

В ПОМОЩЬ ПРАКТИЧЕСКОМУ ВРАЧУ / TO ASSIST A PRACTITIONER

Научная статья / Original article

УДК 616.728.18

doi:

ВЛИЯНИЕ БОЛЕВОЙ ДИСФУНКЦИИ КРЕСТЦОВО-ПОДВЗДОШНОГО СОЧЛЕНЕНИЯ НА ВЫРАЖЕННОСТЬ БОЛЕВОГО СИНДРОМА В НИЖНЕЙ ЧАСТИ СПИНЫ

Святослав Валерьевич Новосельцев¹, Вячеслав Владимирович Назаров²^{1,2} Северо-Западная академия остеопатии и медицинской психологии, Санкт-Петербург, Россия² НИИЦ детской травматологии и ортопедии им. Г.И. Турнера Минздрава России, Санкт-Петербург, Россия¹ snovoselcev@mail.ru, <https://orcid.org/0000-0002-0596-2343>² 15wmg@list.ru, <https://orcid.org/0000-0001-7715-1710>

Автор, ответственный за переписку: Святослав Валерьевич Новосельцев, snovoselcev@mail.ru

РЕЗЮМЕ

В статье описаны приемы диагностики болевых синдромов в проекции поясничного отдела позвоночника, обусловленных дисфункциями крестцово-подвздошных суставов. Диагностика и дифференциальная диагностика производилась с использованием остеопатических тестов.

Ключевые слова: болевой синдром, поясничный отдел позвоночника, крестцово-подвздошный сустав

THE INFLUENCE OF PAIN DYSFUNCTION OF THE SACROILIAC JOINT ON PAIN SEVERITY IN THE LOW BACK

Svyatoslav V. Novoseltsev¹, Vyacheslav V. Nazarov²^{1,2} North-West Academy of Osteopathy and Medical Psychology, Saint-Petersburg, Russia² G.I. Turner National Medical Research Center for Children's Orthopedics and Trauma Surgery of the Ministry of Health of Russia, Saint-Petersburg, Russia¹ snovoselcev@mail.ru, <https://orcid.org/0000-0002-0596-2343>² 15wmg@list.ru, <https://orcid.org/0000-0001-7715-1710>

Corresponding author: Svyatoslav V. Novoseltsev, snovoselcev@mail.ru

ABSTRACT

The article describes techniques for diagnosing pain syndromes in the lumbar spine caused by dysfunctions of the sacroiliac joints. Diagnostics and differential diagnostics were carried out by osteopathy tests.

Keywords: pain syndrome, lumbar spine, sacroiliac joint

Распространенность крестцово-подвздошной боли среди пациентов с хронической аксиальной болью в пояснице, составляет от 15 до 25% [7]. Дегенеративные изменения крестцово-подвздошных суставов (КПС) могут наблюдаться не только у пациентов пожилого возраста, но и у пациентов моложе

45 лет. Рентгенологическая симптоматика диагностируется преимущественно у пациентов среднего возраста и старше. Дегенеративные изменения хряща более заметны на подвздошной стороне сустава. У пациентов старше 40 лет обнаруживается сужение крестцово-подвздошного сустава, особенно

в его нижней части, это может сопровождаться субхондральным склерозом, образованием остеофитов, наиболее заметных спереди и снизу пораженных позвонков.

«Золотого стандарта» для диагностики боли в крестцово-подвздошных суставах пока не существует. Анализ истории болезни, физикальное обследование, провокационные маневры не всегда способны выявить болевую дисфункцию крестцово-подвздошных суставов [7].

Диагностические инъекции в область КПС с анестетиками местного действия часто упоминаются как средство выявления болезненного крестцово-подвздошного сустава; однако как в КПС, так и в поясничном отделе позвоночника, эти манипуляции могут создавать в значительной степени эффект плацебо. J. Maigne et al [9] отметили ложноположительные результаты в 17% случаев для однократных инъекций (блокад). Сравнение производилось методом «двойного блока» (первая блокада выполняется с лидокаином и без глюкокортикоидов, вторая с бупивакаином и без глюкокортикоидов). Диагностическим критерием патологии КПС являлось уменьшение болевого синдрома после выполненных блокад.

Помимо написанного, нужно указать, что внутрисуставные крестцово-подвздошные инъекции в исполнении имеют технические сложности; нередко происходит попадание контраста и лекарственной смеси во внесуставное пространство, что приводит к потере специфичности процедуры.

Правильно выполненная процедура внутрисуставной инъекции анестетиков в КПС при болях, позиционирующихся ниже сустава, позволяет выявить 30% поражения КПС на основе симптома исчезновения болей [10].

Сохраняющаяся боль в нижней части спины, на фоне консервативного лечения, до 70% случаев обусловлена болевой дисфункцией КПС [3–6]. Боль в нижней части спины может быть вызвана несколькими причинами: фасеточным синдромом, миофасциальным синдромом, срединной грыжей межпоз-

воноквого диска, дисфункцией КПС, как по отдельности, так и сочетанием их. Основными этиологическими факторами, вызывающими рефлекторный синдром (люмбоишиалгия), являются:

- фасеточный синдром L2–S1;
- болевая дисфункция крестцово-подвздошного сочленения;
- артроз тазобедренного сустава.

Отдельно стоит также отметить радикулопатию L3 и L4, боль при которой проецируется из паховой области по передней поверхности бедра до коленного сустава или же в сам коленный сустав (коленную чашечку), сопровождающуюся снижением коленного рефлекса, наличием симптомов натяжения.

Диагностика болевой дисфункции КПС, фасеточного синдрома L2–S1 затруднена в связи с недостаточной осведомленностью врачей амбулаторного звена об особенностях клинической картины каждого из синдромов как по отдельности, так и в их сочетании. Наличие у одного пациента болевой дисфункции КПС на фоне фасеточного синдрома может видоизменять картину жалоб и клинических проявлений по сравнению с пациентом, у которого на фоне фасеточного синдрома вторично присоединяется дисфункция КПС. Эти два профиля пациентов чаще всего проходят лечение с диагнозом «люмбоишиалгия с мышечно-тоническим синдромом».

Иннервация суставных поверхностей крестцово-подвздошного сочленения осуществляется в основном из вентральных и дорзальных ветвей L4, L5, S1–S3 корешков, иногда имеется дополнительная иннервация от корешка S4 [8]. Именно компрессия или раздражение корешков L4, L5, S1, помимо изменения мышечного тонуса мышц таза, ягодичной области, мышц нижних конечностей, обуславливает боль, проецирующуюся не только в ягодичную область, но и в бедро, голень.

Оценивая жалобы пациента, клиническую картину, наличие симптомов натяжения корешков, тестов, характерных для болевой дисфункции КПС, обладающих высокой специфичностью и чувствительностью, необходимо предполагать наличие у одного паци-

ента как минимум двух (или трех) источников боли.

Наличие боли в ягодичной области (характерной для болевой дисфункции КПС), которая проецируется в бедро и голень, должно заставить клинициста задуматься не только о патологии КПС, но и о возможной компрессии корешка деформированным фасеточным суставом, протрузией или экструзией межпозвонкового диска или расширенной межпозвонковой веной. При таком подходе к «разбору пациента» формируется алгоритм диагностических и лечебных мероприятий.

Лечение дисфункции КПС следует начинать консервативно, делая упор на проведение остеопатической коррекции таза, работы с поясничным отделом позвоночника, тазобедренными суставами, крестцом. Данный вид коррекции может сочетаться с применением медикаментозных препаратов (НПВС, миорелаксанты, витаминотерапия), препаратов SYSADOA. При отсутствии эффекта от лечения следующим этапом следует считать применение локальной инъекционной терапии под рентгенологическим контролем (с использованием С-дуги).

Например, пациенту с жалобами на боль в поясничном отделе позвоночника в проекции L5–S1, крестце, ягодичной области целесообразно выполнить «блокаду» КПС, а возможно и одновременно «блокаду» фасеточных суставов L5–S1. А пациенту с жалобами на боль в нижнепоясничном отделе позвоночника, крестце, ягодичной области, которая проецируется в бедро ниже колена, целесообразно (после анализа МРТ / КТ, при невозможности выполнения МРТ) проведение остеопатической диагностики, коррекции, а при отсутствии эффекта – выполнить вначале трансфораминальную «блокаду», а через 2–3 недели выполнить «блокаду» КПС.

Остеопатический подход к лечению включает в себя диагностические и лечебные мероприятия. Среди тестов наиболее информативными считаются [1, 2]:

– тест плотности тканей (определение зоны поражения);

– тест «скрещенных пальцев» (определение КПС или позвонка в дисфункции);

– тест «ножей» (определение заблокированной фасетки дугоотростчатого сустава и уточнение характера дисфункции КПС).

Тест на исследование плотности тканей

Тест является сравнительным.

Положение пациента: лежа на животе.

Положение врача: стоя сбоку от пациента.

Положение рук врача: врач укладывает одну кисть на другую. Одна рука чувствует (правая), другая (левая) сверху надавливает. Руки врача в момент проведения теста должны быть выпрямленными. В этом хорошо помогает кушетка с регулировкой высоты.

Тест: осуществляя давление на ткани, врач переносит весь вес своего тела в точку приложения силы и определяет степень сопротивления тканей. Врач работает всем телом, а не только руками. Тест начинается с области копчика, продвигаясь постепенно вверх (цефалически). Давление на копчик начинается в вентроцефалическом направлении, далее в трех направлениях по трем осям.

Следующими тестируются КПС (рис. 1). При обнаружении плотности в одном из них, врач локализует зону повреждения. Для этого врач делит КПС на 4 квадранта. Врач должен найти жесткую зону – точку замедления. Она может быть механической (суставной) или внутрикостной. Если эта точка находится не на поверхности, а в глубине, возможна висцеральная причина. Правый КПС имеет связи с желудочно-кишечным трактом, а левый КПС – с урогенитальной сферой.

После того как врач локализовал зону замедления в квадранте, он должен определить характер поражения – суставной или внутрикостный.

Тест «скрещенных пальцев»

Данный тест позволяет врачу локализовать и детализировать дисфункцию КПС.

Положение пациента: лежа на животе.

Положение врача: стоя сбоку на уровне таза пациента, со стороны тестируемого КПС.

Положение рук врача: первый палец одной руки укладывается на малое «подвздошное» плечо, а первый палец другой руки, перекрещенный – на большое «крестцовое» плечо (рис. 2а). Руки врача при проведении теста должны быть выпрямленными.

Тест: врач создает преднапряжение, а затем попеременно оказывает давление одной и другой рукой, оценивая сопротивление тканей. Затем врач меняет положение рук

так, чтобы оказывать давление на малое «крестцовое» и на большое «подвздошное» плечо (рис. 2б). Обе руки в ходе тестирования последовательно являются опорными и тестирующими.

Примечание: при тестировании врач отклоняется всем телом, попеременно сгибая колени вправо и влево. Давление на разные участки КПС осуществляется всем весом врача. Тест сравнительный, проводится однократно, поэтому очень важно точно расположить пальцы на квадрантах КПС.



Рис. 1. Этапы выполнения теста плотности тканей: а – тест крестцово-копчикового сочленения; б – тест левого крестцово-подвздошного сочленения; в – тест правого крестцово-подвздошного сочленения



Рис. 2. Этапы проведения теста «скрещенных пальцев»

Данный тест можно использовать на позвоночнике, располагая одну руку на одном позвонке, а другую руку – на смежном позвонке ниже.

Тест «ножей»

Положение пациента: лежа на животе.

Положение врача: стоя сбоку на уровне таза пациента.

Положение рук врача: первые пальцы врач устанавливает в проекции дугоотростчатых суставов.

Тест. К примеру, позвонок L5 находится в правой ротации по отношению к S1. До коррекции важно знать, закрыта фасетка дугоотростчатого сустава (ДОС) или раскрыта. Если врач ощущает «шарик» под пальцем, это означает, что фасетка сомкнута (заблокирована). Одновременно на противоположной стороне расхождение суставных фасеток напоминает движение «лезвий ножей» – верхний суставной отросток отходит от нижнего суставного отростка (подвижность в ДОС не ограничена).



Рис. 3. Проведение теста «ножей»

Примечание: тест используется при остром болевом синдроме, когда нет возможности мобилизовать пациента.

В соответствии с результатами диагностики производится остеопатическая коррекция дисфункций. Выбор метода коррекции (прямая или непрямая техника) определяется в каждом конкретном случае индивидуально с учетом фазовости течения заболевания.

СПИСОК ИСТОЧНИКОВ

1. Новосельцев С.В., Малиновский Е.Л. Основы консервативного лечения пациентов с грыжами поясничных межпозвоночных дисков. СПб.: ООО «Издательство ФОЛИАНТ». 272 с.
2. Новосельцев С.В. Остеопатия. Учебник для высших учебных заведений: в 2 т. М.: МЕДпресс-информ, 2021. Т. 1. 688 с.
3. Рой И.В., Фищенко Я.В., Кудрин А.П. Радиочастотная нейроабляция крестцово-подвздошного сустава как метод лечения болевого синдрома // Травма. 2017. Т. 18, № 2. С. 95–99.
4. Фищенко Я.В., Белая И.И., Кудрин А.П. Диагностика синдромов крестцово-подвздошных суставов // Боль. Суставы. Позвоночник. 2016. № 4(24). С. 18–23.
5. Фищенко Я.В., Кудрин А.П., Кравчук Л.Д. Радиочастотная нейроабляция в лечении болевого синдрома крестцово-подвздошного сустава // Боль. Суставы. Позвоночник. 2018. № 8. С. 80–84.
6. Яриков А.В., Морев А.В., Шпагин М.В. [и др.] Синдром крестцово-подвздошного сочленения: этиология, клиническая картина, диагностика и лечение // Анналы клинической и экспериментальной неврологии. 2019. Т. 13. № 2. С. 60–68.
7. Cohen S.P. Sacroiliac joint pain: A comprehensive review of anatomy, diagnosis, and treatment // Anesth. Analg. 2005. Vol. 101. P. 1440–1453.
8. Cohen S., Chen Y., Neufeld N. Sacroiliac joint pain: a comprehensive review of epidemiology, diagnosis and treatment // Expert Review of Neurotherapeutics. 2013. Vol. 13(1). P. 99–116. doi:10.1586/ern.12.148
9. Maigne J.Y., Alivaliklis A., Pfefer F. Results of sacroiliac joint double block and value of sacroiliac pain provocation tests in 54 patients with low back pain // Spine. 1996. Vol. 21. P. 1889– 892.
10. Schwarzer A.C., April C.N., Bogduk N. The sacroiliac joint in chronic low back pain // Spine. 1995. Vol. 20. P. 31–37.

REFERENCES

1. Novoseltsev SV, Malinovsky EL. Fundamentals of the conservative treatment of patients with hernia of lumbar intervertebral discs. St-Petersburg: "FOLIANT" Publishing House LLC. 272 p. (In Russ.).
2. Novoseltsev SV. Osteopathy. A textbook for higher education institution: in 2 volumes. Moscow: MEDpress-inform; 2021; Vol.1. 688 p. (In Russ.).
3. Roy IV, Fishchenko YaV, Kudrin AP. Radiofrequency neuroablation of the sacroiliac joint as a method of the pain syndrome treatment. *Travma = Trauma*. 2017;18(2):95-99. (In Russ.).
4. Fishchenko YaV, Belaya II, Kudrin AP. Diagnostics of sacroiliac joint syndromes. *Bol. Sustavy. Pozvonochnik = Pain. Joints. Spine*. 2016;4(24):18-23. (In Russ.).
5. Fishchenko YaV, Kudrin AP, Kravchuk LD. Radiofrequency neuroablation for the treatment of the sacroiliac joint pain syndrome. *Bol. Sustavy. Pozvonochnik = Pain. Joints. Spine*. 2018;(8):80-84. (In Russ.).
6. Yarikov AV, Morev AV, Shpagin MV, et al. Sacroiliac joint syndrome: etiology, clinical picture, diagnostics, and treatment. *Annaly Klinicheskoi i Eksperimentalnoi Nevrologii = Annals of Clinical and Experimental Neurology*. 2019;13(2):60-68. (In Russ.).
7. Cohen SP. Sacroiliac joint pain: A comprehensive review of anatomy, diagnosis, and treatment. *Anesth. Analg.* 2005;(101):1440-1453.
8. Cohen S, Chen Y, Neufeld N. Sacroiliac joint pain: a comprehensive review of epidemiology, diagnosis and treatment. *Expert Review of Neurotherapeutics*. 2013;13(1):99-116. DOI:10.1586/ern.12.148.
9. Maigne JY, Alivaliklis A, Pfefer F. Results of sacroiliac joint double block and value of sacroiliac pain provocation tests in 54 patients with low back pain. *Spine*. 1996;(21):1889-1892.
10. Schwarzer AC, April CN, Bogduk N. The sacroiliac joint in chronic low back pain. *Spine*. 1995;(20):31-37.

*Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.
The authors declare no conflicts of interest.*

Статья поступила / The article received: 08.07.2021

Статья принята к печати / The article approved for publication: 30.07.2021