

Пояснично-тазобедренный болевой синдром.

Болевой синдром пояснично-крестцового уровня. Люмбаго. Люмбоишалгия.

- Среди некорешковых (рефлекторных) проявлений поясничного остеохондроза выделяют люмбаго, люмбалгию и люмбоишалгию, которые обусловлены раздражением рецепторов синуввертебрального нерва позвоночника в связочном аппарате пораженного сегмента и смежных тканей вследствие сдавления волокон фиброзного кольца, смещения ядра или всего диска.

Люмбаго («прострел»)

- - острая интенсивная боль в поясничной области, возникающая внезапно во время подъема тяжести, кашля, чиханья. Многие больные могут показать болевую точку. Объективно обнаруживают резкое ограничение движений поясничной области, сглаженность лордоза, умеренное напряжение и болезненность мышц в этой области. Симптомы натяжения не выражены или слабо выражены.

- Люмбалгия - подострая или хроническая тупая ноющая боль в поясничной области. Возникает после физической нагрузки, длительного пребывания в неудобной позе, охлаждения, ОРВИ и т.д. Боль носит тупой характер и усиливается при физической нагрузке, наклонах, поворотах туловища, после длительного пребывания в положении стоя, сидя или ходьбе. Объективно определяются уплощение поясничного лордоза, или рефлекторный поясничный кифоз, ограничение движений, легкая болезненность паравертебральных точек в поясничной области. Нередко отмечаются слабо выраженные симптомы натяжения.
- Рефлекторные мышечные симптомы при люмбаго и люмбалгии могут проявляться и симптомом треугольника многораздельной мышцы (Левингстона) с рефлекторной контрактурой в области треугольника, ощущением стянутости, переходящим в тупую боль, и симптомом квадратной мышцы поясницы (Соля и Вильямса), который характеризуется теми же признаками, что и предыдущий, но при этом дополнительно оказывается затрудненным или невозможным глубокое дыхание из-за усиления боли в поясничном отделе позвоночника.

Люмбоишиалгия

- - боль в поясничной области, с диффузной склеротомной или миотомной локализацией, иррадиирующая в одну или обе ноги.
- Различают следующие формы люмбоишиалгии:

1. **Мышечно-тоническая.** Преобладают напряжение (спазм) поясничных мышц, изменение конфигурации позвоночника в виде кифоза, сколиоза, кифосколиоза, гиперлордоза, резкое ограничение движений в поясничном отделе. Выделяют сколиотический, кифотический и гиперлордотический варианты этой формы.
2. **Вегетативно-сосудистая.** Характерно сочетание боли жгучего характера с онемением ноги, особенно стопы, ощущением жара, холода или зябкости в ней. Неприятные болевые ощущения возникают при переходе из горизонтального положения в вертикальное. При реовазографическом исследовании обнаруживают повышение или снижение тонуса периферических сосудов.
3. **Нейродистрофическая.** Боль носит жгучий характер и обычно усиливается в ночное время. Объективно отмечаются трофические нарушения истончение кожи, гиперкератоз стоп, иногда язвы. Для этой формы характерны явления нейроостеофиброза рефлекторного генеза. Могут развиваться различные синдромы: грушевидной мышцы, тазобедренного периартрита (перикоксартрита), периартрита коленного (перигопартрита) и голеностопного суставов, нейротрофический синдром стопы и др.

- **Люмбоишиалгия** проявляется рядом клинических синдромов: грушевидной мышцы, периартроза тазобедренного и коленного суставов и др.

Синдром грушевидной мышцы *рефлекторно- компрессионный.*

- Проявляется ишиасом, развивающимся в связи с компрессией седалищного нерва в месте выхода его из малого таза (между крестцово-остистой связкой и грушевидной мышцей в области запирающего отверстия). Мышечно-тоническая реакция в грушевидной мышце, ее напряжение и ригидность развиваются рефлекторно в связи с патологической импульсацией из позвоночника при дискогенных пояснично-крестцовых радикулитах.

ПОДВЗДОШНОГО

периартроза (рефлекторный нейроостеофиброз)

- выявляются в фазе затихания острых явлений радикулита, а также в радикулярной фазе. Проявляется болью по ходу крестцово-подвздошного синхондроза. Многие больные локализируют эту боль в нижнепоясничном отделе спины (не только позвоночника), так как показывают обычно поперечную «болевою полосу», включающую верхнюю половину крестца. Боль ноющая, иногда напоминает суставную.

КОКЦИГОДИНИЯ

- характеризуется периодически возникающей болью ноющего характера, которая локализуется в области копчика. Боль усиливается при длительном сидении (особенно на жестком стуле), при тяжелой физической работе и во время менструации. Более чем в половине случаев боль иррадиирует в крестец, прямую кишку, промежность, а также в правое или левое бедро. Иногда затруднено разведение ног. Встречается реже, чем сакроилеит, но у женщин наблюдается в 2,5 раза чаще, чем у мужчин.

Синдром тазобедренного периартрита (перикоксартрит)

- реффлекторный нейроостеофиброз, развивающийся сначала в соединительнотканых околоуставных структурах, а затем и в самом суставе. В начальный период боль проецируется в поясницу, крестец или паховую область, а иногда в голеностопный сустав или пятку. Некоторые больные жалуются на повышенную утомляемость при ходьбе, они не могут бегать. В дальнейшем не удается присесть на корточки из-за боли в бедре, появляется затруднение при подъеме на высокую ступеньку.

Синдром канала малоберцового нерва

- Развивается рефлекторно по механизму нейроостеофиброза. Начало заболевания очевидно, связано со статической перегрузкой перонеальной группы мышц одной стороны при длительном (свыше 4 - 6 лет) корешковом синдроме пояснично-крестцовой локализации и продолжительно существующем сколиозе. Больных беспокоит ноющая нерезкая боль в зоне прикрепления верхнего полюса перонеальных мышц к нижней трети малоберцовой кости и по наружно-верхнему краю стопы. Чаще отмечается онемение кожи на наружной поверхности голени, реже по наружному краю стопы. Боль носит глубинный характер и иногда переходит в зуд. При осмотре определяются уплотнения и гипотрофия перонеальных мышц, очаги нейрофиброза в верхней части мышцы (плотные бляшки размером до копеечной монеты). При обострении пояснично-крестцового радикулита боль локализуется в передне-наружной части голени, а не в пояснице. Паретические нарушения выражены не грубо или почти отсутствуют и всегда касаются только перонеальной группы мышц.

Калькано-ахиллодиния

- Является спондилогенным нейротрофическим заболеванием. Развивается при компрессии грыжей корешков L₅ и S₁. Больные жалуются на боль в пятке, редко на боль в ахилловом сухожилии. Иногда боль усиливается ночью, возможны метеотропные реакции. При осмотре определяются нерезкая болезненность периоста пяточной кости, небольшое утолщение (отечность) и болезненность ахиллова сухожилия. Калькано-ахиллодинию необходимо дифференцировать с пяточными шпорами.

Корешковые синдромы пояснично-крестцового уровня.

- Дискогенный радикулит характеризуется признаками нарушения функций нервных корешков: двигательными, чувствительными и трофическими расстройствами, изменением рефлексов. В зависимости от числа поврежденных корешков различают моно-, би- и полирадикулярный синдромы. Клинические проявления корешкового синдрома зависят от локализации и характера грыж межпозвонковых дисков. Они бывают боковыми, медианными и срединными. Чаще всего клинически проявляется остеохондроз четвертого и пятого поясничных межпозвонковых дисков. Для проведения адекватного лечения необходима точная диагностика пораженного нервного корешка, частичного или полного поражения тех нервов, которые образуются из корешков пояснично-крестцового сплетения.

- При обследовании больного с вертебральным заболеванием пояснично-крестцового отдела периферической нервной системы обращают внимание на позу, походку, выражение лица. При острой боли походка затруднена, больная нога слегка согнута в коленном и тазобедренном суставах. Больной садится на край стула, опираясь на руку и отводя противоположную ногу в сторону - симптом «треноги». Обращают внимание также на конфигурацию позвоночника, наличие контрактуры мышц спины, сколиоза, уплощение лордоза, кифоза и объем движений в пояснично-крестцовом отделе позвоночника.

Определяется болезненность остистых отростков, межостистых связок, точек межпозвонковых суставов, так называемых стандартных болевых точек Валле:

- 1. поясничных - латерально от отростков пояснично-крестцового отдела позвоночника;
- 2. крестцово-подвздошных - у гребешка задней поверхности ости подвздошной кости;
- 3. бедренных - на задней поверхности бедра; верхней - у седалищного бугра, средней - посередине задней поверхности и нижней - кнутри от сухожилия двуглавой мышцы (в нижней трети бедра);
- 4. подвздошных - у середины гребешка этой кости;
- 5. в поделенной ямке;
- 6. перонеальных - позади головки малоберцовой кости;
- 7. суральных - у наружной лодыжки;
- 8. на тыле стопы.

Исследуют болевые точки Гара:

- 1. при надавливании на поперечные отростки IV и V поясничных позвонков (задняя точка Гара);
- 2. в области подвздошно-крестцового сочленения, на остистых отростках крестца и IV-V поясничных позвонков при надавливании с боку на эти отростки или при перкуссии;
- 3. у задневерхней ости гребешка подвздошной кости;
- 4. на ахилловом сухожилии при надавливании на него двумя пальцами;
- 5. около средней линий живота на 3 - 5 см ниже пупка (верхняя точка Гара);
- 6. при перкуссии молоточком пяточной кости (пяточная точка Гара).

- Определяют степень напряжения поясничных мышц (мягкие умеренной плотности, каменистой плотности) и **симптомы натяжения Ласега** - при поднимании за стопу разогнутой в коленном суставе ноги у больного, лежащего на спине, возникает острая боль в поясничной и ягодичной областях, на задней поверхности бедра, голени (I фаза). При сгибании поднятой ноги в коленном суставе боль исчезает (II фаза). При исследовании симптома Ласега, кроме боли, может наблюдаться напряжение мышц-сгибателей бедра и голени, невозможность полного разгибания голени (**симптом Кернига-Ласега**). **Усложненный симптом Ласега** - в момент болевого ощущения при сгибании в тазобедренном суставе разогнутой ноги делается дополнительно тыльное сгибание стопы, что еще больше усиливает боль (симптом Брогада). **Перекрестный симптом Ласега** (симптом Бехтерева) - сгибание в тазобедренном суставе разогнутой в коленном суставе здоровой ноги или ее отведение вызывает боль в «больной ноге».

● **Симптом Нери** - резкое сгибание головы (приведение к туловищу) в положении лежа и стоя вызывает боль в пояснице. **Симптом Дежерина** - боль в пояснично-крестцовой области при кашле, дыхании. **Симптом Сикара** - болезненность в подколенной ямке при подошвенном сгибании ноги. **Симптом Турина** - возникновение боли в области икроножной мышцы и подколенной ямки при форсированном тыльном сгибании первого пальца стопы. **Симптом Бехтерева** - форсированное прижатие колена к постели в положении больного лежа на спине с разогнутыми ногами вызывает боль в ноге.

- **Симптом Виленкина** - при перкуссии ягодицы с больной стороны появляется боль, иррадиирующая по ходу седалищного нерва. **Симптом посадки** - непроизвольное сгибание в коленном суставе при переходе из положения лежа в положение сидя. **Симптом Вассермана** - у больного с вовлечением бедренного нерва в положении лежа на животе поднятие выпрямленной ноги при фиксированном тазе вызывает боль в передней поверхности бедра. **Симптом Мацкевича** - тот же эффект при предельном сгибании ноги в коленном суставе.

- Следует отметить, что усиление боли в процессе исследования сопровождается рядом безусловно рефлекторных реакций (мимические, двигательные и защитные реакции, расширение зрачков, побледнение или покраснение лица, потливость, изменение пульса и др). Асимметрия в степени ригидности длинных мышц спины в положении стоя, а также лежа на животе, несомненно, является объективным подтверждением выраженности болевого синдрома. Учитывают также асимметрию ягодичных складок, дряблость кожи на стороне поражения, ее синюшность или бледность и др.

- Следует отметить, что при отсутствии симптомов выпадения функции корешка (определяемых чаще всего клинически) не следует автоматически диагностировать у больного рефлекторный синдром (в частности люмбаишиалгию), у больного также могут быть явления раздражения корешков (повышение чувствительности, иррадиация боли по корешковому типу). Важно проанализировать динамику течения заболевания, учитывая при этом, что корешковые и корешково-спинальные синдромы вначале могут проявляться как рефлекторные.

Лечение

- **Лечение** проводят с учетом этиологии, стадии заболевания, выраженности клинических симптомов, наличия сопутствующих заболеваний. Фармакологические средства применяют преимущественно в острый период при наличии резко выраженного болевого синдрома. Важное значение имеют покой. Больного следует уложить на жесткую кровать, что снижает компрессионную нагрузку, внутридисковое давление и патологическую импульсацию. Под поясницу нужно положить валик.

- Анальгетики и нестероидные противовоспалительные средства предпочтительно вводить внутривенно капельно или внутримышечно. Инъекции следует чередовать с приемом медикаментов внутрь. Для усиления действия анальгетиков и литических смесей используют малые транквилизаторы, антигистаминные препараты (седуксен, тазепам, димедрол, тавегил).
- Применение психотропных препаратов усиливает эффект анальгетиков, влияющих на лимбико-ретикулярные и корковые структуры психоэмоциональной интеграции боли. Используют нейролептики - левомепромазин (тизерцин или нозинан в таблетках по 0,0025 г, по 1/2 - 2 таблетки в день), тимолептики - имипрамин (аминазин по 1 мл 2,5 % раствора внутримышечно) и их комбинации.

- Для воздействия на пораженный сегмент применяют димексид (диметилсульфоксид, ДМСО), который оказывает анальгезирующее и противовоспалительное действие, способен проникать на значительную глубину через неповрежденные ткани и быть носителем других лекарственных средств. Применяют водный раствор (1:2) в виде аппликаций на шейный отдел позвоночника в течение 30 - 60 мин, на поясничный - 2 - 3 ч. Сложенную в несколько раз салфетку смачивают раствором, накладывают на кожу, накрывают пленкой, фиксируют лейкопластырем или бинтом. Можно использовать масляный раствор ДМСО, смесь новокаина и ДМСО (1:1).
- Широко применяют наружные обезболивающие средства: эфкамон, бантин, финалгон, нифлурил, тигровую мазь, випротокс, меновазин, реопири новую и вольтареновую мази. Они стимулируют локальную мышечную фиксацию и укрепляют пораженный сегмент.

- «Малые» миорелаксанты (скутамил Ц, мидокалм, сирдалуд, мелликтин, седуксен, элениум, мепробамат, радедорм, эуноктин и др.) сочетают при корешковых синдромах с ангиотропными препаратами и средствами, улучшающими тканевую микроциркуляцию (эуфиллин, компламин, пентоксифиллин, агапурин, трентал, никотиновая кислота, галидор, бупатол, тропафен, но-шпа, спазмолитин, тик л ид), а также с препаратами, нормализующими венозное кровообращение (эскузан, гливенол, троксевазин и др).
- Во все периоды болезни необходимо применять витамины группы В: В₁ - по 1 мл 5% раствора внутримышечно, В₆ - по 1мл 5% раствора, В₁₂ - по 400 - 800 мкг внутримышечно в течение 18 - 20 дней. Они оказывают заметное анальгезирующее действие (особенно витамин В₁₂) и благотворно влияют на обменные процессы в нервной ткани.

- При нарушениях трофики кожи и мышц назначают АТФ, солкосерил, ангиотрофин, агапурин, андекалин, поливитамины.
- Для улучшения микроциркуляции в пораженных областях используют никотиновую кислоту, ксантинола никотинат, трентал, бупатол, компламин, ксавин и другие препараты.

- Рефлексотерапия оказывает не только обезболивающее, но и выраженное ангиотропное, вегетотропное и общеукрепляющее действие. Последнее способствует более быстрому подавлению боли, нормализации сна и купированию невротических реакций. Применяют рефлексотерапию: точечный массаж (эбонитовыми палочками и пальцами рук), иглотерапию с введением игл в корпоральные или аурикулярные точки, электропунктуру, поверхностное иглоукалывание, вакуумный массаж, аппликации металлических шариков, пластин или магнитофоров на алгогенные зоны.



Спасибо за внимание :)