

Клинические рекомендации

Остеохондроз позвоночника

Год утверждения : 2016

Остеохондроз позвоночника - заболевание, характеризующееся развитием дегенеративного поражения хряща межпозвоночного диска и реактивных изменений со стороны смежных тел позвонков и окружающих тканей.

Классификация

Посиндромный принцип – в зависимости от того, на какие нервные образования оказывают патологические действия пораженные структуры позвоночника, различают рефлекторные, компрессионные.

Рефлекторные – рефлекторное напряжение иннервируемых мышц, мышечно-тонические нарушения, сосудистые, вегетативные, дистрофические.

Компрессионные - натяжение, сдавление и деформация корешка, нерва, спинного мозга или сосуда (соответственно - радикулопатия, нейропатия, миелопатия, радикулоишемический синдром).

Заболевание может протекать:

- остро - до 3-х недель;
- подостро - 3-12 недель;
- хронически - более 12 недель.

При развитии компрессионного синдрома выделяют следующие периоды:

- острый период (стадия экссудативного воспаления) - 5-7 суток;
- подострый период - 2-3 недели, продуктивная фаза;
- ранний восстановительный период - 4-6 неделя;
- поздний восстановительный период - от 6 недель до 6 месяцев.

Факторы и группы риска

Факторы риска:

- аномалии позвоночника;
- люмбализация или сакрализация;
- асимметричное расположение суставных щелей межпозвонковых суставов;
- врожденная узость позвоночного канала;
- спондилогенные соматические и мышечные боли;
- физическое перенапряжение;
- травма;
- вибрация, например, при вождении транспортных средств;
- психоэмоциональные факторы;
- малоподвижный образ жизни;
- курение;
- ожирение.

Диагностика

Диагностические критерии:

1. Боль.
2. Положительные симптомы натяжения.
3. Двигательные и чувствительные нарушения.
4. Мануальное тестирование.
5. Рентгенография в двух проекциях.
6. КТ и /или МРТ.

Жалобы и анамнез

Поражения на поясничном уровне (Люмбаго. Люмбалгия. Люмбоишалгия. Синдром грушевидной мышцы. Кокцигодиния. Компрессионные синдромы)

Люмбаго: поясничные боли при физическом напряжении, неловком движении, длительном напряжении, при охлаждении, иногда без явной причины. Внезапно или в течение нескольких минут или часов появляется резкая боль, часто простреливающего характера. Боль усиливается при движении, поднятии тяжести. В состоянии покоя боль проходит. Усиливаются поясничные боли, но не боли в ноге.

Люмбалгия возникает не остро, а в течение нескольких дней.

Люмбоишалгия: жалобы на боли в спине, в области поясницы с возможной иррадиацией в ягодицы и по задней поверхности бедер, не достигая стоп.

Поражения на грудном уровне: грыжи дисков грудного отдела составляют менее 1% всех грыж межпозвонковых дисков.

Поражения на шейном уровне (Цервикобрахиалгия, цервикалгия. Плече-лопаточный периартроз. Синдром плеча и кисти. Эпикондилит. Синдром передней лестничной мышцы. Синдром малой грудной мышцы. Задний шейный симпатический синдром. Компрессионные синдромы.

Цервикобрахиалгия, цервикалгия: боль в шее с иррадиацией в затылок, надплечье; усиливается при движениях в шее или при длительном пребывании в одной позе.

Физикальное обследование

Люмбаго. Нормальная двигательная активность, чувствительность и рефлексы не изменены. Объем движений в поясничном отделе снижен, поясничная область болезненна при пальпации, обычно наблюдают спазм паравертебральной мускулатуры, уплощение поясничного лордоза или кифоз, нередко со сколиозом.

Люмбалгия - клиника такая же, как при люмбаго.

Люмбоишалгия. Вазомоторные нарушения, нарушения кровенаполнения, изменения окраски и температуры кожи ноги, ощущения зябкости.

Цервикобрахиалгия, цервикалгия. Напряжение шейных мышц, вынужденное положение головы, выпрямление шейного лордоза. При глубокой пальпации обнаруживают болезненность отдельных остистых отростков. Характерно формирование рефлекторных тонических реакций со значительным вовлечением мышц, расположенных позади и впереди позвоночника.

Компрессионные синдромы. Протрузия межпозвоночного диска – частая причина компрессионного синдрома. Локализация боли при радикулопатии совпадает с границами дерматома, иннервируемого пораженным корешком. Характерны симптомы выпадения.

Поясничные компрессионные синдромы. Компрессия корешка, конского хвоста, конуса, эпиконуса. Компрессии может подвергнуться любой корешок, но чаще всего ущемляются корешки в пояснично-крестцовом отделе: L4; L5; S1. Характерны стреляющие боли, дерматомная гипалгезия, периферический парез, ослабление или выпадение глубоких рефлексов. Корешковые боли усиливаются при движении.

Поражения на шейном уровне. Компрессия корешка, спинного мозга, артерии. При сдавлении одного из корешков боль распространяется в руку, лопатку или на переднюю поверхность грудной клетки. Компрессии подвергаются не только корешки и их артерии, но и спинной мозг (с его сосудами), а также позвоночная артерия.

Лабораторные исследования

Люмбальная пункция малоинформативна. Иногда при грыже диска в ликворе определяется незначительное увеличение содержания белка.

Инструментальные исследования:

- рентгенологическое исследование: изменение конфигурации данного сегмента; деформация замыкательных пластин; уплощение межпозвоночного диска;
- КТ позволяет диагностировать грыжу диска и стеноз позвоночного канала;
- МРТ позволяет диагностировать наличие протрузии или пролапса и особенно важна для диагностики сдавления спинного мозга и конского хвоста.

Показания для консультации специалистов:

- коррекция физиотерапевтического метода лечения – консультация физиотерапевта;
- явления миелопатии, радикулоишемии – консультация нейрохирурга;

Рентгенологические, КТ, МРТ признаки:

- новообразования - консультация онколога;
- туберкулезного спондилита – консультация фтизиатра;
- инфекционного спондилита – инфекциониста;
- ревматоидного артрита, анкилозирующего спондилита – консультация ревматолога или терапевта и т.д.

Перечень основных диагностических мероприятий:

- общий анализ крови;
- общий анализ мочи;
- ЭКГ;
- рентгенологическое исследование позвоночных сегментов в двух проекциях.

Дополнительные диагностические мероприятия:

- КТ и/или МРТ позвоночника;
- уровень в крови кальция, фосфатов, глюкозы;
- активность щелочной фосфатазы определяют с целью исключить метаболические спондилопатии.

Дифференциальный диагноз

Дифференциальный диагноз:

- травматическое повреждение позвоночника вторичное вовлечение периферической нервной системы;
- опухоли позвоночника первичные или метастазы;
- деформирующий спондилоартрит;
- остеопороз;
- туберкулезный спондилит;
- инфекционный спондилит;
- ревматоидный артрит;
- анкилозирующий спондилит;
- отраженные боли при заболеваниях внутренних органов.

Лечение

Тактика лечения

Лечение зависит от причины, вызвавшей заболевание, и начинается с прекращения воздействия вредного фактора.

Строгий постельный режим в случае грыжи межпозвоночного диска.

Щит под матрац.

Анальгетики.

Транквилизаторы или снотворные на ночь (диазепам, зопиклон).

Нестероидные противовоспалительные - предпочтение отдается новому поколению препаратов - селективным ингибиторам циклооксигеназа (ЦОГ), Лорноксикам от 8 до 16 мг/сутки, мелоксикам от 7,5 до 15 мг/сутки.

Миорелаксанты целесообразно назначать при выраженном напряжении паравертебральных мышц, при ишиалгическом кифосколиозе (диазепам, мидокалм).

Препараты местного действия - мази: хонроксида 5%, хондроитин сульфат 5%, диклофенак и т.д.

Для восстановления функций спинномозговых корешков при радикулопатии или нейропатии необходимо улучшить микроциркуляцию (трентал, реополиглюкин).

Для проведения декомпрессии необходима дегидратирующая терапия.

При выраженном болевом, корешковом синдроме целесообразно проводить лечебные медикаментозные блокады. Лечебные медикаментозные блокады проводят кортикостероидами, желательно использовать пролонгированные формы.

Эффективны физиотерапевтические процедуры, вытяжение (подводное, сухое, петля Глиссона, при необходимости ношение корсета), тепловые процедуры, иглорефлексотерапия, лечебная физкультура.

Патогенетически важным при заболеваниях периферической нервной системы является назначение витаминов группы В, т.к. они необходимы для деятельности окислительных энергетических механизмов и поддержания нормальной структуры и функции нервов. В последнее время наряду с инъекционными формами стали применять комплекс витаминов

группы В для перорального применения (нейромультивит, магния лактат в сочетании с пиридоксином).

Лечебные медикаментозные блокады проводят кортикостероидами, желательно использовать пролонгированные формы. Назначают препараты, улучшающие микроциркуляцию, эффективны осмотические диуретики.

При выраженном напряжении паравертебральных мышц, при ишиалгическом кифосколиозе целесообразно назначение препаратов миорелаксирующего действия: диазепам, мидокалм.

При корешковой боли, наряду с консервативной терапией, назначаются нестероидные противовоспалительные средства (НПВС), предпочтение отдается новому поколению препаратов - селективным ингибиторам циклооксигеназа (ЦОГ), лорноксикам от 8 до 16 мг/сутки, мелоксикам от 7,5 до 15 мг/сутки.

Цели лечения: восстановление утраченных функций.

Немедикаментозная терапия:

- ограничение физических нагрузок;
- вытяжение подводное или сухое.

Медикаментозная терапия:

- Мелоксикам 15 мг/сутки
- Диазепам 2 мл – 10 мг
- Диазепам 0,5% - 2 мл – 10 мг
- Метамизол натрий 50% – 1 мл
- Дифенгидрамин 1%-1мл
- Зопиклон 7,5 мг/сутки не более 4 недель (учитывая взаимодействие с другими препаратами, нельзя назначать с антидепрессантами, транквилизаторами)
- Хондроитин сульфат 5%
- Нейромультивит
- Маннит 10-20% внутривенно капельно в дозе 0,5-1,5 г/кг
- Толперизон от 50 до 150 мг/сутки

Перечень основных медикаментов:

1. Прокаин 0,5%; 2% - 5-10 мл
2. Лорноксикам 16 мг/сутки
3. Мелоксикам 15 мг/сутки
4. Диазепам 0,5% - 2 мл – 10 мг
5. Метамизол натрий 50% – 1 мл
6. Дифенгидрамин 1% -1мл
7. Хондроитин сульфат 5%

Перечень дополнительных медикаментов:

1. Амбене (шприц-ручка)
2. Дипроспан 1мл
3. Толперизон от 50 до 150 мг/сутки

4. Диазепам 2 мл – 10 мг
5. Зопиклон 7,5 мг/сутки не более 4 недель (учитывая взаимодействие с другими препаратами, нельзя назначать с антидепрессантами, транквилизаторами)
6. Нейромультивит
7. Маннит 10-20% внутривенно капельно в дозе 0,5-1,5 г/кг
8. Пентоксифиллин 5 мл

Дальнейшее ведение: диспансерное наблюдение, при неэффективности консервативного лечения - оперативное вмешательство. К хирургическому методу лечения прибегают при тяжелых инвалидизирующих болях, не поддающихся консервативному лечению, реже - при частых, хотя и менее интенсивных болях. Неотложное хирургическое вмешательство показано при компрессии конского хвоста, явлениях миелопатии.

Индикаторы эффективности лечения:

- отсутствие болевого синдрома;
- увеличение объема движений;
- отсутствие двигательных и чувствительных расстройств;
- восстановление трудоспособности.

Госпитализация

Показания для экстренной госпитализации:

- осложнения;
- явления миелопатии, радикулоишемии;
- нарушения спинального кровообращения.

Показания для плановой госпитализации:

- выраженный болевой синдром;
- неэффективность амбулаторного лечения;
- обследование для уточнения причины (объемный процесс, воспаление, травма).

Профилактика

Профилактические мероприятия:

- ограничение физических нагрузок;
- комплекс упражнений на укрепление мышц живота и спины для формирования мышечного корсета.