Корешковые синдромы:

Стадии:

1. Радикулопатия (только симптомы раздражения: парестезии, гиперестезия, алгические точки, симптомы натяжения, оживление рефлексов), ограничение движений, анталгические установки.
2. Радикулопатии (присоединяются симптомы выпадения: гипестезия, вялые парезы (редко), выпадение рефлексов).

Фазы:

1. Обострения.
 2. Обратного развития.
 3. Компенсации.
- Корешок С6: боли от шеи по надплечью, задненаружному краю плеча, лучевому краю предплечья и большому пальцу. Слабость и гипотрофия двуглавой мышцы плеча, тенара, снижением бицепс-рефлекса. Нарушение чувствительности в зоне дерматома С6;
 - Корешок С7: боли от шеи под лопатку, по задней поверхности плеча и предплечья ко 2^у и 3^у пальцам. Слабость и гипотрофия трехглавой мышцы плеча, снижение трицепс-рефлекса. Нарушение чувствительности в зоне дерматома С7;
 - Корешок С8: боли от шеи по задне-внутренней поверхности плеча, ульнарному краю предплечья к мизинцу. Слабость сгибателей и разгибателей пальцев. Нарушение чувствительности в зоне дерматома С8.
 - Корешок L5: боли и парестезии по наружной поверхности бедра и передне-наружной поверхности голени, тылу стопы до большого пальца. Слабость и гипотрофия перонеальной группы мышц, особенно разгибателей I пальца. Нарушение чувствительности в зоне дерматома L5:
 - Корешок S1: боли и парестезии по задне-ягодичной и задне-наружной поверхности бедра и голени, наружному краю стопы. Слабость и гипотрофия трехглавой мышцы голени и сгибателей пальцев. Ахиллов и подошвенный рефлексы снижены или отсутствуют. Нарушение чувствительности в зоне дерматома S1.

Компрессия конского хвоста: двусторонние жестокие боли, распространяющиеся на обе ноги, периферический симметричный нижний парапарез, тазовые нарушения, парализующий ишиас корешкового типа.

Дополнительные методы исследования:

1. Рентгенография позвоночника – для исключения врожденных аномалий и деформаций, воспалительных заболеваний, первичных или метастатических опухолей;
2. Компьютерная томография (КТ) – для диагностики грыж диска и стеноза позвоночного канала;
3. Магнитно-резонансная томография (МРТ) – для диагностики сдавления спинного мозга и конского хвоста, но менее эффективна, чем КТ в случае сдавления корешка.

Пример диагноза:

М50.1 Дегенерация межпозвонкового диска шейного отдела с радикулопатией С7слева.
(Спондилогенная радикулопатия С7 слева).

М54.5 Люмбалгия

4. Лечение.

1. Медикаментозное:

- Наркотические нальгетики (при сильных болях): морфин, трамал
- Нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП): при отсутствии факторов риска со стороны ЖКТ и почек – неселективные ингибиторы ЦОГ (кеторолак, диклофенак, аэртал), при наличии факторов риска – селективные ингибиторы ЦОГ-2: мовалис, целебрекс.
- Антikonвульсанты – при радикулопатиях, имеющих невропатический компонент: тебантин, лирика.
- Миорелаксанты центрального действия: мидокалм, сирдалуд.
- Антидепрессанты (при хронических болевых синдромах): амитриптиллин, золофт, рексетин.
- Дезагреганты (для улучшения микроциркуляции): курантил, трентал.
- Салуретики (для снятия отека корешка): лазикс. □ Паравертебральные блокады (новокаин, тримекаин); □ Витамины группы В (мильгамма).
- Хондропротекторы (структум, артра).

1. Немедикаментозное лечение:

- Ограничение двигательного режима;
- Физиотерапевтические процедуры;
- Мануальная терапия, постизометрическая релаксация; □ Иглорефлексотерапия;

2. Хирургическое лечение (показания):

- Сдавление спинного мозга, конского хвоста, сосуда, кровоснабжающего спинной мозг с развитием нижнего парапареза и расстройств тазовых функций;
- Сдавление корешка со стойким болевым синдромом, не купирующимся в течение двух месяцев.