



ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ ДОРСАЛГИЙ И КОРЕШКОВЫХ СИНДРОМОВ

ПРИЧИНЫ НЕУДАЧНОЙ ТЕРАПИИ

1. Путаница в терминах и классификациях патологии
2. Шаблонная терапия (все равно какая, мануальная или медикаментозная);
3. Заблуждение по поводу сути происходящих в тканях процессов (типа “грыжу вправить” или необоснованное назначение НПлС для лечения “воспаления”);
4. Невнимательный осмотр пациента (обязательно раздевать);
5. Влияние пациента на специалиста своими словами и действиями – навязывание диагноза поставленного неизвестно кем и когда (прав всегда последний специалист);

6. Несоблюдение пациентом лечебных рекомендаций и охранительного режима
7. Банальное малоумие пациента

Обсуждаемые вопросы

1. Принципы взаимодействия с пациентом
2. Классификации и диагнозы
3. А что же там реально происходит!?
4. Анатомия и физиология движения DMS
5. Особенности гемодинамики спинного мозга и корешков
6. Варианты протрузий МП дисков поясничного уровня и их клинические проявления
7. Дифференциальная диагностика болевых синдромов (общие принципы)
8. Основные алгоритмы лечения

ПРИНЦИПЫ ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ С ПАЦИЕНТОМ

Основная цель - "отсев ненужных людей"

1. Пациент должен сам попросить о помощи (общение через "гонцов" и "почтальонов" недопустимо!);
2. Всегда помним, что пациент всегда сам!!! является причиной своего страдания;

ПРИНЦИПЫ ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ С ПАЦИЕНТОМ

- 3. Никогда не записывать пациента на прием "на сегодня", только острые неотложные случаи;*
- 4. Никаких гарантий исцеления;*
- 5. Никаких вовлечений в разговоры о политике, бизнесе и т.п.;*
- 6. Личные меркантильные просьбы к пациенту недопустимы;*

ПРИНЦИПЫ ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ С ПАЦИЕНТОМ

7. Никаких рассказов со стороны терапевта на тему своих личных планов или личной жизни;
8. Никакой еды в присутствии пациента (только чай/кофе/вода);
9. Объяснение причин заболевания и сути лечения, комментарии терапевтических феноменов в процессе лечения, должны быть краткими, простыми, доступными для когнитивного уровня пациента, произносятся спокойным, уверенным и негромким голосом. "Словесный понос" терапевта недопустим;

ПРИНЦИПЫ ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ С ПАЦИЕНТОМ

10. Лечение только платное, сумма должна быть озвучена заранее, лучше по телефону при записи на прием, размеры суммы при ее озвучивании не должны вызывать ни малейшего эмоционального дискомфорта у терапевта – NB!!!;
11. Никакой "торговли" с первичным пациентом по поводу стоимости лечения;
12. Нежелательно брать вперед всю сумму за курс лечения (психологическая индугенция – типа уже купил здоровья со всеми последствиями).

ПРИНЦИПЫ ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ С ПАЦИЕНТОМ

13. При выслушивании жалоб следует пресекать разговоры пациента по типу :...доктор, у меня радикулит, или остеохондроз, или какой-либо другой ДЗ и акцентировать внимание на конкретные жалобы;
14. Недопустимо навязывание пациентом плана лечения - типа:...доктор! вправьте мне 4 и 5 поясничной позвонки и "хрустните" шею...или сделайте мне это и вот это...

ПРАВИЛА ТЕЛЕСНОГО КОНТАКТА С ПАЦИЕНТОМ НА ПЕРВОМ СЕАНСЕ

- Любому пациент – это избыток тревоги и страха, поэтому непривычные для него действия врача и быстрый телесный контакт с инстинктивно охраняемыми зонами (шея, голова, живот) усугубят ситуацию.
- Ожидаемые действия врача (рекомендуемая последовательность) жалобы – измерение пульса – давления - снятие одежды – осмотр пальпация – лечение.

ТРИ БАЗОВЫХ ПРИНЦИПА ТЕРАПЕВТА

1. Центрирование
2. Пустая рука
3. Внутренняя ГОТОВНОСТЬ
терапевта

ТЕХНИКИ БЕЗОПАСНОСТИ ТЕРАПЕВТА

1. Тщательное соблюдение принципов взаимодействия с пациентом – обеспечивает эмоциональный баланс терапевта на всех этапах общения (и после);
2. “Заземление” пациента и себя;
3. Работа через фрейму (“телевизор”)

Термины и диагнозы

- ГРЫЖА ДИСКА – прежде всего это морфологический, а не клинический диагноз т.к. грыжа может быть, а жалоб и клиники может не быть!
- ОСТЕОХОНДРОЗ – морфологический (Re) аналог седых волос и морщин.
- СПОНДИЛОАРТРОЗ – морфологический (Re)-диагноз – изменения в МП суставах
- РАДИКУЛИТ – устаревший термин

Классификация вертеброгенных синдромов по механизмам возникновения

Компрессионные	Рефлекторные
<p>Компоненты:</p> <ul style="list-style-type: none">•Сосудисто-спинальный•Сосудисто-корешковый	<p>Компоненты (преобладание):</p> <ul style="list-style-type: none">•Мышечно-тонический•Вегетативно-сосудистый•Нервно(вегетативно) дистрофический
В исходе – विकарные синдромы	В исходе – позные синдромы

ДОРСАЛГИЯ - БОЛЬ В СПИНЕ (МКБ-10)

- **НЕСПОНДИЛОГЕННЫЕ ФАКТОРЫ**
(миофасциальные, психогенные и висцерогенные болевые синдромы)
- **СПОНДИЛОГЕННЫЕ ФАКТОРЫ**
(пролапс и протрузия диска, спондилез, остеофиты, спондилоартроз, спинальный стеноз, нестабильность ПДС)

Антоновская классификация

- **ЛЮМБАГО** – ПОЯСНИЧНЫЙ ПРОСТРЕЛ, ОСТРАЯ БОЛЬ В ПОЯСНИЦЕ
- **ЛЮМБАЛГИЯ** – ХРОНИЧЕСКАЯ ПОЯСНИЧНАЯ БОЛЬ
- **ЛЮМБОИШИАЛГИЯ** – БОЛЬ ХРОНИЧЕСКОГО ХАРАКТЕРА, ОДНОСТОРОННЕЙ ПОЯСНИЧНО-КРЕСТЦОВОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ, С ИРРАДИАЦИЕЙ В ДИСТАЛЬНЫЕ ОТДЕЛЫ НИЖНЕЙ КОНЕЧНОСТИ ПО ХОДУ СПИНОМОЗГОВЫХ КОРЕШКОВ, КАК ПРАВИЛО - **L4-L5-S1**
- **КОРЕШКОВЫЙ СИНДРОМ** – НАРУШЕНИЯ ЧУВСТВИТЕЛЬНОЙ И ДВИГАТЕЛЬНОЙ ФУНКЦИИ СПИНОМОЗГОВЫХ КОРЕШКОВ, НА ПОЯСНИЧНОМ УРОВНЕ ЧАЩЕ ВСЕГО - **L4-L5-S1**

Что там реально происходит?

- Нарушение взаиморасположения между позвонками, ТМО , арахноидальной оболочкой, спинным мозгом и корешками (*биомеханическая связь корешков и спинного мозга с оболочками через зубовидные связки – от С₀ до L₁ – следствие – дисгемические и ирритативные проявления*)

An anatomical dissection of the spine, showing the denticulate ligaments. The image displays a cross-section of the spinal cord and its surrounding meninges. The denticulate ligaments are seen as thin, white, fibrous structures extending from the spinal cord to the arachnoid mater. A pair of surgical forceps is used to hold one of these ligaments. The text "Denticulate Ligaments" is overlaid on the right side of the image.

Denticulate
Ligaments

Что там реально происходит?

- Ирритативные процессы от висцеральных структур;
- Изменение тонуса/положения диафрагмальной мышцы
- Нарушения вентро-дорсального (стрейны ТМО) и латеро-латерального (торзия ТМО) баланса основания черепа;
- Раздражение/натяжение мягкой и твердой спинномозговой оболочек (расположение болевых рецепторов – рефлекторные синдромы)
- Рефлекторное напряжение околопозвононых мышц (миофасциальные болевые синдромы);

Что там реально происходит?

- Компенсаторные биомеханические нарушения с дополнительным вовлечением миофасциальных структур и суставов
- Механическое сдавление эпидуральных венозных сплетений, реже артерий фрагментами грыжи диска - футлярный отечный процесс!!!, ишемия, корешковый синдром

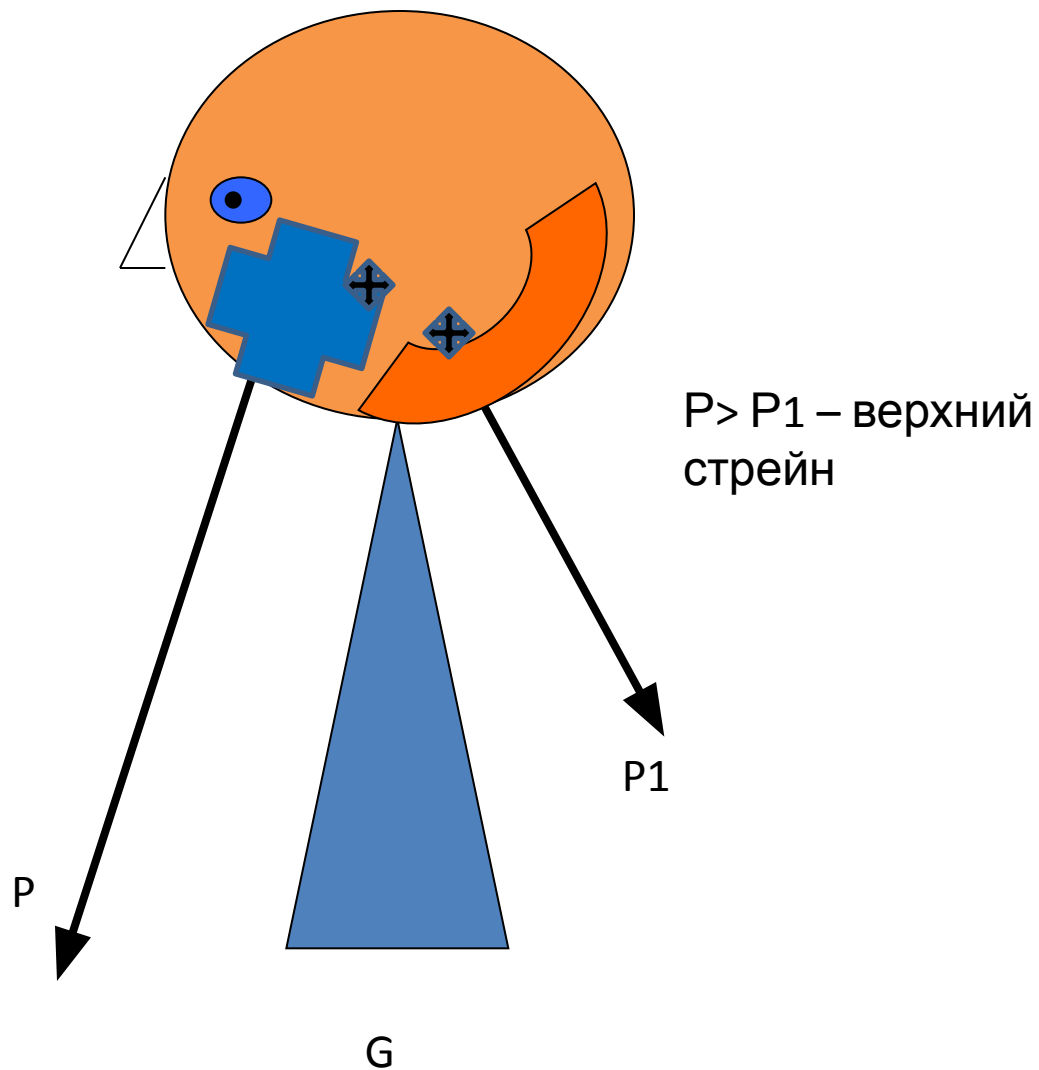
Что там реально болит?

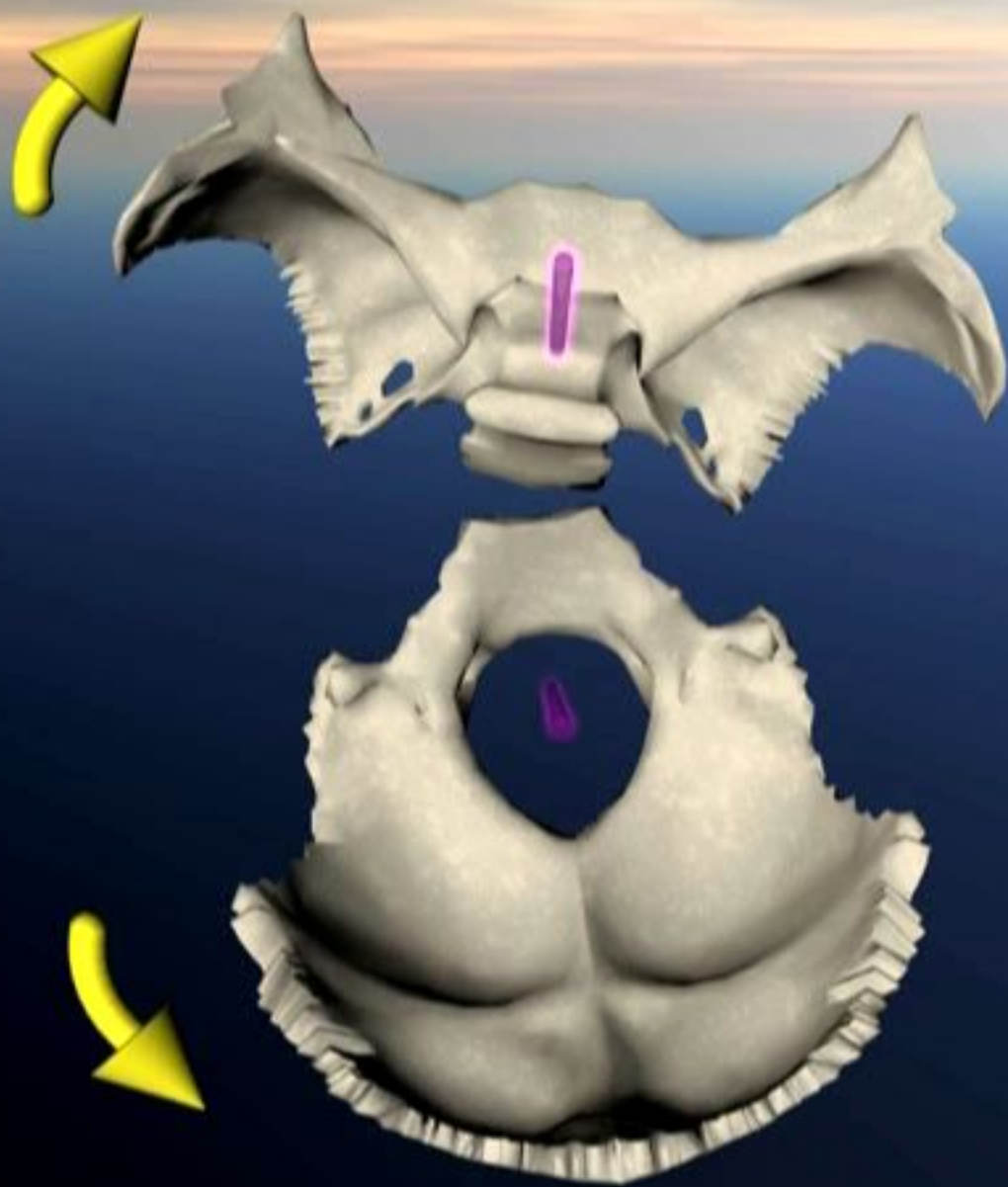
- Задняя продольная связка?... ???
- Напряженные миофасции (околопозвоночная мускулатура);
- Межпозвонковые (фасеточные) и крестцово-подвздошные суставы;
- Ишемические процессы в ганглии и дистальном отделе корешка, реже в проксимальном его отделе и спинном мозге (чаще передние отделы);

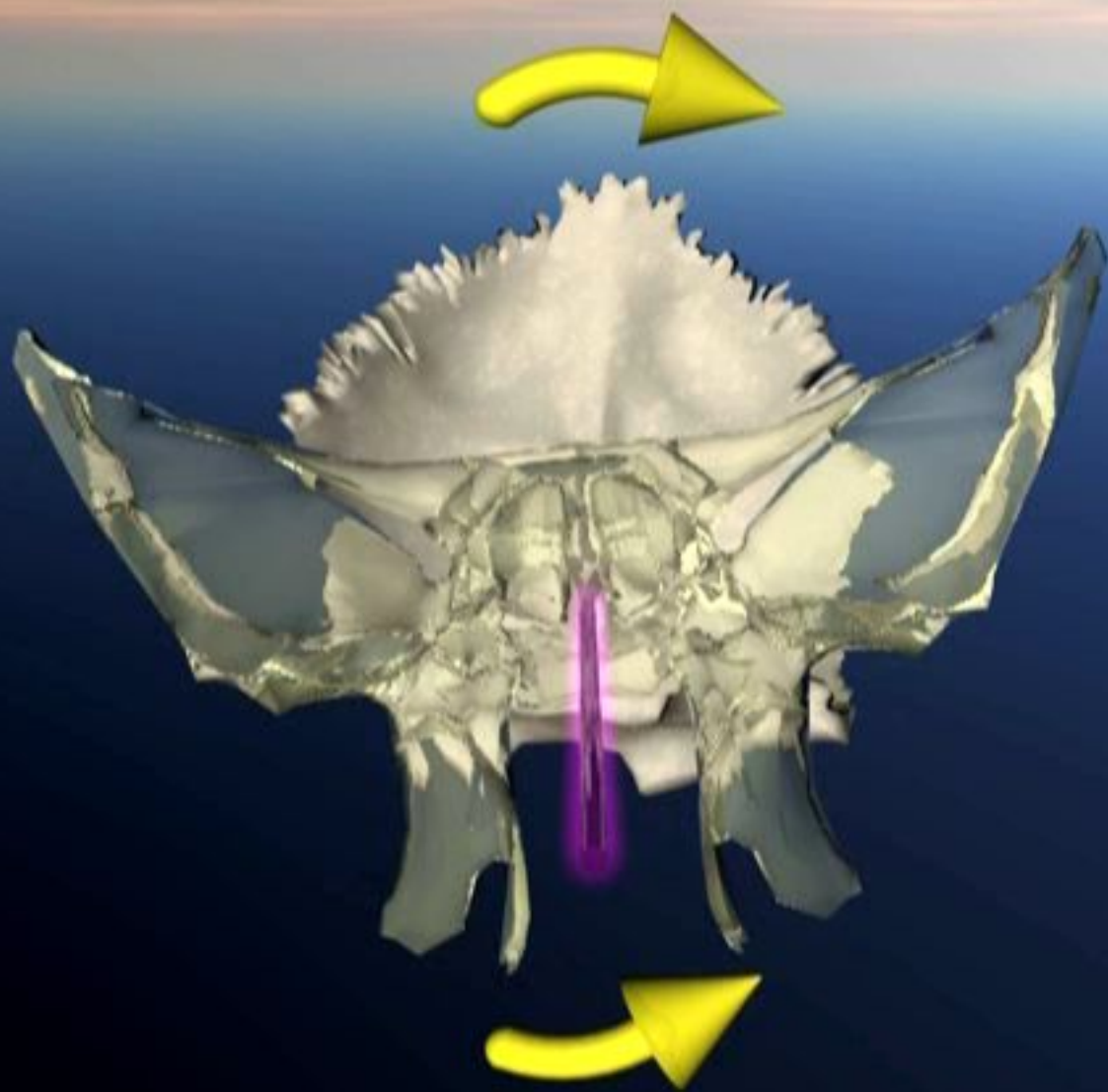
Что там реально болит?

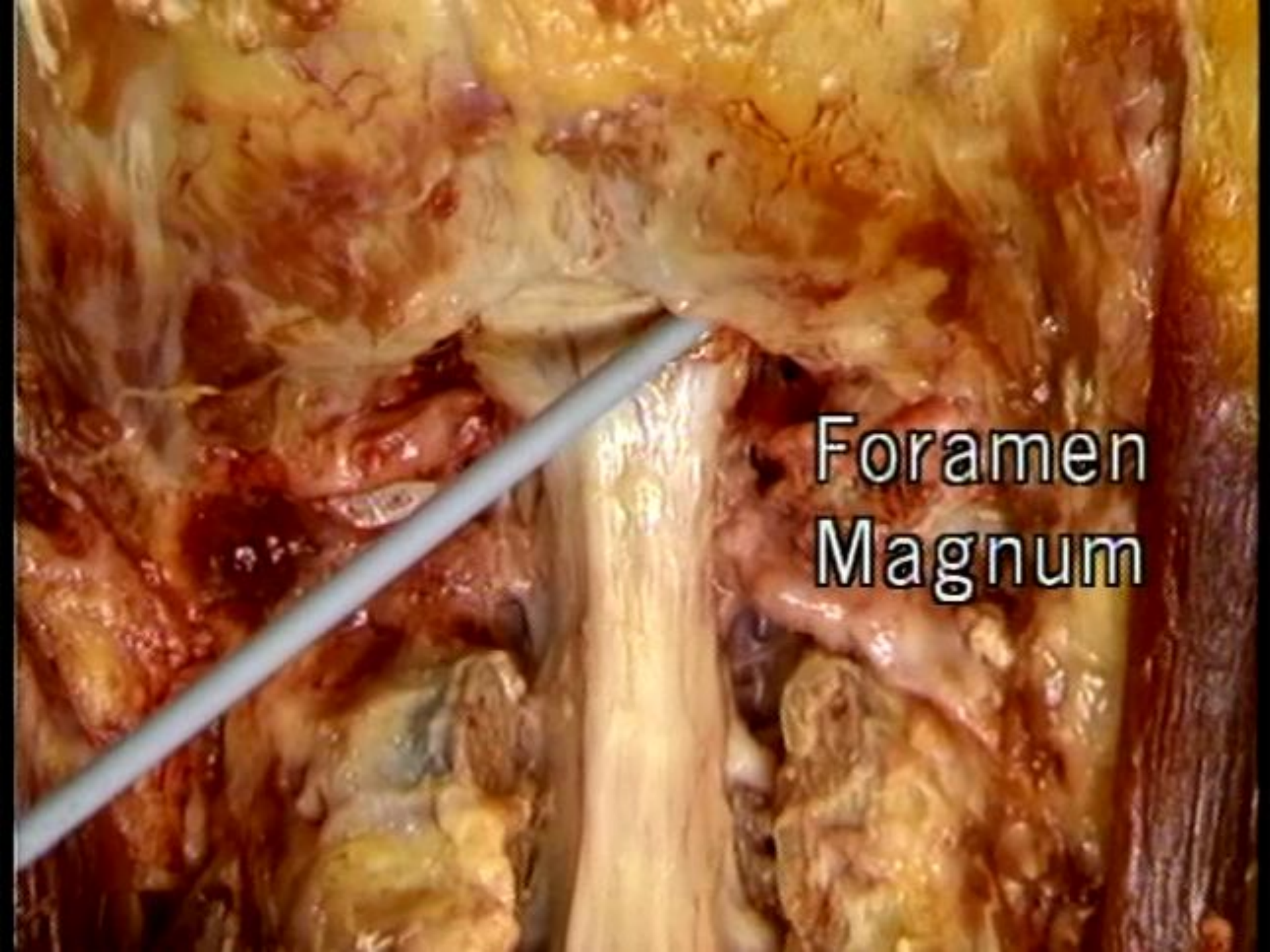
- Напряжение ТМО и арахноидальной оболочек ;
- Корешковые и спинальные сосуды – раздражение сосудистой стенки биохимическими продуктами ишемии

Схема баланса основания черепа



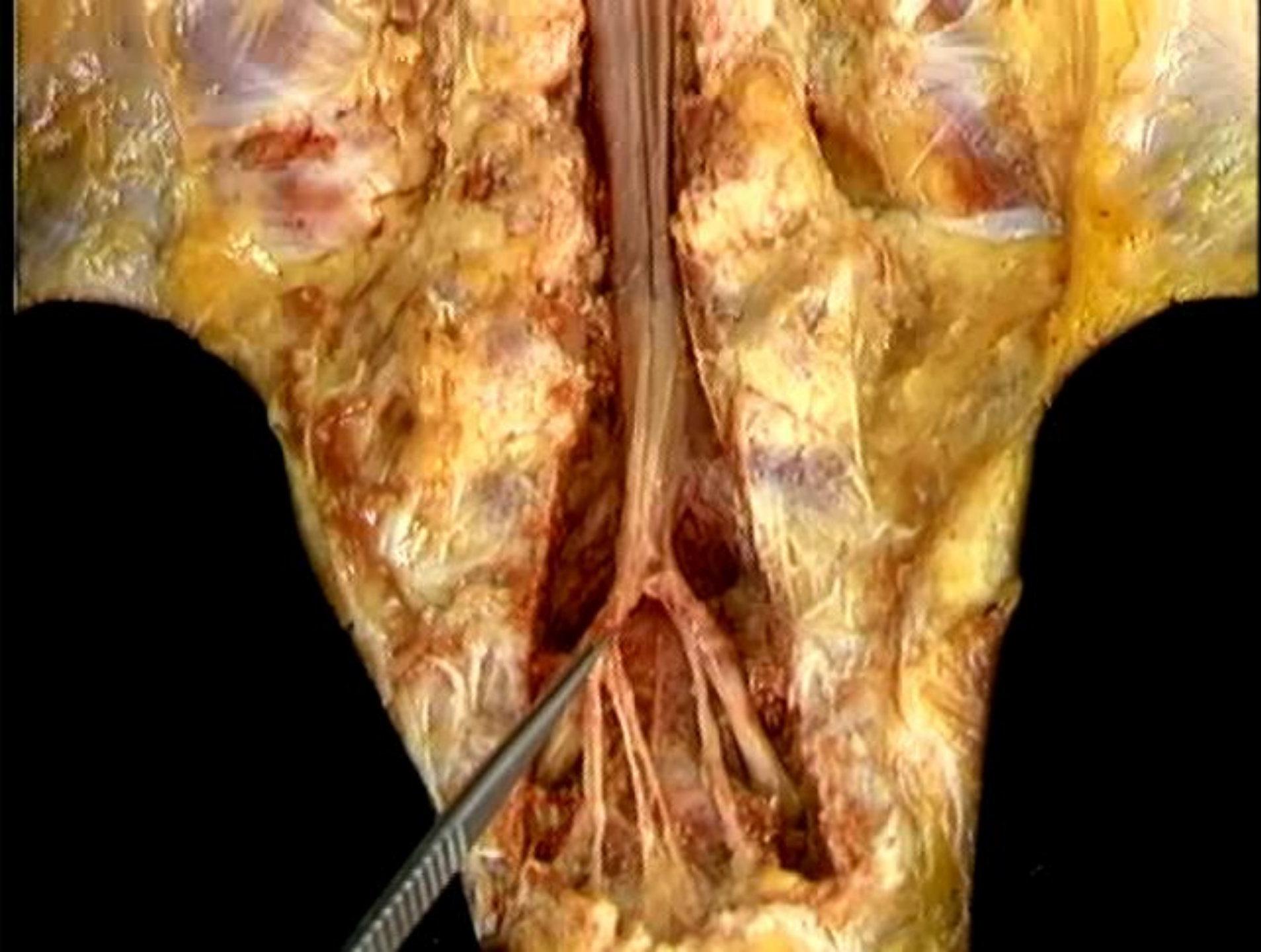





An anatomical dissection of the skull base, specifically the foramen magnum. A light blue probe is inserted into the foramen magnum, which is the large opening at the base of the skull through which the spinal cord passes. The surrounding structures include the occipital condyles, the occipital condyle, and the occipital condyle. The text "Foramen Magnum" is overlaid on the right side of the image.

Foramen
Magnum



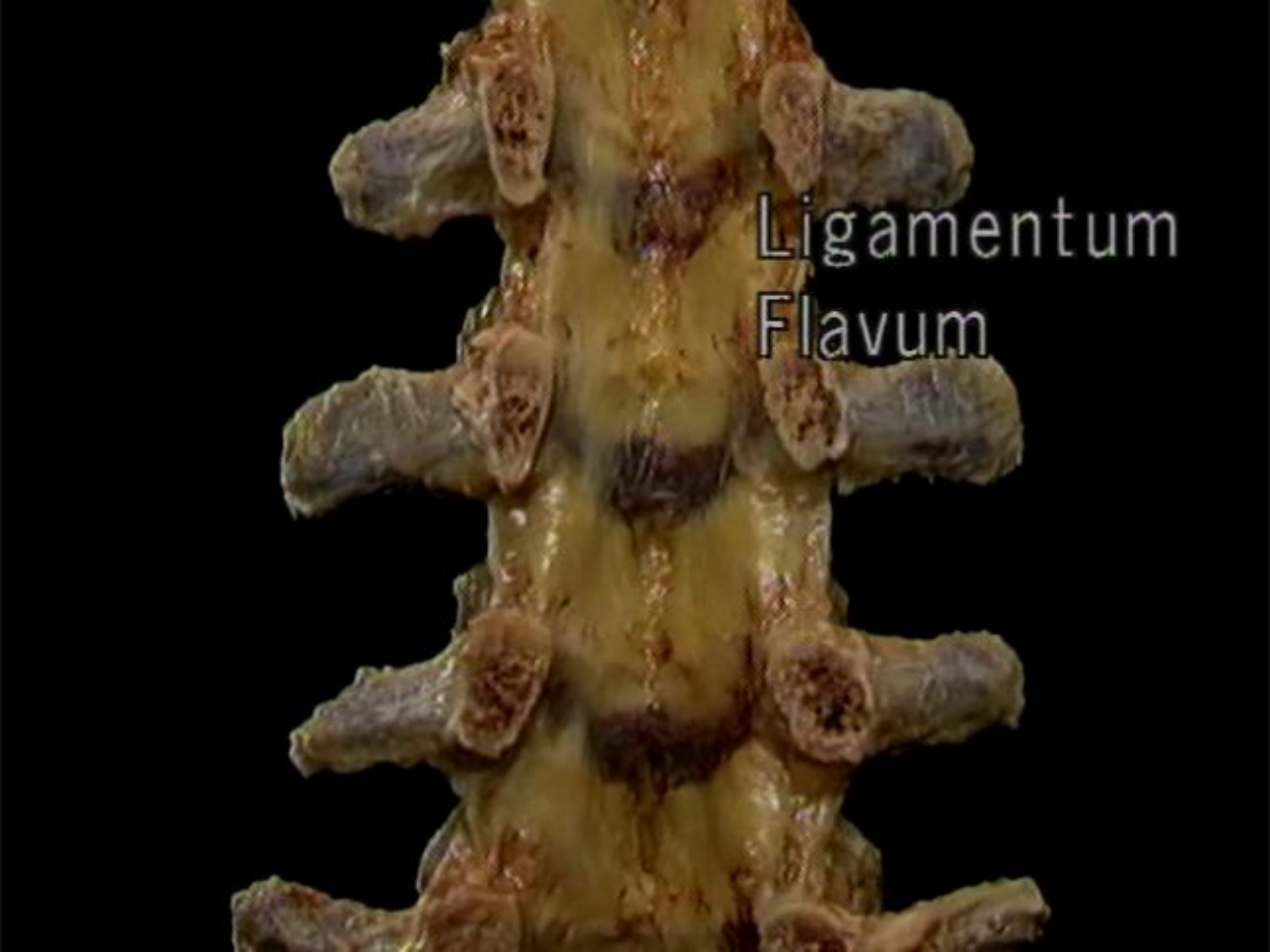


An anatomical specimen of a vertebral column, showing several vertebrae and their associated ligaments. The interspinous ligaments are highlighted, connecting the spinous processes of adjacent vertebrae. The text "Interspinous Ligaments" is overlaid on the image.

Interspinous
Ligaments

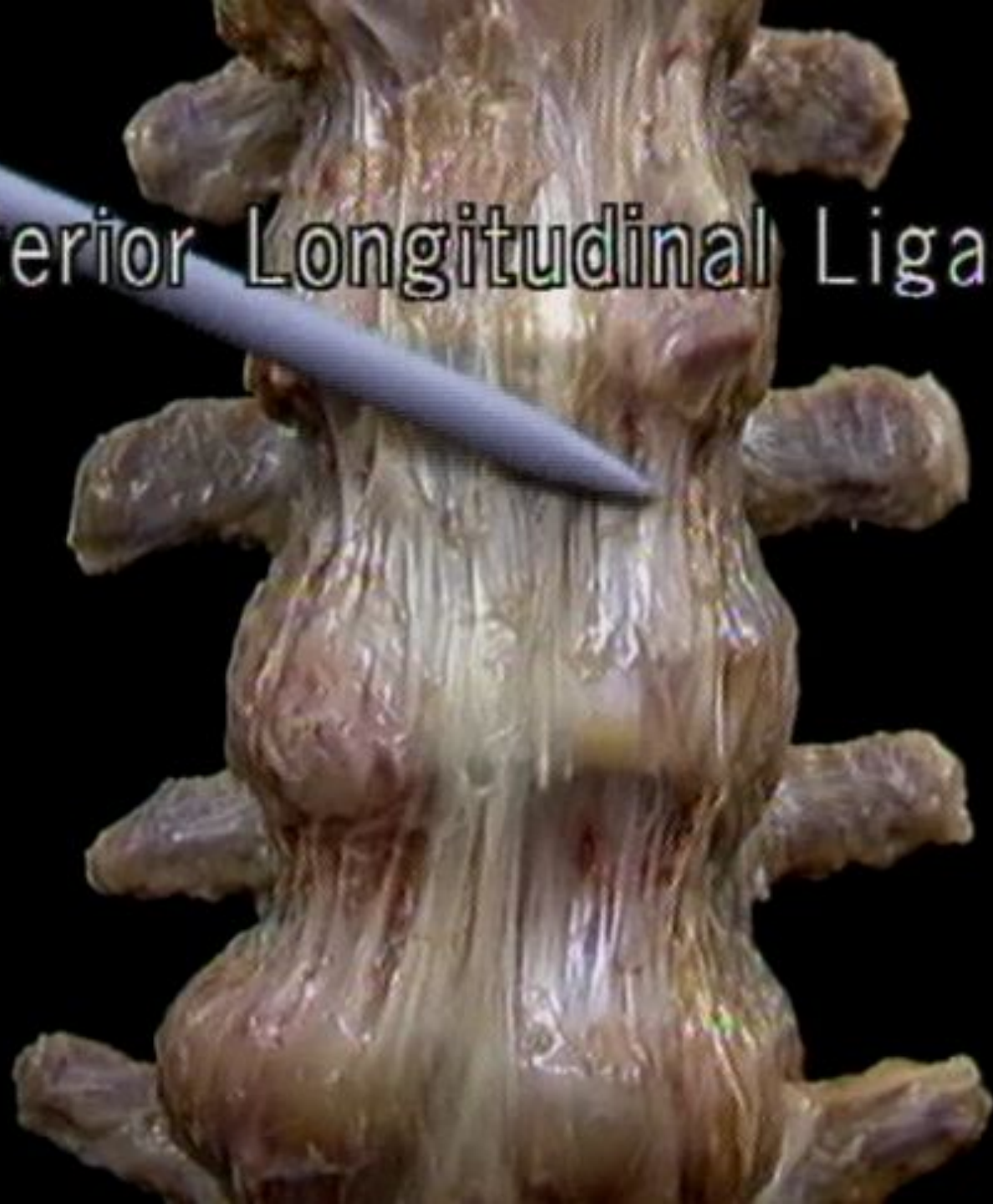
An anatomical specimen of a vertebral column, showing several vertebrae and intervertebral discs. A white pointer is pointing to the ligamentous structure connecting the spinous processes of adjacent vertebrae. The text "Supraspinous Ligament" is overlaid on the image.

Supraspinous
Ligament

An anatomical specimen of a vertebral column, viewed from the posterior. The vertebrae are arranged vertically, with the intervertebral discs and ligaments visible between them. The Ligamentum Flavum is highlighted in a yellowish color, running along the midline of the spine. The text "Ligamentum Flavum" is overlaid on the right side of the image.

Ligamentum
Flavum

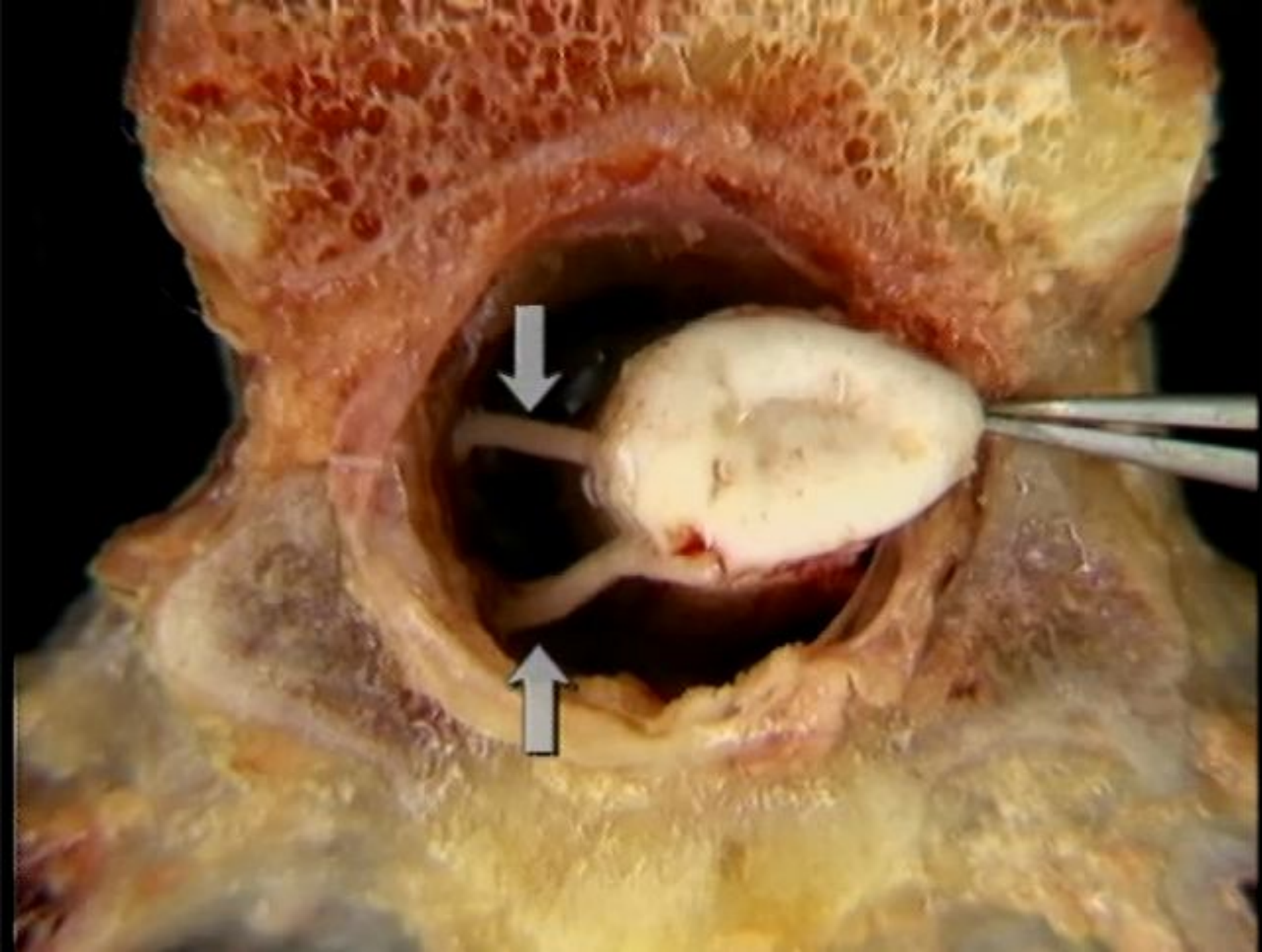
Anterior Longitudinal Ligament





Posterior Longitudinal Ligament



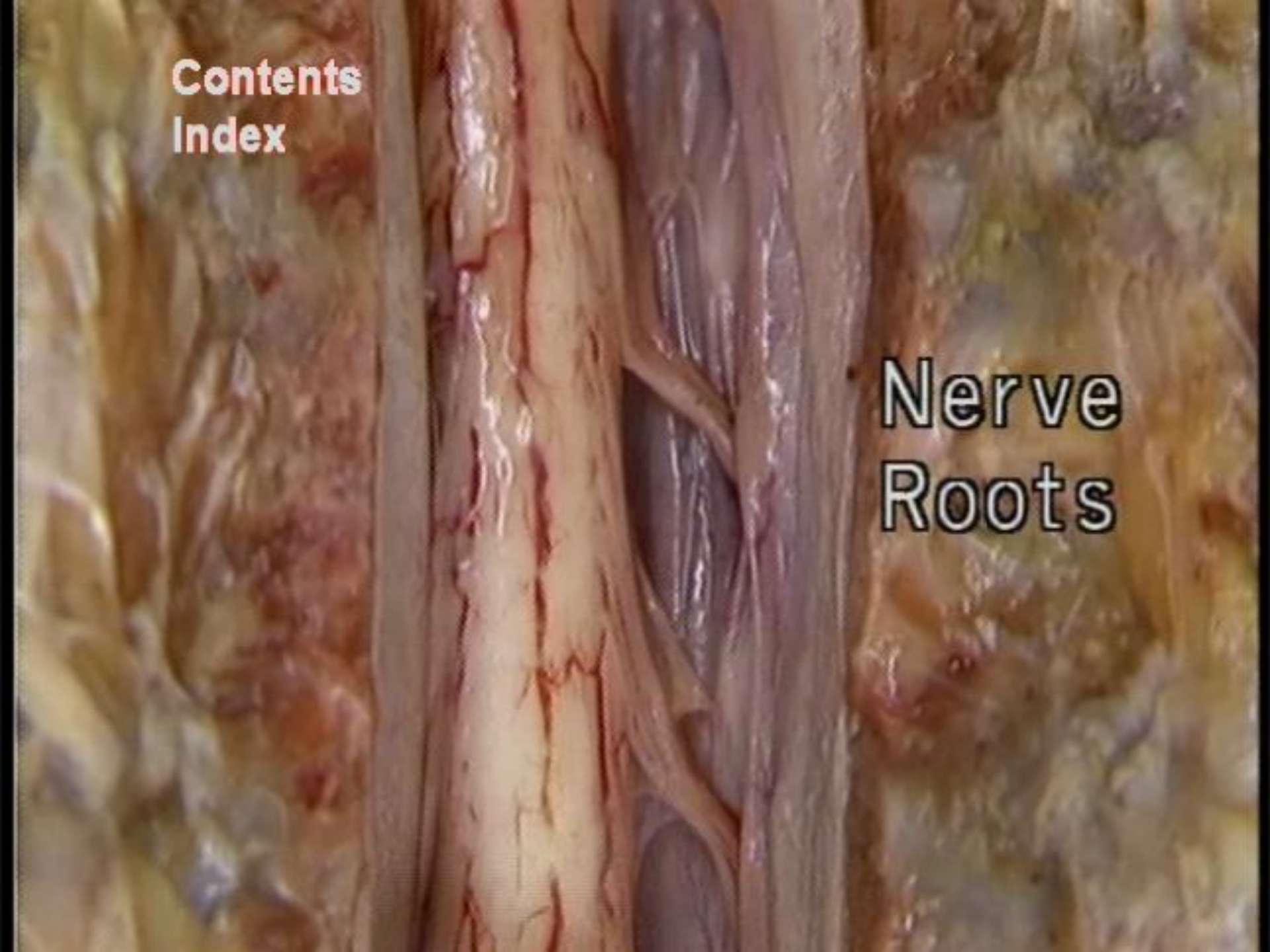


Arachnoid



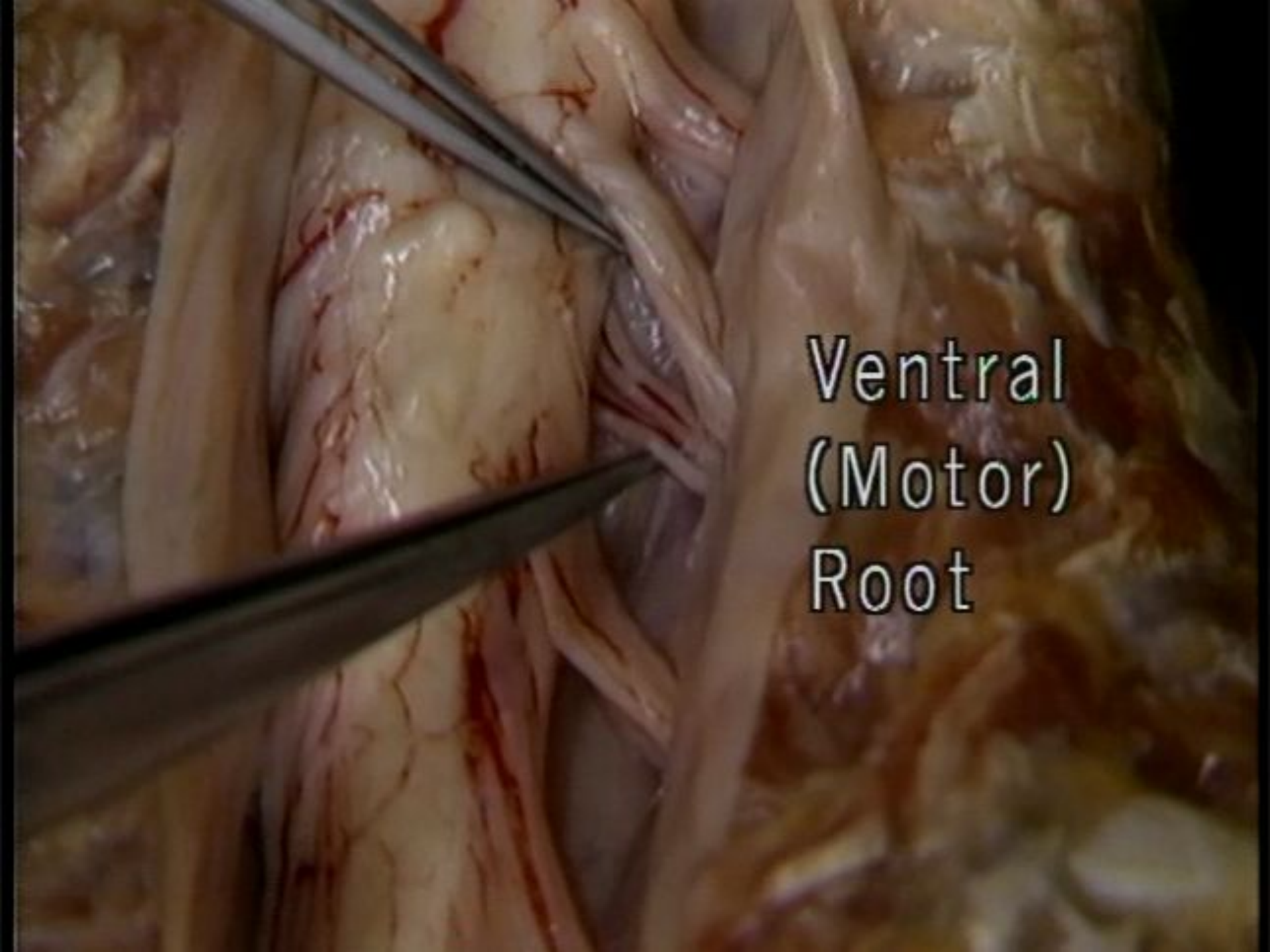
Contents
Index

Nerve
Roots



An anatomical dissection of a spinal nerve root. The image shows a large, pale, cylindrical structure, the dorsal root, being held by surgical forceps. The surrounding tissue is yellowish and fibrous. The text "Dorsal (Sensory) Root" is overlaid on the right side of the image.

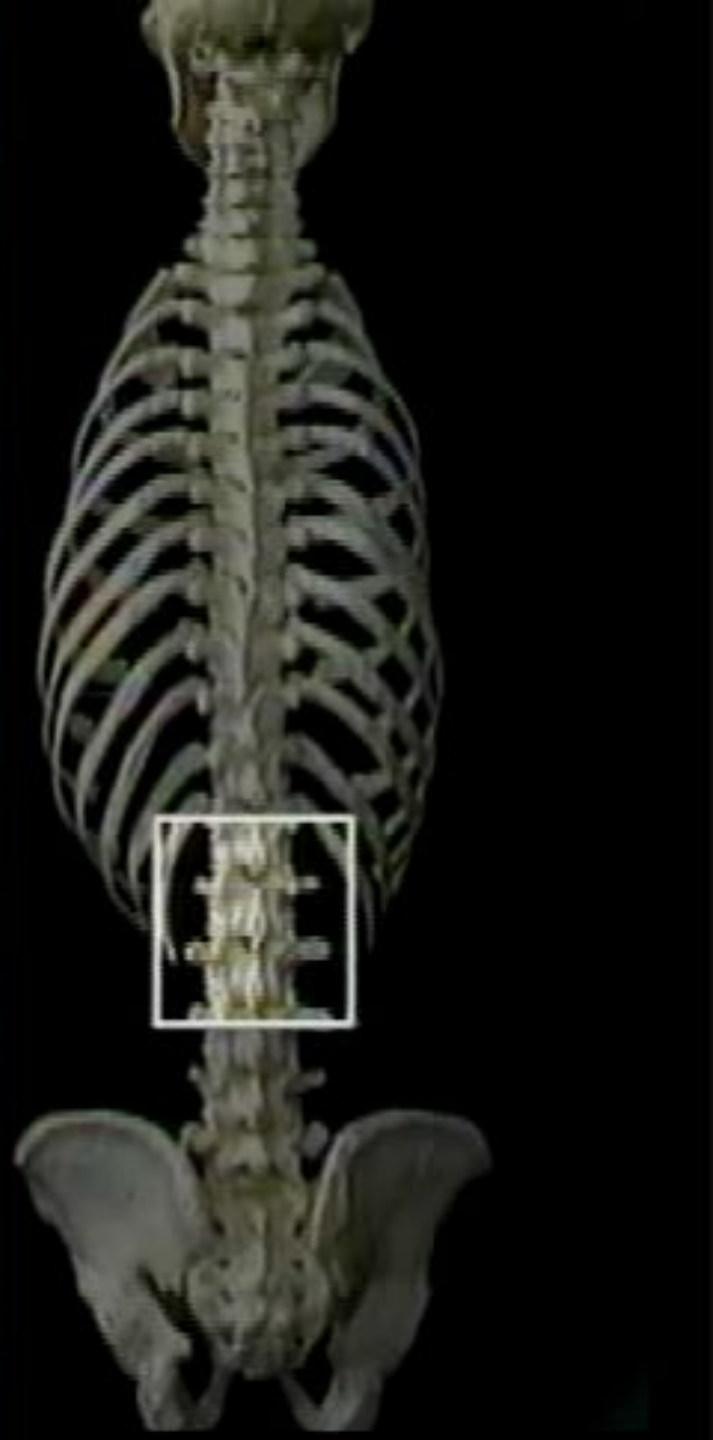
Dorsal
(Sensory)
Root

An anatomical dissection of a spinal nerve root. The image shows a large, pale, cylindrical structure, likely the ventral root, being held by surgical forceps. The surrounding tissue is yellowish and fibrous, with some red blood vessels visible. The text "Ventral (Motor) Root" is overlaid on the right side of the image.

Ventral
(Motor)
Root

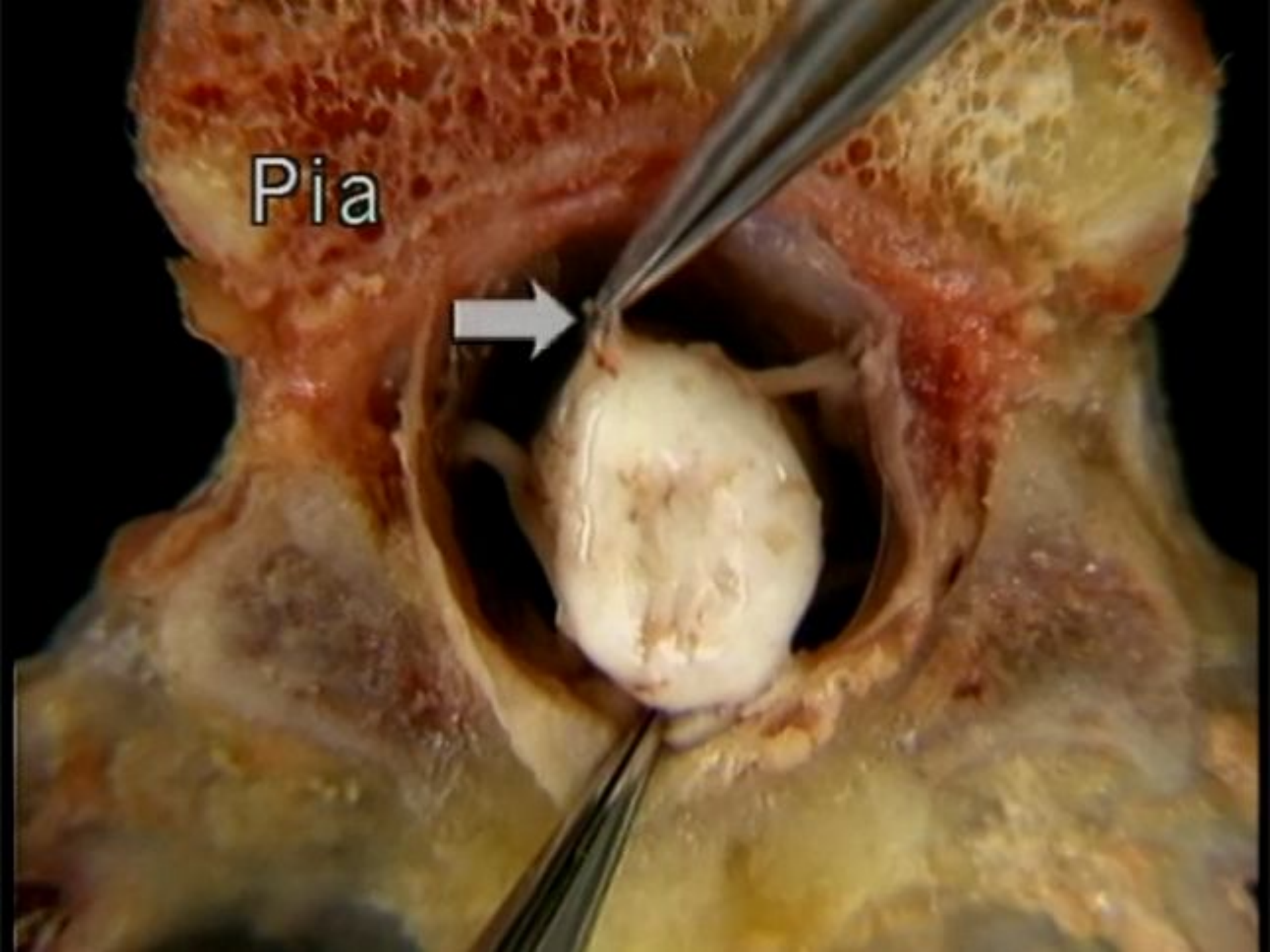








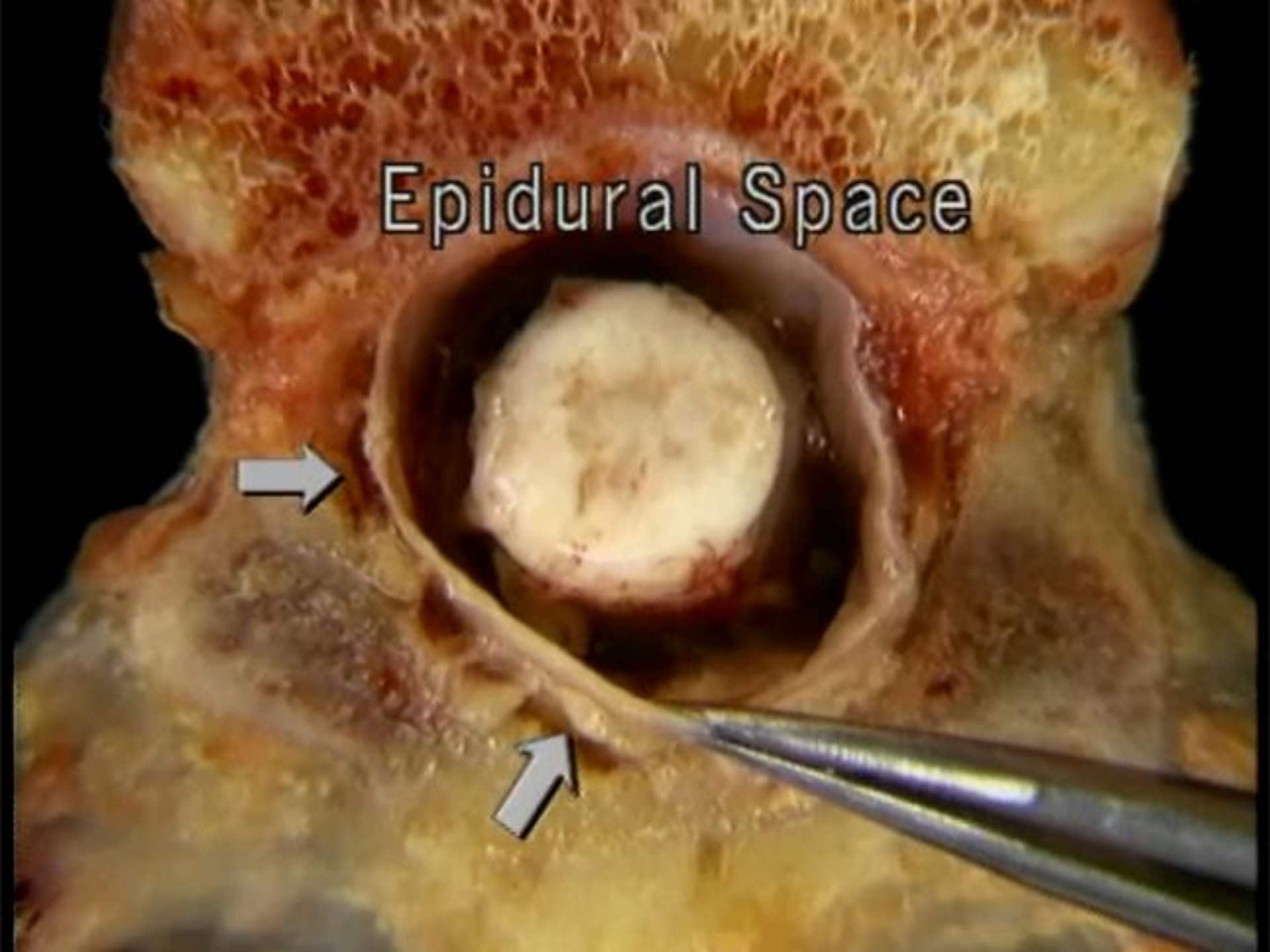
Pia



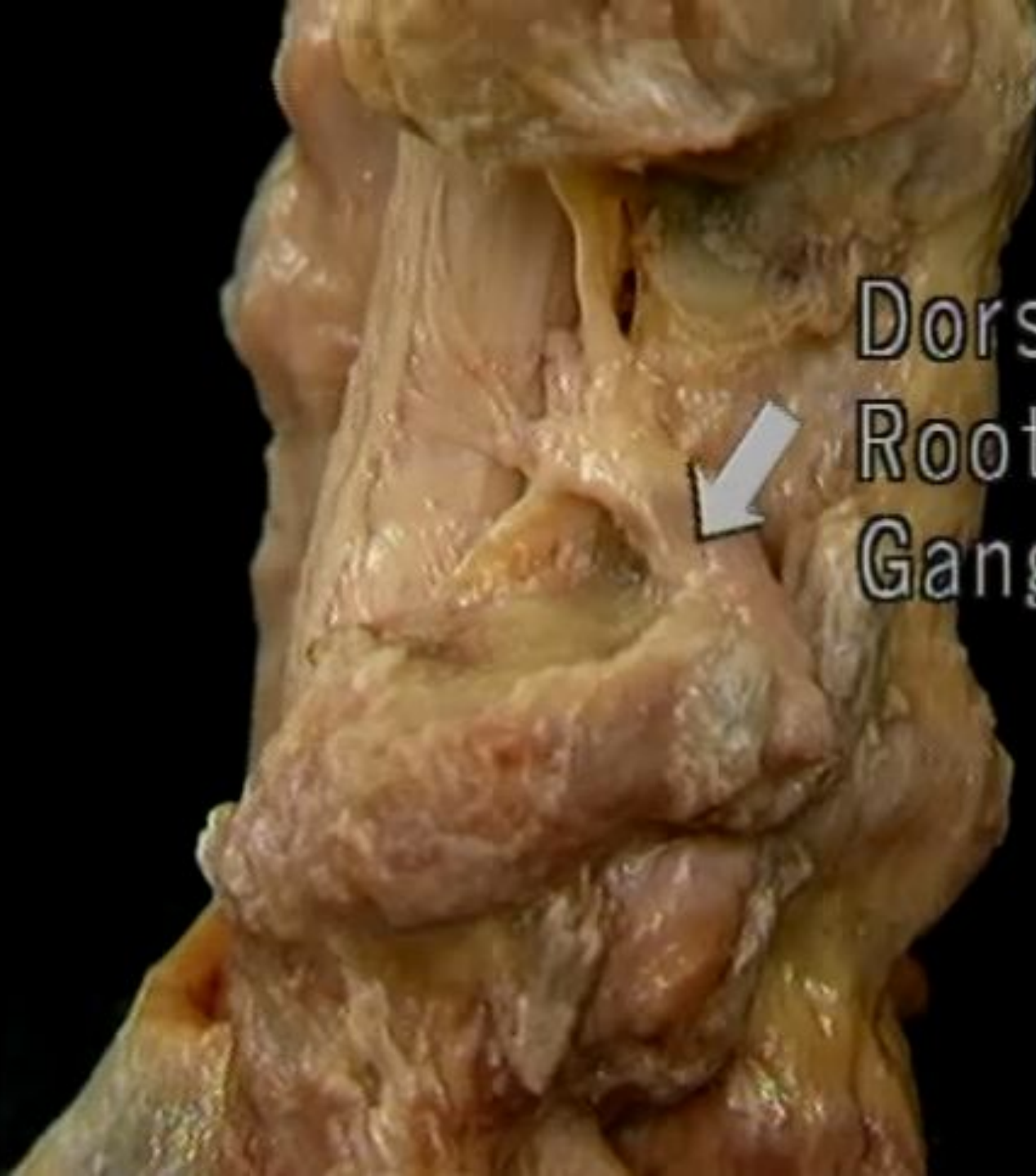
Sub-arachnoid Space



Epidural Space







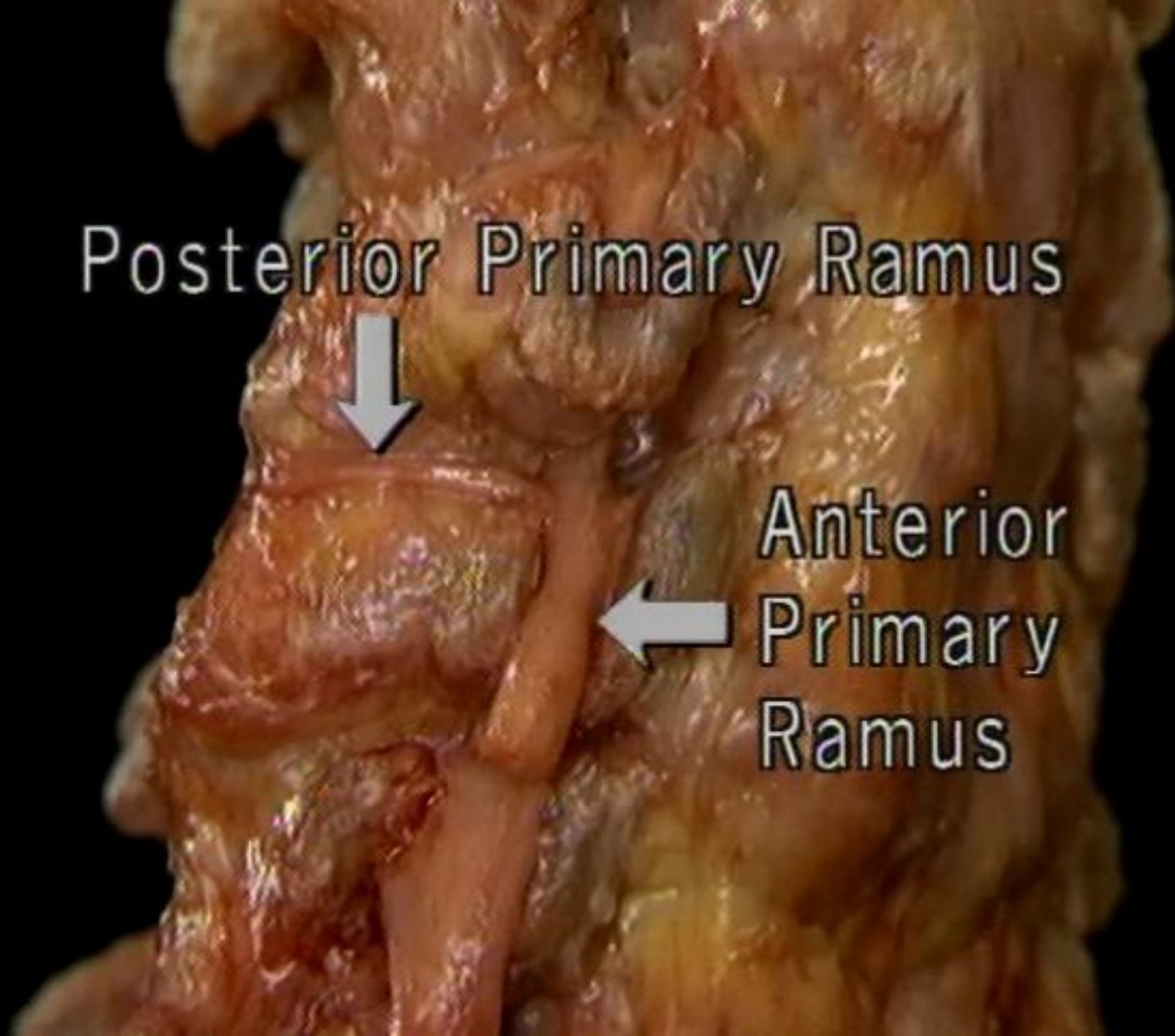
Dorsal
Root
Ganglion



Posterior Primary Ramus



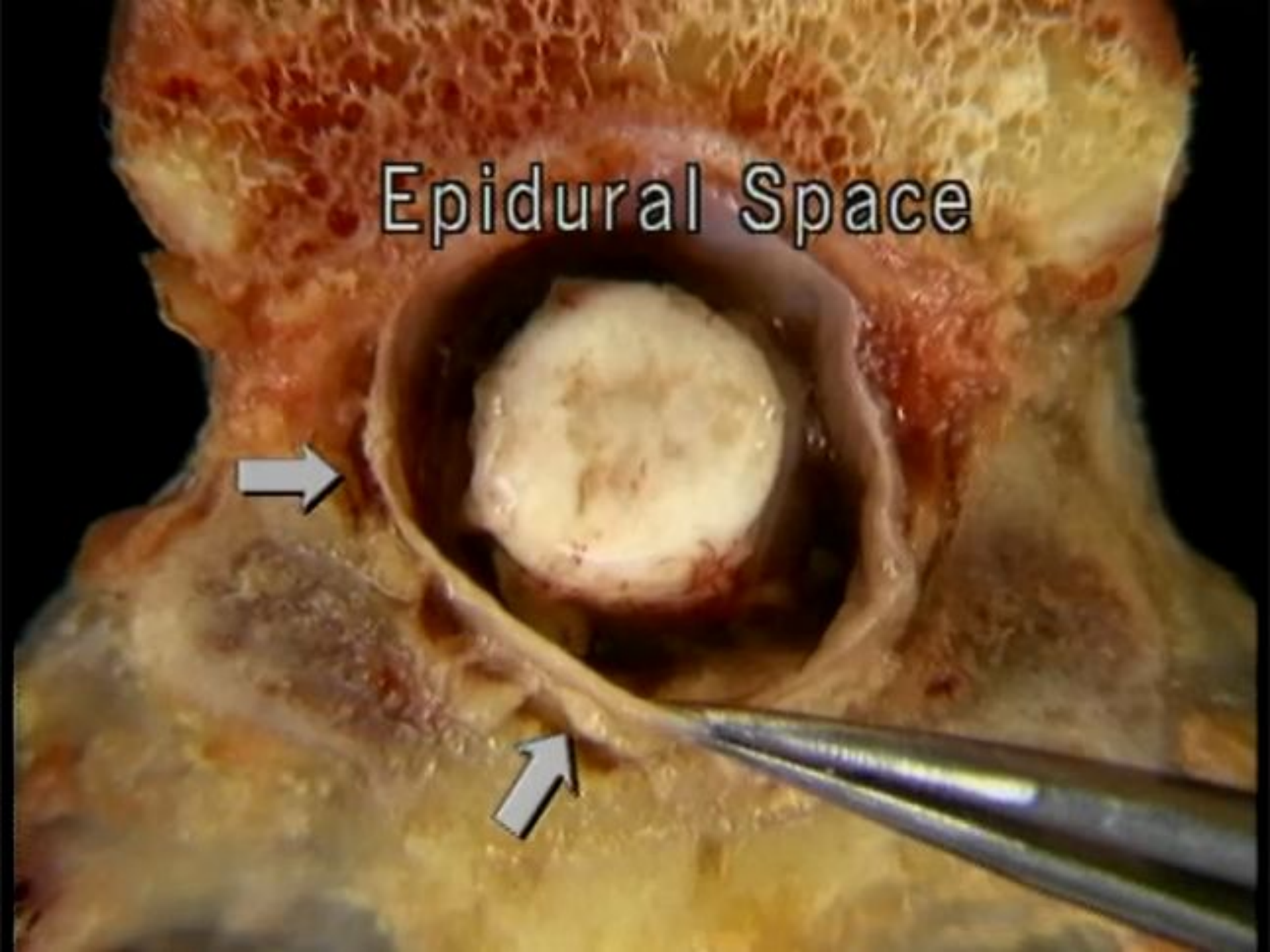
Anterior
Primary
Ramus

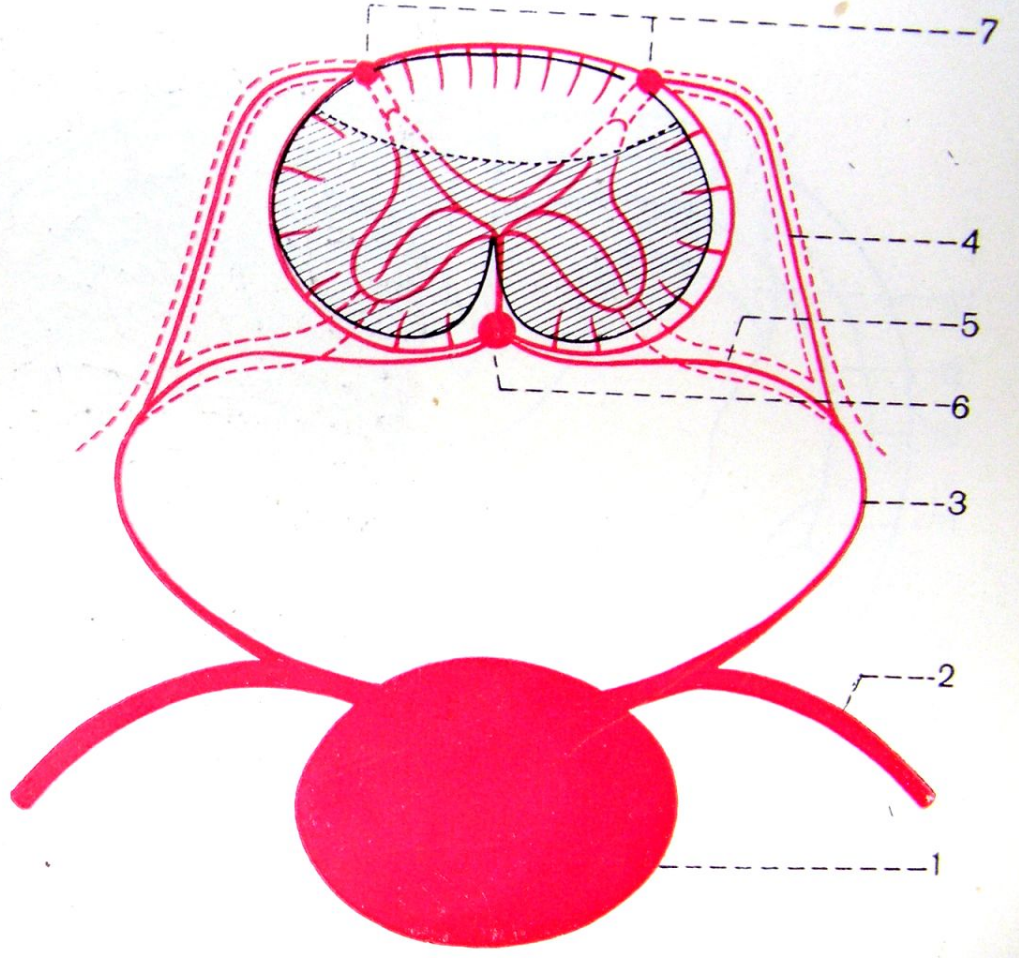
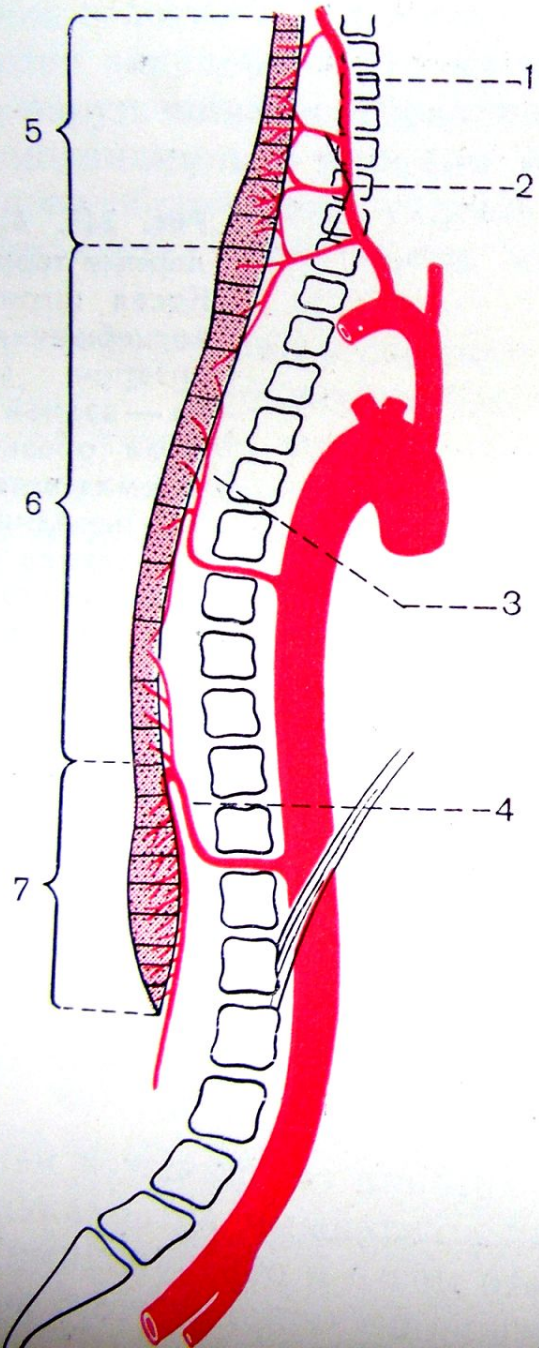


Венозный отток

- В вертикальном положении тела дополнительный венозный отток от вен позвоночного канала идет по эпидуральным венозным сплетениям в экстравертебральные вены через межпозвоночные отверстия.
- Венозный застой в районе конского хвоста начинается при локальной компрессии всего 10мм.рт.ст. периферические нервы более резистентны (200мм.рт.ст.)

Epidural Space





NB!!

- Зубчатая связка – нач от бок пов сп мозга пиа матер идет кнаружи во фронтальной плоскости к ТМО, соединяет передние и задние корешки интрадурально. Идет от затылка до L1-вывод!! – основные причины торзий ТМО здесь!!
- Дуральный сак крепится к надкостнице МП отверстия

Факты из практики

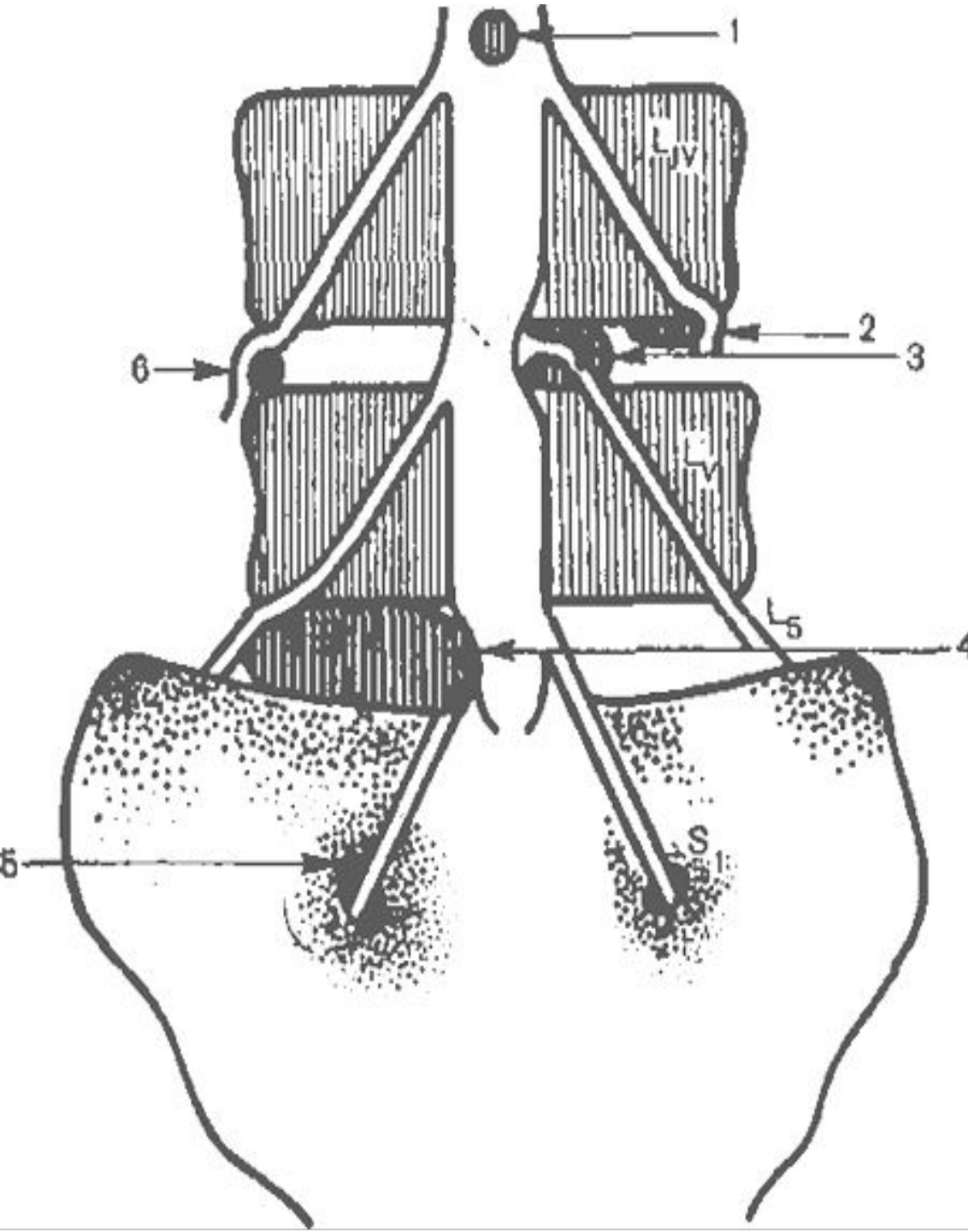
- Грыжа диска является одним из многих факторов заболевания;
- Время возникновения грыжи диска и клинических проявлений (люмбаго-люмбоишиальгия-корешковый синдром) могут быть разнесены на года;
- После клинического выздоровления грыжа диска остается в тех же размерах (по данным КТ и МРТ)
- Минус несколько мм по данным МРТ - за счет снижения отека а не размеров грыжи.

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА БОЛЕВОГО СИНДРОМА ПОЯСНИЧНО - КРЕСТЦОВОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ

МЕЖПОЗВОНКОВЫЙ ДИСК	МЕЖПОЗВОНКОВЫЕ СУСТАВЫ	КРЕСТЦОВО- ПОДВЗДОШНЫЙ СУСТАВ
<p>1. Начало острое либо подострое (прострел), максимум болевого синдрома в течение 1-3х суток</p>	<p>1. Хроническое ремитирующее течение, постепенное нарастание болевого синдрома за 1-2 недели</p>	<p>1. Хроническое прогрессивное течение. Возможно острое начало при травме по типу “оступился в яму”</p>
<p>2. Выраженный болевой синдром, усиление при кашле, чихании (с-м ликворного толчка), ночью, под утро (3-5 часов)</p>	<p>2. Умеренно выраженный болевой синдром, усиление боли в холодную сырую погоду, в начале движения (расходился – легче) - с-м утренней скованности</p>	<p>2. Чаще умеренно выраженный болевой синдром, усиление боли при ходьбе и прочих движениях, уменьшение в покое</p>

МЕЖПОЗВОНКОВЫЙ ДИСК	МЕЖПОЗВОНКОВЫЕ СУСТАВЫ	КРЕСТЦОВО-ПОДВЗДОШНЫЙ СУСТАВ
<p>3. Локализация боли – пояснично-крестцовая область по центру с иррадиацией в сторону, с присоединением радикулоишемии – по ходу соответствующего корешка</p>	<p>3. Локализация боли – пояснично-крестцовая область, с одной либо обеих сторон</p>	<p>3. Односторонняя пояснично-крестцовая локализация боли, возможна иррадиация в ягодицу, по наружной поверхности бедра до колена (как правило), реже – дистальнее, вплоть до стопы, диффузного х-ра, в отличие от корешкового синдрома – никогда не отдает в пальцы стопы</p>
<p>4. Резко положительный с-м Лассега</p>	<p>4. С-мы Лассега и ликворного толчка - отрицательные, либо слабо положительные</p>	<p>4. С-мы Лассега и ликворного толчка - отрицательные, либо слабо положительные. Возможен вариант так. наз. псевдолассега, за счет растяжения крестцово-бугорной связки</p>

МЕЖПОЗВОНКОВЫЙ ДИСК	МЕЖПОЗВОНКОВЫЕ СУСТАВЫ	КРЕСТЦОВО-ПОДВЗДОШНЫЙ СУСТАВ
<p>5. Признаки венозного стаза в позвоночном канале: резкое усиление болевого синдрома при переворачивании с боку на бок, прогревании поясницы, ночью в постели, особенно под утро (3-5 часов). Боль трудно купируемая</p>	<p>5. Отсутствие признаков венозного стаза в позвоночном канале. Тепло, массаж, анальгетики, как правило уменьшают боль</p>	<p>5. Отсутствие признаков венозного стаза в позвоночном канале. Тепло, массаж, анальгетики, как правило уменьшают боль</p>
<p>6. Тракция немного уменьшает боль (при условии отсутствия блокирования межпозвонковых суставов)</p>	<p>6. Пробы с наклонами вперед, назад и в стороны для определения стороны блокирования и коррекции</p>	<p>6. стандартные мануальные КПС тесты</p>



1 — срединная (медианная) грыжа диска, угрожающая конскому хвосту;

2 — сдавление L4 корешка заднебоковой грыжей диска L4-L5;

3 — сдавление L5 корешка парамедианной грыжей диска L4-L5;

4 — крупная грыжа слева, сдавливающая парамедианно корешок S1 и латерально (фораминально) — корешок L5;

5 — корешок S1 у входа в первое крестцовое отверстие;

6 — сдавление корешка L4 латеральной (фораминальной) грыжей.

Правила венозного блокирования МП отверстия

- Парамедианная грыжа –
гомолатеральное МП отверстие
каудальнее уровня грыжи
- Заднебоковая грыжа – гомолатеральное
МП отверстие на уровне грыжи
- Фораминальная грыжа –
соответствующее МП отверстие

начало заболевания

- Болела поясница, долго, потом боль перешла на ногу – как правило диск L4-L5
- Заболела поясница-крестец, а потом за день-два боль перешла на ногу - диск L5- S1
- Сразу сильно заболела нога (+неврологический дефицит) – фораминальная грыжа