Автор: Administrator
15.04.2013 08:57 - Обновлено 15.04.2013 11:42

По материалам сайта dikul.org

Введение
Боль в пояснице является одной из наиболее частых жалоб по обращаемости к врачам. От 60 до 90% населения, так или иначе, испытывали боль в пояснице в ходе жизни. Боль в пояснице занимает 2-е место по потере трудоспособности после ОРЗ. Около 5 млн. человек в США ежегодно временно теряют трудоспособность в группе трудоспособного населения до 45 лет. К сожалению, в 80% случаев не выясняется истинная причина болевого синдрома. Но, тем не менее, около 90% пациентов имеют положительную динамику в течение 2-х месяцев после назначенного лечения. Основной задачей врачей является определение пациента, который нуждается в экстренной и тщательной диагностике лечения.

Типы боли
Существует 3 основных типа боли в пояснице.

Локальная боль. Это боль вызванная раздражением структур в пояснице, включая кости, мышцы, связки и суставы. Боль обычно не интенсивная и имеет четкую локализацию.

Отраженная боль. Отраженная боль может быть вызвана проблемами, не связанными с позвоночником (например, аневризма брюшной аорты). Но боль может восприниматься как люмбальная. Иногда отраженная боль может переходить в бедра или ягодицы.

Боль, связанная с проблемами в крестце может переходить в пах и переднюю поверхность бедра. Отраженная боль крайне редко может переходить ниже колен или в стопы.

Радикулярная боль. Радикулярная боль вызвана раздражением нервных корешков, обычно вызываемых компрессией (сдавлением). Радикулярная боль обычно более интенсивная, чем отраженная и имеет большую дистальную радиацию. Радикулярная боль охватывает территорию иннервации пораженного нервного корешка. Кроме того, радикулярная боль часто усиливается при определенных движениях, которые вызывают увеличение давления спинномозговой жидкости, таких как кашель или чихание. Многим пациентам приходится принимать вынужденную позу с перекосом в одну сторону для того чтобы уменьшить давление на корешок. На этом основаны диагностические симптомы натяжения.

Диагностика

Около 90% острой радикулопатии вызвано компрессией на уровне L4-L5 или L5-S1 сегментов.

Поражение корешка L4 вызывает боль по боковой поверхности бедра голени, слабость четырехглавой мышцы и снижение коленных рефлексов. Боль усиливается при посадке и вставании.Поражение корешка L5 характеризируется болью в крестце по задней поверхности бедра, латеральной части голени и дорзальной стопы. Появляется слабость и гипотрофия в этих зонах. Согнутое положение является характерным для поражения L5. И наконец, поражение S1 характеризуется болями в ягодичной области задней поверхности бедра, голени и стопы.

Существует два специфических синдрома болей в пояснице (conus medullaris и cauda equina).

conus medullaris – это дистальная часть спинного мозга и корешки. У пациентов с этим синдромом обычно присутствуют билатеральные (симметричные) нарушения чувствительности. Потеря тонуса сфинктеров приводит к проблемам с мочевым пузырем и функции толстого кишечника. Моторная слабость не является характерной, но при ее наличии свидетельствует о поражении L5 и S1 нервных корешков.

При синдроме cauda equina поражаются корешки, идущие после спинномозгового тяжа. Клиническими симптомами являются радикулярные боли, которые охватывают голени, ягодицы и периниальную область. Нарушение моторных функций является патогномичным. Моторный и сенсорный дефициты обычно ассиметричны. Дисфункция сфинктеров является поздним проявлением синдрома.

Компрессия спинного мозга

Пациенты, у которых есть компрессия, отмечают наличие болей в спине, фокальных неврологических проблем и функциональных двигательных нарушений, которые прогрессируют при отсутствии адекватного интенсивного лечения.

Существует 4 основные не травматические причины компрессии спинного мозга – это компрессия метастатическим раком, грыжей диска, спинальный эпидуральный абсцесс и

спонтанная спинальная гематома. Все четыре эти случая частично или полностью излечимы с хорошим прогнозом восстановления неврологических функций при условии ранней диагностики и адекватной терапии.

Метастическая спинальная компрессия обычно появляется после гематогенного метастазирования раковой опухоли в костный мозг тел позвонков. Увеличивающаяся эпидуральная опухоль может не только давить на спинной мозг, но также сдавливать сосуды, питающие спинной мозг, что приводит к отеку и инфаркту спинного мозга. Есть 6 наиболее частых причин метастаз – это рак простаты, легких, бронхов, лимфогранулематоз, миеломная болезнь и карцинома почек. Метастическое поражение позвоночника случается в 20% случаев онкозаболеваний. В 95% случаев у пациентов появляются симптомы через 1-2 месяцев после появления метастаз. Боль не носит специфический характер и не дает возможности врачу заподозрить их наличие. Слабость, как правило, бывает у 75% пациентов до момента постановки диагноза. Слабость обычно симметричная. Сенсорные нарушения встречаются меньше и проявляются как онемение и парестезии. Дисфункция сфинктеров обычно является поздней находкой. Стандартная рентгенография оказывает диагностическую помощь в тех случаях, когда есть позитивный результат. К сожалению при рентгенографии процент ошибок достигает 17%. Это объясняется тем, что для того чтобы появилась рентгенологическая картина необходимо поражение до 30-50% костной ткани позвонка. МРТ и КТ в настоящее время являются стандартами для диагностики поражений спинальных структур и компрессий спинного мозга. МРТ имеет преимущество, давая более полную картину состояния мягких тканей и является неинвазивной методикой. Лечение метастатических поражений обычно начинается с назначения ударных доз кортикостероидов (в дозах до 100 мг дексаметазона в сутки). Стероиды снимают отек, но болевой синдром часто нуждается в купировании аналгетиками. Лучевая терапия является основой лечения и назначается в течение 24 часов после постановки диагноза. Хирургическое лечение применяется при резистентности (устойчивости) к лучевой терапии или при острой неврологической симптоматике. Химиотерапия применяется только при первичной карциноме, известной как химиочувствительная (неходжкинская лимфома). Результативность лечения метастатических поражений не более 10% (в случаях карциномы), но это связано с плохой диагностикой.

Грыжа диска может быть травматического и нетравматического генеза. В основном поражаются диски L4-L5 и L5-S1. Встречаются грыжи шейного и грудного отдела позвоночника. При грыжах в грудном отделе позвоночника клиническая неврологическая картина бывает наиболее выражена, потому что в этом месте спинномозговой канал наиболее узкий. Поэтому даже маленькая грыжа диска в грудном отделе может вызвать симптоматику. Пациенты часто жалуются на ассиметричные боли в спине и нарушения чувствительности. Обычная рентгенография малоинформативная для того, чтобы поставить диагноз грыжи диска. МРТ является золотым стандартом для диагностики грыж диска. МРТ прекрасно визуализирует диски и корешки спинного мозга. Компьютерная томография (КТ) дает возможность оценить костные структуры и при контрастировании визуализирует компрессию тоже. Электромиография (ЭМГ) позволяет выяснить уровень поражения нервного волокна и дифференцировать от боли не связанных с повреждением нервных волокон. Консервативное лечение

направлено на снижение компрессии на нервный корешок. В остром периоде рекомендован покой и прием нестероидных противовоспалительных препаратов. Мышечные релаксанты обычно назначаются при выраженном спазме мышц. Если боль очень сильная бывает необходимо применение и более сильных аналгетиков, включая опиоиды. Кроме того существуют различные хирургические методики лечения грыжи диска. Хирургические методы применяются при длительном стойком болевом синдроме мышечной слабости, прогрессирующей неврологической симптоматике, устойчивой к медикаментозному и другим методам лечения, а также при наличии нарушений функций органов малого таза.

Спинальный эпидуральный абсцесс – редкое заболевание, встречающееся менее 1 случая на 10000 госпитализированных больных. Основным фактором риска появления эпидурального абсцесса является внутривенное введение наркотических средств, диабет, травма, хирургические вмешательства в спинном мозге, СПИД. Наиболее частыми жалобами являются боль в спине, парестезия, мышечная слабость и фибрилитет. Общий анализ крови может предоставить информацию о наличии абсцесса в 60% случаев (количество лейкоцитов, реакция СОЭ и т.д.). Рентгенография информативна только при поражении костной ткани. МРТ является лучшим способом постановки морфологического диагноза. Наиболее частым микроорганизмом, вызываемым абсцесс, является золотистый стафилококк (имеющий перекрестную устойчивость к антибиотикам). Иногда в пунктатах находят и другие микроорганизмы (стрептококк, клепсиела, синегнойная бактерия и т.д.). Хирургические методы лечения и антибиотикотерапия – это основа лечения. Рекомендуется применение нескольких антибиотиков различного механизма действия и санация зоны абсцесса. Длительность лечения антибиотиками достигает 6 недель.

Спинальная эпидуральная гематома встречается крайне редко. Факторами риска для возникновения спинальной эпидуральной гематомы является коагулопатия, травма, сосудистые нарушения, хирургические вмешательства или эпидуральные инъекции. Кровь может быстро собраться в закрытом спинальном канале. Симптоматика похожа на остальные случаи компрессии спинного мозга. При гематоме могут быть поражены любые отделы спинного мозга. Методом выбора диагностики является МРТ. Лечением при гематоме может быть только хирургическое вмешательство.

Выводы

Таким образом, при наличии у пациента болей в спине, и различной неврологической симптоматики требуется, прежде всего, полноценная диагностика для решения вопроса об адекватном лечении.