

**Б.Х. АХМЕТОВ, Ю.Н. МАКСИМОВ, Е.Ю. ЮПАТОВ**

Казанская государственная медицинская академия

Республиканская клиническая больница восстановительного лечения МЗ РТ, г. Казань

УДК 616.8

К вопросу о дифференциальной диагностике болей в нижней части спины

Ахметов Булат Хакимович

врач-невролог РКБ ВЛ, заочный аспирант кафедры неврологии и мануальной терапии

420021, г. Казань, ул. Ватутина, д. 13, тел. 8-917-856-82-05, e-mail: rkbvl@i-set.ru

В статье приведены причины болей в нижней части спины и одна из наиболее часто встречающихся и наименее изученных причин — патология крестцово-подвздошного сустава. Описан краткий обзор имеющейся литературы по данной патологии. Представлены результаты обследования пациентов с болями в нижней части спины.

Ключевые слова: люмбоишиалгия, люмбалгия, сакралгия, сакроишиалгия, крестцово-подвздошный сустав.

B.H. AKHMETOV, Y.N. MAKSIMOV, E.Y. YUPATOV

Kazan State Medical Academy

Republican Clinical Hospital of Rehabilitation MZ RT, Kazan

To the question about differential diagnosis of pain in lower back

The article presents the causes of pain in lower back and one of the most common and least studied cause — pathology of the sacroiliac joint. It is described an overview for existing literature on this pathology. The article presents the results of patient's examination with pain in lower back.

Keywords: lumbar ischialgia, lumbalgia, sacralgia, sacro ischialgia, sacroiliac joint.

Боли в нижней части спины (БНЧС) очень часто встречаются в практике врачей различных специальностей: терапевтов, ревматологов, ортопедов, неврологов, гинекологов и др. В США, например, боли в нижней части спины являются самой частой причиной ограничения физической активности лиц в возрасте до 45 лет и третьей по частоте причиной (после сердечных и суставных заболеваний) в группе лиц от 45 до 64 лет. Согласно одной из оценок, в США около 8 млн человек имеют жалобы и ограничения, связанные с БНЧС, а 5% из них получают пособия в связи с нетрудоспособностью. Приблизительно у 70% людей хотя бы один раз в жизни возникают БНЧС [1].

В России частота БНЧС в течение жизни составляет 48,2% без существенных различий между мужчинами и женщинами. При этом длительность болевого синдрома не превышала 2 недели у 88,9%, однако рецидивирующий характер БНЧС отмечен у 89,5% и при этом чуть больше чем у половины обследованных (53,4%) выявлены дегенеративные изменения в поясничном отделе при рентгенологическом исследовании. Таким образом, и в России БНЧС сохраняет значение медико-социальной

проблемы. Более того, характерным для последнего десятилетия явилось выявление БНЧС у подростков. Так, по данным литературы, боли в нижней части спины выявляются у 7-39% подростков, причем причину их возникновения у большинства установить не удастся.

Под нижней частью спины обычно понимают область, ограниченную сверху линией, соединяющей нижние границы пальпируемых ребер, а с боков — задними аксиллярными линиями. Анатомически в эту область попадают соответствующие структуры позвоночника, части подвздошных костей, крестцово-подвздошные сочленения, большое количество мышц и связок, крепящихся к этим структурам, часть поясничного отдела, нижележащие отделы спинного мозга и их корешки, поясничное и крестцовое сплетения, исходящие из них нервы, а также мочеточники.

Основным источником БНЧС большинство исследователей считают спинномозговые корешки, межпозвонковые диски, межпозвонковые суставы, мышцы [2, 3] и связки позвоночника [4, 5], также важной причиной многие авторы считают патоло-



гию органов малого таза [6]. Так, например, в практике акушера-гинеколога причиной БНЧС могут служить несколько заболеваний — под БНЧС может маскироваться болевой синдром при эндометриозе, воспалительных заболеваниях органов малого таза или варикозном расширении вен малого таза.

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 болей в нижней части спины и важного клинического признака, как иррадиация болей в ногу, учитываются в основном изменения поясничного отдела позвоночника, мышц тазового пояса и тазового дна [6]. Часто не принимается во внимание патология суставов тазового региона, в особенности крестцово-подвздошного сустава и патобиомеханические изменения, которые приводят к дисфункции данного сустава. Возможно, это связано и с тем, что большинством отечественных и зарубежных авторов [2-5, 7, 8] изучена патология поясничного отдела позвоночника и его структур. Тогда как исследованию патологии крестца и смежных с ним суставов не уделено должного внимания.

В то же время, по оценкам различных авторов, имеются данные, что удельный вес болей, исходящих из крестцово-подвздошных сочленений, составляет от 30 до 90% [8,9]. В структуре травматизма повреждения крестцово-подвздошного сочленения среди всех травм таза составляют 18% [8]. Поражение указанного сочленения может быть важным (а иногда долгое время единственным) симптомом широкого круга терапевтических заболеваний. По исследованиям Российского центра мануальной терапии, функциональные блокады крестцово-подвздошного сустава встречаются практически у всех людей [10]. 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 [10].

По данным N. Bellmanu и соавт. (1983), к заболеваниям и состояниям, сопровождающимся поражением КПС, относятся:

1. Структурные аномалии: врожденные аномалии сочленений, асимметрия таза, разная длина ног.
2. Воспалительные заболевания: анкилозирующий спондилит, болезнь Рейтера, воспалительные заболевания кишечника, ювенильный ревматоидный и псориатические артриты, семейная средиземноморская лихорадка, болезнь Бехчета, болезнь Уиппла.
3. Дегенеративные заболевания: остеоартроз.
4. Инфекция сустава: пиогенная, туберкулезная, бруцеллезная.
5. Прочие заболевания и состояния: беременность, алкаптонурия, болезнь Гоше, конденсирующий остит подвздошной кости, болезнь Педжета.

Сюда же можно отнести статические и динамические перегрузки биомеханической цепи опорно-двигательного аппарата, а чаще тазового кольца, включающего в себя крестец и две тазовые кости.

Крестец является симметричной костью клиновидной формы, формирует основание позвоночника и соединяет две половины таза (подвздошные кости) при помощи крестцово-подвздошных суставов. С анатомической точки зрения эти соединения являются истинными суставами, а с функциональных позиций могут расцениваться как симфизы: мощные, окружающие кость связки, полулунная форма суставных поверхностей с нечеткими контурами существенно ограничивают подвижность в этих суставах. Однако недостаток подвижности может

компенсироваться движениями в пояснично-крестцовом сочленении и суставах нижних конечностей. Ограничение движений или нестабильность крестцово-подвздошного сустава может развиваться как следствие асимметричной нагрузки на кости таза, травмы, вывиха или перелома таза. Боль при движениях может ощущаться в крестцово-подвздошной, ягодичной, паховой и тазобедренной областях. Обычно боль иррадирует по задней поверхности в пределах S1 дерматомы до коленного сустава. Симптомы в частых случаях могут напоминать ишиас. Часто пациенты ощущают боль внизу живота и в паху из-за натяжения подвздошно-поясничной мышцы. В практике применяются нейроортопедические, мануальные тесты для выявления функциональных нарушений в крестцово-подвздошном суставе, которые могут выполняться в положении пациента сидя, стоя, лежа на спине или на животе [11].

Существуют различные теории нутации крестца. Теория Фарабефа гласит о том, что наклон крестца происходит вокруг оси, установленной осевой связкой. Происходит угловое смещение, и мыс движется вниз и вперед вдоль дуги с центром, расположенным сзади от поверхности сустава. Иная версия у теории Боннера, наклон крестца происходит вокруг оси, которая проходит через бугорок Боннера, к ушковидной суставной поверхности крестца. По исследованиям Вейзеля, получается теория чистого линейного смещения. Крестец скользит вдоль оси нижней части ушковидной суставной поверхности. Это может означать линейное перемещение крестца в том же направлении, что и движение мыса и крестца.

Количество теорий позволяет предположить, насколько трудно проанализировать низкоамплитудную подвижность и увеличивает возможность того, что у разных людей может быть разный тип подвижности. Эти теории носят не просто абстрактный характер, но и применяются на практике, поскольку движения тазового пояса имеют большое физиологическое значение в родовом акте [12].

Ниже перечислены работы посвященные изучению патологии тазовой области, и в особенности патологии крестцово-подвздошного сустава. Наш соотечественник Норец И.П. [13] первым выделил два вида менискоидной ткани в просвете суставной щели крестцово-подвздошного сустава и тем самым объяснил механизм возникновения функционального блока в данном сочленении, вследствие ущемления менискоидов. Дал рентгенологические критерии функционального блока изучаемого сустава. Доказал, что спайн-тест и модифицированная проба феномена опережения задней верхней ости являются высокоинформативным показателем функционального блока крестцово-подвздошного сустава.

Люмбо-сакралгии изучены в работе Ахметсафина А.Н. [14]. Автор делает выводы, что исследование патобиомеханики у больных с люмбо-сакралгиями позволяет выделить различные клинические варианты патобиомеханических изменений позвоночника и тазового кольца, в особенности сакроилиакальных сочленений. Клинико-неврологические проявления артрогенных (илио-сакральных и сакро-илиакальных) люмбо-сакралгий носят рефлекторно-мышечный характер и сопровождаются отчетливыми статико-локомоторными нарушениями. Применение нейро-мышечных методик мануальной терапии на фоне медикаментозно-физиопроцедурной терапии позволяет повысить эффективность лечения в фазе обострения в 1,5 раза, что подтверждается реовазографическими, тепловизионными, электронейромиографическими и рентгенологическими методами исследования. Нейро-мышечные методики мануальной терапии для лечения больных с люмбо-сакралгиями являются высокоэффективным, безопасным и экономичным методом лечения, легко внедряемым в повседневную клиническую практику для широкого применения.



Клинико-патогенетической диагностике тазово-крестцовых нейропатий посвящена кандидатская диссертация Хаджиева Г.В. [15]. В результате комплексного исследования автор определяет преобладание изменений в биомеханике позвоночника (флексионный тип нарушений 50%), в биомеханике крестца (сacro-илиакальные дисторзии 59,75%) и таза смешанный (31,65%) и ротационный тип (37,05%). Магомаев Ф.М. выявил в своих исследованиях [16], что частыми причинами сакралгий являются периафроз крестцово-подвздошных суставов, асептический эпидурит, заболевания органов малого таза, истинный спондилолистез поясничного отдела позвоночника, опухоли крестца.

Однако мы не нашли работ, указывающих на анатомо-биомеханические особенности, приводящие к возникновению постуральных и викарных перегрузок, которые могут служить преморбидом в возникновении и развитии патологии крестцово-подвздошного сустава. Не освещены функциональные изменения, возникающие при этом в области крестца и следующие за этим патоморфологические изменения крестцово-подвздошного сустава и мягких тканей. Между тем игнорирование патобиомеханических изменений, возникающих при сакралгиях, и отсутствие в лечебных мероприятиях методик их коррекции приводит к хронизации процесса. Это и послужило поводом для изучения и исследования данной патологии.

Нами в условиях поликлиники Республиканской клинической больницы восстановительного лечения МЗ РТ были обследованы 192 пациента с направительным диагнозом: люмбалгия, люмбоишиалгия. Возраст исследуемых варьировал от 9 до 64 лет. 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. В 35 случаях (18%) причиной боли в нижней части спины 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 периафрозных тканей и диагноз звучал «сакралгия». Причем в обеих группах ведущее клиническое значение имела патология крестцово-подвздошного сустава и патобиомеханические изменения, происходящие в нем. Распределение по полу: 37 мужчин и 32 женщины.

В результате проведенного обследования оказалось, что у 108 пациентов конфигурация таза соответствовала скрученному, в 29 случаях таз являлся косым, 18 осмотренных имели кососкрученный таз, и 4 — высоко ассимилированный 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.

Состояние поясничного лордоза распределилось следующим образом: у 65% обследованных выявлено усиление поясничного лордоза, у 27% сглаженность лордоза и в остальных случаях поясничный лордоз был сохранен.

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 появлялся рисунок боли, который и беспокоил пациента. Нами также было выявлено, что на стороне блокады крестцово-подвздошного сустава в 98% случаев имеется напряжение и болезненность подвздошно-поясничной мышцы.

Из общего количества осмотренных 34 пациентам (17%) с диагнозом «сакралгия» было проведено лечение, включающее устранение блока крестцово-подвздошного сустава методами мануальной терапии, расслабление напряженных мышц путем постизометрической релаксации, обкалывание миофасциальных триггерных зон 0,5%-ным раствором новокаина. Результаты лечения показали, что болевой синдром снизился по ВАШ с 7-8 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-й сеанс, а у 9% пролеченных болевой синдром по ВАШ на 1-2 балла сохранялся в течение 1,5-2 недель, с последующим полным регрессом. У 9 пациентов при лечении патологии крестцово-подвздошной области была отмечена склонность к рецидивирующему течению, длительному сохранению болевого синдрома. При детальном обследовании в гинекологической клинике у пациенток этой группы были диагностированы хронические воспалительные заболевания и (или) варикозные расширения вен малого таза, таким образом функциональная блокада КПС была проявлением висцеро-вертебрального синдрома. Проведение согласованной терапии позволило получить стабильный терапевтический эффект.

Результаты проведенного исследования показали, что при обследовании пациентов с болями в нижней части спины не учитывается патология крестцово-подвздошных суставов, часто являющихся первопричиной болевого синдрома, а лечение, не включающее воздействие на указанные суставы и периафрозные ткани, ведет к хронизации процесса.

ЛИТЕРАТУРА

1. Качков И.А., Филимонов Б.А., Кедров А.В.. Боль в нижней части спины // Рус. мед. журн. — 1997. — Т. 5, № 15. — С. 997-1012.
2. Веселовский В.П. Практическая вертеброневрология и мануальная терапия / В.П. Веселовский. — Рига, 1991. — 341 с.
3. Иваничев Г.А. Миогенный триггерный пункт как генератор патологической сенсомоторной системы / Г.А. Иваничев, К. Левит // Вертеброневрология. — 1993. — № 2. — С. 3-8.
4. Попелянский Я.Ю. Ортопедическая неврология. Вертеброневрология (Руководство для врачей) / Я.Ю. Попелянский. — Казань, 1997. — Т. 1. — 554 с.
5. Хабиров Ф.А. Клиническая неврология позвоночника / Ф.А. Хабиров. — Казань, 2001. — 470 с.
6. Кухнина Т.М. Болевые мышечно-тонические вегетативно-ирритативные синдромы при гинекологических заболеваниях: автореф. дис. ... канд. мед. наук. — Казань, 1990. — 18 с.
7. Дозэрти М., Дозэрти Д. Клиническая диагностика болезней суставов. — Минск: Тивали, 1993. — С. 88.
8. 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.
9. Editorial. Back pain what we can offer? // Biol. Med. J. 1979. — Vol. 1. — P. 706.
10. Ситель А.Б. Мануальная терапия спондилогенных заболеваний. — М., 2008. — 408 с.

Полный список литературы на сайтах
www.mfvt.ru, www.pmarchive.ru