

Рефлекторные синдромы на
пояснично-крестцовом уровне.
Пояснично-крестцовая
радикулопатия и
радикулоишемия: диагностика и
лечение



Остеохондроз на пояснично-крестцовом уровне проявляется:

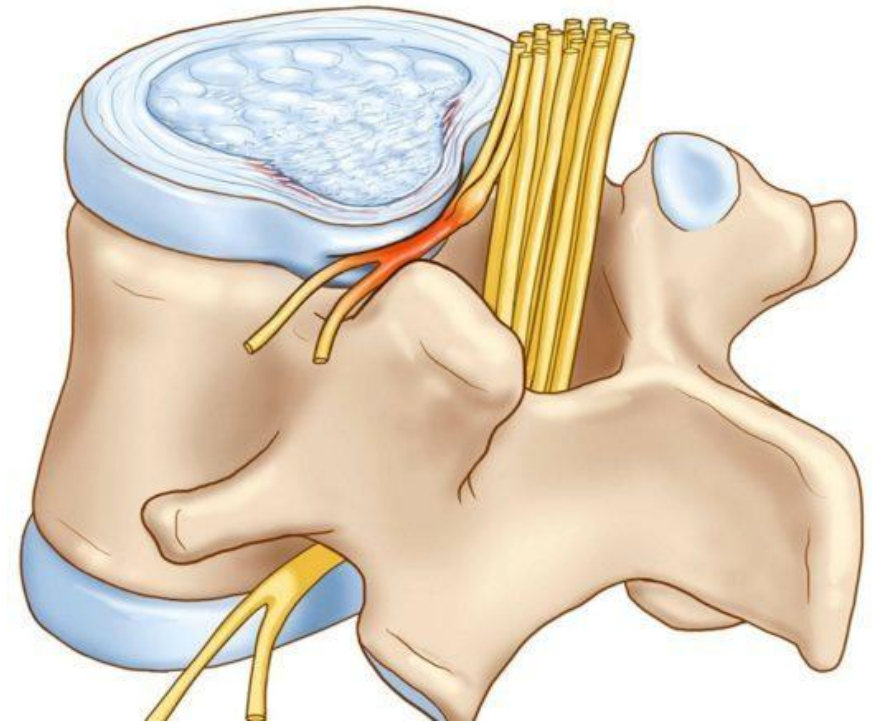
- Рефлекторными (люмбаго, люмбалгия, люмбоишиалгия)
- Корешковыми и
- Корешковососудисто-спинальными синдромами.

люмбаго

- Внезапная, острая боль (прострел) в области поясничного отдела позвоночника.
- Спина принимает вынужденное согнутое положение, человек не может разогнуться, застывает в том же положении, в каком его пронзила острая боль, рвущая, пульсирующая, прокалывающая, простреливающая.
- Боль может отдаваться в ягодицы или бедра.
- Трудно ходить, стоять и вообще найти безболезненное положение.

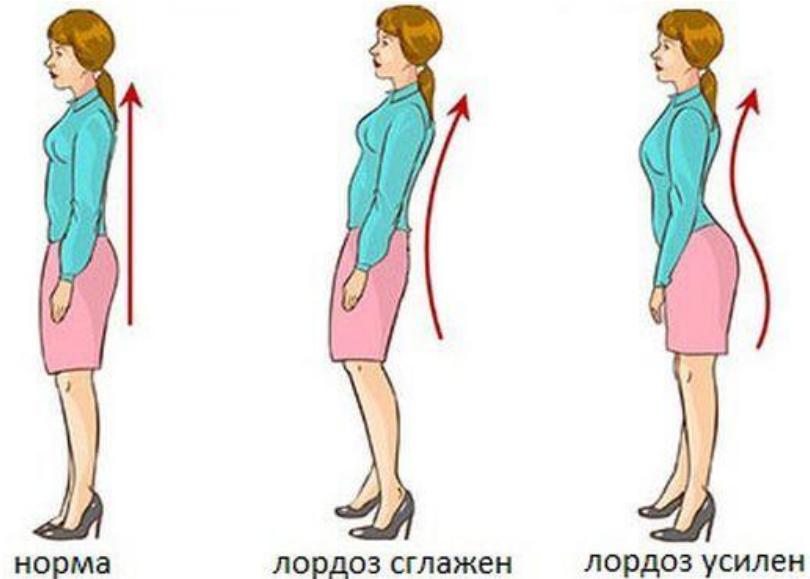
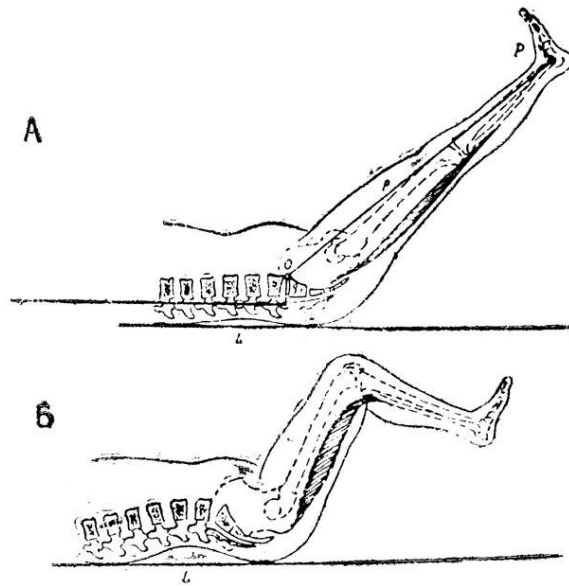
люмбаго

- Боль при люмбаго возникает вследствие раздражения чувствительных рецепторов области фиброзного кольца пораженного межпозвонкового диска и прилегающих к нему связок. В ответ на острую боль (прострел) возникает тоническое напряжение мышц, которое еще больше усугубляет ситуацию. Таким образом, боль и мышечное напряжение – это основные симптомы люмбаго.



диагностика

- Резко положительные симптомы «натяжения» (Ласега, Бехтерева, Нери и др.). Асимметричные тонические напряжения поверхностных и глубоких мышц поясницы. Сглажен поясничный лордоз, сколиоз. Выраженная болезненность остистых отростков и паравертебрально.



люмбалгия

- Продолжительные ноющие, тупые боли в пояснице, усиливающиеся при физической нагрузке, наклонах, поворотах туловища (в отличие от острого приступа боли – люмбаго).
- Как правило, хроническая люмбалгия характеризуется периодическими обострениями, длящимися несколько дней (обычно 5-6 дней).
- По мере развития заболевания такие обострения становятся все более болезненными и продолжительными.

диагностика

- Объем движений, особенно вперед, в поясничном отделе позвоночника ограничен.
- Симптомы натяжения выражены слабее, чем у страдающих люмбаго.
- Сглажен поясничный лордоз, различной выраженности сколиоз, мышцы поясницы напряжены.
- Болезненность в зоне нижних межпозвонковых дисков и остистых отростков при надавливании.

Люмбоишиалгия

- Обычно это боль, распространяющаяся в поясницу и заднюю часть ноги, затем ниже до колена в одной или двух ногах.
- Боли бывают жгучие, медленно нарастающие, длительное время ноющие (несколько дней).
- Могут усиливаться при движении, при кашле или чихании, при долгом сидении, также присутствуют ощущения жара или холода в пояснице.

Рефлекторные мышечно-тонические синдромы.

- Мышечнотонический компонент синдромов люмбаго, люмбалгии, люмбоишиалгии проявляется острыми и подострыми, хроническими пояснично-крестцовыми болями, а также выпрямлением поясничного лордоза, сколиозом, кифозом, гиперлордозом.



Синдром грушевидной мышцы

- Возникает в результате компрессии седалищного нерва рефлекторно спазмированной грушевидной мышцей, через которую он проходит.
- Болезненность в ягодице, соответственно месту выхода седалищного нерва из-под грушевидной мышцы. Симптомы Ласега, Бехтерева, Бонне



Синдром грушевидной мышцы

- Характерны боли, усиливающиеся ночью, при перемене погоды, волнении, которые распространяются вдоль всей ноги, но преимущественно — в передненаружную поверхность голени, тыл стопы. Там же определяются гипестезия, парестезия.
- Выпадение ахиллова рефлекса. Признаки диффузной атрофии мышц бедра и голени. Парез стопы.

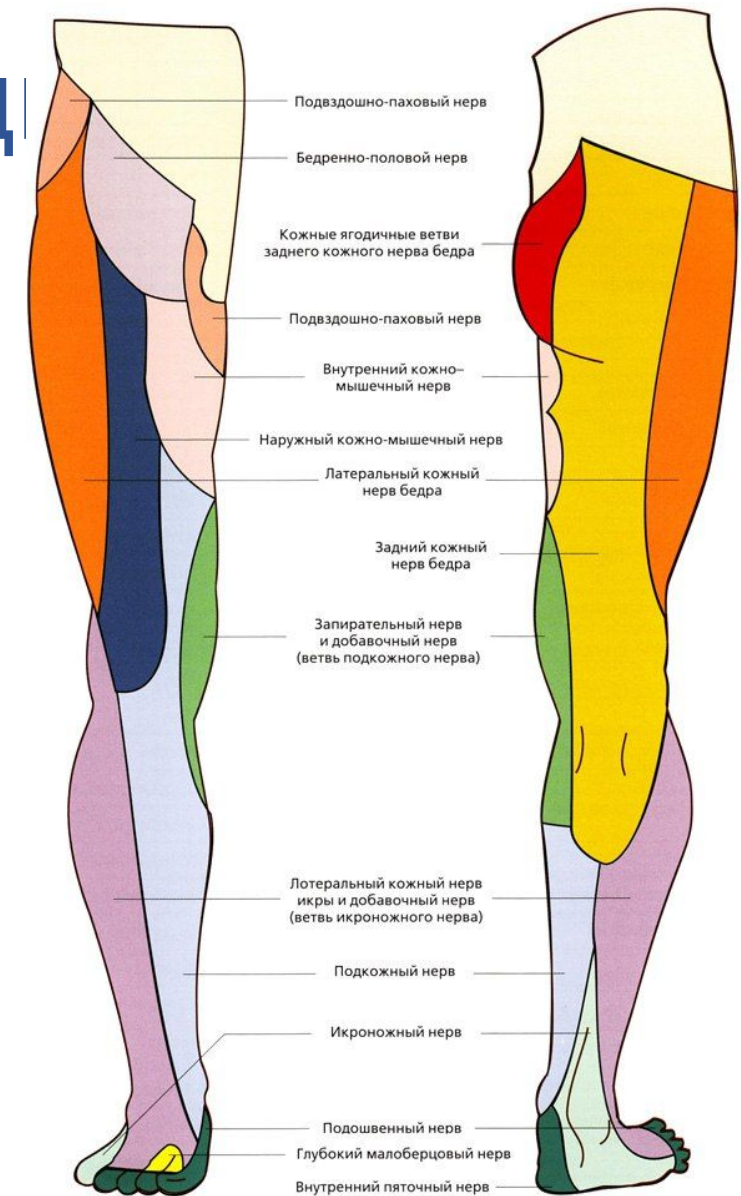


Рис. 1

Рис. 2

Рефлекторный и отраженный вертебро-висцеральный и болевой синдром

- У 60-65% больных наблюдается сочетание поясничного остеохондроза и висцеральной патологии в брюшной полости и, особенно, малого таза.
- При этом у половины больных висцеральная патология является доминирующей в формировании отраженного пояснично-крестцового болевого синдрома.

- Об этом свидетельствует слабо выраженные (у некоторых больных отсутствуют) рефлекторно-миотонические реакции
- Усиление боли при силовой паравертебральной перкуссии в висцеральном органе
- Усиление болей и локальное напряжение брюшной стенки при надавливании в области пораженного органа.

- Так при язвенной болезни желудка и хроническом аппендиците встречаются боли в пояснице справа
- При язвенной болезни 12-перстной кишки – слева.
- При генитальной патологии боли в пояснице на стороне поражения составляют 80%
- При хронических колитах боли в пояснице слева достигают 87%

«Красные флажки» при боли в спине

Признак	Заболевания
Нарушение тазовых функций Анестезия промежности Нижний парапарез	Синдром конского хвоста
Лихорадка Иммуносупрессия	Инфекция
Длительный прием кортикостероидов	Инфекция или травма
Травма Остеопороз	Перелом
Начало после 50 лет Онкологические заболевания Необъяснимое снижение веса	Опухоль
Немеханический характер боли Нарастание или отсутствие улучшения в течение 6 недель Очаговый неврологический дефицит: прогрессирующий или выраженный	Любая из указанных выше причин

Клиническое наблюдение

- У больного на протяжении многих лет имелась хроническая боль в пояснице и ноге, которая обострялась ежегодно 5-6 раз. Он обращался все эти годы к неврологам, терапевтам, хирургам и т. д., проводилось клинико-рентгенологическое исследование, но всякий раз устанавливался диагноз пояснично-крестцовый радикулит и проводилось соответствующее (безуспешное) лечение.

- Далее в ходе диагностики был выставлен диагноз хр. аппендицит. Ему была проведена операция (обнаружен сильно изъязвленный, рубцовоспаенный с окружающими тканями аппендикс), боли в пояснице и ноге прекратились.

Диагностика

<p>Другие уточненные смещения межпозвонковых дисков (дискогенная люмбалгия, люмбаго) (M51.2)</p>	<p>Общий анализ крови. Общий анализ мочи. Рентгенография поясничного отдела позвоночника.</p>	<p>Биохимическое исследование крови: определение концентрации глюкозы, общего белка, общего билирубина, мочевины, натрия, калия, хлора, АЛАТ, АсАТ, СРБ. Функциональная рентгенография поясничного отдела позвоночника.</p>	<p>При болевом синдроме НПВС: ибупрофен, диклофенак, кетопрофен, кеторолак, мелоксикам, целекоксиб. При хроническом ноцицептивном болевом синдроме: антидепрессанты: флуоксетин, amitриптилин, пароксетин. ФТ, ЛФК.</p>	<p>5-10</p>
		<p>УЗИ органов брюшной полости, брюшной аорты. УЗИ малого таза. КТ или МРТ поясничного отдела позвоночника***. Консультации врачей-специалистов по показаниям.</p>		

<p>Другое уточненное поражение межпозвонкового диска (дискогенная люмбаишиалгия) (M51.8)</p>	<p>Общий анализ крови. Общий анализ мочи. Рентгенография поясничного отдела позвоночника.</p>	<p>Биохимическое исследование крови: определение концентрации глюкозы, общего белка, общего билирубина, мочевины, натрия, калия, хлора, АлАТ, АсАТ, СРБ. Функциональная рентгенография поясничного отдела позвоночника. КТ или МРТ поясничного отдела позвоночника***.</p>	<p>При болевом синдроме НПВС: ибупрофен, диклофенак, кетопрофен, кеторолак, мелоксикам, целекоксиб; выполнение лечебных обезболивающих паравертебральных блокад. В остром периоде заболевания при усилении болевого синдрома в ночное время: ангиопротекторы: L-Лизина эсцинат. При хроническом ноцицептивном болевом синдроме: антидепрессанты: флуоксетин, amitриптилин, пароксетин. При неэффективности консервативного лечения в течении 2 месяцев: консультация врача-нейрохирурга для решения вопроса о хирургическом лечении. ФТ, ЛФК.</p>	<p>8-20</p>
	<p>УЗИ органов брюшной полости, брюшной аорты. УЗИ малого таза. Консультации врачей-специалистов по показаниям.</p>			

<p>Поражение межпозвонковых дисков поясничного и других отделов с радикулопатией (M51.1)</p>	<p>Общий анализ крови. Общий анализ мочи. Рентгенография поясничного отдела позвоночника.</p>	<p>Биохимическое исследование крови: определение концентрации мочевины, креатинина, билирубина, АлАТ, АсАТ, СРБ. УЗИ органов брюшной полости, брюшной аорты. УЗИ малого таза. Функциональная рентгенография поясничного отдела позвоночника. КТ или МРТ поясничного отдела позвоночника***. Консультации врачей-</p>	<p>При болевом синдроме НПВС: ибупрофен, диклофенак, кетопрофен, кеторолак, мелоксикам, целекоксиб. При отсутствии эффекта: ГСП: метилпреднизолон, преднизолон парентерально или внутрь с корректорами. В остром периоде заболевания при усилении болевого синдрома в ночное время: ангиопротекторы: L-Лизина эсцинат. Парасимпатомиметические средства при отсутствии болевого синдрома: неостигмин, ипидакрин. Выполнение лечебных блокад: глюкокортикоиды (суспензия метилпреднизолона пролонгированного действия с раствором прокаина паравертебрально). По показаниям: При нейропатическом болевом синдроме: противосудорожные средства: карбамазепин, габапентин, прегабалин; антидепрессанты: амитриптилин, флуоксетин, пароксетин. ФТ, ЛФК. При неэффективности консервативного лечения в течение 2 месяцев: консультация врача-нейрохирурга для решения вопроса о хирургическом лечении.</p>	<p>14-20</p>
----------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------

Методы лечения боли в спине (Harwood M.I., Smith B.J., 2005 Van Tulder, 2006, Chou R. 2007)

Средство/ метод	Рекомендации	Степень доказанности	комментарии
НПВС	Рекомендуется	A	Препараты выбора
Селективные ингибиторы ЦОГ-2	Не рекомендуется	B	Повышен риск тромбоза
Парацетамол	При непереносимости НПВС	B	
Трамадол	Рекомендуется при умеренной и интенсивной боли	A	В качестве дополнительного обезболивающего к НПВС
Миорелаксанты	Рекомендуются	A	Коротким курсом
Инъекции кортикостероидов	Рекомендуется при тщательном подборе пациентов	B	Кратковременный эффект
Сохранение активности	Рекомендуются	A	Постельный режим не оправдан

Нестероидные противовоспалительные средства

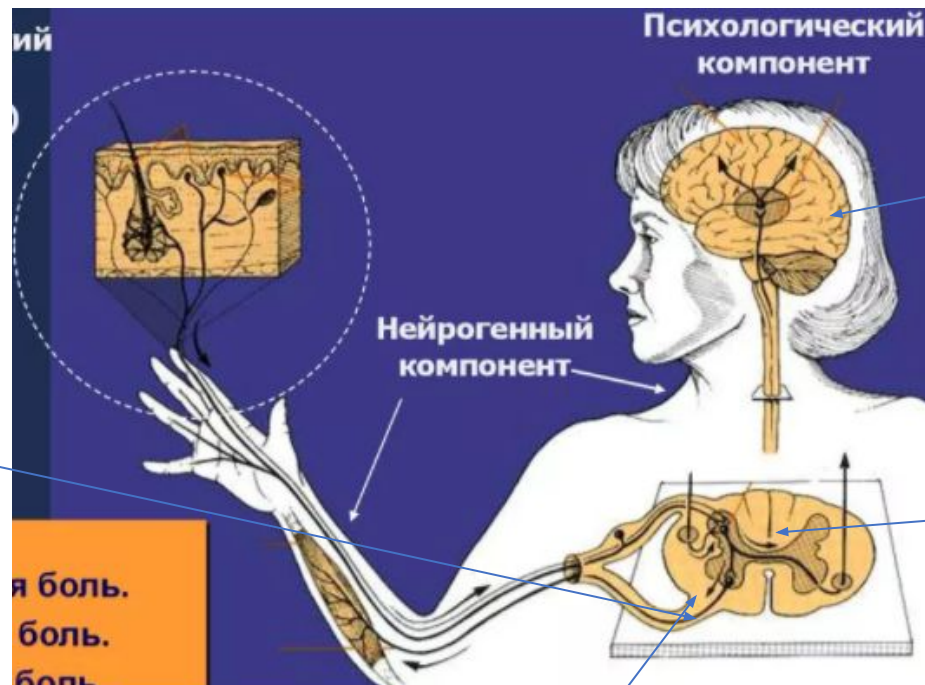
Препараты	Доза	Анальгезия	Воспаление	Побочный эффект
• Диклофенак	75–150 мг/сут	+++	+++	++
• Ибупрофен	600-1800 мг/сут	++	++	++
• Ацеклофенак	200-400 мг/сут	++	+++	+
• Индометацин	50-200 мг/сут	++	+++	+++
• Кетопрофен	100-320 мг/сут	+++	+++	++
• Кеторолак	20-40 мг/сут	+++	++	+++
• Лорноксикам	16-24 мг/сут	++	++	++
• Мелоксикам	7,5-15 мг/сут	++	++	+
• Нимесулид	200-400 мг/сут	++	++	+
• Целекоксиб	200-400 мг/сут	++	++	+

Особенности применения НПВС при боли в спине

- Выбор определяется соотношением эффективности и безопасности
- Эффективность может иметь «идиосинкразический» характер
- При интенсивной боли предпочтительнее парентеральное введение
- При назначении неселективных НПВС (независимо от пути введения) целесообразно назначение ингибитора протонной помпы
- Длительность применения одного препарата не должна превышать 10-14 дней

Механизм действия миорелаксантов

Толперизон
блокирует Na⁺
каналы
вставочных
нейронов
спинного мозга и
уменьшает
выброс болевых
медиаторов в
нейронах
спинного мозга



Тизанидин 1.
Ингибирует
активность
голубоватого пятна
(Locus Ceruleus) 1,2 2.
Агонист альфа₂
адренорецепторов
блокирует выброс
болевых медиаторов
в нейронах спинного
мозга

Баклофен
агонист ГАМК рецепторов,
ингибирует активность
спинальных нейронов

Фармакотерапия радикулопатии

- НПВС парентерально
- Миорелаксанты
- Трамадол/залдиар
- Средства для лечения невропатической боли -
антиконвульсанты (карбамазепин, габапентин и др.) -
антидепрессанты (амитриптилин, венлафаксин и др.) -
пластины с лидокаином
- Витамины В?
- Пентоксифиллин?
- Сульфат магния?

Показания к хирургическому лечению

Абсолютные

- Острое сдавление корешков конского хвоста с нижним парапарезом, анестезией аногенитальной области, нарушением функций тазовых органов

Относительные

- Компрессия корешка с нарастающими двигательными нарушениями
- Выраженный корешковый болевой синдром, не поддающийся оптимальному консервативному лечению в течение 6-8 недель
- Стеноз позвоночного канала с выраженным ограничением подвижности

Литература

- 1) Неврологические проявления остеохондроза позвоночника (патогенез, клиника, диагностика, лечение, профилактика) : учеб.-метод. пособие / Б.В.Дривотинов, В.Г. Логинов. – Мн.: БГМУ, 2011. – 140с.
- 2) Постановление № 8 от 18.01.2018 "Об утверждении клинического протокола "Диагностика и лечение пациентов с заболеваниями нервной системы (взрослое население)
- 3) Coward D.M. Tizanidine: Neuropharmacology and mechanism of action. Neurology 1994; 44 (Suppl. 9): 6–11.

Спасибо за внимание
!