Обычно, дегенеративно-дистрофические изменения межпозвоночных дисков при остеохондрозе носят полисегментарный характер, то есть поражение локализуется в нескольких отделах позвоночника с разной степенью проявления. Чаще всего болезнь затрагивает пояснично-крестцовый и шейный отдел, сравнительно, лишь в немногих случаях вовлекается грудной. Изолированно патология грудного отдела позвоночника практически не встречается. О клинических проявлениях и лечении остеохондроза этого сегмента мы сегодня поговорим.

## Этиология и патогенез

В грудном отделе для развития остеохондроза «обстановка» не слишком благоприятна. Объясняется это меньшим вертикальным давлением на диски из-за физиологического искривления позвоночника (грудной кифоз), небольшой амплитудой движений, стабилизацией грудной клетки с помощью сочленений с ребрами и грудиной. Нагрузка переносится на переднюю часть диска, что способствует реактивному окостенению передней поверхности замыкательных пластин тел позвонков (остеофиты). Этим также обусловлена редкость образования задних и заднебоковых грыж, которые более характерны для остеохондроза других отделов. А вот внутрителевые грыжи Шморля чаще всего локализируются в грудном отделе (VI-VII, VIII-IX, X-XI, XI-XII позвонки). Эти образования должны обязательно дифференцироваться с экстрамедуллярной опухолью, которая поражает этот отдел в 10 раз чаще и очень похожа по симптоматике.

Если говорить о причинах развития заболевания у молодых людей, здесь на первый план выступает спинальная травма (поднятие тяжести, прыжок с высоты, физическое перенапряжение), возможно, за несколько лет до начала заболевания. У стариков – это следствие длительного течения деформирующего спондилеза всего позвоночного столба.

## Клиническая картина

Самый распространенный симптом остеохондроза грудного отдела – торакалгия. Возникает тупая ноющая боль в спине или грудной клетке после физического труда или длительного вынужденного положения туловища. Отсутствуют нарушения чувствительности, рефлексов, двигательной функции, что говорит о мышечно-тоническом ее происхождении. Это компенсаторное рефлекторное напряжение паравертебральных, ромбовидных мышц, нижней части грудной мышцы в ответ на дегенеративные изменения дисков. Болезненна пальпация остистых отростков грудных позвонков.

Симпаталгический синдром – симптомокомплекс, возникающий при передаче раздражения из синувертебрального нерва (осуществляет иннервацию диска) на симпатический узел пограничного столба. Его признаки: жгучая, распирающая или сжимающая боль в одной или обеих половинах грудной клетки, диффузного характера, преимущественно в 4-6 сегменте, гипер- или гипестезия кожи, нарушение чувствительности по типу полукуртки, ограничение подвижности. Может наблюдаться боль, быстрое утомление конечностей, повышенная чувствительность к холоду. Симпаталгический синдром может имитировать приступ стенокардии. Отличает его усиление болезненности при ротационных движениях, длительность, отсутствие эффекта от применения нитратов, положительный ответ на нестероидные противовоспалительные средства.

Явление миелопатии диагностируется, когда наблюдаются нарушения чувствительности по сегментарному или проводниковому типу с повышением ахилловых и коленных рефлексов, появление патологических пирамидных рефлексов (Бабинского – штриховое раздражение латерального края подошвы вызывает разгибание I пальца, Оппенгейма – то же наблюдается при движении пальцами вниз по гребню большеберцовой кости, Россолимо – быстрое касание подушечек пальцев вызывает их сгибание).

Синдром поражения передней спинальной артерии – внезапное возникновение слабости и онемения в ноге после ночного сна, не сопровождающееся болью. Грудной радикулит встречается редко. Это объясняется тем, что корешки выходят через межпозвонковые отверстия, не соприкасаясь с межпозвоночными дисками. Корешковые боли могут маскироваться под заболевания органов брюшной полости.

## Медицинская помощь

Как уже говорилось выше, при остеохондрозе грудного отдела позвоночника нужно в первую очередь исключить опухоль спинного мозга, туберкулезный спондилит, гемангиому. Для этого используются современные методы лучевой диагностики.

Лечение заключается в назначении нестероидных противовоспалительных препаратов (диклофенак, мелоксикам, индометацин, нимесулид), миорелаксантов (баклофен, тизанидин), инъекций витаминов группы В, новокаиновых блокад. Применяется электрофорез с новокаином, рефлексотерапия, лечебный массаж паравертебральных мышц и гимнастика, радоновые и сероводородные ванны.

Показанием к оперативному лечению является нарастание признаков сдавления спинного мозга, выраженная симпаталгия, не поддающаяся консервативному лечению, тяжелая дисфункция тазовых органов. Промежуточным методом, позволяющим отсрочить оперативное лечение, является дэрецепция диска путем введения в него смеси из спирта, новокаина и фермента папаина.

После стихания острых симптомов важно создать активный двигательный режим, отказаться от тяжелого физического труда, вредных привычек, переедания. Сбросьте лишний вес, начните плавать, бегать, полноценно питаться. Радуйтесь жизни и будьте здоровы!