Министерство образования Российской Федерации

Пензенский Государственный Университет

Медицинский Институт

Кафедра Ревматологии

Зав. кафедрой д. м. н.

Доклад

на тему:

"Синдромы болей в пояснице"

Выполнила: студентка V курса

Проверил: к. м. н., доцент

Пенза 2008

План

Введение

1. Данные анамнеза и осмотра больного

2. Объективное исследование

3. Уточнение диагноза при поясничных синдромах

4. Сакроилеит

Литература

## Введение

Экономические потери, связанные с болями в пояснице, трудно переоценить. Боль в пояснице как причина невыхода на работу занимает второе место после простудных заболеваний и является первой причиной ограничения трудоспособности.

Все возрастающие затраты на лечение этого синдрома побуждают к переориентации подходов к его лечению, заменяя, где это возможно, стационарное лечение амбулаторным. В то время как острые пояснично-крестцовые боли, носящие самолимитирующий характер, как правило, лечатся амбулаторно, синдром поясничной дископатии с сопутствующей седалищной радикулопатией традиционно лечится в стационаре в течение 2-3 недель с помощью тракций и постельного режима. Ввиду современной тенденции к консервативной ("золотой стандарт") терапии, включая амбулаторное лечение болей в пояснице с седалищной радикулопатией (или без нее), возникает вопрос о роли врача ОНП в ранней диагностике данного синдрома и его начальном лечении, что позволяет сократить срок последующей неработоспособности заболевшего.

## 1. Данные анамнеза и осмотра больного

Врач всегда должен уметь сопоставить анамнестические данные с результатами осмотра больного, которые могут быть более чем незначительными. Обследование предусматривает исключение ряда патологических состояний, способных проявляться первичными поясничными болями.

Причины люмбосакральной боли не менее разнообразны, чем многие анатомические структуры поясничного отдела позвоночника сами по себе и их сложные взаимоотношения. Более того, боль иного происхождения (за пределами позвоночника) может иногда проявляться как поясничная боль. Речь идет о боли при висцеральных заболеваниях, включая заболевания почек, поджелудочной железы и желчного пузыря, язву двенадцатиперстной кишки, дивертикулит толстой кишки и эндометриоз. Анамнестические указания на сопутствующие системные симптомы и отсутствие терапевтического эффекта при начальном соблюдении постельного режима в сочетании с аномалиями, обнаруженными при исследовании брюшной полости, таза или прямой кишки, вполне достаточны для изменения плана обследования больного и проведения соответствующей экстраспинальной диагностики.

Боли в ногах и пояснице сосудистого генеза обычно усиливаются при физической нагрузке. Хотя аневризма брюшной аорты обычно протекает бессимптомно, она может иногда проявляться упорными болями внизу живота, в паховой области и в пояснице. Если аневризма аорты превышает 4,5 см, то ее можно пропальпировать в мезогастрии; диагноз подтверждается при ультразвуковом исследовании. Боли в пояснице в таком случае предположительно связаны с ростом аневризмы или ее ретроперитонеальной локализацией. Просачивание крови из аневризмы может быть предвестником ее катастрофического разрыва.

Боли в пояснице, ягодичной области или в икроножной мышце при ходьбе могут быть проявлением заболевания периферических сосудов, которое часто неотличимо от стеноза поясничного отдела спинномозгового канала. В обоих случаях боль усиливается при физической активности и ослабевает в состоянии покоя. Для дифференциальной диагностики имеют значение явные признаки сосудистого поражения в первом случае и наличие неврологической аномалии - в последнем. Однако для окончательного диагноза может потребоваться артериография или миелография.

Поражения ЦНС (как в поясничной области, так и выше нее) также могут проявляться поясничными болями и радикулярными симптомами в нижних конечностях. Парасагиттальные опухоли мозга и поражение спинномозговых корешков в грудном отделе (например, нейрофиброма) могут симулировать поясничные корешковые синдромы. Боли в таких случаях обычно усиливаются по ночам, когда есть опора для спины, и уменьшаются, как только больной принимает вертикальное положение. Часто такие больные спят, сидя в кресле, а в начале заболевания у них обнаруживаются рефлексы Бабинского, которые исчезают после кратковременного отдыха. Синдромы ущемления дистальных нервов ноги вначале также могут проявляться люмбосакральными болями. Характерным примером может служить ущемление большеберцового нерва в плюсневом канале за медиальной лодыжкой.

Осмотр больного должен включать оценку состояния брюшной полости и нижних конечностей. Обязательно проводится тщательная пальпация органов брюшной полости, а также аускультация брюшной аорты и почечных артерий; определяется пульсация периферических артерий на ногах, отмечается цвет кожных покровов, как и кожная температура.

При нарушениях позы или наличии явных и достаточно серьезных неврологических симптомов (таких как изменение глубоких сухожильных рефлексов, мышечная слабость, атрофия, затруднения или невозможность поднять выпрямленную ногу), а также при симптомах поражения проводниковой системы спинного мозга или дисфункции сфинктеров диагноз спинномозговой неврологической патологии не вызывает сомнений. Клинический диагноз специфического нервно-мышечного заболевания, проявляющегося поясничными болями, при скудости неврологической симптоматики часто бывает гораздо более трудным. В подобных случаях важное значение имеют тщательно собранный анамнез, исключение неврологической патологии и опыт врача, как в провоцировании, так и в снятии боли с помощью соответствующих приемов. В этом отношении рутинная рентгенография обеспечивает получение данных, которые могут быть как диагностически информативными, так и (иногда) дезинформирующими в том, что касается причинного фактора заболевания. Так, "нормальная" рентгенограмма вполне может быть получена при грыжевом выпячивании межпозвоночного диска; в то же время рентгенологические признаки дегенеративной дископатии могут маскировать наличие клинически острого сакроилеита.

Ввиду многообразия синдромов, сопровождающихся болями в пояснице, врач должен сначала попытаться установить происхождение боли - нейрогенное или скелетно-мышечное. Хотя вероятность хирургического вмешательства при неврологическом поражении гораздо выше, чем при скелетно-мышечном, в обоих случаях операция показана менее чем у 1% больных. К счастью, в подавляющем большинстве случаев люмбосакральные синдромы поддаются рутинному симптоматическому лечению, включающему постельный режим, местное применение тепла и пероральное назначение анальгетиков. Каждому больному, обращавшемуся в ОНП лишь однократно, обеспечивается возможность получения консультации у специалиста и последующего наблюдения в случае затяжного течения синдрома.

Несмотря на повседневную загруженность работой, врач ОНП все же должен уделить должное внимание и данной категории больных. При этом следует учесть имеющиеся анамнестические указания, возраст больного и обстоятельства, при которых впервые возникли боли в пояснице, что позволит рационально спланировать обследование больного. Так, у пожилой женщины, имеющей наряду с поясничными болями интенсивную боль в средней части грудной клетки при отсутствии указаний на травму, предполагается наличие остеопоротического компрессионного перелома позвонка(ов) до тех пор, пока не будет установлен иной причинный фактор. Возникновение пояснично-крестцовых болей с билатеральной иррадиацией в нижние конечности при внезапном нарушении функции мочевого пузыря предположительно указывает на грыжеобразование в межпозвоночном диске по средней линии с возможным парапарезом. В каждом из этих случаев даже рутинное исследование грудного и поясничного отделов позвоночника и нижних конечностей должно быть индивидуализированным.

## 2. Объективное исследование

Проводится тщательный осмотр позвоночника и таза с целью выявления искривления позвоночника, неправильного расположения тазовых костей или их диспропорционального соотношения с позвоночником; их обнаружение предполагает проведение необходимых мероприятий по иммобилизации или стабилизации болезненного сегмента позвоночника с помощью шинирования. Кроме того, следует понаблюдать за походкой больного, отметив при этом нарушения симметричного позвоночно-тазового "ритма содружественного движения". Асимметричная походка предполагает наличие боли или мышечной слабости, вынуждающей больного как-то приспосабливаться. Эффект шинирования лучше всего проявляется при замедленном ритме движения и может резко усилиться при выполнении приемов с растяжением и сгибанием позвоночника. Так, разгибание позвоночника в поясничном отделе приводит к сужению невральных отверстий и увеличению нагрузки на межпозвоночные суставы на стороне поражения. Соответственно резко усиливается радикулярная боль, сопровождающаяся дистальной ишиалгией, ухудшается и локальная дисфункция межпозвоночных суставов. Аналогично этому разгибание и латеральная флексия в противоположную сторону уменьшают нагрузку на пораженные суставы и открывают нормальные отверстия, уменьшая боль. Эти приемы (сгибание) при их последовательном выполнении позволяют выявить участки болезненного ограничения подвижности в позвоночно-тазовом отделе; соседние сегменты позвоночника могут визуализироваться как единственно подвижный участок при щадящих движениях больного. Наличие острой люмбальной радикулопатии в сочетании с "привязанным к колу" спинномозговым корешком (или с корешковым синдромом соответствующей локализации) обусловливает определенную последовательность мелких движений на пораженной стороне, которые направлены на "разгрузку" данного корешка. Эта последовательность включает ряд движений: толчкообразное движение позвоночника в латеральном направлении; толчкообразное движение таза кверху и вперед; резкую флексию бедра и колена для ослабления напряжения и давления на воспаленный нервный корешок.

Пальпация паравертебральных мышц и остистых отростков позвонков с определением их экскурсии относительно друг друга позволяет с достаточной точностью установить локализацию неподвижных сегментов позвоночника. Локализованная болезненность при пальпации большого седалищного бугра, большого вертела бедренной кости или вырезки седалищной кости может указывать на локализованную аномалию, например на бурсит в области большого седалищного бугра или большого вертела или на энтезит, т.е. воспаление в области прикрепления мышечных сухожилий к костям (например, в месте прикрепления отводящих и разгибающих мышц бедра).

Проксимальное сдавление спинномозговых корешков L5 и S1 предполагается на основании возникновения дистальной боли при пальпации над малоберцовым нервом у головки малоберцовой кости (L5) и над большеберцовым нервом (S1) в плюсневом канале. Перкуторная болезненность, постепенно выявляемая по ходу позвоночного столба, заставляет заподозрить костную аномалию, такую как компрессионный перелом позвонка, его метастатическое поражение или какой-либо инфекционный процесс в позвонке или межпозвоночном диске. Перкуторная болезненность в области реберно-позвоночного угла неизбежно связана с ретроперитонеальной (чаще всего почечной) патологией.

Наклон туловища при ходьбе в противоположную по отношению к опорной ноге сторону, компенсирующая походка Тренделенбурга предполагают, прежде всего, наличие аномалии в тазобедренном суставе. При осмотре могут обнаруживаться подтверждающие признаки начальной потери внутренней ротации бедра в сочетании с положительным симптомом Патрика и медиальной болью в паху, которая иногда иррадиирует в колено. При первичном заболевании тазобедренного сустава попытка хождения вызывает чрезмерное напряжение как в крестцово-подвздошном сочленении на стороне поражения, так и в большом вертеле бедра. Каждый из названных признаков (в отдельности или в сочетании) может поначалу представляться основной патологией, пока не обнаружится потеря подвижности тазобедренного сустава как провоцирующий фактор других симптомов. Трохантерный (вертельный) бурсит сам по себе может имитировать поясничную радикулопатию с дистальной иррадиацией болей по седалищно-большеберцовому нервному пучку к латеральной поверхности колена.

Неспособность больного ходить на носках или пятках из-за слабости сгибателей подошвы или дорсальных флексоров стопы соответственно предполагает радикулопатию L5 в первом случае и поражение корешка S1 - в последнем. Аналогично этому затруднения при приседании с последующим вставанием говорят о слабости четырехглавой мышцы бедра, что связано с поражением корешка L4. Мануальное тестирование мышц (наиболее пренебрегаемая часть клинического обследования) также может быть достаточно информативным. Слабость сгибателей бедра предполагает поражение L3, четырехглавой мышцы - поражение L4, дорсифлексора стопы и разгибателей большого пальца - поражение L5, а икроножной мышцы - радикулопатию S1. Глубокие сухожильные рефлексы тестируются на обеих сторонах с последующим сравнением данных. Отсутствие или ослабление коленного рефлекса предполагает радикулопатию L4, рефлекса с двуглавой мышцы бедра - поражение L5, а асимметрия ахиллова рефлекса - компрессионный синдром корешка S1.

Тестирование с поднятием выпрямленной ноги (ПВН) может оказаться как диагностически информативным, так и дезинформативным, что зависит от возраста больного и наличия или отсутствия сопутствующих признаков, определяемых при поднимании перекрещенных и выпрямленных ног (ППВН). Этот тест бывает положительным, когда поднимание контралатеральной конечности (ноги) вызывает боль по ходу седалищного нерва в пораженной конечности. Явно положительный тест с поднятием выпрямленной ноги у более молодых пациентов чаще связан с пролапсом межпозвоночного диска, чем у больных более старшего возраста, особенно если он сочетается с положительным ППВН. Аналогично этому у более молодых лиц прогрессирующая неспособность разогнуть ногу в колене на стороне поражения с натяжением седалищного нерва в подколенной ямке говорит в пользу пролабирования межпозвоночного диска. Там, где это отмечается в сочетании с болезненным симптомом "бренчания" (наблюдаемого как подергивание седалищного нерва ниже колена), это почти всегда патогномонично наличию грыжевого выпячивания диска с давлением на соответствующий спинномозговой корешок. Дополнительные подтверждающие тесты включают определение обострения боли при дорсальном сгибании стопы или при наклоне головы (флексия), выполнении приема с поднятием выпрямленной ноги, что помогает щадить седалищный нерв. У больных постарше положительный тест ПВН или ППВН менее специфичен в отношении клинической диагностики, но он также позволяет предположить присутствие радикулярного компонента поражения.

Гиперрефлексия и признаки разгибания пальцев стопы предполагают наличие миелопатии с локализацией поражения выше уровня Т12-L1, где оканчивается спинной мозг (медуллярный конус). Болями внизу спины и нарушениями в проводящей системе могут проявляться метастатические поражения, грыжеобразование в торакальных межпозвоночных дисках и (в редких случаях) остеопоротические компрессионные переломы позвонков на границе между грудным и поясничным отделами позвоночника. Внезапные тазовые расстройства с сопутствующей симметричной и многоуровневой арефлексией и слабостью нижних конечностей могут быть связаны с грыжеобразованием в поясничном диске по средней линии при поражении отделов спинного мозга дистальнее конского хвоста и ниже медуллярного конуса. В подобной ситуации при быстром прогрессировании парапареза может потребоваться неотложная декомпрессионная хирургическая коррекция.

Сенсорные расстройства при наличии радикулярных синдромов могут помочь в установлении уровня корешкового поражения. Миотомные мышечные боли и дерматомная дизестезия могут сопровождаться иррадиацией боли по ходу склеротома. Поражение корешков S1 и L5 может проявляться соответственно мышечной болью в икроножной мышце, имитирующей тромбофлебит, и мышечной болью по передней поверхности голени, симулирующей ее ушиб. Парестезия большого пальца стопы предполагает поражение корешка L5, а парестезия мизинца стопы - радикулопатию S1. Поражение суставов в области крестцово-подвздошных сочленений или в межпозвоночных суставах поясничного отдела может также распознаваться по отраженной боли в соответствии с топографией данного склеротома. Боль при аномалии крестцово-подвздошного сочленения обычно иррадиирует в паховую область, переднелатеральную поверхность бедра и нижний квадрант живота, что часто симулирует острый аппендицит или перекрут овариальной кисты. Хотя симптомы боли и дизестезии невозможно объективизировать таким же образом, как физические признаки, вдумчивый врач все же может реплицировать или ослабить эти симптомы с помощью соответствующих приемов, основанных на хорошем знании анатомии.

## 3. Уточнение диагноза при поясничных синдромах

Рациональный подход к диагностике и лечению поясничных болей основывается на ясном представлении о дегенеративных процессах в позвоночнике. Начинаясь с изменений гидроскопических свойств пульпозного ядра, эти процессы могут прогрессировать от дегенерации фиброзных колец одного диска до многоуровневого поражения. Последующие дегенеративные изменения в диске с ассоциированным поражением межпозвоночного сустава могут сопровождаться относительно нечастым пролабированием пульпозного ядра диска. Чаще прогрессирующее поражение задних поверхностей межпозвоночных суставов сопровождается сужением отверстий или спинномозгового канала, что вызывает симптомы, связанные с латеральным или центральным стенозом. Комбинация ретрогрессивных (дегенеративных) и пролиферативных изменений в передней части диска и в задней части межпозвоночных суставов проявляется как клинической симптоматикой, так и рентгенологическими изменениями, в основе которых лежит дегенеративный процесс во всех трех суставах. В развитии этого процесса клинически четко определяются три стадии. Стадия дисфункции сопровождается болевыми симптомами и ограничением подвижности, часто без рентгенологических или клинических аномалий. Такие больные обычно отвечают на консервативное лечение пероральными анальгетиками, физиотерапевтическими процедурами, включающими термотерапию, специальные упражнения и мануальное воздействие.

Вторая стадия - стадия нестабильности - сопровождается признаками нарушения подвижности сегментов позвоночника, что лучше всего подтверждается рентгенологическим обнаружением псевдоспондилолистеза, возникшего вследствие далеко зашедшего дегенеративного заболевания дисков с сохранением стабилизирующей функции в межсуставных взаимоотношениях. Эта стадия дегенеративных изменений может быть распознана клинически по ограничению гибкости позвоночника, развитию реактивного сколиоза, уменьшению поясничного лордоза и (в отдельных случаях) по наличию неврологических аномалий, включая нарушение глубоких сухожильных рефлексов, уменьшение мышечной силы и ограничение возможности поднятия выпрямленной ноги. Консервативная терапия на этой стадии также часто бывает успешной при использовании тех или иных фиксирующих корсетов. В случае преобладания радикулярной симптоматики благоприятное влияние оказывает периодическая тракция поясничного отдела позвоночника.

Последняя стадия - стабилизация - клинически сопровождается резким ограничением сгибательных движений в поясничном отделе. Тугоподвижность в этом отделе позвоночника может стать главной жалобой больного, оттеснив на второй план боль, особенно после длительных периодов иммобилизации. Продолжительное стояние или ходьба может спровоцировать появление локализованной радикулярной боли, парестезии с онемением или покалыванием, а также моторных симптомов, таких как мышечная слабость или неустойчивость, с подтверждающими признаками (или без них) моторных нарушений. Характерным рентгенологическим признаком на этой стадии является увеличение сочленяющихся поверхностей межпозвоночных суставов, позвоночных дужек и самих позвонков в связи с образованием остеофитов, которое прогрессирует до сращения отдельных позвонков. При КТ или миелографии может обнаруживаться центральный или латеральный стеноз спинномозгового канала в поясничном отделе с уменьшением переднезаднего диаметра канала при повреждении твердой мозговой оболочки (в первом случае) или компрессии спинномозгового корешка в интрапедикулярном невральном канале (в последнем случае). У больных со стенозом спинномозгового канала на поясничном уровне часто наблюдаются тяжелая седалищная радикулопатия при сохранении способности поднимать выпрямленную ногу, различные формы мышечной слабости в нижней конечности, нередко прямо связанные с физической активностью, а также ряд "проксимальных симптомов", таких как онемение дистальной части стопы, распространяющееся проксимально при движении.

Консервативная терапия, рекомендуемая на более ранних стадиях дегенерации, обычно в меру эффективна и на этой стадии, обеспечивая симптоматическое снятие боли у пациентов со стенозом. При преобладании радикулярной симптоматики периодически проводимая сильная тазовая тракция часто имеет лишь паллиативный эффект. При прогрессировании неврологической симптоматики, при сильных болях и безуспешности консервативной терапии показана хирургическая декомпрессия.

## 4. Сакроилеит

Возрастные (старческие) изменения могут происходить и в парных крестцово-подвздошных суставах. На начальных стадиях этого процесса корреляция между тяжестью симптомов и рентгенологическими признаками поражения суставов может быть очень слабой или вовсе отсутствует. Боль обычно ощущается над самими суставами с иррадиацией в переднелатеральном или заднем направлении. Боль обычно усиливается ночью и может быть двусторонней, периодически переходя с одной стороны на другую. Ощущение дискомфорта усиливается при длительном стоянии или сидении, особенно при продолжительных поездках в машине. Доминирующим симптомом при сакроилеите является мышечная слабость или тугоподвижность в суставе, главным образом по утрам.

Как и при поражении межпозвоночных суставов, здесь клинически выделяются три стадии дегенеративных изменений. В стадию дисфункции, хотя боль и сопутствующие нарушения функции сустава могут быть резко выраженными, рентгенограммы часто бывают нормальными. При второй стадии - стадии нестабильности - снимки тазовых костей при поочередном удерживании одной ноги на весу могут выявить нестабильность в лонном сочленении, превышающую 3 мм. Нестабильность обычно более выражена на стороне поражения. Любой из трех суставных компонентов таза (задняя часть парных крестцово-подвздошных суставов и передняя часть лонного сочленения) может быть болезненным или же обнаруживает рентгенологические признаки прогрессирующих дегенеративных изменений.

Терминальная стадия - стадия иммобилизации - сопровождается анатомическим и функциональным анкилозированием указанных суставов. Как это ни парадоксально, образование остеофитов и развитие фиброзирующих процессов в суставах (вплоть до их фиброзного анкилозирования) проявляются не столько болями, сколько тугоподвижностью, особенно по утрам.

Начальное лечение состоит в назначении постельного режима, применении (поверхностно) тепла и пероральных нестероидных противовоспалительных препаратов. При постельном режиме (по крайней мере, в течение 24 часов) рекомендуется положение поясничного сгибания; больной может также лежать на боку, на животе с подушкой, подложенной под живот, и (или) на спине с согнутыми бедрами и коленями, опирающимися на диванную подушку. Предпочтительно применение влажного тепла (а не сухого), так как оно лучше переносится больными. В этом отношении хороши гидроколляторные пакеты, заполненные силиконом и остуженные после первоначального применения; их следует предпочесть электрогрелкам, применение которых чревато ожогами. Во всяком случае, тепло никогда не следует помещать под больное место, а только над ним. Перорально назначаемые медикаменты включают мышечные релаксанты, сильные обезболивающие средства и нестероидные противовоспалительные препараты. Мышечные релаксанты в качестве основного лечебного средства не рекомендуются; их анальгетические эффекты минимальны, и они оказывают главным образом центральное действие. В первые 24-48 часов могут оказаться необходимыми пероральные наркотические анальгетики, что зависит от конкретных обстоятельств. Нестероидные противовоспалительные препараты лучше назначать на продолжительное время, учитывая их противовоспалительный и аналгезируюшие эффекты. Их дозы (вначале высокие) постепенно уменьшают до достаточной поддерживающей дозы с учетом их водозадерживающего эффекта и раздражающего действия на желудок. Выпускается целый ряд таких препаратов, в том числе фенаматы (меклофенамат), производные индола (индометацин, сулиндак), производные фенилалконовой кислоты (ибупрофен, напроксен, напроксен-натрий) и оксиканы (пироксикам). Если препараты какой-либо одной группы оказываются неэффективными, то следует попытаться применить препарат другой группы. Введение в пораженные суставы смеси быстродействующего и длительно действующего стероидов (по 1 мл каждого) с добавлением 1 мл лидокаина в острую фазу заболевания может немедленно снять боль и устранить сопутствующий реактивный сколиоз. Впоследствии целесообразно проведение дополнительных лечебных мероприятий: диатермия, снижение массы тела, специальные упражнения для развития гибкости позвоночника и укрепления брюшного пресса в сочетании с ношением корсета.

К целесообразности амбулаторного наблюдения следует отнестись достаточно критически. Дело не в качестве поликлинического обследования и не в компетентности обследующих; клинические проявления данного заболевания изменяются быстро (часто драматически) и далеко не всегда своевременно диагностируются в амбулаторных условиях. В этом отношении можно положиться лишь на электромиографическое исследование и функциональные нейрофизиологические тесты, а также на данные инструментальных методов, включающих рентгенографию, сканирование костей таза, миелографию, КТ и ЯМР.

## Литература

1. Неотложная медицинская помощь: Пер. с англ. /Под Н52 ред. Дж.Э. Тинтиналли, Р.Л. Кроума, Э. Руиза. - М.: Медицина, 2001.
2. Внутренние болезни Елисеев, 1999 год