

# **Захворювання периферичної нервової системи.**

# Периферична нервова система

- ▶ задні і передні корінці спинного мозку,
- ▶ міжхребетні спінальні ганглії,
- ▶ спинномозкові нерви, їх сплетіння,
- ▶ периферичні нерви, а також корінці і ганглії черепних нервів і черепні нерви та їх ядра.

# Класифікації:

I. За топографо-анатомічним принципом:

- **радикуліти** (запалення корінців);
- **фунікуліти** (запалення канатиків)
- **плексити** (запалення сплетінь);
- **мононеврити** (запалення периферичних нервів);
- **поліневрити** (множинне запалення периферичних нервів);



## II. По патогенезу та патоморфології захворювання периферичної нервової системи поділяються на..

- Неврити (радикуліти) - запалення периферичних нервів і корінців.
- Невропатії (поліневропатії) - дистрофічні зміни периферичної нервової системи. Судинні, алергічні, токсичні, метаболічні ураження периферичної нервової системи, а також пошкодження, зумовлені впливом різних фізичних факторів - механічних, температурних, радіаційних.
- Невралгія - це захворювання характеризується спонтанними пароксизмами нестерпних болів в зоні іннервації певних нервів. У проміжках між нападами ні суб'єктивних, ні об'єктивних симптомів роздратування або випадання функцій ураженого нерва не відзначається.

# ТРИЙЧАСТИЙ НЕРВ (V п.)

По функції змішаний, має:

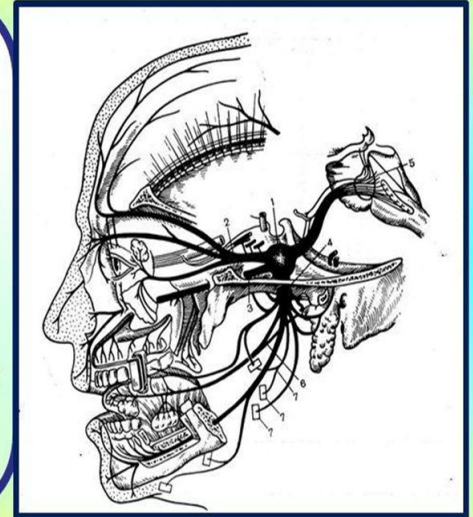
- Чутливі;
- Рухові нервові волокна.

Має **3** гілочки:

- I. Очний нерв (чутливий);
- II. Верхньощелепний (чутливий);
- III. Нижньощелепний нерв (чутливий, руховий).

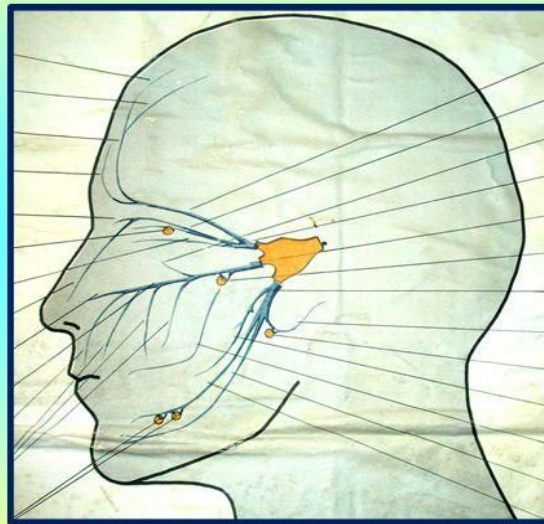
## Схематическое строение тройничного нерва

1. Тройничный узел
2. Глазной нерв
3. Верхнечелюстной нерв
4. Нижнечелюстной нерв
5. Дно IV желудочка
6. Язычный нерв
7. Нервы к жевательным мышцам



**Функція** – змішаний нерв. Забезпечує чутливу іннервацію шкіри обличчя, слизової лобних, решітчастих, гайморових порожнин та порожнини рота, твердої мозкової оболонки. Рухова функція нерва полягає в забезпеченні діяльності жувальної мускулатури.

### Зоны чувствительных расстройств при поражении основных ветвей тройничного нерва



# Невралгія трійчастого нерва. (Больовий тик Труссо)

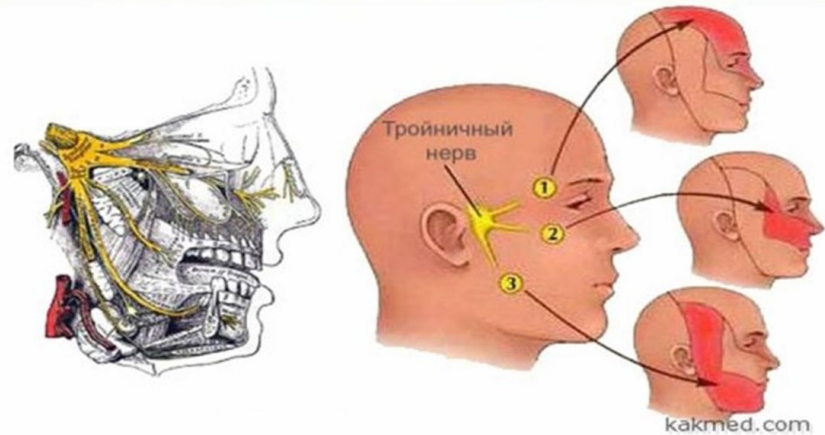
## Класифікація:

I. Первинна або есенціальна  
(власне) невралгія  
трійчастого нерва.

I. Симптоматичні  
тригемінальні біль.

Хворіють люди похилого  
віку (після **40** років) і  
частіше жінки.

\* НЕВРАЛГИЯ - РАССТРОЙСТВА  
ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ ПЕРИФЕРИЧЕСКИХ НЕРВОВ,  
КОТОРОЕ СОПРОВОЖДАЕТСЯ БОЛЕВЫМИ  
ПРИСТУПАМИ В ЗОНЕ ИННЕРВАЦИИ.



## Етіологія.

мультифакторіальне захворювання

- загальні інфекції,
- хронічні місцеві інфекції (гайморит, захворювання зубів, верхньої та нижньої щелепи)
- атеросклероз судин з порушенням васкуляризації низхідного корінця трійчастого нерва,
- патологічного прикусу, вузькості кісткових каналів та ін.)
- Тунельний синдром, компресійне походженням трігемінальних невралгій.



**Патогенез** невралгії трійчастого нерва до кінця не вивчений.



- 1. сужение костных отверстий
- 2. нарушение циркуляции желудочковой жидкости головного мозга в результате арахноидита
- 3. молекулярные и коллоидные изменения в нервном волокне
- 4. изменения жевательного аппарата , приводящие к нарушению прикуса
- 5. аллергически-воспалительная реакция в ветвях нерва в результате инфекции или переохлаждения

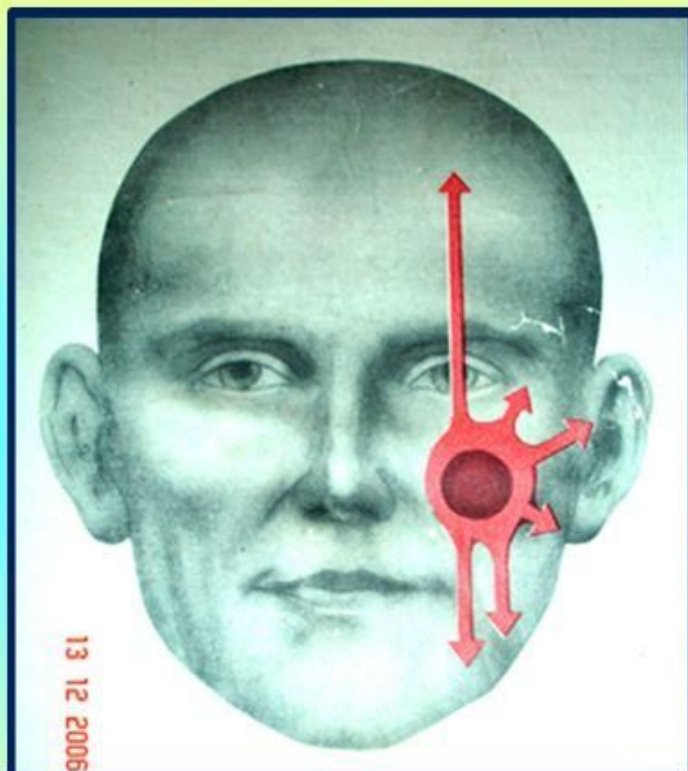
\* **Причины развития невралгии:**



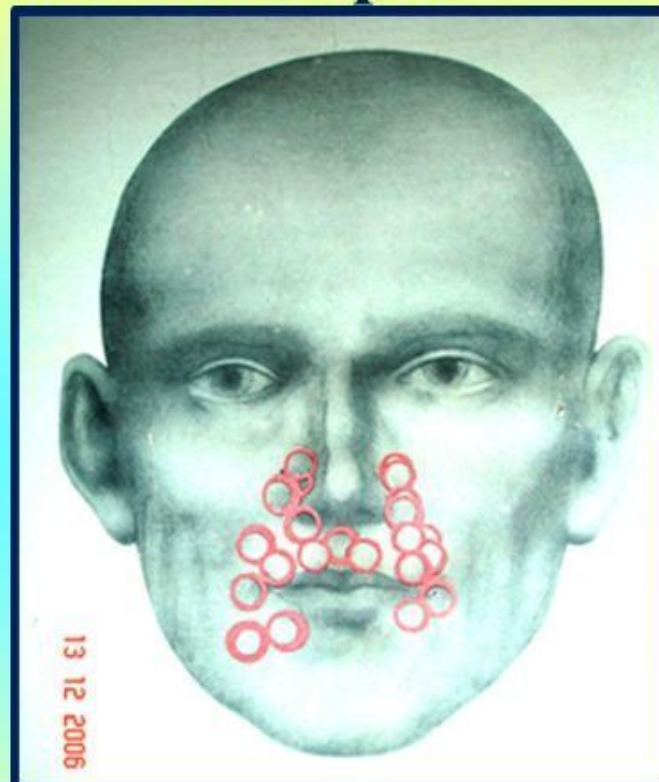
# Невралгии



# Основные клинические проявления невралгии тройничного нерва



Область распространения  
боли «стреляющего»  
характера



Наиболее частая локализация  
триггерных зон на лице

# Основные клинические проявления невралгии тройничного нерва



1. Начало болевого приступа
2. Замирание во время приступа
3. Растирание триггерной зоны при затухании приступа

# Лікування невралгії трійчастого нерва

- I. Медикаментозна терапія. Протиконвульсивні засоби: (фінлепсін, нозіпам, карбамазепін, піктолепсін, тріметін.
- II. *Хороший ефект дає голкорексфлексотерапія.*
- III. Застосовуються також і **блокади 0,5%** розчином новокаїну окремих гілок трійчастого нерва в каналах виходу на обличчя з лікувальної та діагностичною метою.
- IV. **Алкоголізація** тих же гілок трійчастого нерва **70%** спиртом (алкоголізація Гассера вузла), спрямована гидротермическая деструкція чутливого тригеминального корінця (автор Л. Я. Лівшиць).
- V. *Нейротомія* корінця трійчастого нерва в мосто-мозжечковом кутку вище Гассера вузла.
- VI. *Стереотоксическая деструкція* низхідного корінця трійчастого нерва в довгастому мозку.



# \* **КОНСЕРВАТИВНАЯ ТЕРАПИЯ:**

**Физические:** дарсонвализация, флюктуаризация, электрофорез и т.д.



**Лекарственные:** седативные средства: седуксен, мепробамат; витаминотерапия: В1, В2, никотиновая кислота; противоэпилептические: тегретол.

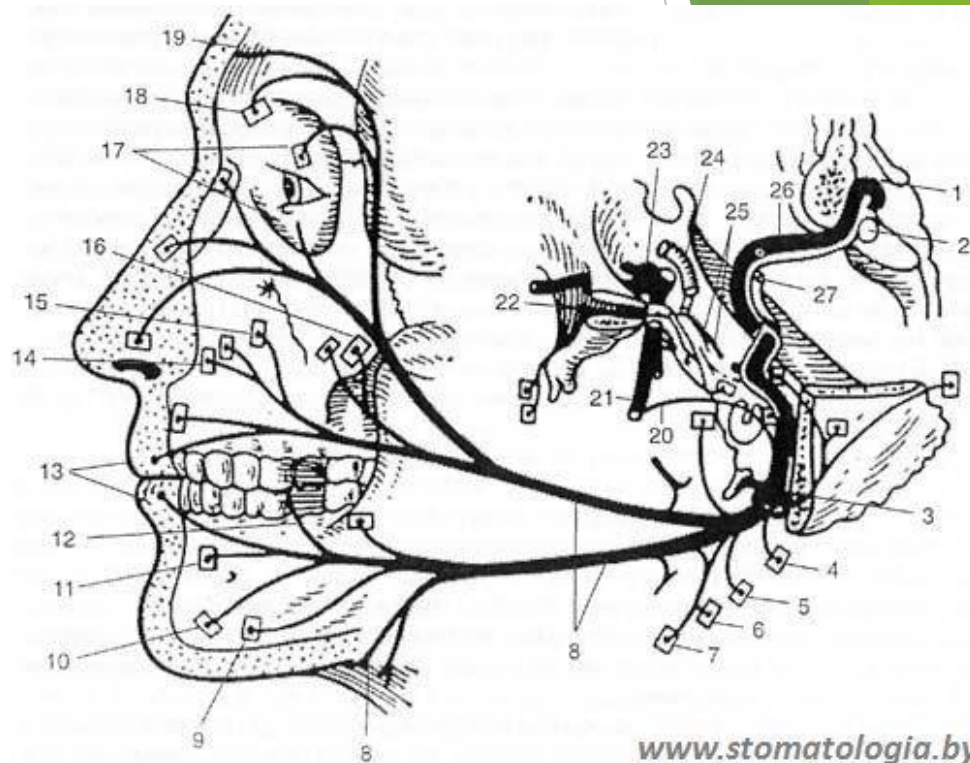
**Местные блокады:** 0,5% или 1% раствора анестетика 5 мл 2-3 раза в неделю. Курс 15-20 инъекций.



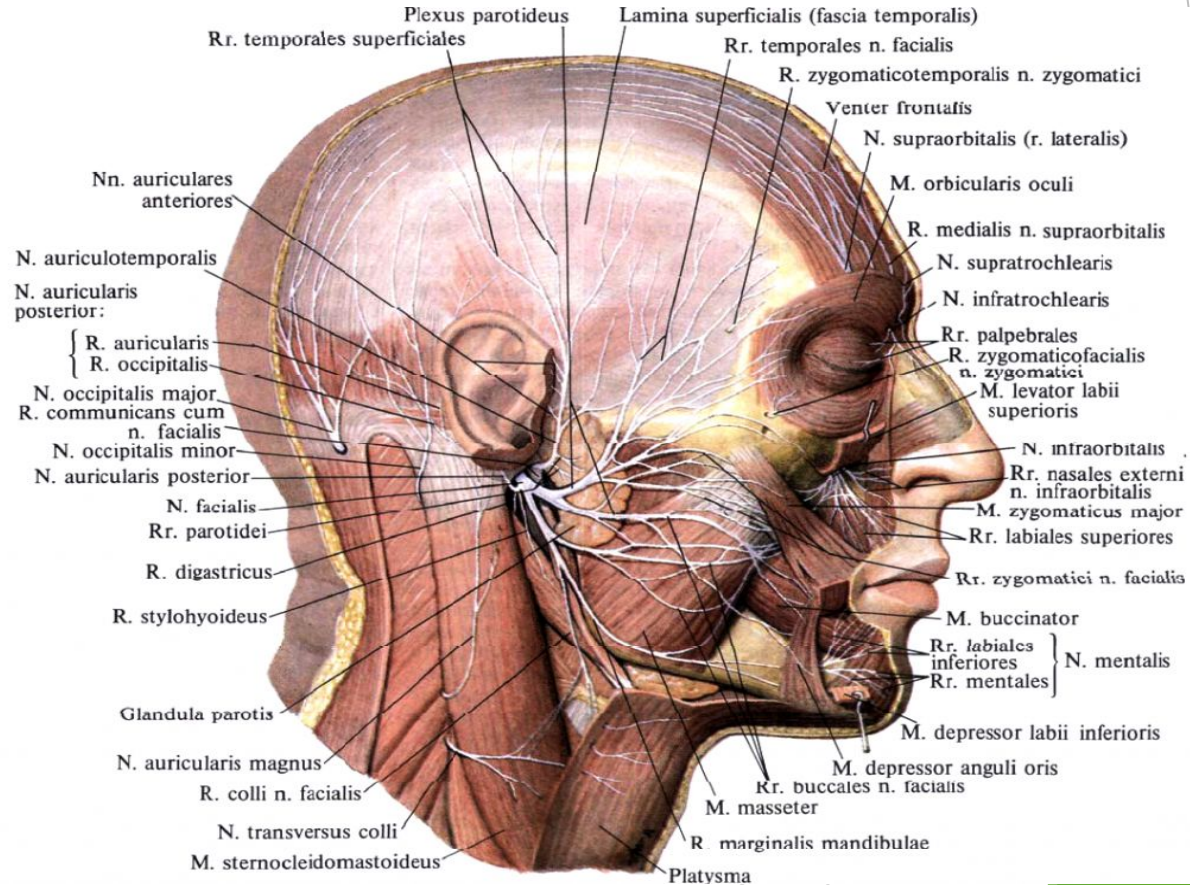
# ЛИЦЕВИЙ НЕРВ (VII п.)

Функція – руховий нерв,  
інервує м'язи  
обличчя.

В складі його йдуть  
чутливі та парасимпатичні  
волокна, які забезпечують  
смакову інервацію передніх  
**2\3** язика, сльозовиділення  
та слиновиділення.



**Анатомія.** Рухове ядро розміщене на дні ромбовідної ямки. Кірінець нерва виходить в мосто - мозжечковому куті, далі потрапляє через внутрішній слуховий прохід в пірамідку скроневої кістки. Тут нерв залишають чутливі та парасимпатичні волокна, що приєднуються до нього при виході із стовбура мозку. Порожнину черепа лицевий нерв покидає через штлососкоподібний отвір



# Неврит лицьового нерва (параліч Белла)

## Класифікація **невритів**

- первинні запалення (інфекційно – алергичний характер)
- вторинні запальні ураження (отогенного та іншого генезу)

**невропатії** лицьового нерва - компресійно-ішемічного генезу.





# Методика дослідження лицьового нерва:

1. Оцінка симетричності обличчя в спокої (ширина очних щілин, симетричність шкірних складок, куточків рота.)

2. Просяють хворого

- наморщити лоб
- Насупити брови
- Міцно закрити очі
- Надути щоки
- Усміхнутися



1. Оцінка стану кон'юнктиви на стороні ураження (сухість, підвищена секреція сльози.)

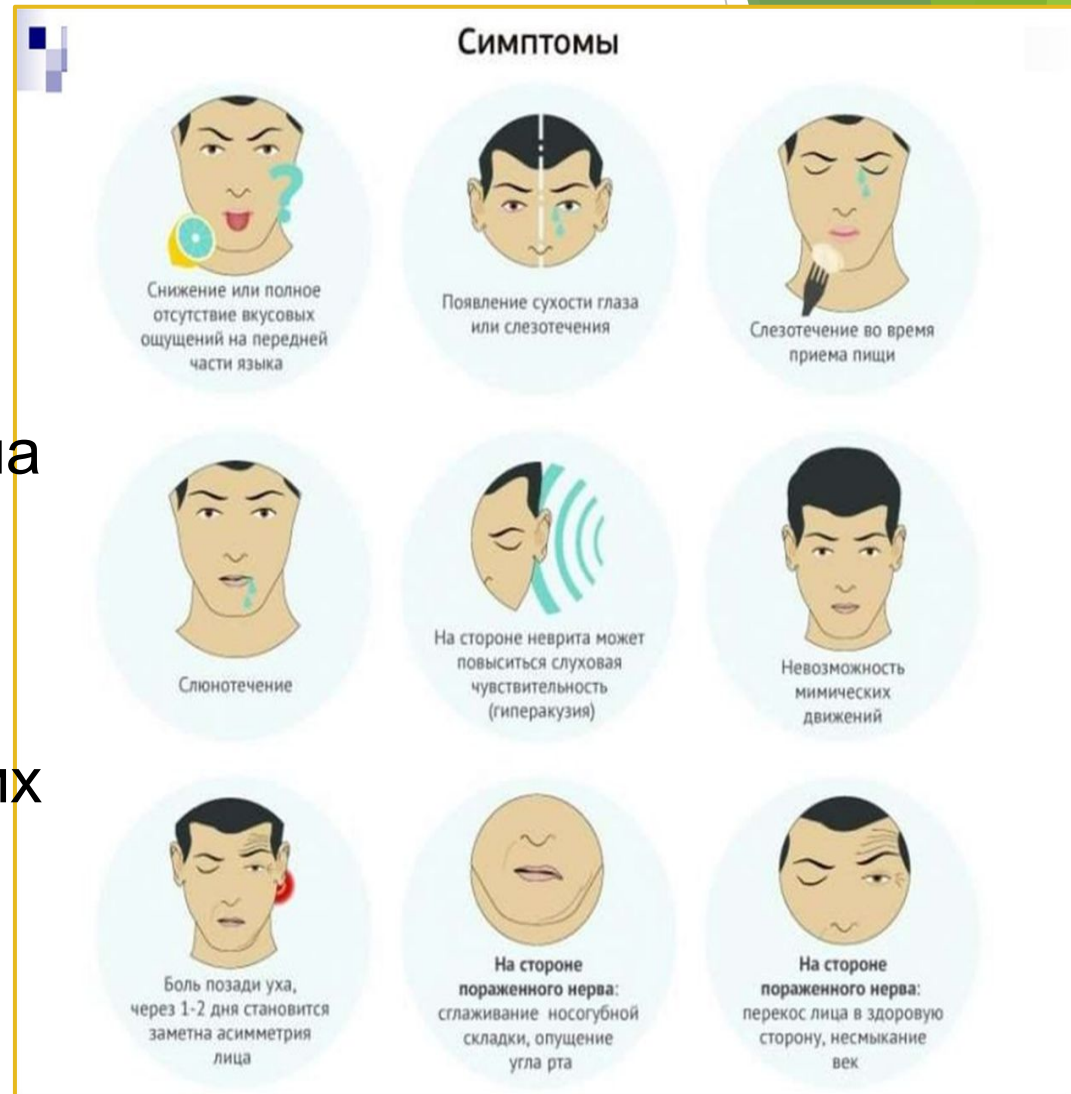
2. Смакова чутливість на передній 2\3 язика.

3. Порівняння гостроти та сприймання звуків.

# Клініка невриту (невропатії) лицьового нерва.

## Скарги хворого:

- Перекошеність обличчя
- Сухість ока чи навпаки слезотеча
- Неадекватне підвищення сприйняття звуків
- Зниження смакових відчуттів



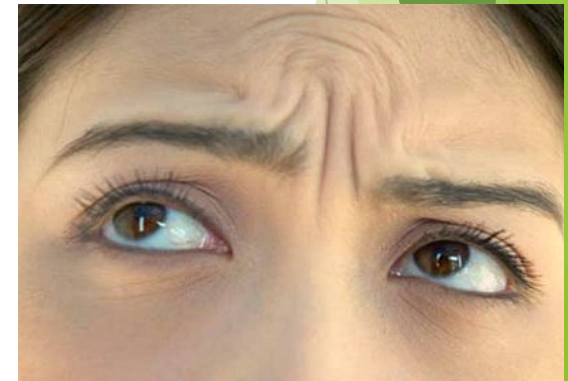
Прогноз. **(80-95%)** закінчуються повним відновленням функцій мімічних м'язів. Прогноз залежить від етіології захворювання і характеру змін лицьового нерва.

### Діагностика ураження лицьового нерва:

етіологію первинних невритів діагностувати важко (необхідно проводити вірусологічні та імунологічні дослідження)

Поразка лицьового нерва може виникати при пухлинах, енцефалітах, судинних захворюваннях в області стовбура мозку.

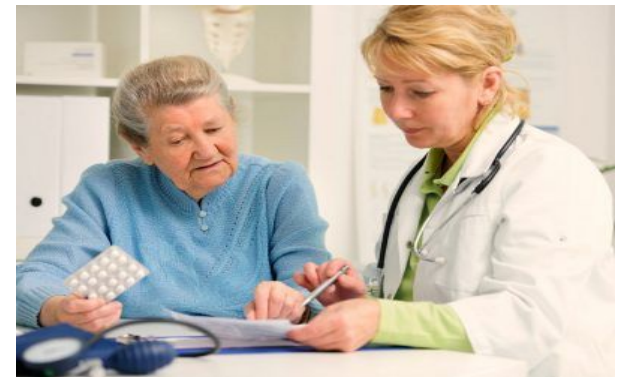
При поліневритах (полирадикулоневрита) поразка лицьового нерва, як правило, буває двостороннім.



# Лікування невриту лицьового нерву

## Медикаментозна терапія:

- Сечогінні
- Стероїдні протизапальні препарати
- Нестероїдні протизапальні препарати
- Протівірусні препарати
- Спазмолітині препарати
- Нейротропні препарати
- Вітаміни
- Антихолінестеразні препарати



# Лікування невриту відновний період.

Проведення фізіопроцедур.

Через тиждень після початку запалення  
лицьового нерва, можна проводити

- фізіопроцедури:
  - УВЧ слаботеплової інтенсивності;
  - УФ опромінення особи;
  - дециметрова терапія;
  - електрофорез;
  - диадинамотерапія;
  - парафінові і озокеритові аплікації;
- лікувальна фізкультура (ЛФК);
- масаж.



# Герпес – зостерний гангліоніт (оперізуєчий лишай)

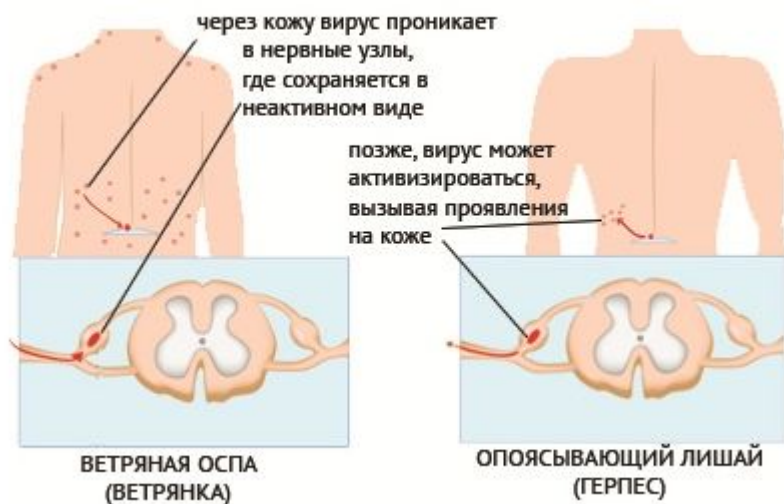
**Збудник** – вірус вітряної віспи (герпес – зостер), який викликає запалення чутливих гангліїв ЧМН, міжхрепцевих гангліїв, що виявляється нестерпним болем в уражених сегментах (дерматомах) і шкірними висипаннями в зоні їх іннервації.



# Оперізу́ючий ГЕРПЕС



## Развитие опоясывающего герпеса (лишай)



# Лікування:

В перші дні захворювання:

- Протівірусні препарати (віролекс, ацикловір)
- Похідні інтерферону (реоферон, циклоферон)
- Анальгетики (анальгін, солпадеїн)
- Антигістамінні препарати( супрастин, піпольфен)

Місцева терапія (змазування висипань розчином діамантового зеленого.



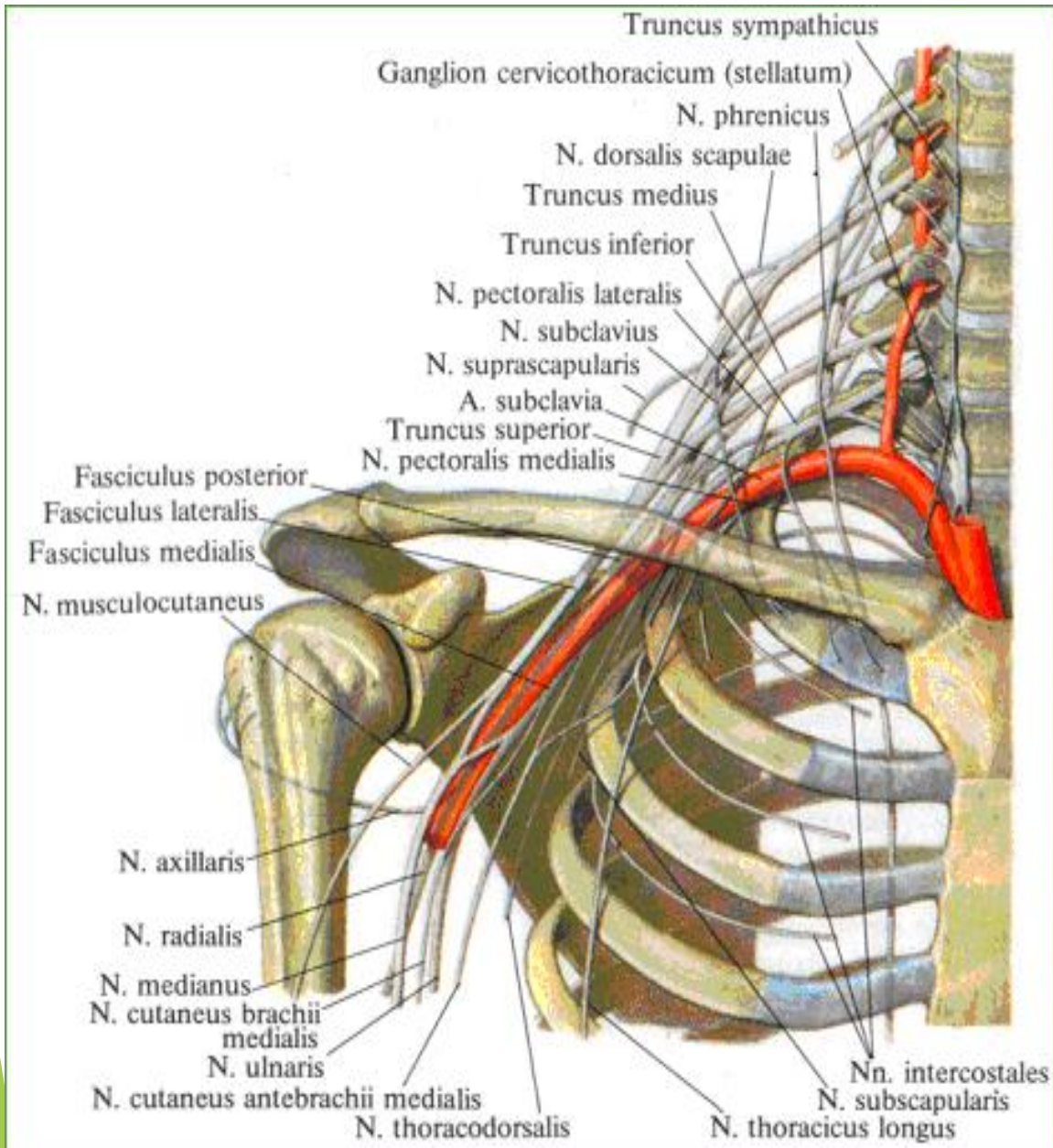
# ПЛЕКСИТ,- ПАТІЯ - ураження нервового сплетіння

## Плексопатія (Плексити):

- Вялий парез;
- Порушення чутливості;
- Вегетативні порушення.

Частіше плексити плечового і попереково-крижового сплетень.

# ПЛЕЧОВА ПЛЕКСОПАТІЯ



Гілки **C4 – Th1** утворюють плечове сплетення, з якого виходять гілки, що іннервують плечовий пояс і руку. Найбільші з них :  
серединний,  
ліктьовий,  
променевий.

# ПЛЕЧОВА ПЛЕКСОПАТІЯ

## ПРИЧИНИ:

- Травми; Переломи ключиці;
- Операції на органах грудної клітки;
- Родова травма (акушерський парез);
- Промненевому лікуванню пухлин;
- Здавлення пухлиною;
- При стисненні в тунелях драбинчатим м'язом, головою

# Верхня (параліч Дюшена – Ерба)

Поразка С5-С8

- Утруднення відведення плеча;
- Обмеження згинання передпліччя, супінація;
- Боль та розлади чутливості по зовнішній поверхні плеча й передпліччя;
- Випадання згинально – локтьового рефлексу;
- Зниження рефлексу з двуглавого м'яза
- Рухи кисті в повному об'ємі.

# Нижня (параліч Дежерін – Ключмпке)

Поразка C8 – Th1

- Атрофічним парезом м'язів кисті й предпліччя**
- Зниження чутливості та біль на внутрішній поверхні плеча та предпліччя;**
- Випадіння карпорадіального рефлексу;**

# Лікування:

Прогноз сприятливий – відновлення протягом **2-3** років;  
Можливі рецидиви.

- **Етіотропна** (інфекційні – протизапальна терапія; компресійні – оперативне втручання)
- **Симптоматичне** (знеболюючі, інколи кортикостероїди);
- **Фізіотерапія** (діадинамічні токи, іонофарез )
- **ЛФК.**
- **Травматична плексопатія** – відновлення за 2-4 міс., за відсутності ефекту – хірургічне лікування.
- **Санаторно –курортне лікування.**

# Поліневрити- множинне ураження нервових стовбурів

Ведучим в клініці є **поліневритичний синдром:**

Для якого характерний розвиток в дистальний відділах кінцівок симетричних розладів різної етіології.

- Чутливих
- Рухових
- Вегетативно – судинних й трофічних

Можуть уражатись і черепно- мозкові нерви.



# Клініка:

- Чутливих
  - Об'єктивно - гіпестезія, анестезія за типом «шкарпеток», «рукавичок», «чобіток»;
  - Суб'єктивно - парестезії - оніміння, повзання мурашок в кистях та стопах;
  - Біль при пальпації нервових стовбурів;
- Рухових
  - Суб'єктивно –слабкість, втомлюванність
  - Об'єктивно – периферичний парез (параліч)
- Вегетативні розлади: сухість, лущення шкіри, чи підвищенна пітливість, трофічні зміни нігтів, поява тріщин, виразок тощо.



# Класифікація:

**Поліневрити** можуть бути:

- Інфекційні (наприклад лептоспірозний, бруцельозний, вірусний)
- Інфекційно – алергічний (після грипу, ангіни, скарлатини та ін.)

**Поліневропатії** бувають:

- Алергічними (післявакцинальні та ін.)
- Токсичними (ендо – та екзогенними)
- Обмінними (наприклад, при захворюванні печінки, нирок)
- Ішемічними (наприклад ,при вузликовому артеріїті)
- Спадково обумовленими ( наприклад, невральная аміотрофія Шарко – Марі)

# ПОЛИНЕЙРОПАТІЇ

## СПАДКОВІ І ПРИДБАНІ:

- Цукровий діабет;
- Інтоксикація алкоголем;
- Злоякісні новоутворення;
- Захворювання внутрішніх органів (печінки, нирок);
- Дифузні захворювання сполучної тканини;
- Аутоімунні захворювання.

## СЕНСОРНІ; СЕНСО-МОТОРНІ.

Приголомшуються мієлінові оболонки нервових волокон; Або самі аксони нервових клітин.

# ПОЛИНЕЙРОПАТІЇ

## ЛІКУВАННЯ:

- Відмова від алкоголю;
- Відмова від контакту з токсичними речовинами;
- Дезінтоксикаційна терапія;
- Корекція основного захворювання (аутоімунного, соматичного);
- ЛФК, масаж, ІРТ, санаторне лікування.

# СИНДРОМ ГИЙЕНА-БАРРЕ

- найчастіша полінейропатія

Гостра запальна  
полірадікулонейропатія:

- Порушення чутливості;
- Мляві парези;
- Вегетативні порушення.

# СИНДРОМ ГИЙЕНА-БАРРЕ

## Клінічна картина:

- Млявий тетрапарез, що швидко прогресує, відносно симетричний (параліч Ландрі);
- Зниження (випадання) сухожильних рефлексів;
- Чутливі порушення (шкарпетки, рукавички).

# СИНДРОМ ГИЙЕНА-БАРРЕ

Досягнувши піку (**2 нед.**) захворювання тимчасово стабілізується (**2-4 нед.**), потім починається відновлення (**1-2 роки**).

- У **70%** - повне відновлення;
- **2-5%** - рецидив.

Смерть від дихальної недостатності, пневмонії, ТЕЛА, сепсису.

# СИНДРОМ ГИЙЕНА-БАРРЕ

## ЛІКУВАННЯ:

- Гостра фаза – госпіталізація у відділення реанімації (ослабіння голосу, дихальні порушення, тахікардія, піт на лобі);
- Кортикостероїди в даний час не застосовуються;
- У перших **2** нед. плазмаферез, введення імуноглобулінів.

# СИНДРОМ ГИЙЕНА-БАРРЕ

## ДОГЛЯД:

- Профілактика пролежнів;
- Профілактика тромбозу глибоких вен гомілок (малі дози гепарину);
- Корекція АГ (колоїдні і кристалоїдні расствори, що підтримують водно-сольовий баланс);
- Корекція порушень серцевого ритму.

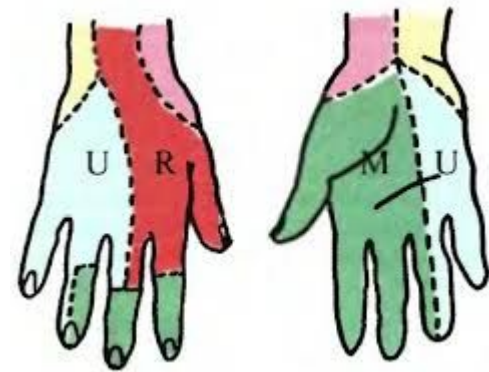


# СИНДРОМ ГИЙЕНА-БАРРЕ

## ДОГЛЯД:

- Дихальна гімнастика, вібраційний масаж, а/б терапія при ознаках пневмонії;
- Парез ЖКТ - калімін, прозерін;
- Больовий синдром – знеболюючі засоби;
- Парез мімічних м'язів - заходи по захисту рогівки;
- ФЗТ, масаж, магнітотерапія.

# МОНОНЕВРИТИ (МОНОНЕЙРОПАТІЇ)



# Неврит (невропатія) променевого нерва(параліч суботньої ночі)



**Клініка: неможливість**

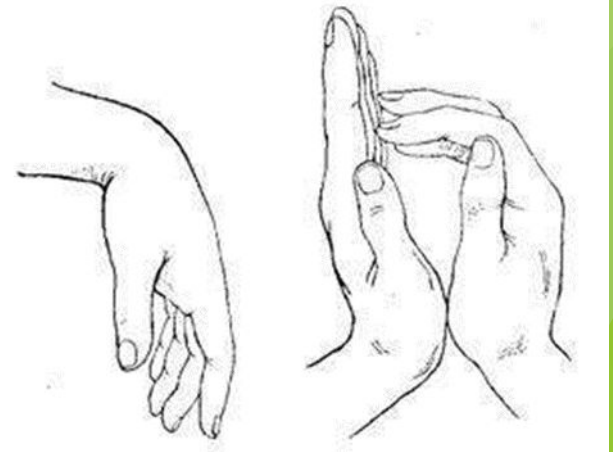
- розгинати передпліччя, кисть, основні фаланги пальців;
- відвести I палець;
- повернути кисть долонею до верху;
- випадає чутливість в ділянці анатомічної табакерки та тильної поверхні I пальця.

**Діагностика (експрес – тести):**

При піднятих до гори руках пошкоджена кінцівка згинається в ліктьовому суглобі, при витянутих вперед – звисає кисть.

Електронейроміографія.

Рентгенографія або комп'ютерна томографія ліктьового і променезап'ясткового суглоба.



# Неврит (невропатія) променевого нерва

## Лікування:

- Імобілізація для запобігання контрактур;
- НПЗП, вітаміни гр В;
- Фізіолікування, масаж.
- Тимчасове обмеження фізичного навантаження на руку.
- Новокаїнові і гідрокортизонні блокади.
- Хірургічне лікування (застосовується при променевого нерва).



# Неврит (невропатія) ліктьового нерва

Етіологія:

Частіше ураження на рівні ліктя (травма).

Клініка: неможливість

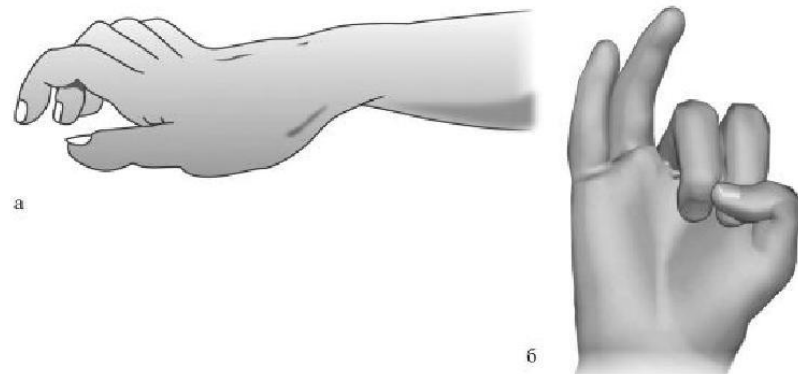
- згинання IV – V пальців;
- розгинання кінцевих і проміжних фаланг IV – V пальців;
- протиставлення мізинця великому пальцю;
- розведення II – V та приведення всіх пальців;
- випадає чутливість на мізинці та ульнарному краї кисті.



# Неврит (невропатія) ліктьового нерва

Діагностика (експрес – тести):

- неможливо зігнути IV – V пальці,
- привести мізинець і подряпати ним по площині.
- Електронеуроміографія.
- Рентгенографія або комп'ютерна томографія ліктьового і променезап'ясткового суглоба.



Признаки поражения локтевого нерва:  
когтеобразная кисть (а),  
при сжатии кисти в кулак V и IV пальцы не  
сгибаются (б).

# Неврит (невропатія) ліктьового нерва.

## Лікування:

- Показані НПЗП, вітаміни.
- фізіолікування,
- масаж,
- ЛФК,
- новокаїнові і гідрокортизони блокади,
- іглорефлексотерапія.
- хірургічне лікування призначається при компресії ліктьового нерва.



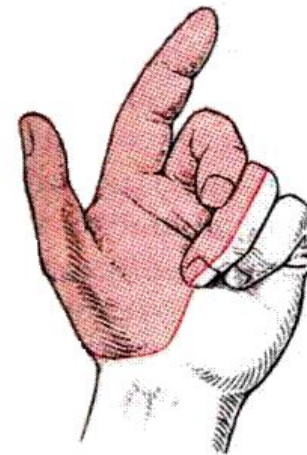
# Неврит (невропатія) серединного нерва

## ЕТІОЛОГІЯ:

Синдром зап'ястного каналу –  
здавлення серединного нерва під  
долонною в'язкою.

## Скарги:

- Неможливість згинання I –III пальців;
- Розгинання кінцевих і проміжних фалангів II- III пальців;
- Протиставлення першого пальця решті;
- Повернення кисті долонею до низу;
- Випадіння чутливості в кінцевих фалангах II- III пальців;
- Можливий інтенсивний вегетативний біль





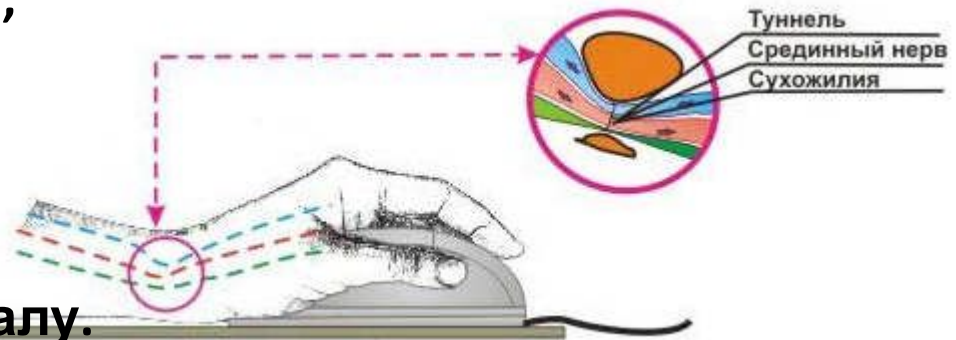
# Неврит (невропатія) серединного нерва

## Діагностика:

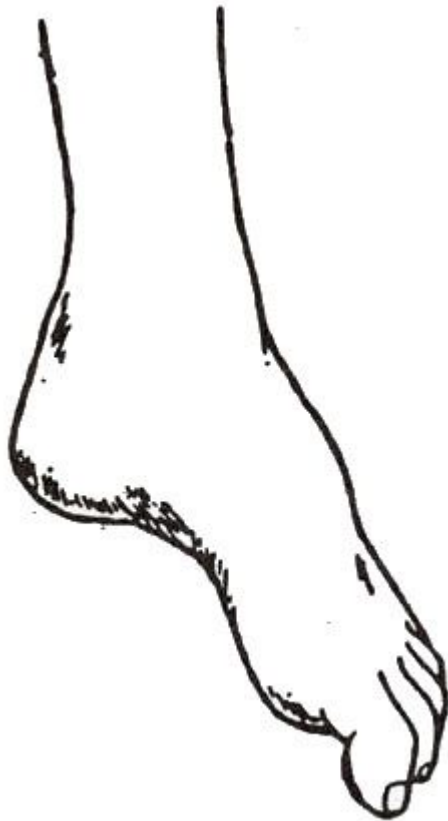
- Електронейроміографія (ознаки денервації, зниження швидкості проведення нервового імпульсу по гілках серединного нерва до кисті).
- Комп'ютерна томографія кисті

## Лікування:

- Симптоматичне (протинабряклі препарати, анальгетики, вітаміни).
- Фізіолікування.
- Медикаментозні блокади.
- Оперативне лікування синдрому зап'ястного каналу.



# НЕЙРОПАТІЯ МАЛОГОМІЛКОВОГО НЕРВА



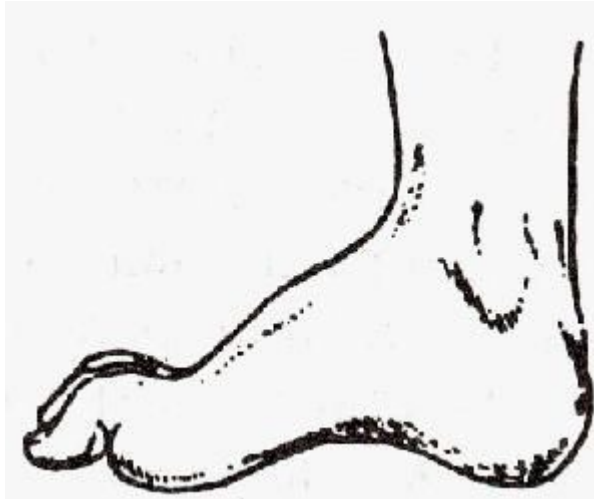
Мал. Свисаюча  
стопа

- Неможливість розгинання стопи і пальців;
- Хворий не може ходити на п'ятках, піднімає високо ногу, щоб не зашпортатись «півняча хода»
- Випадає чутливість по зовнішньому краю гомілки, на тильному боці стопи і пальців;
- Атрофія м'язів передньої поверхні гомілки.

## Лікування:

- Фіксація стопи;
- ЛФК для попередження контрактур:
- Розроблені методи хірургічної декомпресії

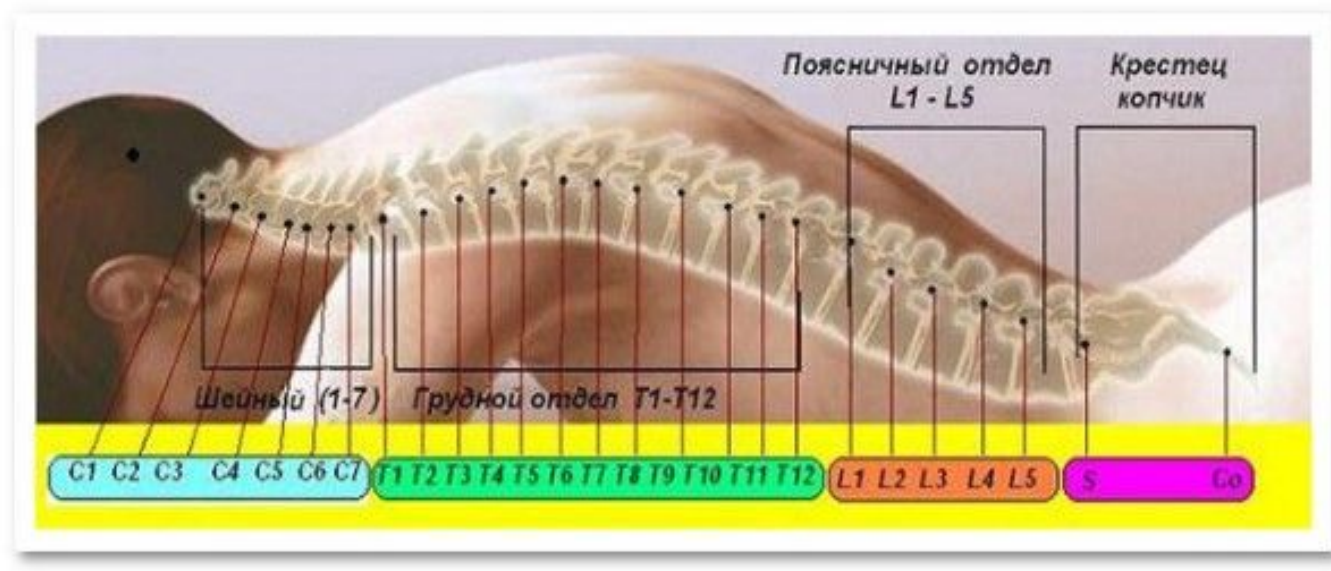
# НЕЙРОПАТІЯ ВЕЛИКОГОМІЛКОВОГО НЕРВА



## **PES CALCANEUS:**

- неможливість згинання стопи і пальців;
- Хворий не може пройти навшпиньки;
- випадає чутливість на підошві і литці;
- атрофія литка;
- випадає ахілов рефлекс;
- турбує біль.

**Радикуліт** (за новою класифікацією - дорсопатія)- це запалення нервового корінця внаслідок його подразнення чи защемлення в корінцевому каналі чи на виході з нього при різноманітних захворюваннях хребта та оточуючих тканин.



## Причини остеохондрозу:

генетична схильність.

статодінамічеськіе перевантаження, які виникають не лише при важкій фізичній роботі, але і при тривалому перебуванні в нефізіологічній позі, що приводить до нерівномірного навантаження на окремі фрагменти МПД, ПДС в цілому.

При цьому значну роль грають міра загального фізичного розвитку людини і маса його тіла. Слабкість м'язів як наслідок малорухливого способу життя, м'язовою детренірованності, поганий розвиток так званого м'язового корсета провокують поява в хребті змін, характерних для остеохондрозу. Наростання маси тіла підвищує і без того вельми значне навантаження на хребетний стовп, особливо на МПД.

## ПРОФІЛАКТИКА ОСТЕОХОНДРОЗУ:

- Своєчасно звертати увагу на зміни постави у дітей і забезпечити їм адекватне ортопедичне лікування.
- Проводити роз'яснювальну роботу і вчення серед пацієнтів.

## Фактори ризику:

- Тяжка фізична праця.
- Паління, алкоголь.
- Вживання наркотичних речовин.
- Ожиріння.
- Літній вік.
- Жінки в період клімактеричних змін.
- Сидяча робота.
- Робота, пов'язана зі стресом.
- Незручне положення тіла.
- Травми.



Остеохондроз  
(дегенеративно-  
дистрофічні зміни  
хребта) – це віковий  
процес, залежить від  
образом життя і  
характера праці.



## Клінічна картина

Гострий біль в тому відділі хребта, де локалізована поразка. Таким чином, можна виділити:

**1) шейний радикуліт,**

**2) грудной радикуліт**

**3) пояснично-крестцовый радикуліт.** При шийному радикуліті хворого турбують сильні болі в шиї і потилиці. Будь-яка дія, що викликає рух (наприклад, кашель, чхання) підсилює біль. У окремих випадках може спостерігатися запаморочення і погіршення слуху.

При грудному радикуліті сильний біль сковує всю грудну клітку.



Розрізняють **2** стадії розвитку захворювання:

- люмбалгічну
- корінцеву.
- судинно-корінцева.

На першій стадії біль виникає раптово після охолодження або фізичного навантаження. Біль посилюється при щонайменшому русі, тому хворою прагне не робити різких рухів і приймає вимушене положення тіла (нахил убік або вперед), яке відповідає мінімальним больовим відчуттям. Перехід в другу стадію супроводиться посиленням болю, і зсувом больових відчуттів в ділянку сідниць. Можливий розлад чутливості в області сідниць, гомілці, зовнішньому краю стопи.

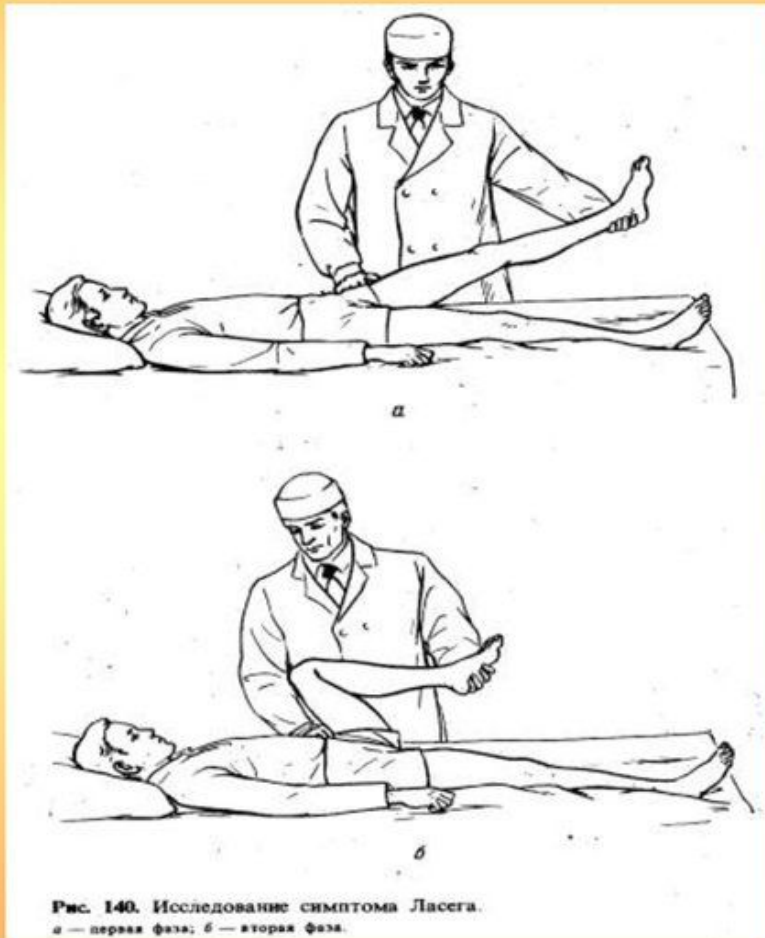
## Діагноз

- Діагноз встановлюють на підставі опиту хворого (схильність, умови праці, наявність у минулому травми, наявність остеохондрозу), характеру болі.
- Обов'язково проводиться рентгенографія хребта в прямій і бічній проекціях.
- Потрібна консультація лікаря-невролога.

Попереково-крижовий радикуліт - самий поширена форма. Оскільки хребетно-крижовий відділ несе найбільше функціональне навантаження, то і міжхребцеві диски в цьому відділі хребта зношуються в першу чергу.



# Симптомы натяжения



- Симптом Ласега
- Симптом Мацкевича
- Симптома Вассермана
- Симптом Нери
- Симптом посадки
- Симптом межпозвонкового отверстия

**при люмбоішіалгії** позитивний один з основних симптомів натягнення — **симптом Ласега**. Для виявлення цього симптому хворого кладуть на спину з випрямленими ногами, потім одну, а потім іншу ногу, випрямлену в колінному суглобі, згинають в тазостегновому суглобі. При цьому на стороні люмбоішіалгії виникає або різко посилюється біль по ходу сідничого нерва і в поперекової області. У таких випадках зазвичай враховують, під яким кутом по відношенню до горизонтальної площини удається підняти цю ногу.

Симптом Вассермана перевіряється таким чином: хворий лежить на животі; той, що обстежує прагне максимально розігнути в тазостегновому суглобі ногу пацієнта на стороні поразки, притискуючи в той же час до ліжка його таз. При позитивному симптомі Вассермана біль виникає на передній поверхні стегна по ходу стегнового нерва.

## Диагностика поясничного остеохондроза



Симптом Лассега



Симптом Вассермана

**симптом посадки:** лежачий на спині хворого не може сісти на ліжку, зберігаючи при цьому ноги випрямленими в колінних суглобах, оскільки виникає або посилюється біль по ходу сідничого нерва, при цьому відбувається рефлекторне згинання гомілки на стороні ішиорадікуліта.

**Симптом Мацкевіча** викликається у пацієнта, лежачого на животі, шляхом різкого пасивного згинання його гомілки. Біль при цьому, як і при синдромі Вассермана, виникає в зоні іннервації стегнового нерва. При позитивних симптомах натягнення Вассермана і Мацкевіча зазвичай спонтанно підводиться таз (**симптом Селецкого**).

# Симптом Мацкевича





## Основні методи лікування при неврологічних проявах остеохондрозу

- Немедикаментозні методи лікування
  - Вчення пацієнтів і їх соціальна підтримка
  - Лікувальна фізкультура, в першу чергу вправи, направлені на зміцнення м'язів спини
  - Вживання допоміжних ортопедичних засобів (шийний комір, корсет, бандаж)
  - Фізіотерапія
  - Масаж
  - Іглорефлексотерапія
  - Витягнення
  - Мануальна терапія

## □ Медикаментозні методи лікування

### 1. Локальна терапія:

- Блокади з місцевими анестетиками, кортикостероїдами
- Мазі, креми, гелі, НПВП, що містять, і місцево-дратівливі речовини

### 2. Системна терапія:

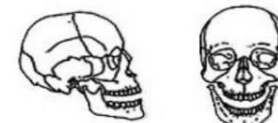
- Прості анальгетики                    НПВП
- М'язові релаксанти
- Хондропротектори:                    хондроїтіна сульфат  
глюкозамін                    комбіновані препарати  
хондроїтіна сульфату і глюкозаміна
- Судинні препарати:                    антиагреганти  
ангіопротектори                    венотоніки

# □ хірургічні методи лікування

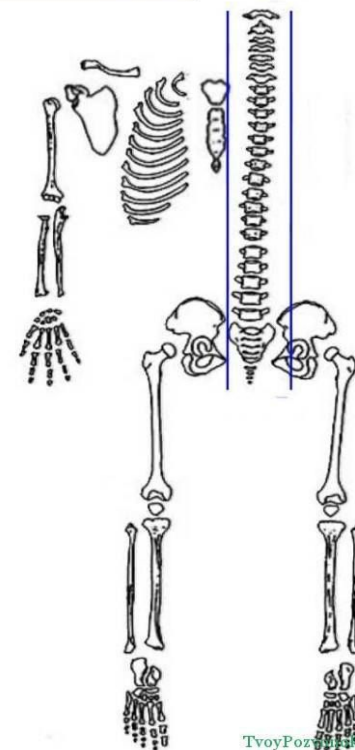
## Тип оперативного втручання визначає нейрохірург



Осевой скелет



Позвоночник



## Профілактика:

- Уникати надмірних статодінамічних перевантажень.
  - Укріплювати загальний фізичний розвиток шляхом систематичних адекватних фізичних навантажень (уранішня зарядка, пробіжки, плавання, спортивні ігри і ін.).
  - Раціоналізувати своє живлення.
  - Прагнути, щоб живлення було достатнім, але не надлишковим.
  - Стояти і ходити з випрямленою спиною. Дотримувати гігієну робочого місця (підбір оптимальної висоти столу, стільця, верстака, використання спеціального сидіння в автомобілі і тому подібне).
- 
- В разі роботи, пов'язаної з тривалим перебуванням у фіксованій позі, стежити за правильною поставою — постійно «тримати спину», робити перерви, під час яких слід виконати хоч би декілька простих фізичних вправ.

