

заболевания, относящиеся к группе факоматозов (энцефалотригеминальный ангиоматоз, болезнь Стерджа - Вебера, туберозный склероз – болезнь Бурневилля-Прингла). Кроме классических случаев факоматозов, встречаются стертые или abortивные случаи, реже встречаются сочетание двух форм факоматозов.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Википедия
2. Мухин К.Ю., Петрухин А.С., Холин А.А. «Эпилептические энцефалопатии и схожие синдромы у детей» Москва 2011 г.
3. Сайт врачей лучевой диагностики - RADIOMED.RU

ТҮЙІН

Энцефалотригеминальды ангиоматоз

Терідегі өзгерістер мен жүйке жүйесі зақымдануында факоматоз тобына жататын (энцефалотригеминальды

ангиоматоз, Стердж-Вебера ауруы, туберозды склероз - Бурневилля-Прингла ауруы) тұқым қуалайтын ауруларды ескеру қажет. Факоматоздың классикалық жағдайларынан басқа толық емес түрлері, сирегірек факоматоздың бірлескен түрлері кездеседі.

SUMMARY

Encephalotrigeminal angiomas

When combined skin manifestations and lesions of the nervous system should be deleted hereditary diseases belonging to the group of fakomatos (encephalotrigeminal angiomas, disease Sturge -Weber, tuberous sclerosis is a disease Bourneville-Pringle). In addition to the classical cases fakomatoses, are erased or abortifacient cases, rare combination of two forms fakomatoses.

Ключевые слова: фаціальний невус, судорожні приступи, контралатеральний гемипарез, глаукома, туберозно-склерозний комплекс.

УДК 616.8-009.7-039.13

НАРУШЕНИЯ БИОМЕХАНИКИ ТАЗА ПОД МАСКОЙ ПОЯСНИЧНОГО ОСТЕОХОНДРОЗА: (КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ)

Туруспекова С.Т.¹, Оспанов А.А.²

Казахский Национальный медицинский университет имени С.Асфендиярова¹,
Городская клиническая больница №1², г. Алматы, Казахстан

Болевые синдромы, локализующиеся в нижней части спины - одно из наиболее распространенных патологических состояний в общей медицинской практике. По данным популяционных эпидемиологических исследований, 84% людей хотя бы однажды в жизни испытывали боль поясничной локализации, а 44-78% имеют в анамнезе повторные приступы люмбагии, 26-37% периодически утрачивают трудоспособность вследствие боли [7,8]. Согласно предложенной G. Waddell и соавт. в 1987 г.[9], а затем официально рекомендованной рабочей группой Европейской федерации неврологических обществ по ведению пациентов с хроническими болевыми синдромами в нижней части спины (2006г.), этиологической классификации - боли в спине можно разделить на три основные группы: корешковая (невропатическая) боль; боль в результате заболевания позвоночника; неспецифическая скелетно-мышечная боль.

По эпидемиологическим данным, распространенность неспецифической скелетно-мышечной боли составляет до 85% случаев, что значительно превышает таковую вертеброгенных болевых синдромов [2]. Установлено, что наиболее часто хроническая боль пояснично-крестцовой локализации сопровождается миофасциальным синдромом с вовлечением мышцы, выпрямляющей позвоночник, ягодичных мышц, дисфункцией крестцово-подвздошного сочленения и связочного аппарата таза [5]. Практическим врачам часто приходится сталкиваться со случаями возникновения у женщин хронических болевых синдромов в области таза, при этом многие женщины локализируют боль не только во внутритазовых структурах, внизу живота, но и в пояснично-крестцовой области. [6]. Хронические тазовые боли с эпицентром в пояснично-крестцовой области - достаточно распространенное и труднокурабельное состояние. Существует мнение, что количество причин возникновения тазовых болей сопоставимо с количеством причин головных болей [1]. Этиологическая и патогенетическая многофакторность, резистентность к лечению делает хроническую тазовую

боль актуальной и мультидисциплинарной проблемой [3]. Не меньшего внимания заслуживает хроническая тазовая боль с эпицентром в пояснично-крестцовой области. Среди причин такого состояния могут выступать нарушения биомеханики тазового кольца, роль которых часто недооценивается. Одним из таких нарушений является дисфункция лонного сочленения, встречающаяся не только у женщин, но и у мужчин, при этом под маской хронического простатита! При этом следует отметить, что мало кто из врачей, кроме единичных специальностей, вообще знаком с данной патологией. [4]. В результате недооценки многими докторами различных патогенетических звеньев указанной хронической боли, а порой просто их неинформированности, мы имеем, то, что имеем: пациенты проходят длительное, многократное лечение по кругу – терапевт, гинеколог, уролог, проктолог, невролог, нейрохирург и т.д., и, к сожалению, не всегда успешно. Учитывая вышесказанное, мы решили привести наше клиническое наблюдение.

В клинику нервных болезней поступила пациентка 3-ва Н.Г., 55 лет, с жалобами на боли в области крестца, иррадиирующие вправо и влево в область больших вертелов, подвздошную область, ограничение объема движений в пояснично-крестцовом отделе позвоночника, резкую болезненность при попытке сесть, встать, повернуться с боку на бок в постели, невозможность лежать в положении на спине, боль в положении сидя.

Из анамнеза известно, что боли в пояснично-крестцовой области беспокоят длительное время, около 15-17 лет, но обратилась за медицинской помощью только лет 5 назад. Прошла все рутинные обследования, осмотрена узкими специалистами, сделана компьютерная томография пояснично-крестцового отдела позвоночника: передний спондилолистез L5 к S1. На МРТ были выявлены проявления остеохондроза поясничного отдела позвоночника с наличием центральной протрузии диска L4-L5, L5-S1. Пациентка получала несколько курсов амбулаторного, стационарного лечения, однако

безуспешно. Последнее стационарное лечение в 2011г в неврологическом отделении также не дало результатов. В связи с этим обстоятельством врачом было принято заключение, что причина болевого синдрома данной пациентки связана с наличием центральной протрузии диска L4-L5, L5-S1, направлена к нейрохирургу. После осмотра нейрохирургом была предложена операция по поводу протрузии диска, от которой больная отказалась.

В неврологическом статусе: пациентка адекватна, контактна, астенизирована, со стороны черепно-мозговых нервов патологии не обнаружено, мышечная сила, мышечный тонус не изменены, сухожильные рефлексы живые, равномерные с двух сторон, сенсорных расстройств не выявлено. Наблюдается некоторое переразгибание поясничного лордоза с небольшим сдвигом таза вперед. Болезненность при пальпации в области крестца, напряжение мышц спины поясничного отдела позвоночника. Выраженное ограничение и боль при движениях в тазобедренных суставах кнаружи и кнутри с двух сторон. Симптомы натяжения отрицательны. Анализы крови и мочи, анализ крови на бруцеллез без патологии.

При более детальном сборе анамнеза были выявлены следующие немаловажные, на наш взгляд, обстоятельства: вышеуказанные жалобы стали беспокоить пациентку после последних сложных и трагических родов (мертворождение). В течение 3-х месяцев больная отмечает, что практически не могла ходить из-за сильнейших болей в области таза. Спустя 6 месяцев пациентка с трудом передвигалась, походка была «как переваливающаяся утка» (со слов). В дальнейшем боли в поясничной области и области крестца стали хроническими, иногда усиливающимися, иногда затухающими, походка несколько облегчилась, улучшилась, но не была прежней: «она стала какой-то ограниченной, как будто прихрамываю на обе ноги» (со слов). Также пациентка отмечает, что с тех пор всегда испытывала трудности при определенных обстоятельствах: не могла, например, надеть носок, стоя на одной ноге, перешагнуть через лужу на асфальте, или через две ступеньки лестницы и т.п. В 1994г перенесла операцию по поводу миомы матки. В 2004 г. оперирована по поводу желчно-каменной болезни.

Приняв во внимание вышеизложенное, была назначена R-графия костей таза и тазобедренных суставов, в результате которой были выявлены коксартроз тазобедренных суставов 1-2 степени, диастаз и смещение костей лобкового симфиза, явления остеопороза, истончение тазового кольца (рисунок 1).

Мануальное тестирование выявило наличие триггерных точек.

Учитывая жалобы, анамнез заболевания, объективные данные и результаты исследований, мы пришли к заключению, что у пациентки, так долго лечившейся по поводу поясничного остеохондроза, имело место нарушение биомеханики таза, начало которому дала послеродовая дисфункция лонного сочленения, не регрессировавшая в дальнейшем, а, напротив, повлекшая за собой целый каскад развернутых во времени событий.



Рисунок 1. R-грамма тазового кольца пациентки

Известно, что при дисфункции лобкового симфиза меняется тонус лобково-пузырной связки и паховой связки. Как следствие - тонусно-силовой дисбаланс мышц, имеющих прикрепление к тазовым костям. Паховая связка имеет особенность прикрепления к лобковой кости: часть волокон прикреплена к гомолатеральной кости, а часть, перекинувшись через лобковый симфиз, — к противоположной. Если одна лобковая кость выше другой, то паховая связка с этой стороны натягивается и становится болезненной. При ходьбе совершается движение в обоих подвздошно-крестцовых суставах и лобковом симфизе, с той стороны, где нога впереди — натягивается преимущественно крестцово-бугорная и пупартова связки, а там, где нога сзади — натягивается подвздошно-поясничная связка. Боль при избыточном натяжении паховой связки локализуется в области лобковой кости, в нижней части живота [6].

Длительно существующие патобиомеханические нарушения таза не позволяют ретроспективно сделать однозначный вывод: что первично. Либо боль и как следствие – мышечный, связочный спазм, усугубляющий боль. Или наоборот, мышечный, связочный спазм, крестцово-подвздошные блокады, и как следствие – боль, усугубляющая спазм. Однако, очевидно, что длительное нарушение биомеханики таза привели к вынужденному ограничению объема движений в тазобедренных суставах, пояснично-крестцовом отделе позвоночника, что не могло не отразиться на рефлекторных сосудистых, метаболических процессах в костных, мышечных и других анатомических структурах. В конце концов все это привело к развитию обменно-дистрофических изменений в тазобедренных суставах и позвоночнике.

В пользу нашего предположения о том, что у пациентки хронический болевой синдром в области крестца обусловлен длительным нарушением биомеханики таза, повлекшим за собой целый ряд изменений, говорит положительная динамика состояния в результате лечения. Пациентке был назначен катадолон по 600, затем по 300 мг на ночь, проведены лечебно-медицинские блокады препаратом ксефокам, сеансы ультрафонофореза хондроидом, мануальной терапии, лечебной физкультуры, психологической коррекции. На фоне указанной терапии состояние больной значительно улучшилось, отмечалось уменьшение болевого синдрома, произошли позитивные психологические изменения, что повлекло за собой повышение уровня мотивации достижения новых результатов, положительных реакций удовлетворения.

Мы надеемся, что описанный нами клинический случай пациентки с нарушениями биомеханики тазового кольца, одну из главных ролей в которых сыграла дисфункция лонного сочленения, длительно существовавшие под маской поясничного остеохондроза, поможет повысить эффективность диагностики и лечения таких труднокурабельных состояний.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Болотов А.В. Неврологические аспекты синдрома хронической тазовой боли у женщин. Автореф. дис. канд. мед.наук. - М., 2005. - 114
2. Н.В. Вахнина. Хроническая пояснично-крестцовая боль: диагностика и лечение <http://www.spinabezboli.ru/>
3. Извозчиков С.Б., Селицкий Г.В., Камчатнов П.Р. Синдром хронической тазовой боли. -Журнал неврологии и психиатрии.-2011, №5.-С.71-74
4. Извозчиков С.Б., Селицкий Г.В., Каприн А.Д. Нарушения биомеханики таза под маской хронического простатита. Болезненная дисфункция лонного сочленения. Материалы III научно-практической конференции с международным участием «Инновационные медицинские технологии в области неврологии и смежных

медицинских специальностей». - Москва, 2012. - С. 30-31

5. Подчуфарова Е.В., Яхно Н.Н. Боль в спине. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. - 368с.

6. Стефаниди А.В. Миофасциальные хронические тазовые боли у женщин. Бюллетень ВСНЦ СО РАМН. - 2006, №5(51). - С. 176-180

7. Pengel L.H., Herbert R.D., Maher C.G. et al. Acute low back pain: systematic review of its prognosis. *BMJ* 2003;327(7410):323.

8. Shmidt C., Raspe H., Pflingsten M. et al. Back pain in the German adult population. - *Spine*, 2007. - 37(18):2005-11.

9. Waddell G. Volvo award in clinical sciences. A new clinical model for the treatment of low-back pain. *Spine* 1987;12(7):632-44.

ТҮЙІНДЕМЕ

Келтірілген клиникалық бақылауда созылмалы қатерлі синдромы бар емделуші әйелдің жағдайы, бірі бас рөлдерін ішкі мүшеленуді дисфункция ойнайтын жамбастың биомеханикасының мерзімді ұзақ бұзушылығымен сипатталған.

Кілтті сөздер: созылмалы қатерлі синдром, бел остеохондрозы, жамбастың биомеханикасының бұзушылығы, ішкі мүшеленуді дисфункция.

РЕЗЮМЕ

В приведенном клиническом наблюдении описан случай пациентки с хроническим болевым синдромом, обусловленным длительным нарушением биомеханики таза, одну из главных ролей в которых сыграла дисфункция лонного сочленения.

Ключевые слова: хронический болевой синдром, поясничный остеохондроз, нарушения биомеханики тазового кольца, дисфункция лонного сочленения.

SUMMARY

In the clinical observation of the patient, the case with chronic pain syndrome caused by prolonged violation of the biomechanics of the pelvis, one of the main roles are played in the symphysis pubis dysfunction.

Key words: chronic pain, lumbar back pain, biomechanical disorders of pelvic ring, symphysis pubis dysfunction.