

Компрессионно-ишемические невропатии нижних конечностей

Выполнила:
студентка 4 курса 18 группы
лечебного факультета
Александрова Е.В.

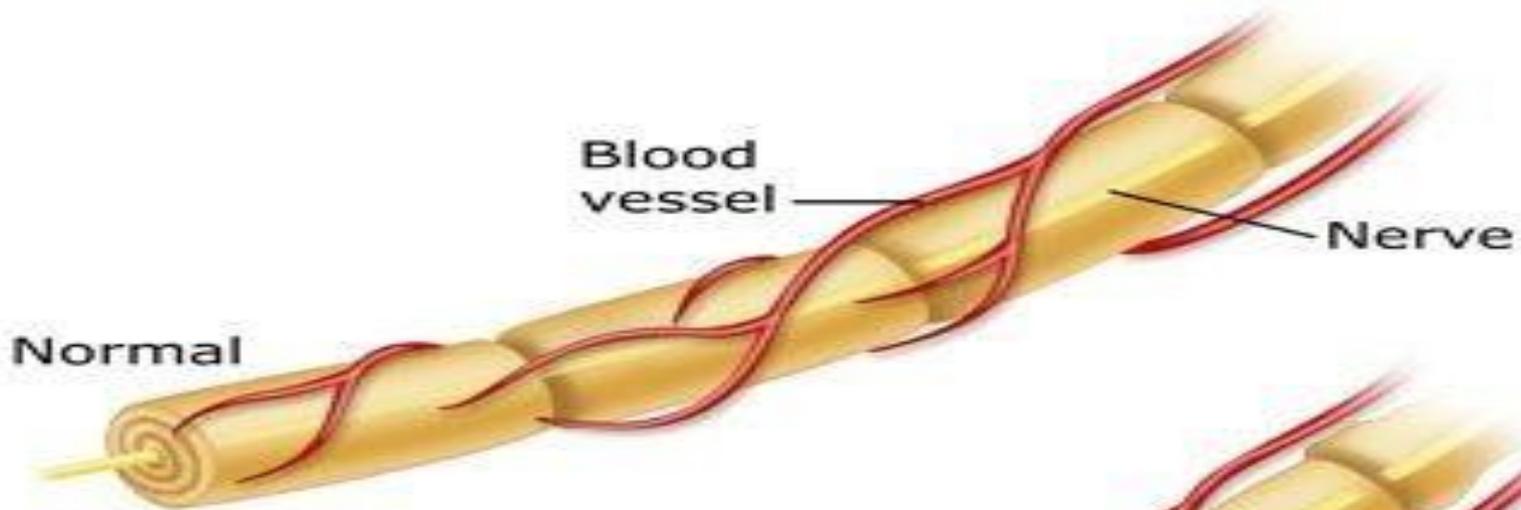
Компрессионно-ишемические невропатии представляют одну из наиболее часто встречаемых форм травматических поражений периферической нервной системы.

Несмотря на большой практический опыт, их своевременное распознавание регистрируется только в 30–40 % случаев, а 65–84 % пострадавших нуждаются в оперативном лечении, причем в 50 % случаев проводятся повторные операции.

Причиной развития невропатий является непродолжительное умеренное или длительное незначительное сдавление нерва, которое сопровождается нарушением внутринеурального кровообращения, приводящего к развитию ишемии нервных волокон.

Даже кратковременная, но сильная компрессия нерва приводит к блокаде невралной проводимости преимущественно в двигательных волокнах за счет локальной демиелинизации в месте сдавления и дегенерации части нервных волокон с последующей прогрессирующей дистальной атрофией нерва.

«Чисто» ишемические повреждения нервных волокон приводят к их валлеровской дегенерации.



Diseased blood vessels

A diagram showing a nerve with diseased blood vessels. The nerve is thinner and more irregular in shape than the normal one. The red lines representing blood vessels are shown as thin, fragmented, and irregular, indicating they are diseased. The nerve segments are also more irregular and shrunken.

Nerves shrivel when blood vessels disappear

A diagram showing a severely shriveled nerve. The nerve is very thin and irregular, with many gaps and breaks in its structure. The red lines representing blood vessels are completely absent, indicating they have disappeared. The nerve segments are small and disconnected.

Классификация компрессионно-ишемических невропатий

Различают :

- жгутовые;
- «костыльные»;
- позиционные (паралич «субботнего утра»);
- рубцово-спаечные;
- туннельные;
- «лямочные»;
- ятрогенные (послеоперационные и постинъекционные).



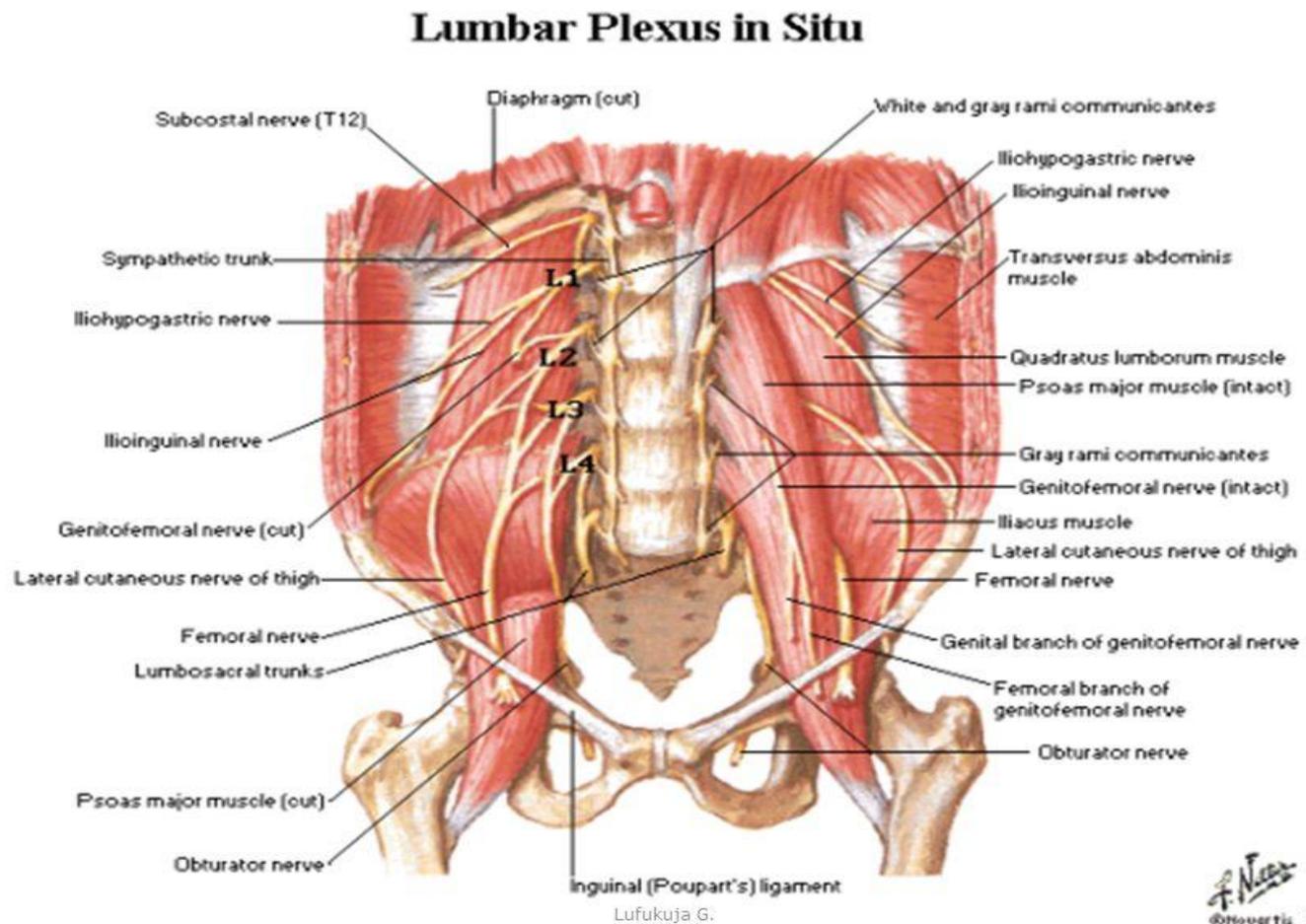
Среди компрессионно-ишемических невропатий нижних конечностей наиболее часто выделяют:

- невропатия поясничного сплетения;
- невропатия латерального кожного нерва бедра(болезнь Бернгардта-Рота);
- невропатия запирающего нерва;
- невропатия бедренного нерва;
- невропатия крестцового сплетения;
- невропатия седалищного нерва;
- невропатия большеберцового нерва;
- невропатия малоберцового нерва.

-

Невропатия поясничного сплетения

Сплетение располагается высоко в брюшной полости под диафрагмой на передней поверхности квадратной мышцы, формируется из передних ветвей спинномозговых нервов T12 - L4, прикрыто большой поясничной мышцей.



Этиология:

- нейродистрофические изменениями в верхних поясничных позвонках, в квадратной и большой поясничной мышцах;
- забрюшинные гематомы (спонтанные, на фоне терапии антикоагулянтами, травматического генеза);
- воспалительные процессы (забрюшинный абсцесс, флегмона, миозит);
- доброкачественные, злокачественные и метастатические опухоли;
- ятрогенные повреждения(операции в малом тазу и грыжесечение).

Клиника:

- боли и парестезии внизу живота, в тазовом поясе, в бедре(усиливаются при поднятии вытянутой ноги, ходьбе, наклоне туловища вперед, пальпация в точке сдавления нерва в мышце и апоневрозе);
- позже появляется гипотрофия мышц тазового пояса и бедра с нарушением разгибания и приведения ноги, с затруднением походки;
- типично частичное поражение с преимущественным вовлечением в процесс одного - трех нервов (как правило, одностороннее).

Болезнь Бернгардта-Рота

Причины невропатии латерального кожного нерва бедра:

-перегиб нерва после выхода из таза;

-утолщения паховой связки;

-нахождение относительно ости подвздошной кости и

широкой сухожильной лямки;

-дисплазия тазобедренного сустава;

-сидячий образ жизни;

-венозная недостаточность;

-венозная гипертензия;

-послеоперационные рубцы;

-брюшная грыжа;

-беременность;

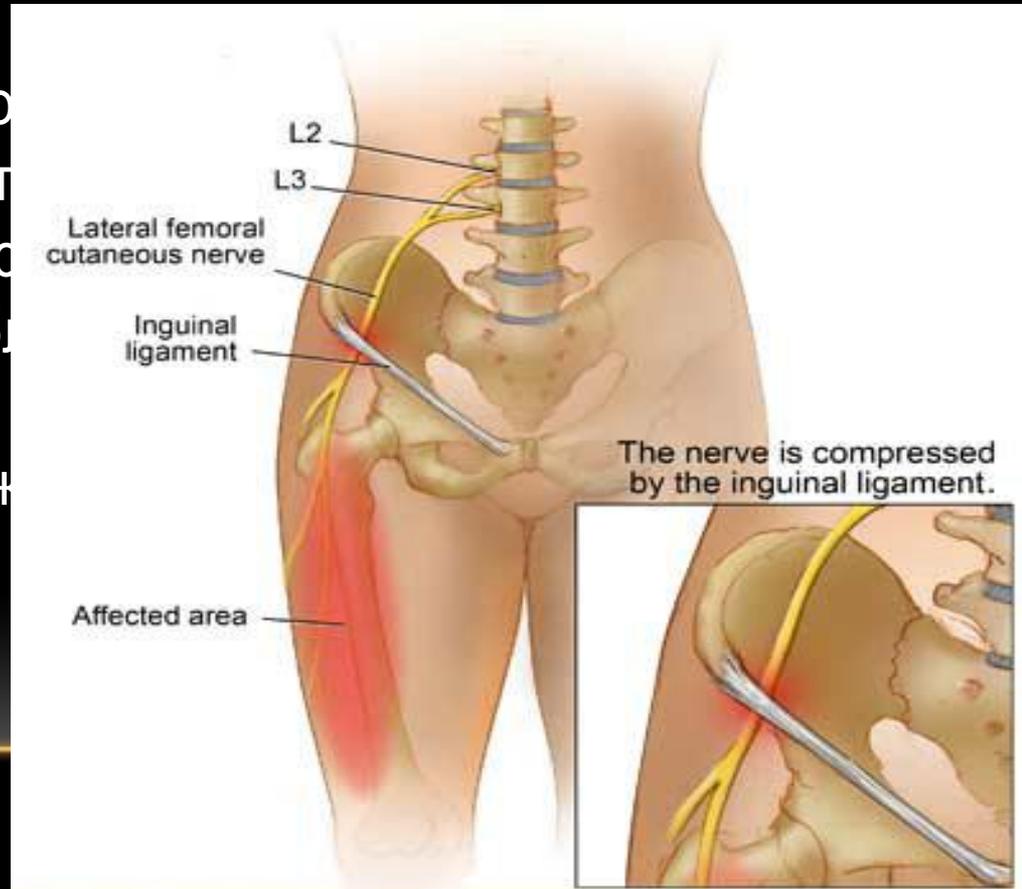
-ожирение;

-травмы;

-опухоли;

-инфекции;

-аллергия.



Заболевание проявляется:

- парестезией(ощущения жжения, чувство онемения, чужой кожи, покалывания, царапания на переднебоковой поверхности бедра от большого вертела бедра до колена);
- болью по ходу нерва (резко усиливается при ходьбе и значительно уменьшается во время отдыха :лежа или сидя в удобной позе с согнутыми ногами);
- прикосновение, давление на кожу, смещение кожной складки сопровождаются болью, чувством жара, укола;
- гипотрихозом, уплотнением или истончением кожной складки, гипо- или гипергидрозом в зоне иннервации.

На фоне гиперестезии обнаруживаются небольшие участки гипестезии(заметно снижена температурная, дискриминационная, двумернопространственная, тактильная чувствительность.

В тяжелых случаях отмечаются гиперпатия, каузалгия, зуд.

Невропатия запирающего нерва

Причины: повреждение
гематома,); на уро
гипермобильность
прямой кишки, вос
(грыжа, остеоит лон
поверхности бедра
сдавление на бед

Клиническая картина
-болью в медиальной
иррадирует книзу по
прямую кишку, в о
-боль усиливается
-объективные инст
изменения в запира
гипотрофия, слаб
-при ходьбе цирку



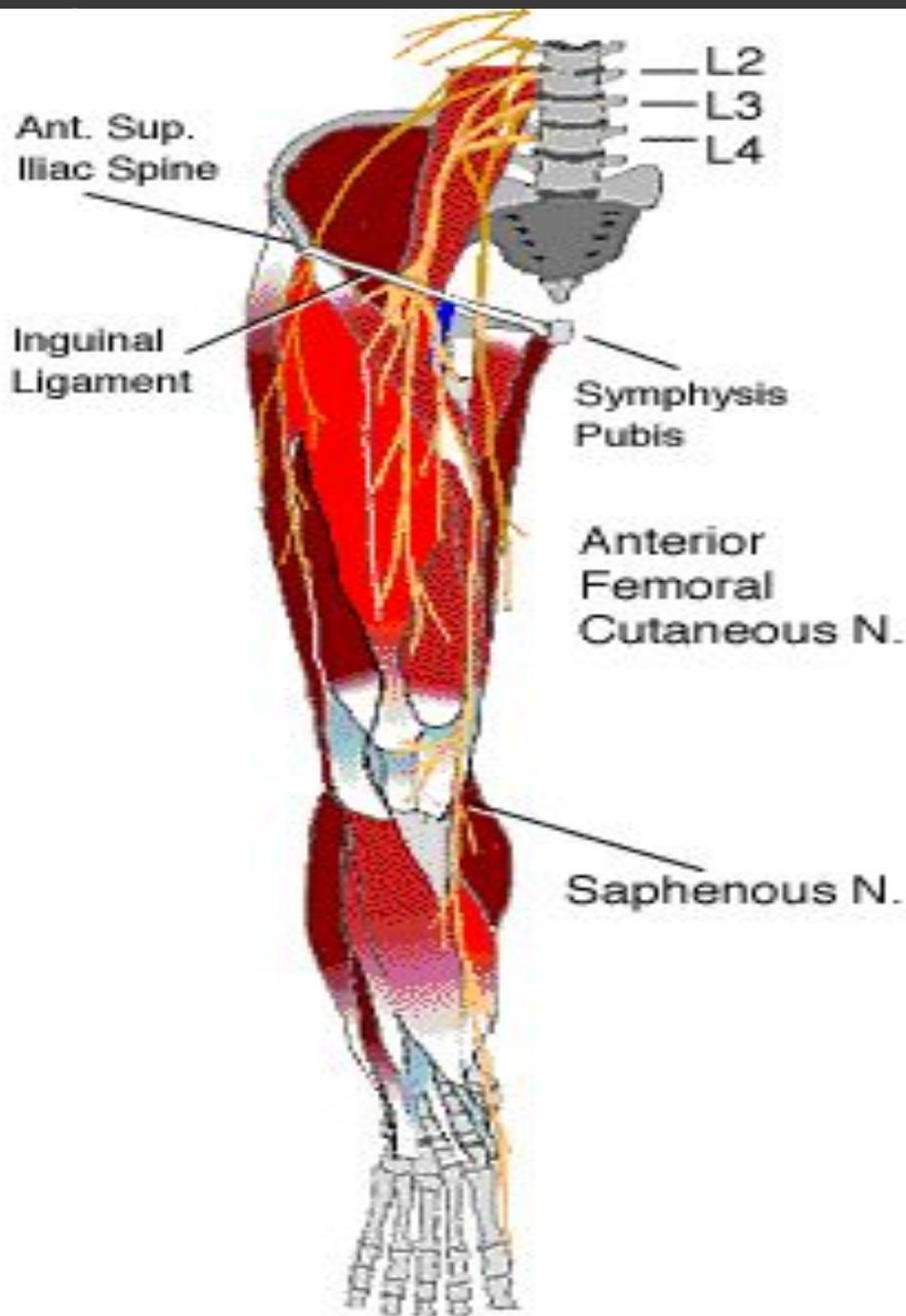
чника,
ит, травма,
видной и
канале
льной
рубец);

ки(
межность,
жении.
еские
ий проход;

Невропат

Этиология:

- в верхнем этаже (забрюшинно гематомой;
- перелом костей таза с кровоиз
- в зоне бедренного треугольника
- проведении чрезбедренной кат
- компримироваться аневризмой



Клиническая картина:

- боли в паховой области, распространяются в паховую область
- по передневнутренней поверхности бедра
- гипестезия в зоне иннервации;
- положительные симптомы Вассермана, М
- в тяжелых случаях развивается сгибатель

сус
-сл
-на
вра
-в
-из



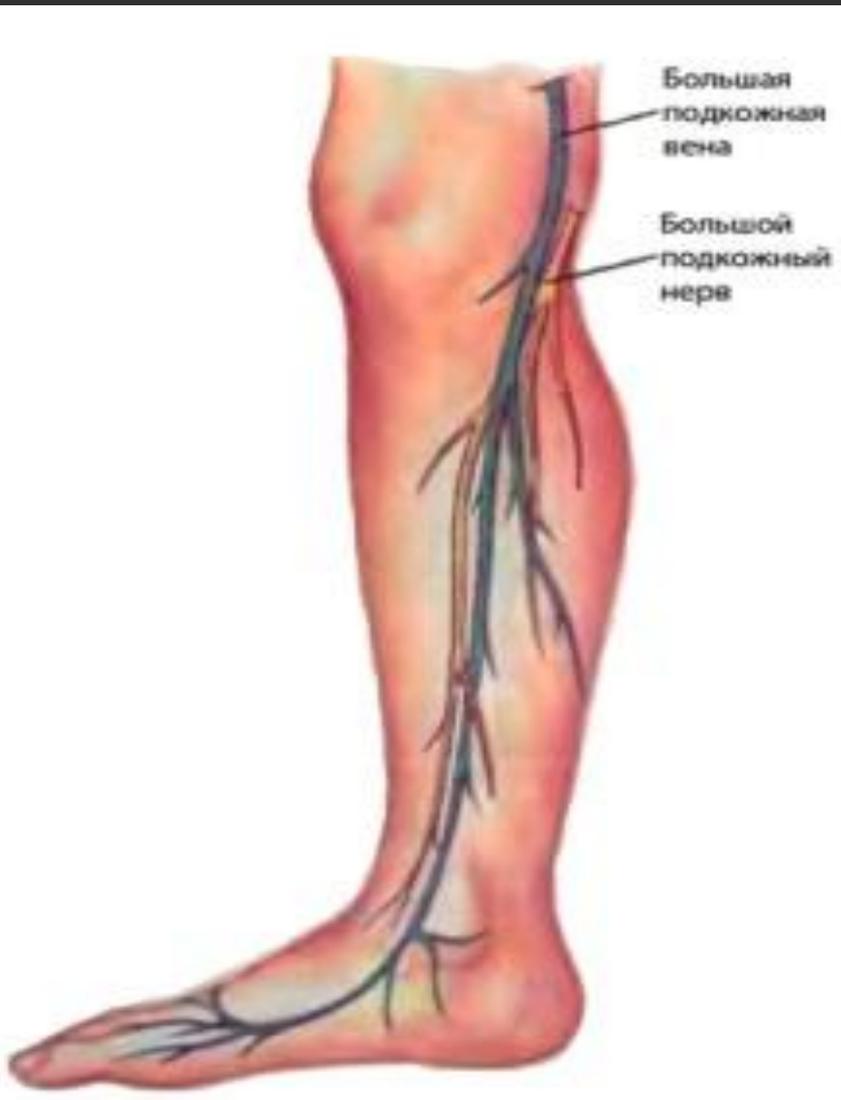
М

«Капканный» синдром

Причиной является повреждения бедренного нерва и его ветвей вследствие формирующихся мышечно-тонических и нейродистрофических изменений подвздошно-поясничной и портняжной мышц, паховой связки, подвздошно-гребешковой фасции и фасциального ложа приводящего канала.

Длительной люмбалгии, ограничения подвижности позвоночника, преобладание в клинической картине симптомов раздражения нерва (боли, парестезии) над симптомами выпадения, отсутствие контрактур, мышечных атрофий, выявление триггерных болевых точек в местах ущемления нерва под паховой связкой у входа в гунтеров канал и у выхода ветвей подкожного нерва позволяют правильно поставить диагноз и локализовать «капканный» синдром.

Поражения подкожного нерва.



подкожного нерва обнаруживается в точке оженной на 10 см выше внутреннего лезия и расстройства чувствительности голени - от коленного сустава до



Характерную деформацию гол, а также дистро коленных суставах.

Болевой синдром усиливается при ходьбе. В контрактура сустава в положении неполного сгибания.

шцы

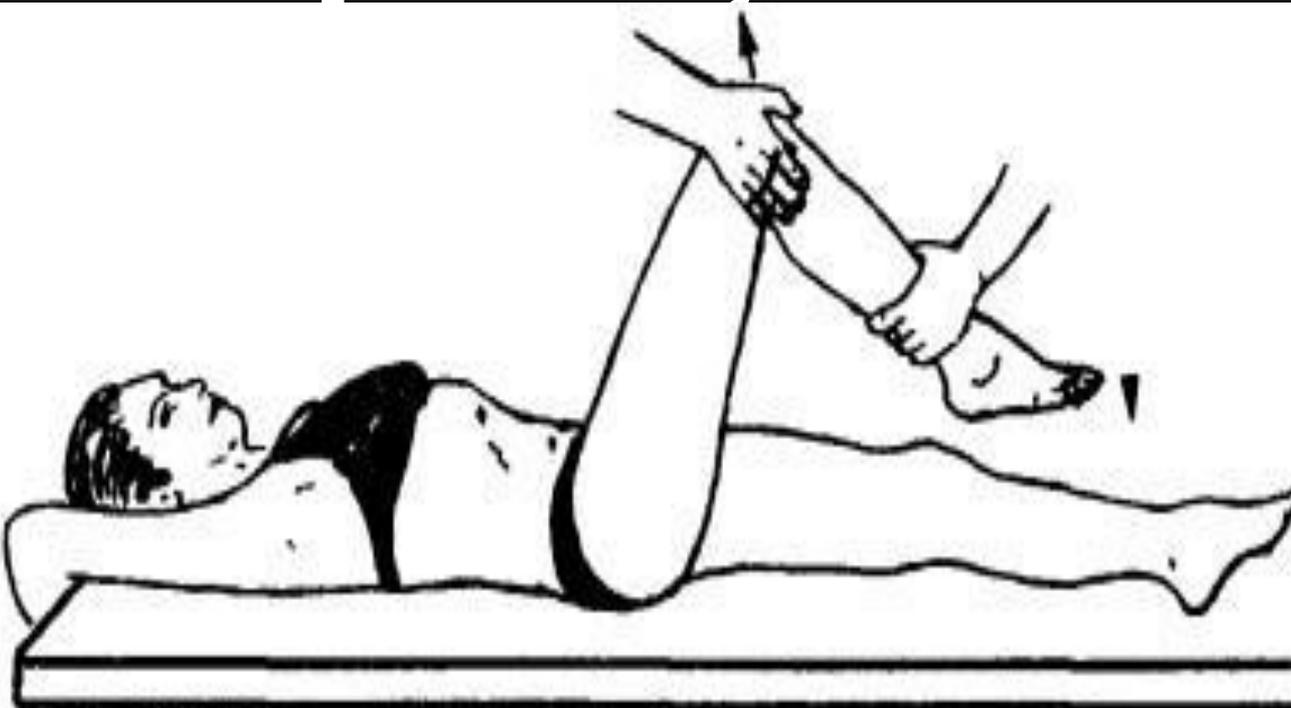
икает

ая

Невропатия седалищного нерва

Обусловлена компрессией нерва грушевидной мышцей и крестцово-остистой связкой .

Положительный эффект достигается при лежании на спине с вытянутыми ногами и руками.



Положительный эффект достигается при лежании на спине с вытянутыми ногами и руками.

Отмечается усиление боли с воспроизведением движений.

Положительный эффект достигается при лежании на спине с вытянутыми ногами и руками.

Мышечная слабость и малоберущая походка.

Положительный эффект достигается при лежании на спине с вытянутыми ногами и руками.

Вегетативно-сосудистые нарушения усугубляются ишемией самого ствола седалищного нерва из-за спазма нижней ягодичной артерии, что сопровождается картиной перемежающейся хромоты. При этом кроме усиления парестезии и болей в голени возникает рефлексорный спазм сосудов ноги с побледнением и похолоданием ее при ходьбе.

Невропатия большеберцового нерва

Поражение большеберцового нерва в подколенной ямке: мелких мышц стопы; при этом нарушается подошвенное сгибание на пятку, не может наступить на носок, движения пальцев от

Поврежденный нерв приобретает

Высокое содержание чувствительности стопы, а так

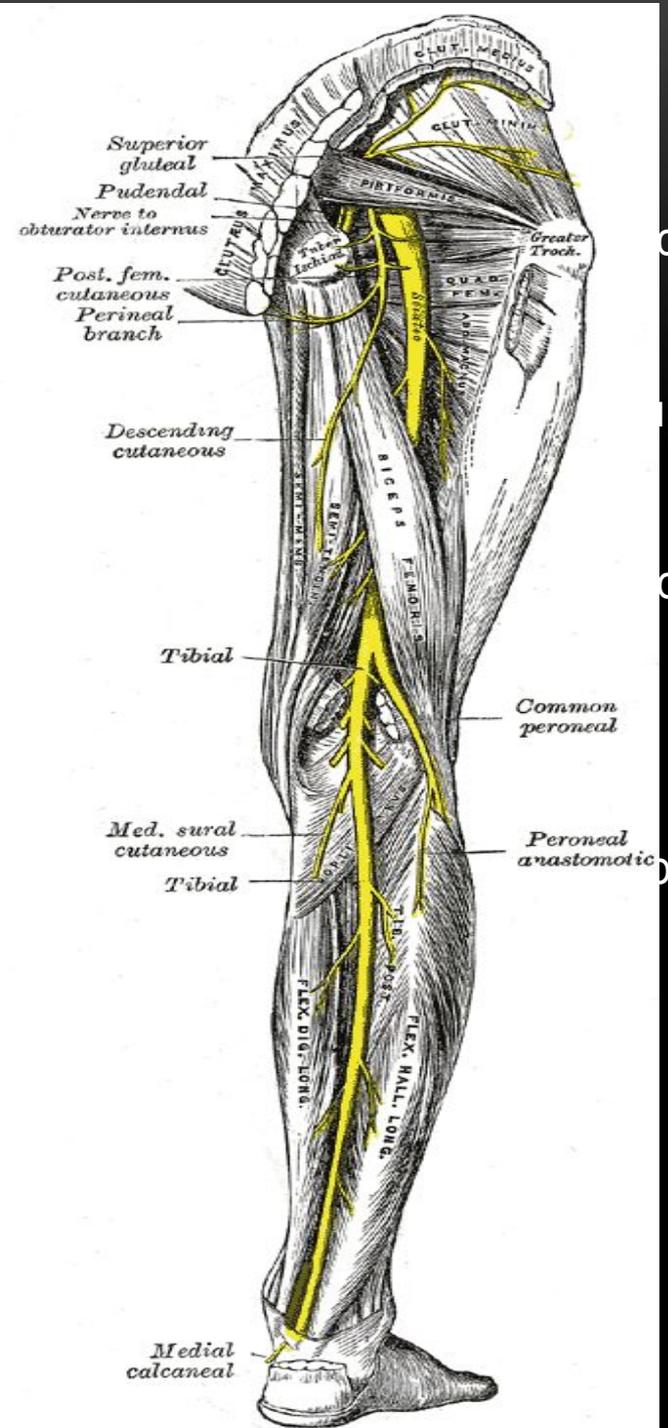
Типичные проявления: - каузалгиче - остеопороз - отеки; - гиперпатии



канале: ат

ального к на боковой ности стопы

большеберцовыми и т



сь

0

опе;

Синдром тарзального канала

Этиология:

- фиброзные посттравматические изменения в зоне канала;
- тендовагинит;
- жировой комок при ожирении;
- гипертрофию или аномальное расположение приводящей мышцы большого пальца;
- плоскостопие.

Клиника:

- жгучие боли, онемение в области подошвенной поверхности стопы по ее латеральному или медиальному краю;
- боль распространяется в икроножную мышцу(тупая, глубокая, усиливается при стоянии, ходьбе);
- движения в голеностопном суставе и ахиллов рефлекс сохранены;
- уплощением стопы, легкой когтистость пальцев;
- при перкуссии нерва на уровне канала или у края ладьевидной кости усиливается боль, могут возникнуть парестезии.

Невропатия медиальных пяточных ветвей (кальканодиния).

Травма голеностопного сустава; разрыв внутренней связки; перелом пяточной кости и их последствия в виде периартикулярного фиброза, оссифицирующий фиброзит подошвенного апоневроза, пяточная шпора, нейродистрофические изменения в костно-связочном аппарате стопы; эквиноварусная деформация стопы различного генеза; жировые комки по внутреннему краю пятки .

Клиническая картина:

- жгучие боли, онемение в пятке, парестезии, провоцируемые даже легким прикосновением к внутренней поверхности пятки в месте сдавления пяточных ветвей;
- при выраженном болевом синдроме человек не может наступать на пятку при ходьбе;
- положительный симптом Тинеля.

Невропатия малоберцового нерва

Туннельный синдром- поражение общего малоберцового нерва на уровне перегиба на наружной поверхности шейки малоберцовой кости. Причины: травма или сдавлении (работа на корточках или на коленях, поворотом внутрь стопы, привычку сидеть со скрещенными ногами, гипсовую повязку, сдавление голенищем резинового бинта).

Клиническая картина:

- преобладание двигательного дефекта над сенсорным;
- слабость и атрофия разгибателей и наружных ротаторов стопы (шлепает при ходьбе);
- со временем развивается контрактура с эквиноварусом;
- болевой синдром отсутствует или выражен минимально;
- парестезии, чувствительные расстройства ограничены тыльной стороной стопы.
- в случае неполного поражения нерва пальпация его в области лодыжки и положительным симптом Тинеля ;
- ахиллов рефлекс сохранен.



на
альной
е с
ю

та кнутри,

й стороне

ми в зоне

Синдром переднего тиббиального пространства- представляет собой острый вариант компрессионно-ишемического поражения глубокого перонеального нерва на голени.

Клиническая картина синдрома переднего тиббиального пространства представлена сильнейшей болью в мышцах передней поверхности голени, которая появляется сразу или спустя несколько часов после физической перегрузки ног. Отмечаются резкое уплотнение и болезненность при пальпации мышц передней поверхности голени.

Активное разгибание стопы отсутствует, пассивное - усиливает боль.

На тыльной артерии стопы не определяется пульс. Стопа холодная на ощупь.

Снижена чувствительность на тыльной поверхности первых двух пальцев.

Через две - три недели боль уменьшается, обнаруживается атрофия мышц переднего тиббиального пространства. Частичное восстановление разгибания стопы возможно в половине случаев.

Лечение компрессионно-ишемических невропатий

Для подавляющего большинства невропатий этиопатогенетическое лечение затруднительно, так как они обусловлены длительной микротравматизацией нервных структур.

Поэтому лечение носит в основном симптоматический характер, включающей нестероидные противовоспалительные средства, противоотечные и анальгетические средства (новокаиновые блокады).

Наиболее эффективным методом лечения служат инъекции ГКС непосредственно в соответствующие каналы и ткани, окружающие нерв.

Радикальным методом лечения туннельных невропатий считается оперативное вмешательство (декомпрессия или невролиз нервного ствола). Оперативное лечение заключается в рассечении тканей, сдавливающих нерв, и создании оптимальных условий для нервного ствола, предупреждающих его повторную травматизацию.

Показанием к операции считается безуспешность консервативной, в частности глюкокортикоидной, терапии, а также те случаи, когда инъекции глюкокортикоидов противопоказаны. Наличие грубых выпадений двигательных и чувствительных функций, а также быстрое нарастание симптоматики, сопровождающейся прогрессирующим выпадением функций нерва, является безусловным показанием к операции.

Благодарю за внимание

