

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



Остеохондроз на пояснично-крестцовом уровне проявляется:

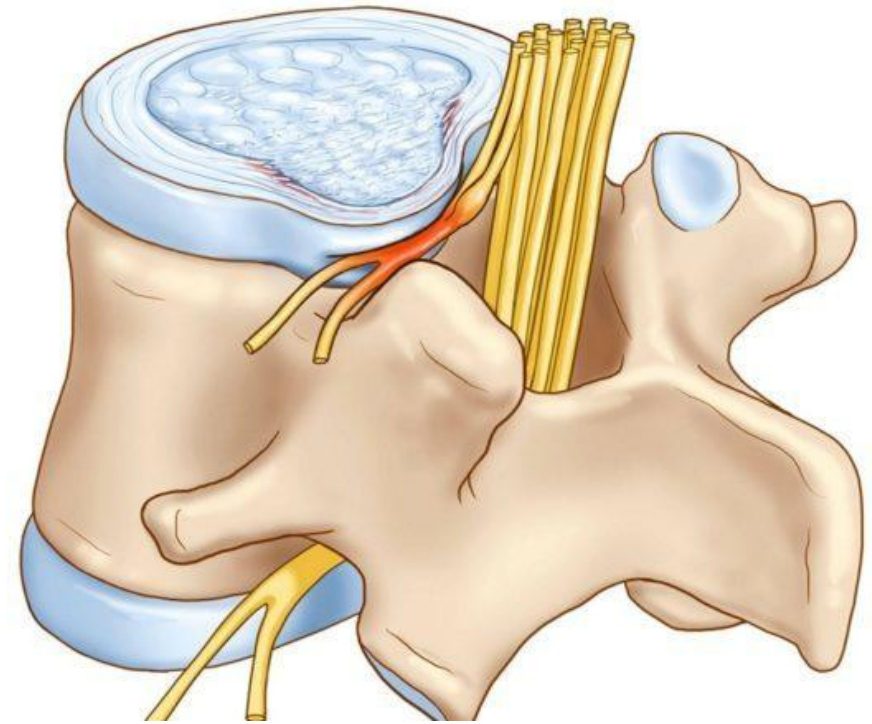
- Рефлекторными (люмбаго, люмбалгия, люмбоишиалгия)
- Корешковыми и
- Корешковососудисто-спинальными синдромами.

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.

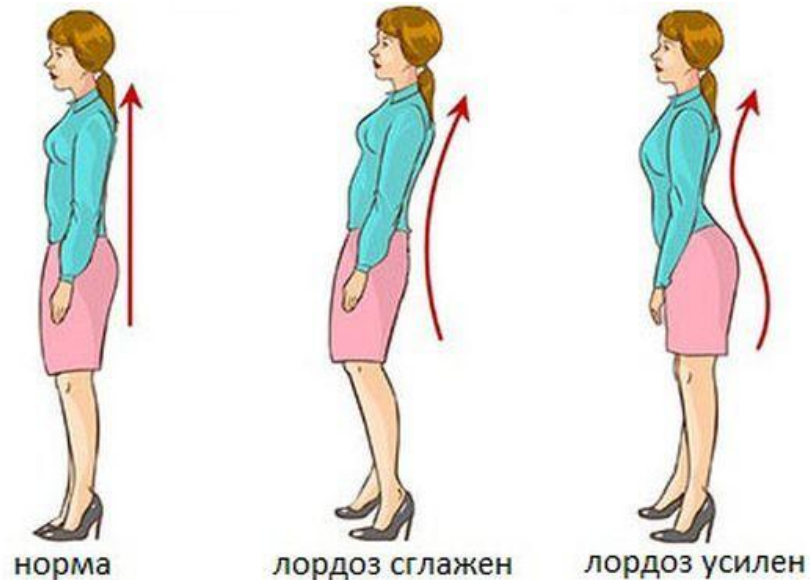
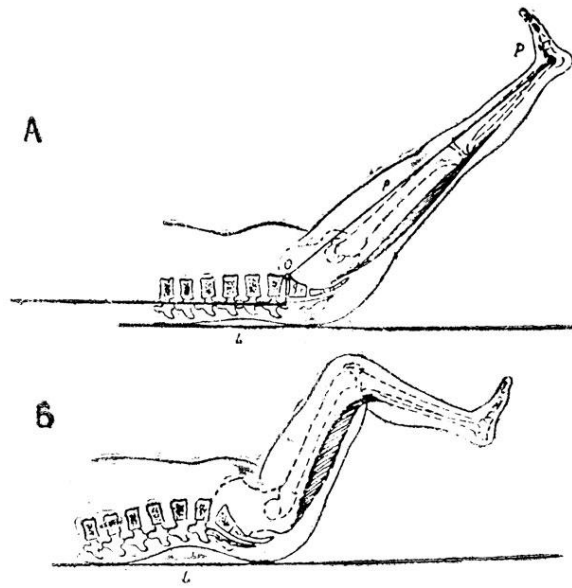
люмбаго

- 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.

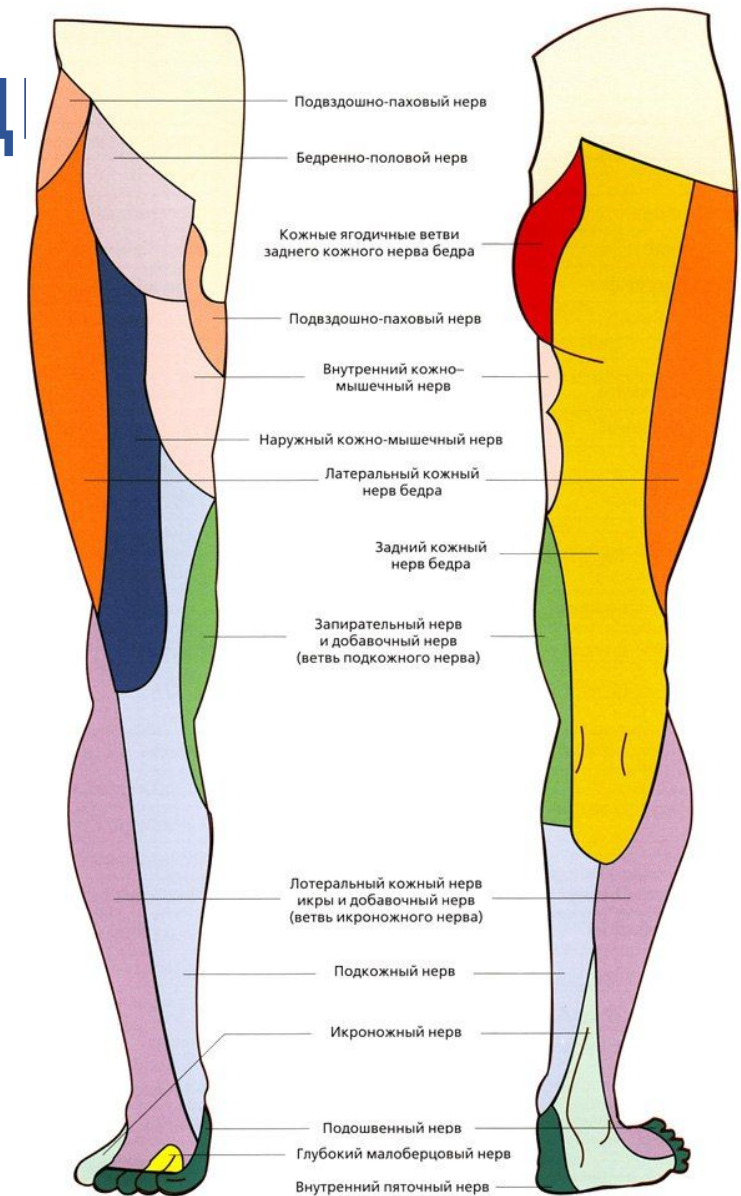


Рис. 1

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

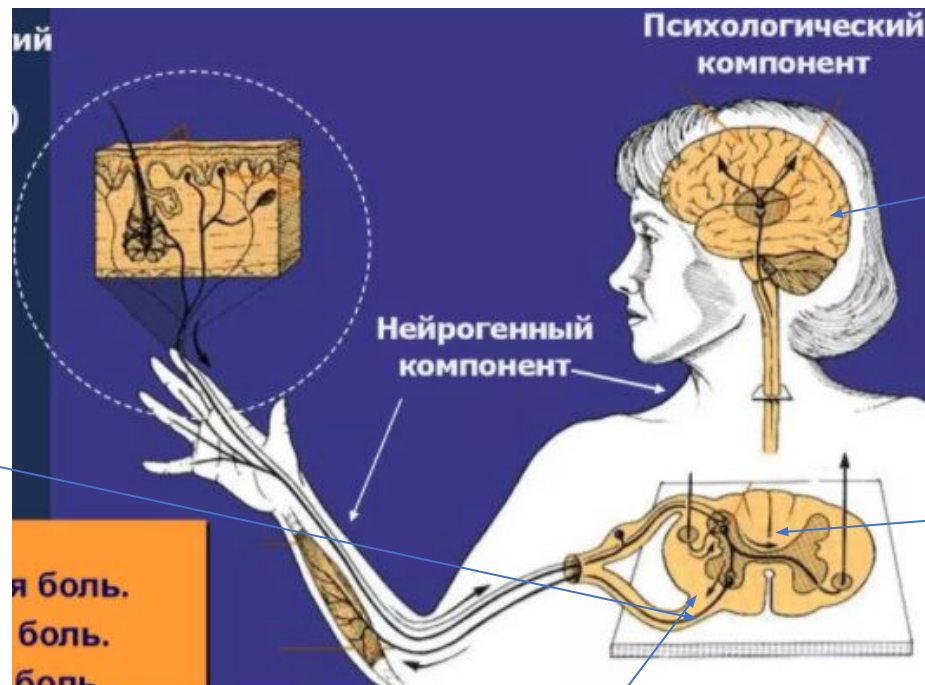
| Препараты | Доза | Анальгезия | Воспаление | Побочный эффект |
|---------------|-----------------|------------|------------|-----------------|
| • Диклофенак | 75–150 мг/сут | +++ | +++ | ++ |
| • Ибупрофен | 600-1800 мг/сут | ++ | ++ | ++ |
| • Ацеклофенак | 200-400 мг/сут | ++ | +++ | + |
| • Индометацин | 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
!