



УДК 617.599-009.78-07

Б.Х. АХМЕТОВ, Ю.Н. МАКСИМОВ, Д.Х. ХАЙБУЛЛИНА, Б.Э. ГУБЕЕВ

Казанская государственная медицинская академия, 420012, г. Казань, ул. Муштари, д. 11

Боли в нижней части спины: нюансы диагностики

Ахметов Булат Хакимович — заочный аспирант кафедры неврологии и мануальной терапии, тел. (843) 278-97-28, e-mail: doctor_bul@mail.ru**Максимов Юрий Николаевич** — кандидат медицинских наук, доцент кафедры неврологии и мануальной терапии, тел. (843) 278-97-28, e-mail: yuri_maximov@mail.ru**Хайбуллина Дина Хамитовна** — кандидат медицинских наук, доцент кафедры неврологии и мануальной терапии, тел. (843) 278-97-28, e-mail: dina.khaibullina@mail.ru**Губеев Булат Эдуардович** — заочный аспирант кафедры неврологии и мануальной терапии, тел. (843) 278-97-28, e-mail: bulat.g@list.ru

В статье рассмотрены причины возникновения болей в нижней части спины, их социальная, экономическая и медицинская значимость. Представлены клинические и диагностические особенности каждой из причин и сложности при постановке диагноза. Описана роль патобиомеханических изменений области таза в формировании болевого синдрома и крестцово-подвздошного сустава как причины болей в нижней части спины. Представлены результаты обследования пациентов с направительным диагнозом: люмбагия, люмбоишиалгия.

Ключевые слова: боль в нижней части спины, крестцово-подвздошный сустав, диагностика.

B.Kh. AKHMETOV, Yu.N. MAKSIMOV, D.Kh. KHAYBULLINA, B.E. GUBEEV

Kazan State Medical Academy, 11 Mushtari St., Kazan, Russian Federation, 420012

Pain in the lower back: the nuances of the diagnosis

Akhmetov B.Kh. — correspondence postgraduate student of the Department of Neurology and Manual Therapy, tel. (843) 278-97-28, e-mail: doctor_bul@mail.ru**Maksimov Yu.N.** — Candidate of Medical Sciences, Associate Professor of the Department of Neurology and Manual Therapy, tel. (843) 278-97-28, e-mail: yuri_maximov@mail.ru**Khaybullina D.Kh.** — Candidate of Medical Sciences, Associate Professor of the Department of Neurology and Manual Therapy, tel. (843) 278-97-28, e-mail: dina.khaibullina@mail.ru**Gubeev B.E.** — correspondence postgraduate student of the Department of Neurology and Manual Therapy, tel. (843) 278-97-28, e-mail: bulat.g@list.ru

The article deals with the causes of pain in the lower back, their social, economic, and medical significance. The clinical and diagnostic nuances of each cause of pain are presented, as well as difficulties in diagnosing. The role of patobiomechanic changes in the pelvis area in the painful syndrome formation is described. The role of the sacroiliac joint as a cause of pain in the lower back is discussed. The results of a survey of patients with lumbodynia and lumboischialgia are presented.

Key words: pain in the lower back, sacroiliac joint, diagnostics.

Боль в пояснично-крестцовой области остается одним из самых распространенных хронических болевых синдромов [1]. В течение жизни эту боль различной интенсивности испытывают от 48 до 100% взрослых людей, а ежегодно — от 31 до 50% населения среднего возраста [2, 3]. От хронической боли в спине страдает около 30% населения развитых стран [4]. Именно на них затрачивается до 75% ресурсов здравоохранения, используемых на лечение боли в спине в целом [5]. Острые боли в спине и нижних конечностях являются одной из наиболее частых причин, приводящих к временной нетрудоспособности [6].

В Международной классификации болезней десятого пересмотра (МКБ-10), которая с 1999 года в соответствии с приказами Министерства здравоохранения

(№ 170 от 27.05.1997 и № 3 от 12.01.1998) принята и в Российской Федерации, боли в спине отнесены к XIII классу — «Болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани», а не классу «Болезни нервной системы и органов чувств». В этом классе выделяется конкретная нозологическая форма «Боль внизу спины» (M54.5).

По данным ВОЗ, 1 из 10 людей старше 30 лет испытывает затруднения при передвижении на короткие расстояния из-за болей в нижней части спины (БНЧС) [7]. Каждый такой человек сталкивается с достаточно сложной проблемой поиска нужного врача, чтобы избавиться от боли. При обращении к врачам первичного звена таким пациентам обычно ставится диагноз «остеохондроз» или «протрузия, грыжа диска», и они проходят длительный и, к со-

жалению, не всегда эффективный курс лечения. Несмотря на такую частую заболеваемость, до сих пор между врачами разных специальностей не достигнуто консенсуса и не разработано четкого алгоритма, когда и как лечить такого пациента, какие ключевые симптомы являются предвестниками проблем, часто приводящих к инвалидизации людей трудоспособного возраста, и, наконец, врачи каких специальностей должны обязательно участвовать в лечении этих пациентов. И, действительно, несмотря на прогресс в технологии диагностики и лечения, вопрос болей в области поясницы всегда рассматривается с двух основополагающих и по-своему правильных точек зрения: со стороны анатомии и неврологии. Диагностика и интерпретация симптомов с применением каждого из этих подходов будет по-своему правильной и обоснованной, однако это может не принести пациенту облегчения. К сожалению, во всем мире финансовая составляющая лечения и проведения дорогостоящих процедур часто затрудняет постановку диагноза и назначение адекватного лечения.

Подавляющее большинство исследователей из стран Западной Европы и США не разделяют мнения о главенствующей боли дегенеративных изменений позвоночных структур в патогенезе БНЧС. Большинство авторов считает, что 75-90% всех болей в спине — это неспецифические боли, т.е. боли неустановленного происхождения без какой-то конкретной причины, а остальные болевые синдромы — это либо проявление какой-либо специфической патологии, либо последствие диско-радикулярного конфликта [8, 9]. К специфическим болям относятся алгии, вызванные конкретным патофизиологическим механизмом, таким как, например, инфекционный процесс, перелом, ревматоидный артрит, опухоль.

Несмотря на то, что в последнее время было проведено большое количество клинических испытаний, посвященных диагностике и лечению БНЧС, написано множество систематических обзоров, стали доступными различные клинические рекомендации по тактике ведения и лечению таких больных, в вопросах терминологии БНЧС до сих пор нет ясности и единства.

Анализ приведенных лабораторно-инструментальных исследований, установленных диагнозов и проводимого амбулаторного лечения больных трудоспособного возраста в поликлиниках 10 городов РФ выявил слабое знание поликлиническими врачами алгоритмов и диагностики лечения БНЧС [10].

Важно отметить, что источником болей могут быть как элементы позвоночно-двигательного сегмента, так и невральные структуры, причем в зависимости от локализации болевой синдром будет иметь свои клинические особенности. С этой точки зрения в структуре вертеброгенных болевых синдромов следует выделять: 1) миогенные; 2) артрогенные; 3) дискогенные; 4) спондилогенные; 5) невральные (радикулярные) боли. Естественно, такое деление болей условно, так как у одного и того же больного они обычно сочетаются; вместе с тем выделение доминирующей формы необходимо для дифференцированного подхода к терапии [11-15].

До сих пор многие считают, что в основе БНЧС лежат дегенеративные процессы поясничного отдела позвоночника и что для развития вертебральной боли и двигательных дезадаптаций необходима ирритация ноцицепторов синуввертебрального нерва Люшка, иннервирующего диско-суставной комплекс

позвоночника. Давно известно, что основная часть осевой нагрузки приходится на межпозвоноковый диск, который играет ведущую роль в биомеханике позвоночника. Тем не менее до настоящего времени нет убедительных данных о том, являются ли старение и дегенерация диска, приводящие к появлению БНЧС, взаимозаменяемыми понятиями естественного возрастного процесса с появлением клинических признаков на конечных этапах развития или взаимоисключающими состояниями, рассматриваемыми дегенерацию межпозвонокового диска как заболевание. Некоторые авторы высказывают предположения об отличиях в происхождении и механизмах развития этих состояний [16, 17]. Лишь в 10-15% случаев БНЧС обусловлены компрессией корешка спинного мозга (радикулопатией) или стенозом позвоночного канала. У еще меньшей части пациентов причиной БНЧС являются специфические заболевания, такие как рак (0,7% случаев), компрессионный перелом (4%), спинальная инфекция (0,01%), анкилозирующий спондилит (0,3-5%) [18]. Также важной причиной БНЧС может быть патология органов малого таза [19].

По мнению некоторых авторов, наряду с гипердиагностикой остеохондроза позвоночника, грыж и протрузий межпозвоноковых дисков игнорируются функциональные нарушения опорно-двигательного аппарата с формированием блоков в мелких и крупных суставах, появлением различных болевых мышечно-скелетных синдромов [20, 21]. Недооценивается роль миофасциальных болевых синдромов (МФБС), при которых мышца страдает первично [22]. МФБС считается одной из разновидностей неспецифической боли и в настоящее время ему уделяется все больше внимания со стороны врачей различных специальностей. При опросе 1663 американских членов Общества боли и смежных медицинских дисциплин более чем 80% респондентов согласились, что «мышечно-фасциальная боль» является законным диагнозом [23].

МФБС может возникнуть у человека любого возраста, даже у ребенка. «Излюбленный» возраст возникновения МФБС — от 25 до 50 лет, преимущественно у лиц, ведущих сидячий образ жизни. Отчасти это объясняется возрастным снижением эластичности и тонуса мышц. Кроме того, с возрастом развивается структурная дегенерация костей и суставов с последующей тугоподвижностью, что в свою очередь постепенно приводит к нарушению мышечной упругости. Лица, ведущие сидячий образ жизни, более склонны к развитию МФБС, чем лица с ежедневной физической нагрузкой. В то же время тяжелая физическая работа также может predispose к формированию МФБС.

Патофизиология МФБС все еще остается не до конца понятной. Проведенные к настоящему времени исследования подтверждают, что миофасциальная боль и дисфункция мышцы с характерными напряженными тяжами, содержащими триггерные точки (ТТ), по сути являются спинальным рефлекторным расстройством, отражающим непрерывную циркуляцию нейрональной активности в отдельных сегментах спинного мозга [24]. Для каждой мышцы существует довольно строго очерченная зона отраженной боли и довольно стабильное расположение ТТ. Если мышечную боль не лечить, это может привести к перистириванию болевого импульса в сенсорных нейронах спинного мозга.

Проблема диагностики МФБС состоит в том, что относительно большое количество мышц потенци-



ально могут принимать участие в развитии данного синдрома, и, соответственно, врач должен владеть методикой мануального исследования различных мышц. Трудности связаны с различной конституцией пациентов, толщиной подкожной жировой клетчатки, глубиной залегания мышц, особенно труднодоступных для пальпации мышц ног и ягодичной области (глубокозалегающая грушевидная мышца).

Знание симптомов-индикаторов позволяет определить возможные этиологические факторы и исключить причины боли в спине, не связанные с дегенеративно-дистрофическими поражениями позвоночника.

В последнее время появляется все больше доказательных факторов ассоциации хронической мышечно-скелетной боли с клинически значимой патологией суставного аппарата позвоночника. Так, в одном из самых крупных проспективных исследований пациентов с хронической болью в нижней части спины без радикулопатии было показано, что 40% имеют фасеточный болевой синдром, 26% — дискогенную боль, 2% — боль, связанную с сакроилиальным сочленением, 13% — за счет раздражения сегментарных дуральных нервов, у 19% причина боли не была идентифицирована [25].

Боль при фасеточном синдроме латерализована. Она может ограничиваться пояснично-крестцовой областью над пораженным суставом, распространяться на ягодичы, паховую область, нижнюю часть живота и иногда в область промежности. Но чаще боль иррадирует в верхнюю часть бедра, имитируя радикулярный болевой синдром. Боли в области поясницы, иррадирующие в ногу, составляют 25-57% от всех болей, локализованных в поясничной области, значительная часть из которых обусловлена поражением суставов. В отличие от истинного радикулярного синдрома боль, исходящая из межпозвонковых суставов, никогда не распространяется ниже подколенной ямки. Фасеточная боль тупая, монотонная, пациенты описывают ее как разлитую. Но у некоторых пациентов она может быть более или менее схваткообразной. При тяжелом течении фасеточный синдром может имитировать дискогенные боли (псевдордикулярный синдром). Характерна динамика боли в течение дня. Типично появление кратковременной утренней боли, уменьшающейся после двигательной активности (расхаживание), но обычно снова усиливающейся после дневной активности в конце дня.

Опыт показывает, что большинство врачей, не сомневаясь, объединяют в один диагноз «люмбоишиалгия» патологию поясничного отдела, патологию суставов тазовой области и самого тазобедренного сустава. Укоренилось мнение, что при рассмотрении причин БНЧС и такого важного клинического признака, как иррадиация болей в ногу, учитываются в основном изменения поясничного отдела позвоночника, мышц тазового пояса и тазового дна [12-15, 19]. Часто не принимается во внимание патология суставов тазового региона, в особенности крестцово-подвздошного сустава. Возможно, это связано и с тем, что большинством отечественных и зарубежных авторов [12-15, 26] изучалась патология поясничного отдела позвоночника и его структур, тогда как исследованию патологии крестца и смежных с ним суставов не было уделено должного внимания.

В то же время имеются данные, что удельный вес болей, исходящих из крестцово-подвздошных сочленений, составляет от 30 до 90% [27,28]. Отече-

ственными авторами установлено, что крестцово-подвздошный периартроз может являться причиной БНЧС [29-32]. В структуре травматизма повреждения крестцово-подвздошного сочленения среди всех травм таза составляют 18% [28]. Поражение указанного сочленения может быть важным (а иногда долгое время единственным) симптомом широкого круга терапевтических заболеваний. По данным Российского центра мануальной терапии, функциональные блокады крестцово-подвздошного сустава встречаются практически у всех людей [32], а пренебрежение к устранению блокады крестцово-подвздошного сустава и напряжения в крестцово-подвздошных связках, сопровождающихся псевдокорешковыми болями, может привести к хронизации процесса и ошибочным ламинэктомиям [31].

Нами были обследованы 192 пациента с направительным диагнозом: люмбалгия, люмбоишиалгия. Возраст исследуемых варьировал от 9 до 64 лет (37 мужчин и 32 женщины). Каждому пациенту было проведено общеневрологическое обследование, мануальное и нейроортопедическое тестирование с детальным изучением патобиомеханических изменений в регионе крестцово-подвздошного сустава и пояснично-крестцового перехода, а также, по показаниям, рентгенографическое исследование поясничного и крестцового отделов позвоночника.

Из общего количества осмотренных пациентов у 69 обратившихся (35%) выставленный диагноз не соответствовал направительному диагнозу. В 35 случаях (18%) причиной БНЧС оказалась сочетанная патология поясничного отдела позвоночника и крестцово-подвздошного сочленения, что было обозначено нами диагнозом «люмбосакралгия», а в 34 случаях (17%) — патология крестцово-подвздошного сустава и периартикулярных тканей, при этом диагноз звучал как «сакралгия». Причем в обеих группах ведущее клиническое значение имела патология крестцово-подвздошного сустава и патобиомеханические изменения, происходящие в нем.

В результате проведенного обследования оказалось, что у 108 пациентов конфигурация таза соответствовала скрученному, в 29 случаях таз являлся косым, 22 осмотренных имели кососкрученный таз.

Феномен опережения выявлялся у всех обследованных, причем в группе пациентов с диагнозом «люмбосакралгия» тест был слабо положительным, а у пациентов с диагнозом «сакралгия» тест оказался резко положительным.

Оценка поясничного лордоза показала: у 65% обследованных выявлено усиление поясничного лордоза, у 27% — сглаженность лордоза и в остальных случаях поясничный лордоз были сохранены.

На стороне функционального блока крестцово-подвздошного сустава тест на подвздошно-поясничную, крестцово-подвздошную, крестцово-остистую, крестцово-бугорную связки был положительным. В 76% наибольшая болезненность появлялась при проведении теста на пояснично-подвздошную и крестцово-остистую связки. К тому же на стороне блокады крестцово-подвздошного сустава, подвздошно-поясничная и крестцово-подвздошная связки оказывались плотнее, и при надавливании появлялись рисунок боли, который и беспокоил пациента. Также было выявлено, что на стороне блокады крестцово-подвздошного сустава в 98% случаев имеется напряжение и болезненность подвздошно-поясничной мышцы.



Из общего количества осмотренных пациентов у 34 из них (17%) с диагнозом «сакралгия» было проведено лечение, включающее устранение блока крестцово-подвздошного сустава методами мануальной терапии, расслабление напряженных мышц, релаксационными методиками, инактивация миофасциальных триггерных точек лечебными медикаментозными блокадами. Анализ результатов лечения показал, что болевой синдром снизился по ВАШ с 7-8 баллов до 4-5 баллов после первого же сеанса. У 37% пациентов болевой синдром купировался полностью после третьего сеанса терапии, в 54% случаев проявления боли исчезли на 5-6 сеанс, а у 9% пролеченных болевой синдром по ВАШ на 1-2 балла сохранялся в течение 1,5-2 недель с последующим полным регрессом.

ЛИТЕРАТУРА

1. Шмидт И.Р. Остеохондроз позвоночника // Этиология и профилактика. — Новосибирск: Наука, 1992. — 240 с.
2. Антонов И.П., Шанько Г.Г. Поясничные боли. — Минск: Беларусь, 1989. — 143 с.
3. Веселовский В.П., Ильин В.П., Кочергина О.С. Влияние миофасциальных триггеров на формирование висцеральных синдромов // Международный конгресс вертеброневрологов. — Казань, 1993. — С. 27.
4. Merskey H., Bogduk N. Classification of chronic pain // IASP, 1994. — 833 p.
5. Воробьева О.В. Диагностика и лечение боли в спине // Неврология. — 2009. — № 2. — С. 124-129.
6. Попелянский Я.Ю. Болезни периферической нервной системы // Журнал невропатологии и психиатрии им С.С. Корсакова. — М., 1989. — Т. 91. Вып. 1-6. — С. 22.
7. Brault M. Americans with disabilities: 2005, current population reports / M. Brault. — Washington, DC: US Census Bureau, 2008. — P. 70-117.
8. Airaksinen O. European guidelines for the management of chronic non-specific low back pain / O. Airaksinen, J.I. Brox, C. Cedraschi, J. Hildebrandt, J. Klüber-Moffett, F. Kovacs, A.F. Mannion, S. Reis, J.B. Staal, H. Ursin, G. Zanoli // On behalf of the COST B13 Working Group on Guidelines for Chronic Low Back Pain. — 2004. — 207 p.
9. Papageorgiou A.C. Back pain, a communicable disease / A.S. Papageorgios, P.R. Croft, S. Ferry et al. // International J. of Epidemiology. — 2008. — Vol. 37 (1). — P. 69-74.
10. Эрдес Ш.Ф. Медико-социальное значение патологии суставов и позвоночника среди взрослого населения РФ / Ш.Ф. Эрдес, Е.А. Галушко // Боль. — 2009. — № 3 (24). — С. 19-20.
11. Хабилов Ф.А. Боль в шее и спине: руководство для врачей / Ф.А. Хабилов, Ю.Ф. Хабилова. — Казань: Медицина, 2014. — С. 24-30.
12. Веселовский В.П. Практическая вертеброневрология и мануальная терапия / В.П. Веселовский. — Рига, 1991. — 341 с.
13. Иваничев Г.А. Миогенный триггерный пункт как генератор патологической сенсорной системы / Г.А. Иваничев, К. Левит // Вертеброневрология. — 1993. — № 2. — С. 3-8.
14. Попелянский Я.Ю. Ортопедическая неврология. Вертеброневрология / Руководство для врачей / Я.Ю. Попелянский. — Казань, 1997. — Т. 1. — 554 с.
15. Хабилов Ф.А. Клиническая неврология позвоночника / Ф.А. Хабилов. — Казань, 2001. — 470 с.
16. Giles L.G.F. Innervation of spinal structures. Clinical anatomy and management of low back pain / Ed. Giles L.G.F. — Oxford, Butterworth-Heinemann. — 1997. — P. 219-231.
17. Веселовский В.П. Неврологические синдромы поясничного спондилоартроза / В.П. Веселовский, С.С. Пшик. — Львов, 1994. — 124 с.

Результаты проведенного исследования показали, что диагноз БНЧС неоднороден по своей структуре. Патология поясничного отдела позвоночника не является единственной причиной клинических проявлений при БНЧС. Под диагнозом «люмбалгия», «люмбоишиалгия» нередко протекает патология абсолютно другой области — таза. Лечение пациентов с патологией таза по общепринятым схемам лечения заболевания поясничного отдела позвоночника не является эффективным и ведет к хронизации процесса. При обследовании пациентов с жалобами на БНЧС необходимо детальное изучение анамнеза и тщательное проведение мануального тестирования для определения уровня поражения. Назначение адекватного лечения, включающего коррекцию патобиомеханических изменений, приводит к быстрому регрессу клинических проявлений и повышает эффективность проводимого лечения.

18. Jinkins J.R. The pathoanatomic basis of somatic, autonomic and neurogenic syndromes originating in the lumbosacral spine // L.G.F. Giles, K.P. Singer Clinical anatomy and management of low back pain. — 1997. — Vol. 1. — P. 255-272.
19. Кухнина Т.М. Болевые мышечно-тонические вегетативно-ирритативные синдромы при гинекологических заболеваниях: автореф. дис. ... кан. мед. наук. — Казань, 1990. — 18 с.
20. Иваничев Г.А. Миофасциальная боль / Г.А. Иваничев. — Казань, 2007. — 389 с.
21. Вознесенская Т.Г. Боли в спине и конечностях // Болевые синдромы в неврологической практике / под ред. А.М. Вейна. — М.: МЕДпресс-информ, 2001. — С. 217-283.
22. Travell J.G. The myofascial genesis of pain / J.G. Travell, S.H. Rinzler // Postgrad. Med. — 1952. — Vol. 11. — P. 425-434.
23. Tunks E. Regional soft tissue pains: alias myofascial pain / E. Trunks, J. Crook // Baillieres Best Pract. Res. Clin. Rheumatol. — 1999 June 1. — Vol. 13 (2). — P. 345-369.
24. Fischler A.A. Myofascial Pain Update in Diagnosis and Treatment / A.A. Fischler // Pennsylvania: Saunders, 1997.
25. Дозрти М., Дозрти Д. Клиническая диагностика болезней суставов. — Минск: Тивали, 1993. — С. 88.
26. Попелянский Я.Ю. Клиническое значение крестцовой области как источника локальных и отраженных проявлений вертеброгенной патологии / Я.Ю. Попелянский, М.Ф. Магомаев // Вертеброневрология. — 2001. — Т. 8, № 1-2. — С. 45-48.
27. Editorial. Back pain what we can offer? // Biol. Med. J. — 1979. — Vol. 1. — P. 706.
28. Норец И.П., Гринберг Э.А. Пояснично-тазовые болевые синдромы с позиций мануальной медицины и роль крестцово-подвздошных сочленений в их генезе // Мануальная терапия в вертеброневрологии: тезисы докладов конференции. — Новокузнецк, 1990. — С. 25-28.
29. Ахметсафин А.Н., Баранцевич Е.Р., Скоромец А.А. Феномены «короткой» и «длинной» ноги и их связь с локализацией стороны болевого синдрома при люмбосакралгии и ишиалгии // Материалы 7-го Всероссийского съезда неврологов: Тез. докл. — Н. Новгород, 1995. — № 461.
30. Хаджиев Г.В. Диагностика и мануальная терапия тазово-крестцовых невропатий. Учебно-методическое пособие / Г.В. Хаджиев, Ю.Д. Бадзгарадзе, Т.Н. Трофимова, Н.М. Жулев. — СПб: СПбМАПО, 2006.
31. Магомаев М.Ф. Болезненный крестец. Механизмы развития, клинические проявления, лечение // Вертеброневрология. — 2004. — Т. 11, № 1-2. — С. 65-70.
32. Ситель А.Б. Мануальная терапия спондилогенных заболеваний. — М., 2008. — 408 с.

WWW.PMARCHIVE.RU

САЙТ ЖУРНАЛА «ПРАКТИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА»