

БОЛЕВОЙ СИНДРОМ ПРИ ПОВРЕЖДЕНИЯХ И ЗАБОЛЕВАНИЯХ КРЕСТЦОВО-ПОДВЗДОШНОГО СОЧЛЕНЕНИЯ

В.П. Бойков, проф., К.С. Чермаков

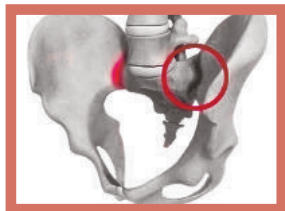
Чувашский государственный университет им. И.Н. Ульянова,
Российская Федерация, 428015, Чебоксары, Московский пр., 19

E-mail: kafedratravma@rambler.ru

Рассматриваются основные причины поражения крестцово-подвздошного сочленения. Характеризуется болевой синдром при каждом виде патологии. Описана последовательность действий медсестры по оказанию помощи таким больным.

Ключевые слова: болевой синдром, крестцово-подвздошное сочленение, первая помощь.

Для цитирования: Бойков В.П., Чермаков К.С. Болевой синдром при повреждениях и заболеваниях крестцово-подвздошного сочленения. Медицинская сестра. 2019; 21 (8): 3–6. <https://doi.org/10.29296/25879979-2019-08-01>



Болевой синдром в крестцово-подвздошном сочленении (КПС) встречается при 30–50% всех обращений по поводу болей в спине. Это – один из самых частых болевых синдромов. Полное выздоровление пациентов с болями в КПС часто не достигается, что связано с низкой изученностью механизмов формирования болевого синдрома и недифференцированным подходом к его исследованию. Авторами изучены возможные причины боли в КПС и алгоритм действия медсестры при КПС [1].

КПС образовано суставными поверхностями крестца и подвздошной кости. КПС менее подвижно, чем другие суставы. Из-за особенностей его строения, а именно из-за того, что суставная щель весьма мала, такие движения в КПС, как, например, в коленном суставе, невозможны. Ограничивают движения также короткие связки, которые соединяют части сочленения. Вследствие этого амплитуда движений в КПС редко превышает 4–5°.

Но есть периоды в жизни человека, когда эта подвижность увеличивается, например, в детском возрасте, когда происходит процесс формирования скелета. Подвижность сочленения увеличивается

и у женщин при беременности. В процессе родов изменения в КПС позволяют увеличить размер родовых путей. В связи с этим можно утверждать, что область КПС имеет как статическую, так и динамическую функцию. Но основная его функция в любом возрасте – амортизация движений в зоне от ног до позвоночника [4–6].

Учитывая особенности строения КПС, оно может подвергаться травмам или иным воспалительным изменениям. Из-за коротких связок, которые соединяют части сочленения, движения в сочленении ограничены, при больших нагрузках происходит его повреждение, нарушается устойчивость.

Патологические состояния, связанные с КПС, можно разделить на 6 групп (табл. 1).

Клиническая картина поражения КПС неспецифична. Боль – наиболее частый симптом патологии (табл. 2). Встречаются также скованность и ощущение жжения в проекции КПС. Болевой синдром при поражении КПС может иметь разную локализацию. В абсолютном большинстве случаев болевые ощущения возникают в области ягодиц и (или) в нижнепоясничной области. В половине клинических наблюдений указанные симптомы распространяются на ноги, в том числе на область ниже колен, стопы (в некоторых случаях основной симптом поражения КПС – мучительная боль в зоне иннервации седалищного нерва, которая иногда достигает такой интенсивности, что пациент не обращает внимания на боль в спине).

У некоторых больных боли распространяются на паховую область, верхние отделы поясничной области, живот. Эта локализация болей совершенно неспецифична для КПС, она возможна и при других источниках боли. Важная и более специфичная для поражения КПС – зона, размером приблизительно 3×10 см, располагающаяся непосредственно книзу от задней верхней подвздошной ости, – зона Fortin. При надавливании на верхнюю или нижнюю заднюю подвздошную ость на пораженной стороне всегда возникает болезненность. При отсутствии такой болезненности диагноз поражения КПС весьма сомнителен.

Как правило, у пациента развивается внезапная или постепенно нарастающая боль в области 1 или, в редких случаях, – обоих КПС. Боль может ощу-

Таблица 1

Основные повреждения и заболевания КПС

Основные причины поражения КПС	Примеры
Травмы	Разрыв КПС, разрыв связок КПС
Дегенеративные заболевания	Деформирующий артроз КПС
Дисфункция сустава	Функциональная блокада КПС
Воспалительные заболевания	Туберкулез, бруцеллез, анкилозирующий спондилит (болезнь Бехтерева), болезнь Рейтера, псориатический артрит
Структурные аномалии	Врожденные аномалии сочленений, разная длина ног
Прочие заболевания и состояния	Болезнь Педжета, беременность

Таблица 2

Болевые синдромы при патологии КПС

Патология КПС	Болевой синдром
Травма (разрыв сочления, связок или капсулы сустава)	Возникает при чрезмерных физических нагрузках, ударах, падении с высоты, родах; обычно болевой синдром при них очень сильный в области КПС и при любых движениях становится еще более выраженным
Деформирующий артроз (дегенеративное заболевание, приводящее к деформации и ограничению подвижности сустава)	Характеризуется болями в области сустава, крестца, усиливающимися после длительной нагрузки, сидении, ходьбы, стоянии; в положении лежа боли уменьшаются, в ночное время не беспокоят; так как сустав в норме малоподвижен, щелчков, хруста, характерных для артроза других, более подвижных суставов, не обнаруживается
Дисфункция (ограничение подвижности КПС), структурные аномалии (разная длина ног), беременность	Чаще наблюдается у лиц среднего возраста и в период беременности; болевой синдром в таких случаях может иметь разную интенсивность: чаще – в первую половину дня, к вечеру уменьшается; боль локализуется в области крестца, может иррадиировать в бедро, тазобедренный сустав, пах
Воспалительные заболевания (сacroилеит)	Болезненные ощущения возникают в области нижней части спины, крестца, отдают в ягодицу, бедро и ногу, усиливаются при отведении ноги в сторону, ротации бедра, ходьбе и других движениях, а также при надавливании рукой на область сустава; неприятные ощущения ослабевают в состоянии покоя и в положении лежа с согнутыми ногами; двустороннее воспаление КПС наблюдается при ревматологической природе заболевания; если же поражение обусловлено наличием инфекции, сacroилеит – односторонний; помимо боли, важный симптом – появление «утиной походки», ходьбы вперевалку; симптоматика сacroилеита при аутоиммунных заболеваниях отличается наличием скованности по утрам, болями в ночное время и предутренние часы, нарушением подвижности позвоночного столба

Таблица 3

Дифференциальная диагностика повреждений и заболеваний КПС

Люмбосакральная радикулопатия	Односторонняя простреливающая боль, выраженная в конечности больше, чем в спине; усиливается при движении, кашле, иррадирует до дистальных отделов; типично онемение или парестезии в соответствующих дерматомах, симптомы выпадения и натяжения
Перелом костей таза	Признаки перелома – боль при смещении корпуса, попытке двигать ногами, пальпации, кровоподтеки, припухание, отек пораженной области; травмированные занимают вынужденное положение на менее поврежденной стороне; перелом костей области таза, особенно при нарушении целостности кольца таза, может осложниться шоком; отмечаются повышенная бледность, потливость, больного мучает жажда; давление резко падает, пульс становится чаще, слабого наполнения
Коксартроз	Боли в области тазобедренного сустава с иррадиацией в поясницу, бедро, пах; боли провоцируются движениями в суставе, перкуссией по нему и сопровождаются ограничением подвижности сустава; определяется болезненный спазм всех мышц, участвующих в движении сустава
Синдром грушевидной мышцы	Боль в ягодичной области распространяется по ходу седалищного нерва; типично появление парестезий в стопе; боль усиливается после сидения и при начале ходьбы, при внутренней ротации бедра; объем движений в поясничном отделе позвоночника не изменен
Метастазы	Онкологическое заболевание в анамнезе, наследственность, необъяснимая усталость, снижение массы тела

Провокационные тесты

Тест	Схема проведения
Дистракционный	Пациент лежит на спине; воспроизведение боли в КПС при давлении на подвздошные гребни латерально и вниз
Компрессионный	Пациент лежит на боку, производят давление на крыло подвздошной кости, направление усилия – в сторону пола Пациент лежит на спине; воспроизведение боли в КПС при давлении на передние части подвздошных гребней медиально
Бонне	Пациент лежит на спине; воспроизведение боли в КПС в момент ротации бедра медиально при согнутом коленном суставе
Ганслена	Пациент лежит на спине; с кушетки свешиваются ягодица и нога на одной стороне, а вторая нога согнута в коленном суставе; при этом бедро приводится к животу; далее в согнутой ноге производится ротация в тазобедренном суставе; результат тестирования считают положительным, если боль воспроизводится в проекции КПС
Патрика	Пациент лежит на спине, одна нога выпрямлена, другая согнута в коленном суставе; наружная лодыжка согнутой конечности располагается поперек и выше надколенника контралатеральной ноги; одновременно прижимают согнутое колено к кушетке и таз – с противоположной стороны, предотвращая таким образом его движение во время отведения бедра; при появлении боли тест считается положительным
Йомана	Пациент лежит на животе; врач давит на крестец, прижимая его к кушетке, и одновременно разгибает ногу; результат тестирования является положительным, если боль воспроизводится в проекции КПС
Компрессии крестца	Пациент лежит на животе; давят на крестец вертикально вниз; при воспроизведении боли в области КПС провокационный тест является положительным
Гейта	Возникновение резкой болезненности в КПС при форсированном сгибании ноги в тазобедренном и коленном суставах
Боль при пальпации КПС	Локальная чувствительность к пальпации в области КПС

щаться с обеих сторон даже при смещении 1 КПС, однако, как правило, она больше выражена на стороне поражения. Боль обычно провоцируется движением, при котором происходят наклон вперед, поворот тазового пояса и вращения туловища, например при резком коротком размахе, наклоне (чтобы поднять что-нибудь с пола), при поворотах в постели или попытке встать с мягкого кресла, а также при обувании и закидывании ноги на ногу.

При возникновении боли в проекции КПС требуется проведение дифференциальной диагностики с целым рядом повреждений и заболеваний, наиболее часто встречающихся из которых представлены в табл. 3 [2, 3, 9].

Чтобы изучить КПС, врач должен понаблюдать, как пациент выполняет определенные движения в разных положениях: сидя, стоя, лежа. Итак, больной должен пройти провокационные тесты (табл. 4) [7].

Если ≥ 3 провокационных теста положительны, это имеет важную диагностическую ценность для верификации боли, исходящей из КПС. Ценность этих тестов заключается в их простоте – ведь некоторые из них больной может выполнить сам.

При подозрении на патологию КПС все инструментальные исследования начинаются с традиционного рентгенологического исследования. Широко используется компьютерная томография, позволя-

ющая выявить раннюю деструкцию губчатой кости, которую трудно определить на рентгенограммах. Но все же эта методика недостаточно информативна для характеристики состояния мягкотканых структур. При поражении КПС первично происходят изменения именно в хрящевых и мягких тканях. В настоящее время методом выбора для оценки состояния хрящевых и мягкотканых анатомических структур является магнитно-резонансная томография.

Дополнительно могут быть применены другие исследования: общий анализ крови, биохимический анализ крови и специфические маркеры при аутоиммунных видах патологии, а также пункция сустава и диагностические блокады с помощью анестетиков. Например, в анализах крови при инфекционном воспалении суставов отмечаются повышение СОЭ и увеличение количества лейкоцитов. При ревматоидном поражении в венозной крови обнаруживается ревматоидный фактор. В пунктате, взятом при пункции сустава, возможны микробы, вызвавшие воспаление. При болезни Бехтерева в крови определяется фактор HLA-B27 [10].

Травматические повреждения КПС относятся к тяжелым повреждениям опорно-двигательного аппарата. Поэтому медсестра должна оказать первую помощь таким больным, чтобы уменьшить риск развития шокового состояния.

Последовательность оказания первой помощи больным с повреждением КПС:

- вызываем скорую медицинскую помощь;
- укладываем пострадавшего на широкую доску в положении на спине с валиком из свернутой одежды или одеяла под полусогнутыми в коленях ногами (положение «лягушки»);
- разводим в стороны колени;
- по возможности прикладываем холод;
- контролируем состояние пострадавшего до приезда скорой медицинской помощи.

При другой патологии КПС медсестра, выполняющая уход за пациентом на дому, должна направить больного к участковому терапевту по месту жительства (или пригласить его на дом). Ведь необходимо определить, у какого специалиста должен дальше наблюдаться такой пациент. На этом этапе, чтобы справиться с болевым синдромом, обычно назначают нестероидные противовоспалительные препараты, миорелаксанты, мази, мануальную терапию, физиопроцедуры, ЛФК, массаж. В зависимости от результатов клинического осмотра, данных лабораторных и инструментальных исследований, реакции на терапию терапевт направляет таких больных к ревматологу, неврологу, травматологу или онкологу.

Следует предостеречь больных от самолечения, поскольку это – серьезная патология. Надо объяснить, что чем раньше начать диагностику и лечение, тем больше шансов на выздоровление.

Литература

1. Ахметов Б.Х., Максимов Ю.Н. Роль патологии крестцово-подвздошного сустава в развитии болей в нижней части спины. Практическая медицина. 2013; 1: 34–7.

2. Бойков В.П., Чермаков К.С. Болевой синдром при повреждениях и заболеваниях позвоночника. Медицинская сестра. 2018; 7: 78–84.

3. Бойков В.П., Чермаков К.С. Болевой синдром при повреждениях и заболеваниях области тазобедренного сустава. Медицинская сестра. 2011; 1: 48–51.

4. Исайкин А.И., Иванова М.А., Кавелина А.В., Шевцова Г.Е. Дисфункция крестцово-подвздошного сочленения. Эффективная фармакотерапия. Неврология. 2017; 2: 31–5.

5. Исайкин А.И., Иванова М.А., Кавелина А.В., Черненко О.А., Яхно Н.Н. Синдром крестцово-подвздошного сочленения. РМЖ. 2016; 24: 36–40.

6. Котельников Г.П., Мирошниченко В.Ф. Травматология. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011; 288.

7. Новосельцев С.В. Диагностика крестцово-подвздошных суставов. Мануальная терапия. 2008; 4: 15–8.

8. Травматология: национальное руководство. Под ред. Г.П. Котельникова, С.П. Миронова. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011; 1134.

9. Ченский А.Д., Слияков Л.Ю., Черепанов В.Г., Терновой К.С. Диагностика и лечение синдрома крестцово-подвздошного сустава. Кафедра травматологии и ортопедии. 2015; 2: 61–5.

10. Яриков А.В., Морев А.В., Шпагин М.В., Фраерман А.П. Синдром крестцово-подвздошного сочленения: этиология, клиническая картина, диагностика и лечение. Анналы клинической и экспериментальной неврологии. 2019; 2: 47–9.

PAIN SYNDROME IN SACROILIAC JOINT INJURIES AND DISEASES

Prof. V.P. Boikov, MD; K.S. Chermakov

I.N. Ulyanov Chuvash State University

19, Moskovsky Prospect, Cheboksary 428015, Russian Federation

The paper analyzes the main causes of sacroiliac joint injury. It characterizes pain syndrome in each condition. The sequence of a nurse's actions to assist these patients is described.

Key words: pain syndrome, sacroiliac joint, first aid.

For reference: Boikov V.P., Chermakov K.S. Pain syndrome in sacroiliac joint injuries and diseases. Meditsinskaya Sestra. 2019; 21 (8): 3–6. <https://doi.org/10.29296/25879979-2019-08-01>