

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:

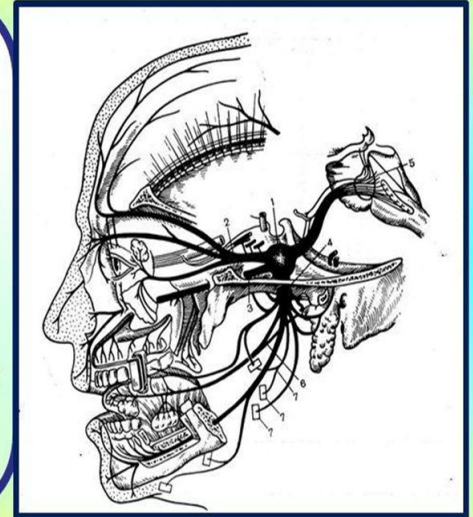
- Чутливі;
- Рухові нервові волокна.

Має **3** гілочки:

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

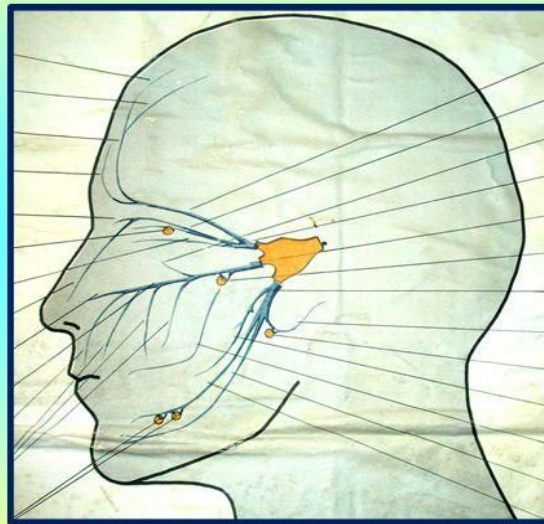
Схематическое строение тройничного нерва

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)

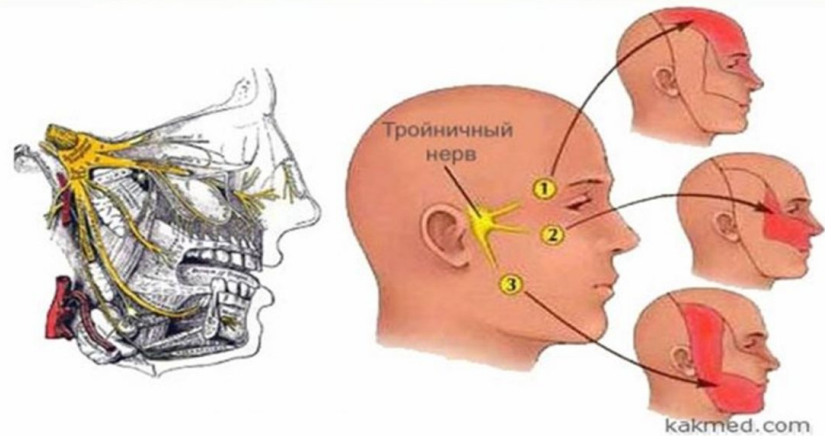
Класифікація:

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.



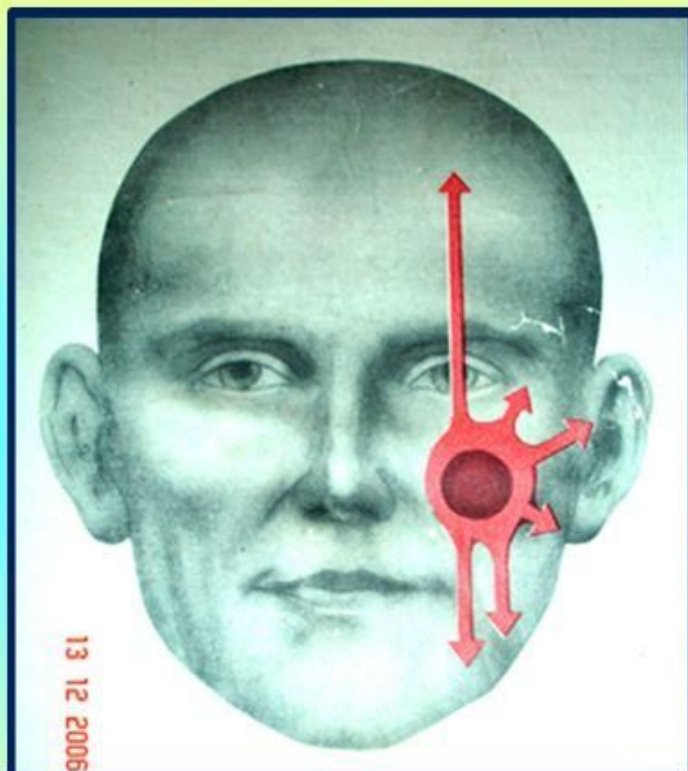
- 1. сужение костных отверстий
- 2. нарушение циркуляции желудочковой жидкости головного мозга в результате арахноидита
- 3. молекулярные и коллоидные изменения в нервном волокне
- 4. изменения жевательного аппарата , приводящие к нарушению прикуса
- 5. аллергически-воспалительная реакция в ветвях нерва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

* **Причины развития невралгии:**

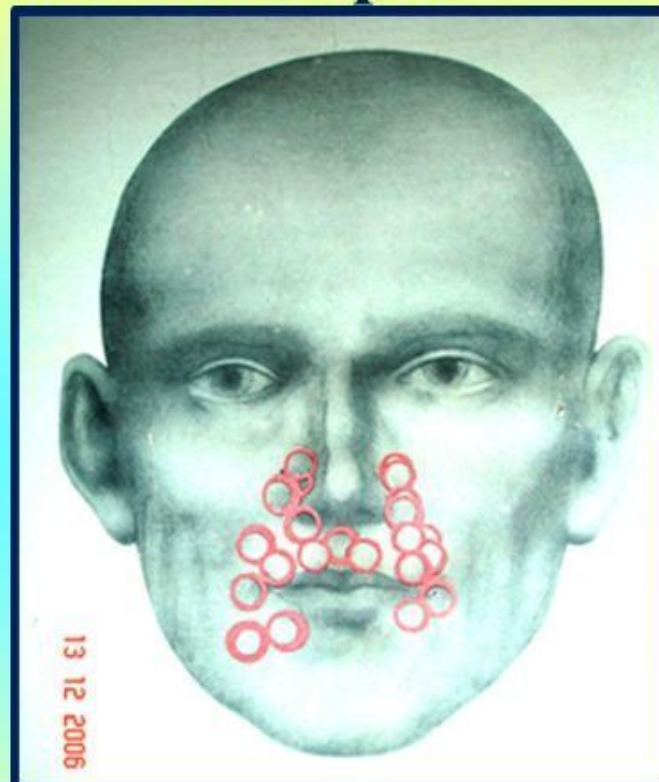
Невралгии



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.

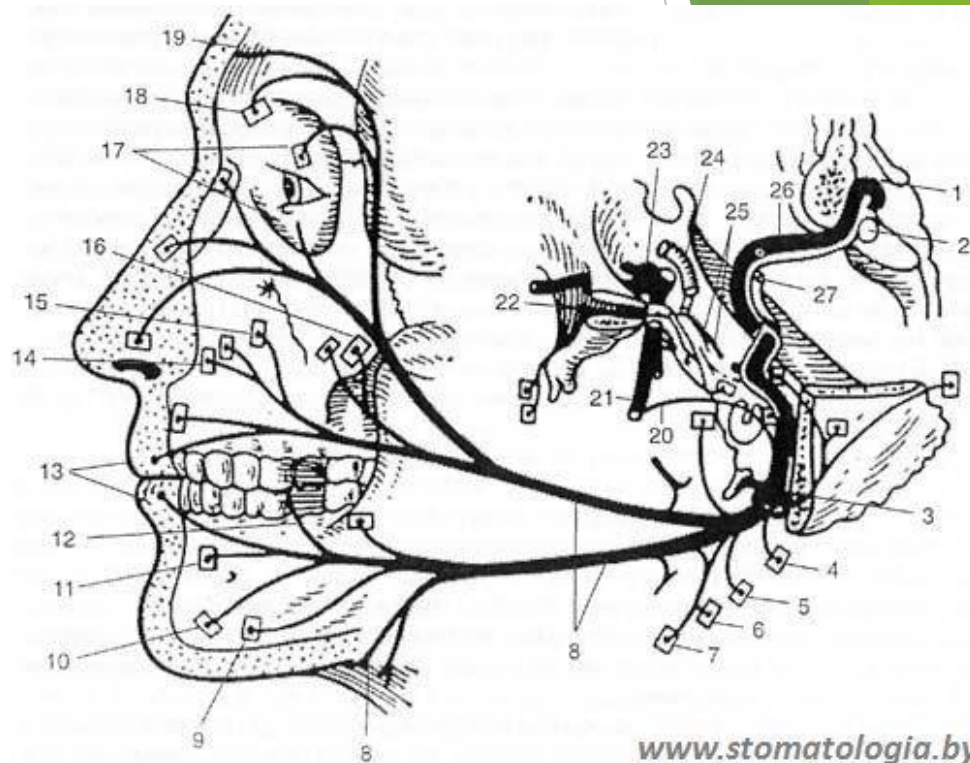
Местные блокады: 0,5% или 1% раствора анестетика 5 мл 2-3 раза в неделю. Курс 15-20 инъекций.



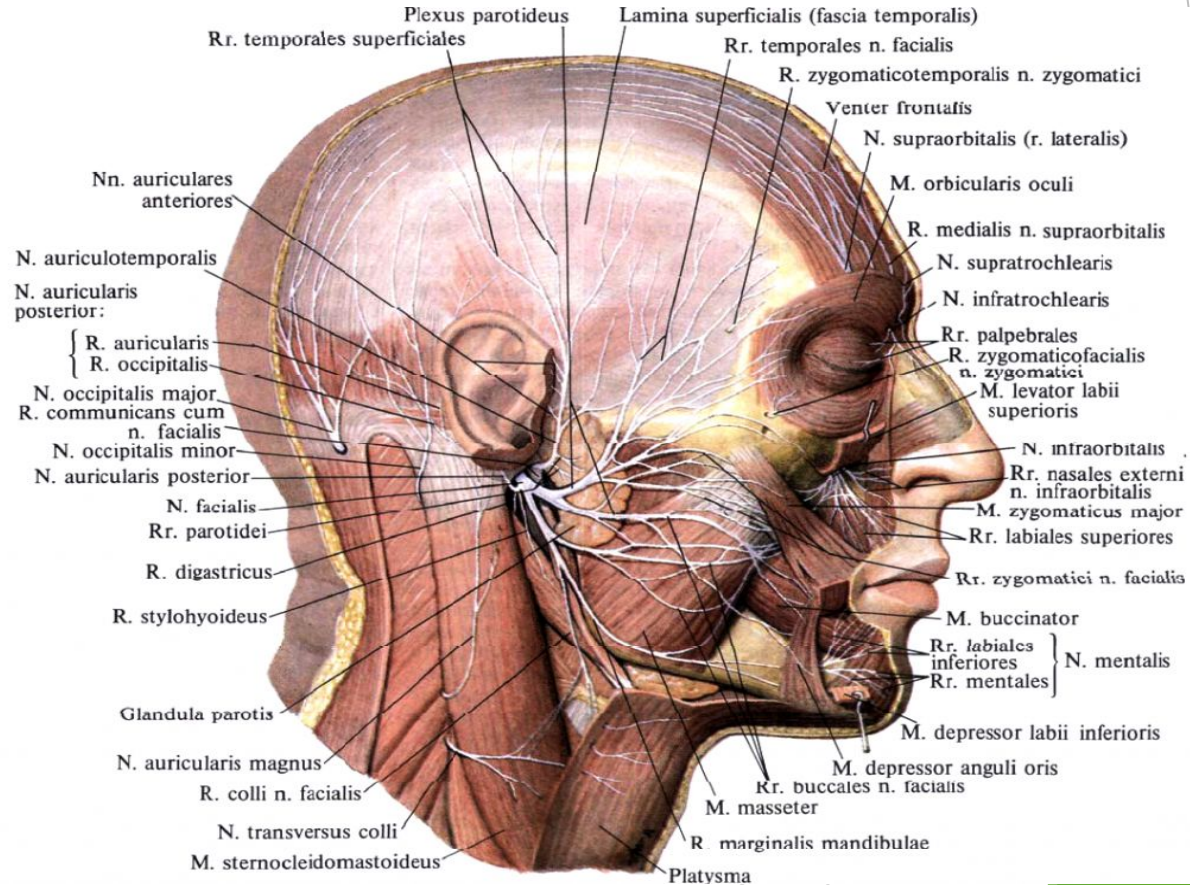
ЛИЦЕВИЙ НЕРВ (VII п.)

Функція – руховий нерв,
інервує м'язи
обличчя.

В складі його йдуть
чутливі та парасимпатичні
волокна, які забезпечують
смакову інервацію передніх
2\3 язика, слъзовиділення
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.)

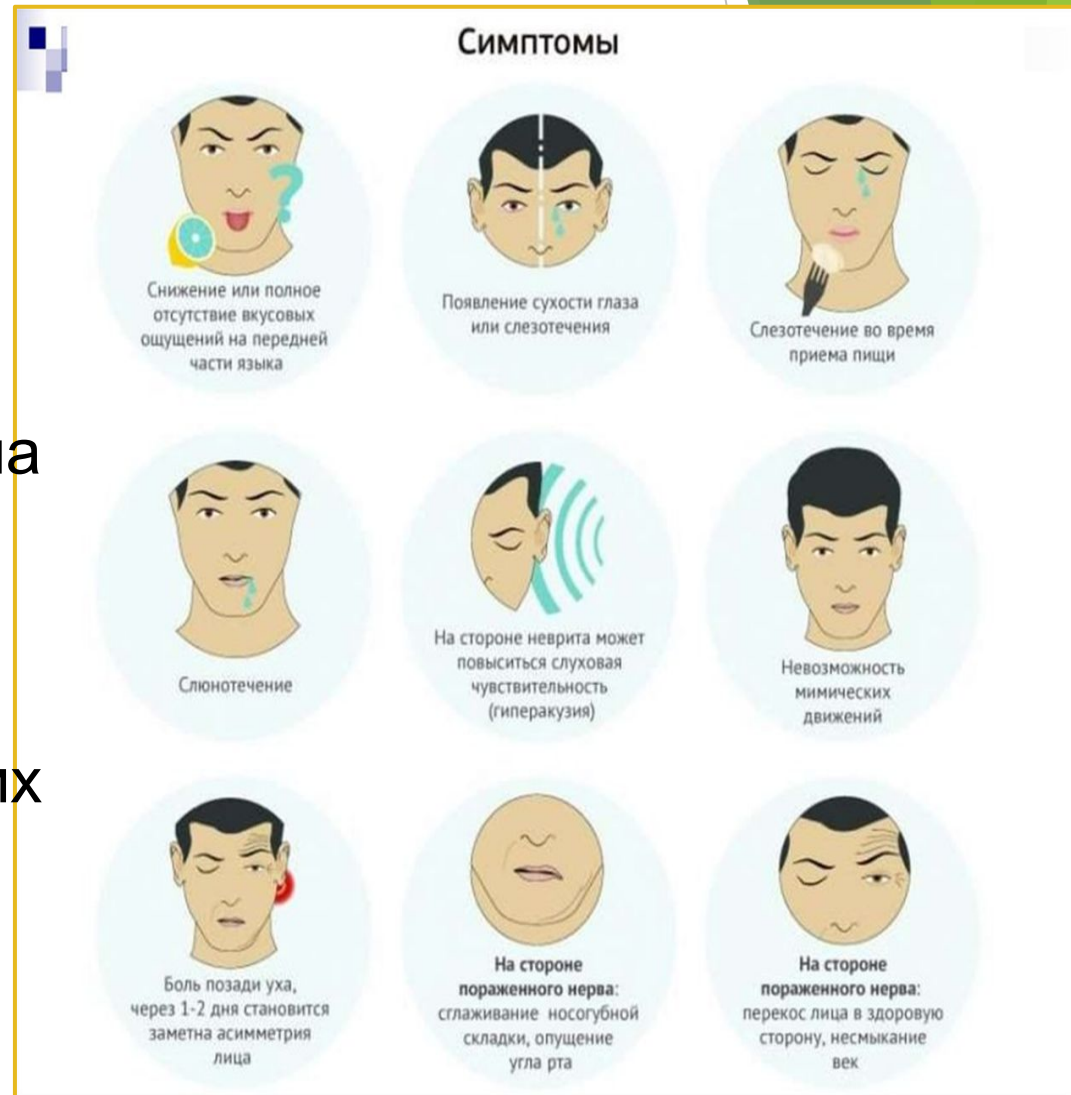
2. Смакова чутливість на передній 2\3 язика.

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



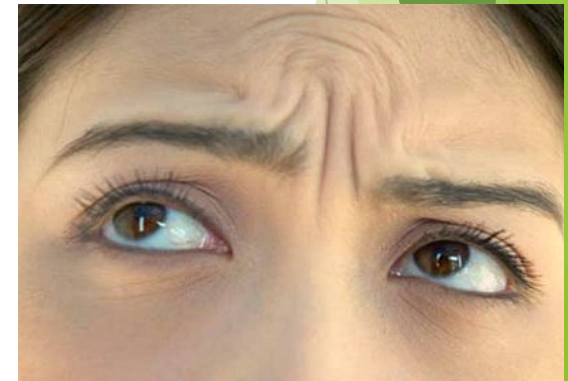
Прогноз. **(80-95%)** закінчуються повним відновленням функцій мімічних м'язів. Прогноз залежить від етіології захворювання і характеру змін лицьового нерва.

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.

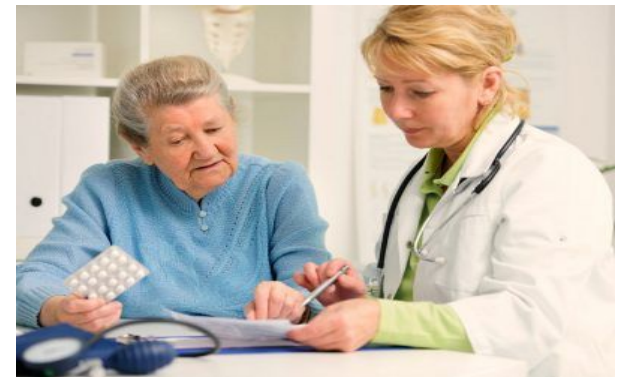
При поліневритах (полирадикулоневрита) поразка лицьового нерва, як правило, буває двостороннім.



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)

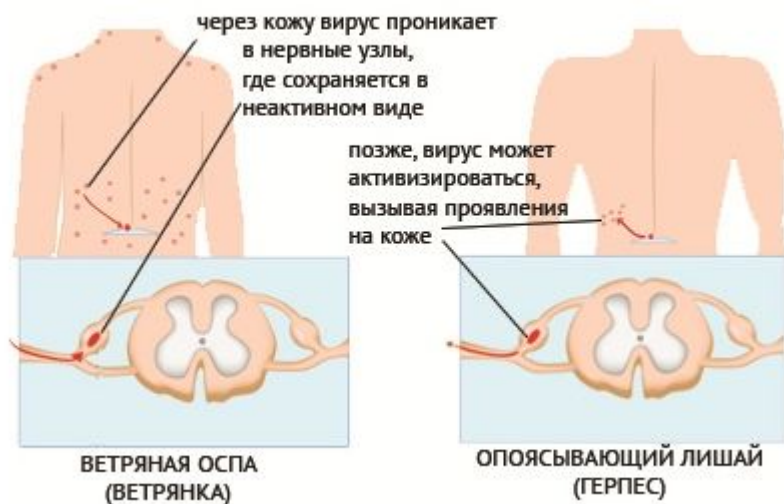
Збудник – вірус вітряної віспи (герпес – зостер), який викликає запалення чутливих гангліїв ЧМН, міжхрепцевих гангліїв, що виявляється **нестерпним болем в уражених сегментах (дерматомах) і шкірними висипаннями в зоні їх іннервації.**



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.

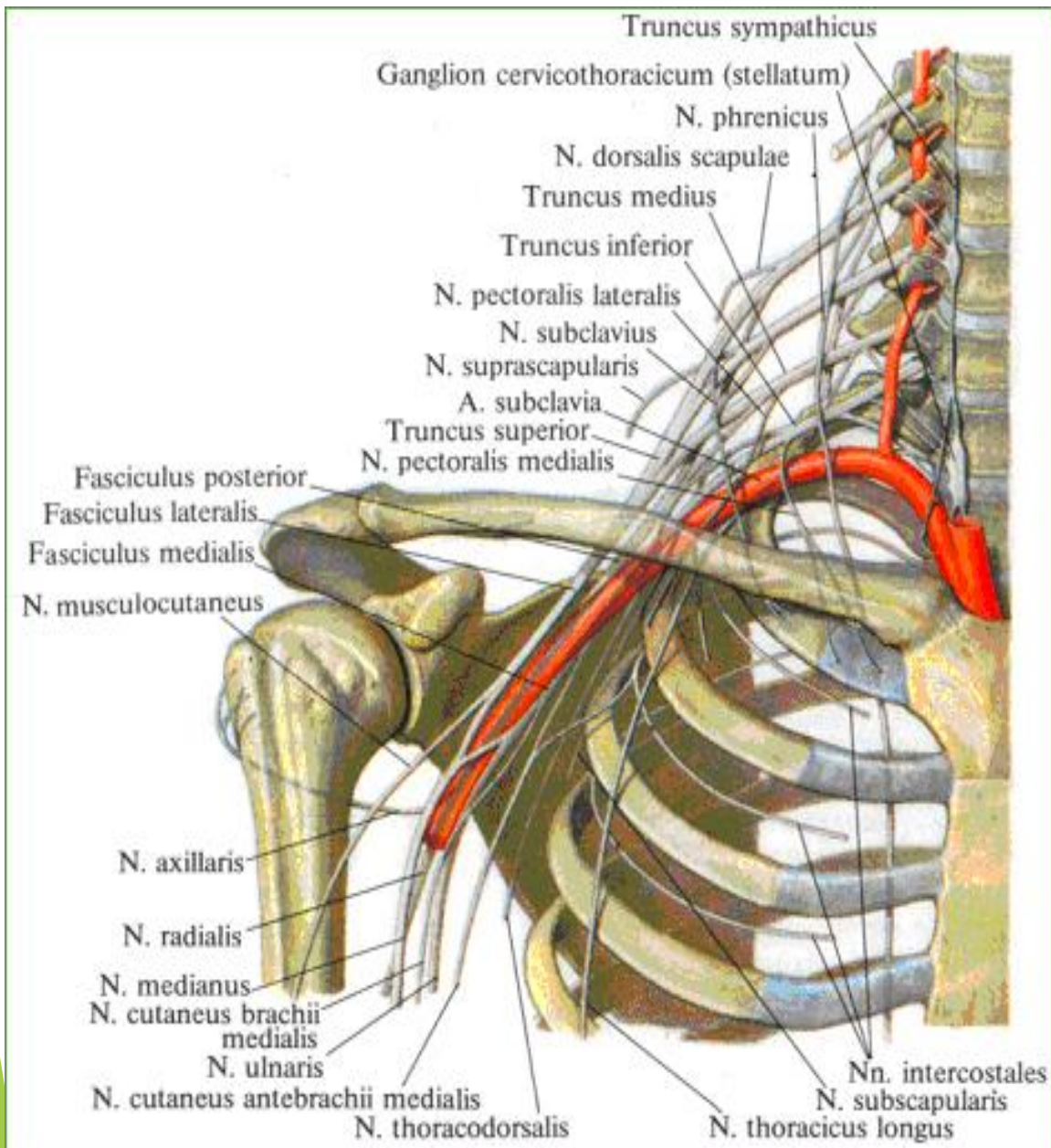
ПЛЕКСИТ,- ПАТІЯ - ураження нервового сплетіння

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 C5-C8

- 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 вузликівому артеріїті)
- Спадково обумовленими (наприклад, невральная аміотрофія Шарко – Марі)

ПОЛІНЕЙРОПАТІЇ

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:

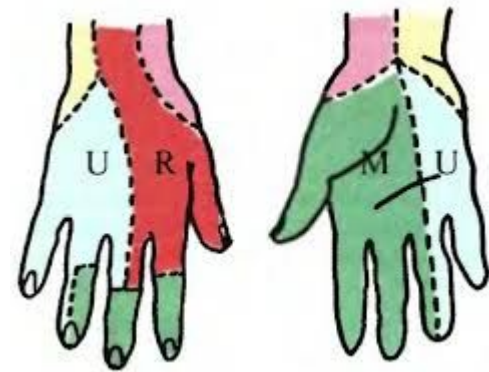
- Профілактика пролежнів;
- Профілактика тромбозу глибоких вен гомілок (малі дози гепарину);
- Корекція АГ (колоїдні і кристалоїдні расствори, що підтримують водно-сольовий баланс);
- Корекція порушень серцевого ритму.

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

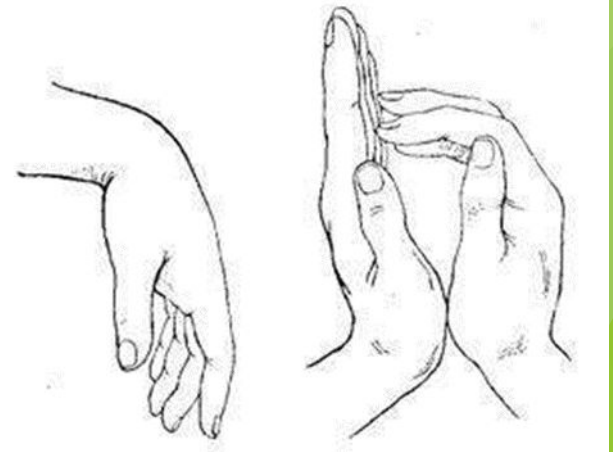
- розгинати передпліччя, кисть, основні фаланги пальців;
- відвести I палець;
- повернути кисть долонею до верху;
- випадає чутливість в ділянці анатомічної табакерки та тильної поверхні I пальця.

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

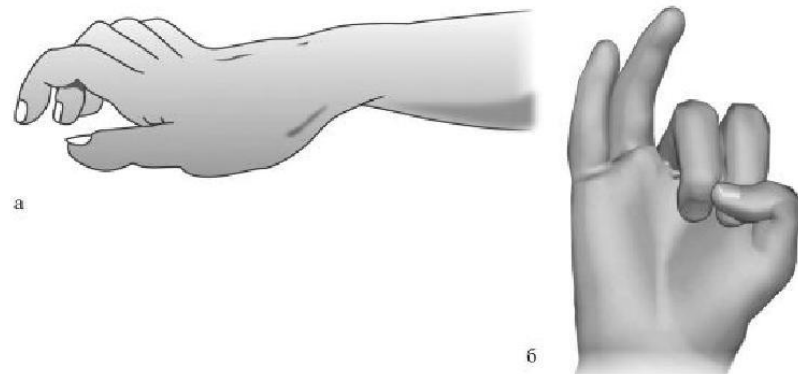
- згинання IV – V пальців;
- розгинання кінцевих і проміжних фаланг IV – V пальців;
- протиставлення мізинця великому пальцю;
- розведення II – V та приведення всіх пальців;
- випадає чутливість на мізинці та ульнарному краї кисті.



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.



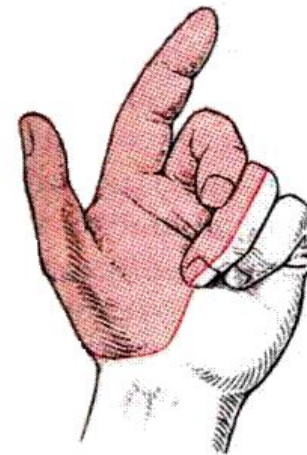
Неврит (невропатія) серединного нерва

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



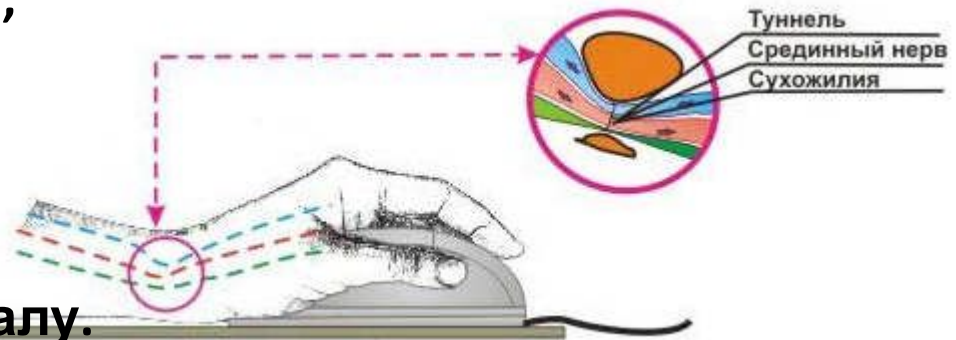
Неврит (невропатія) серединного нерва

Діагностика:

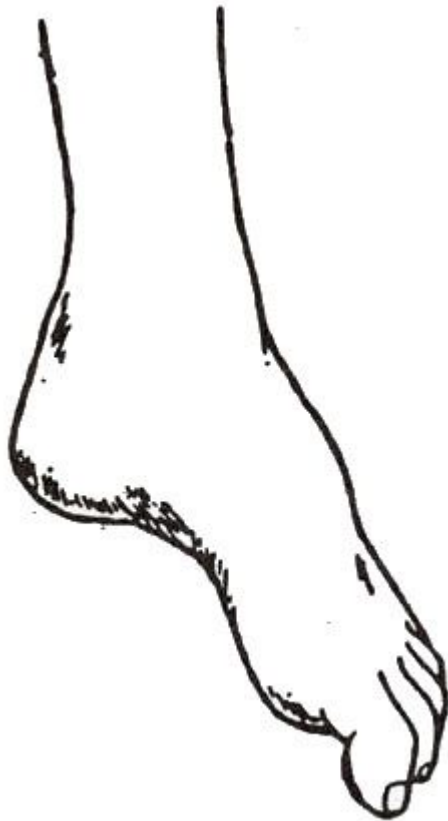
- Електронейроміографія (ознаки денервації, зниження швидкості проведення нервового імпульсу по гілках серединного нерва до кисті).
- Комп'ютерна томографія кисті

Лікування:

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



НЕЙРОПАТІЯ МАЛОГОМІЛКОВОГО НЕРВА



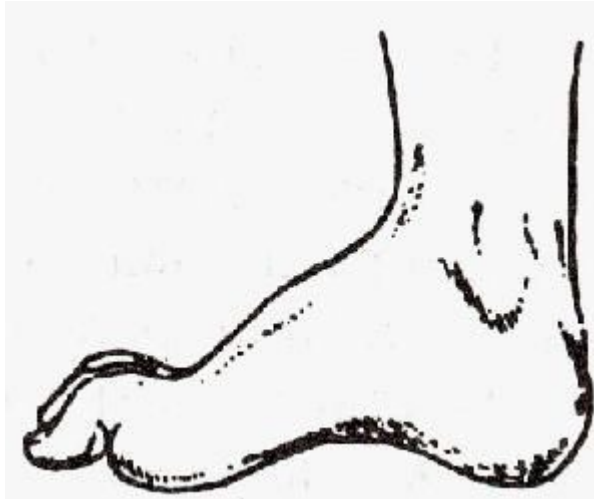
Мал. Свисаюча стопа

- 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

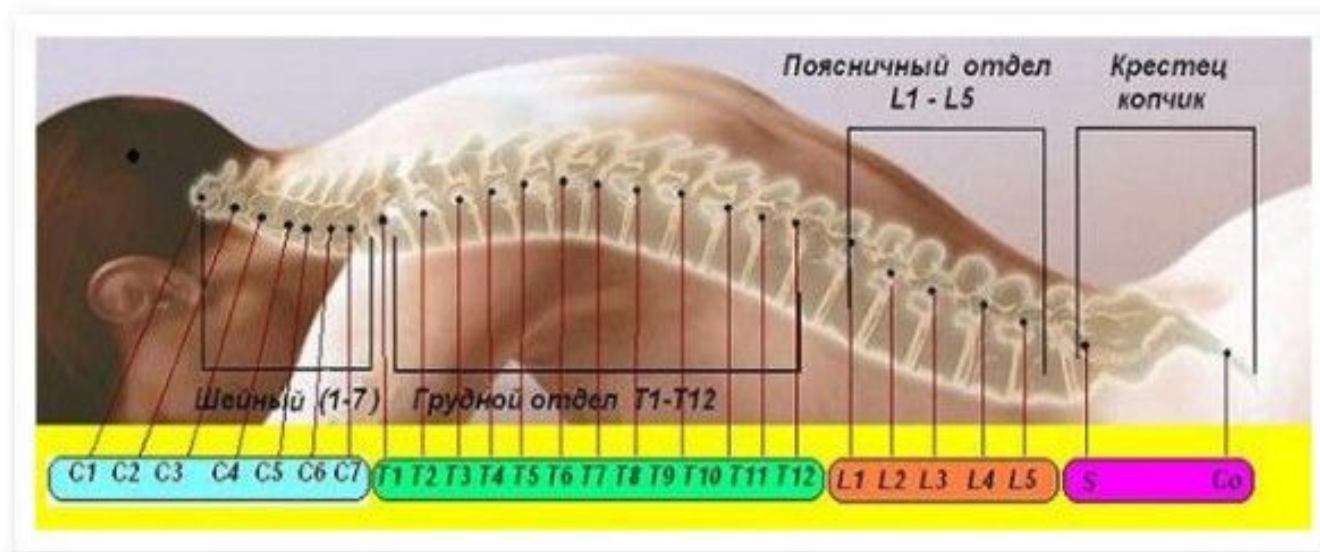
НЕЙРОПАТІЯ ВЕЛИКОГОМІЛКОВОГО НЕРВА



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.

статодінамічеськіє 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.

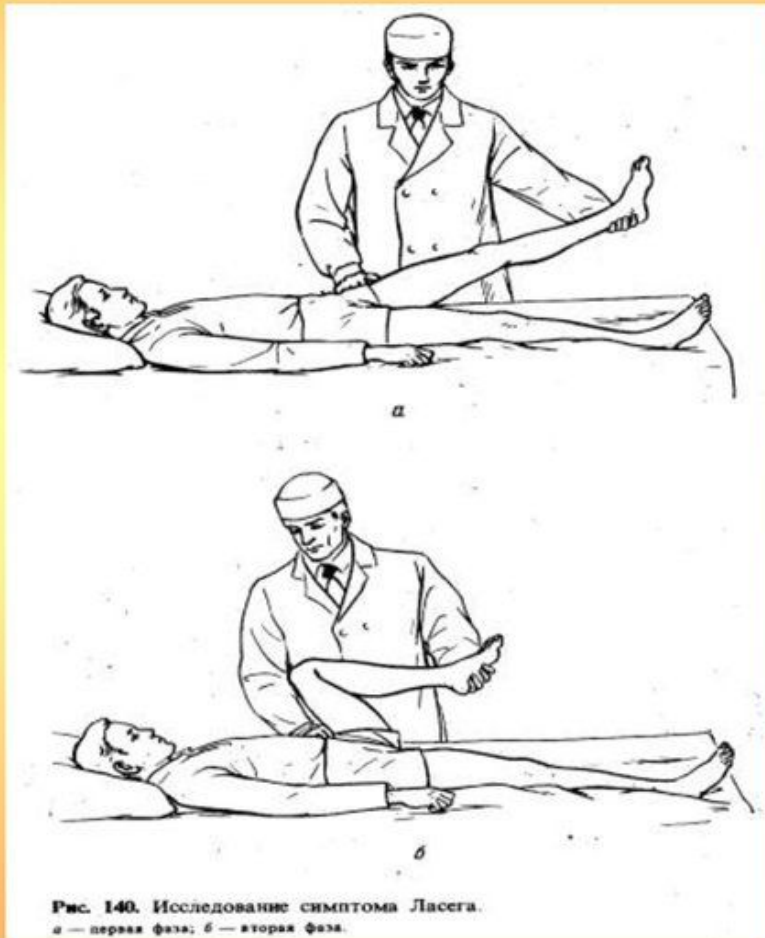
Діагноз

- 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:

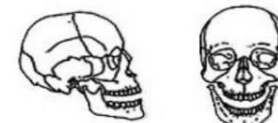
- Прості анальгетики НПВП
- М'язові релаксанти
- Хондропротектори: хондроїтіна сульфат
глюкозамін комбіновані препарати
хондроїтіна сульфату і глюкозаміна
- Судинні препарати: антиагреганти
ангіопротектори венотоніки

□ хірургічні методи лікування

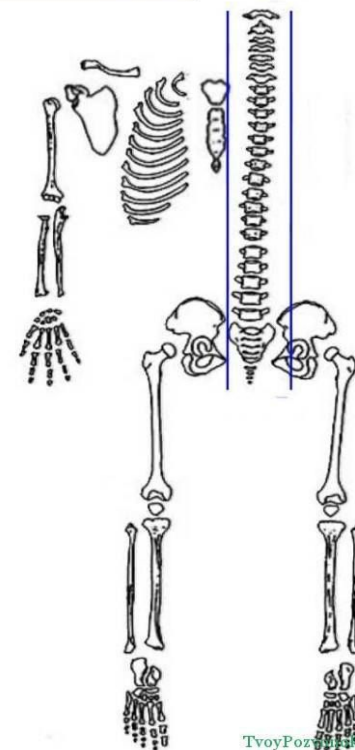
Тип оперативного втручання визначає нейрохірург



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.

