

УДК 616.718.43-009.7

Э.Р. КИРИЛЛОВА

Казанский государственный медицинский университет, 420012, г. Казань, ул. Бутлерова, д. 49

Болевой синдром большого вертела**Кириллова Элина Ринадовна** — кандидат медицинских наук, ассистент кафедры госпитальной терапии, тел. (843) 237-32-61, e-mail: elinarin@mail.ru

Болевой синдром большого вертела — частая клиническая проблема, характеризующаяся хронической болью и болезненностью при пальпации в латеральных отделах тазобедренного сустава. Основной патологический механизм развития — патология сухожилий ягодичных мышц в месте прикрепления к большому вертелу бедренной кости.

Ключевые слова: болевой синдром большого вертела, тазобедренный сустав, тендинит.

E.R. KIRILLOVA

Kazan State Medical University, 49 Butlerov St., Kazan, Russian Federation, 420012

Greater trochanter pain syndrome**Kirillova E.R.** — Cand. Med. Sc., Assistant Lecturer of the Department of Hospital Therapy, tel. (843) 237-32-61, e-mail: elinarin@mail.ru

Greater trochanteric pain syndrome is a common problem, manifested by chronic lateral hip pain exacerbated by movement and direct palpation. The primary underlying cause of lateral hip pain is tendinopathy of gluteal muscles at the place of their insertion to greater trochanter of a hip.

Key words: greater trochanter pain syndrome, hip joint, tendinitis.

Болевой синдром большого вертела (БСБВ) является широко распространенным и многофакторным региональным болевым синдромом. БСБВ, как правило, недооценивается и недостаточно диагностируется и, соответственно, недостаточно лечится, что приводит к хронизации боли и ограничению подвижности.

БСБВ определяется как боль и болезненность при пальпации большого вертела бедренной кости. Изначально БСБВ назывался вертельным бурситом, поскольку считалось, что он обусловлен воспалением или отеком вертельной сумки. В настоящее время БСБВ связывают с поражением сухожилий малой и средней ягодичных мышц в местах прикрепления к большому вертелу, так как изолированный бурсит в этом регионе редок [1].

Причиной БСБВ является широкий спектр патологических изменений приводящего аппарата тазобедренного сустава, включая костную поверхность большого бугра, тендинопатии дистального отдела и сухожильно-мышечное соединение малой и средней ягодичных мышц с их сумками и широкой фасцией.

Боль в области большого вертела может возникнуть в любом возрасте, но чаще всего встречается у представителей старших возрастных групп. Так у пациентов в возрасте 60 лет и старше подобные симптомы отмечались в 10-20% случаев. Синдром боли в нижней части спины является фактором, предрасполагающим к поражению большого вертела. Частота БСБВ у взрослых пациентов с данным

синдромом варьирует от 20 до 35%. Также с БСБВ ассоциируются женский пол, остеоартроз коленного сустава, поражение подвздошно-большеберцового тракта и ожирение [2].

Анатомия и биомеханика. Поверхность большого бугра (ББ) является основным местом прикрепления для сухожилий малой и средней ягодичных мышц. Внешняя поверхность ББ образует угол с изогнутой передней и пологой задней частью. Соединение этих двух поверхностей представляет собой легко пальпируемую верхушку вертела.

Средняя ягодичная мышца располагается под большой ягодичной мышцей. По форме приближается к треугольнику. Все мышечные пучки сходятся в общее мощное сухожилие, прикрепляющееся к вершине и наружной поверхности большого вертела, где имеются чаще две, реже три вертельные сумки средней ягодичной мышцы. Малая ягодичная мышца по форме напоминает предыдущую, но тоньше в поперечнике. На всем протяжении мышца прикрыта средней ягодичной мышцей. Мышечные пучки, конвергируя, переходят в сухожилие, прикрепляющееся к переднему краю большого вертела; здесь имеется вертельная сумка малой ягодичной мышцы. Задняя поверхность ББ не имеет сухожильного прикрепления. Здесь расположена большая вертельная сумка, расположенная под ягодичной мышцей.

Функция ягодичных мышц крайне сложна. Они могут осуществлять приведение, сгибание, наруж-



ную или внутреннюю ротацию в тазобедренном суставе, в зависимости от работающих пучков и положения бедра относительно таза. Малая ягодичная мышца и задняя часть средней ягодичной мышцы также могут способствовать стабилизации головки бедренной кости в вертлужной впадины во время цикла походки. Сухожилия ягодичных мышц играют важную роль в осуществлении сложных движений, таких как ходьба, прыжки, бег или танцы [3].

Тендинопатии и разрывы сухожилий средней и малой ягодичных мышц часто встречаются у пациентов с БСБВ. К ним приводят многие состояния, например, остеоартроз нижних конечностей, микротравматизация, перегрузка, нарушение биомеханики движений.

Клиническая картина. БСБВ обычно проявляется хронической перемежающейся или стойкой болью над или вокруг большого вертела, которая усиливается, когда больной лежит на стороне поражения, встает, долго стоит, сидит, положив ногу на ногу, поднимается по ступеням или бежит. У части пациентов боль иррадирует в латеральные отделы тазобедренного сустава или по латеральной поверхности бедра.

Физикальное обследование боковых отделов тазобедренного сустава обладает низкой специфичностью и чувствительностью. Клиническое обследование включает в себя пальпацию болезненной зоны в верхней или латеральной поверхности большого вертела. Провокационные тесты включают пассивную внешнюю ротацию в тазобедренном суставе с согнутым до 90° бедром, приведение с сопротивлением и/или наружную ротацию бедра с сопротивлением. Иногда боль провоцируется внутренним вращением и крайне редко разгибанием. Более высокой чувствительностью и специфичностью обладает модифицированный тест для выявления вовлечения сухожилий ягодичных мышц у пациентов с БСБВ. Он проводится следующим образом: пациент в течение 30 секунд стоит на одной ноге, сохраняя строго вертикальное положение и сопротивляясь наружной ротации [4].

Диагностика. Несмотря на то, что БСБВ считается клиническим диагнозом, инструментальные ме-

тодики могут быть полезны в подтверждении этого синдрома. Рентгенография может выявить кальцификацию в области большого вертела у больных с БСБВ, но эти изменения неспецифичны и не позволяют определить локализацию кальцификата: в месте прикрепления сухожилия или внутри сумки. Результаты скинтиграфии во многом неспецифичны, зона накопления ограничивается верхнелатеральным отделом большого вертела. Это может указывать и на бурсит и на тендинит ягодичных мышц.

Магнитно-резонансная томография (МРТ) позволяет определить как мягкотканую патологию (тендиниты ягодичных мышц, бурситы), так и костную (кальцификаты, костные изменения). МРТ необходимо выполнять пациентам с рекомендациями хирургического лечения БСБВ, например, удаления сухожильной сумки [5].

Ультразвуковое исследование (УЗИ) является методом выбора в диагностике БСБВ. Тендинит определяется как утолщение сухожилия или нарушение его структуры. Также при УЗИ выявляются частичные и полные разрывы сухожилий ягодичных мышц, мышечная атрофия и появление жидкости в полости сухожильных сумок [6].

Лечение. Важным условием успешного лечения БСБВ является устранение факторов, вызывающих структурные изменения мягких тканей в области большого вертела, таких как чрезмерная спортивная или профессиональная нагрузка.

Основной метод лечения БСБВ — неоперативный. У большинства пациентов достаточно одной инъекции кортикостероидов для ощутимого улучшения симптомов и уменьшения боли. В некоторых случаях необходимы многократные инъекции и физиотерапевтические методы и лечебная физкультура. Тем не менее не существует контролируемых исследований, подтверждающих пользу этих методик.

Существует несколько вариантов оперативного лечения: от наименее инвазивной эндоскопической бурсэктомии до открытой остеотомии. В случае рефрактерного болевого синдрома необходимо учитывать возможность разрыва сухожилий ягодичных мышц с последующим их восстановлением [7].

ЛИТЕРАТУРА

1. Олюнин Ю.А. Боль в области тазобедренного сустава // Современная ревматология. — 2013. — № 2. — С. 36-39.
2. Segal N.A., Felson D.T., Torner J.C. et al. Greater trochanteric pain syndrome: epidemiology and associated factors // Arch Phys Med Rehabil. — 2007. — № 88. — P. 988-992.
3. Gottschalk F., Kourosh S., Leveau B. The functional anatomy of tensor fasciae latae and gluteus medius and minimus // J Anat. — 1989. — № 166. — P. 179-189.
4. Lequesne M., Mathieu P., Vuillemin-Bodahi V. et al. Gluteal Tendinopathy in Refractory Greater Trochanter Pain Syndrome: Diagnostic Value of Two Clinical Tests // Arthritis Rheum. — 2008. — № 59. — P. 241-246.

1. Bird P.A., Oakley S.P., Shnier R., Kirkham B.W. Prospective evaluation of magnetic resonance imaging and physical examination findings in patients with greater trochanteric pain syndrome // Arthritis & Rheumatism. — 2001. — № 44. — P. 2138-2145.
2. Fearon A.M., Scarvell J.M., Cook J.L., Smith P.N. Does Ultrasound Correlate with Surgical or Histologic Findings in Greater Trochanteric Pain Syndrome? A Pilot Study // Clin Orthop Relat Res. — 2010. — № 468. — P. 1838-1844.
3. Lustenberger D.P., Ng V.Y., Best T.M., Ellis T.J. Efficacy of Treatment of Trochanteric Bursitis: A Systematic Review // Clin J Sport Med. — 2011. — № 21. — P. 447-453.