

ВАРИАНТЫ СЕДАЛИЩНОЙ НЕЙРОПАТИИ ПРИ СИНДРОМЕ ГРУШЕВИДНОЙ МЫШЦЫ

Гузель Марсовна Ахмедова

*ГОУ ДПО «Казанская государственная медицинская академия» Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию, 420012, г. Казань. ул. Муштари, 11,
e-mail: guzel29@mail.ru*

Реферат. Изучены особенности клинических вариантов подгрушевидной седалищной нейропатии у 103 больных с синдромом грушевидной мышцы и у 75 больных с седалищной нейропатией. По результатам клинических и инструментальных методов исследования седалищного нерва выделены четыре основных варианта его поражения в подгрушевидном пространстве.

Ключевые слова: седалищная нейропатия, синдром грушевидной мышцы, диагностика, патогенез седалищной нейропатии.

ГРУШАСЫМАН МУСКУЛ СИНДРОМЫ ОЧРАГЫНДА УТРАКСА НЕЙРОПАТИЯСЕ ВАРИАНТЛАРЫ

Гүзел Марс кызы Ахмедова

Соамалтлек саклау һәм социаль үсеш Федераль агентлыгының «Казан дәүләт медицина академиясе» өстөмө белем бирү буенча дәүләт мәгариф учреждениесе 420012, Казан шәһәре, Мәштәри урамы, 11, e-mail: guzel29@mail.ru

Грушасыман мускул синдромлары — 103, утракса нейропатиясебелән авырган 75 авыруда грушасыман утракса нейропатиясеке вакытында гүзел Марс кызы Ахмедова клиник варианктарның үзенчлекләре түбәнчедә описаны. Клиник һәм инструменталь ысууллар белән тикшерү нитиеләрен таянып, грушасыман мускул асты күышлыгында утракса нервның заарланауын 4 төп варианты аның күрсәтелгән.

Төп тәшенчләр: утракса нейропатиясеке, грушасыман мускул синдромы, диагностика, утракса нейропатия патогенезы.

VARIANTS OF SCIATIC NEUROPATHY IN PIRIFORMIS SYNDROME

Guzel Marsovna Akhmedova

Kazan State Medical Academy of Federal agency on health protection and social development, 420012, Kazan, Mushtari Street, 11, e-mail: guzel29@mail.ru

There were investigated 103 patients with subpiriformis sciatic neuropathy and 75 patients with sciatic neuropathy. According to clinical and instrumental methods of investigation of sciatic nerve, four main variants of sciatic neuropathy were revealed in subpiriformis space.

Key words: sciatic neuropathy, piriformis syndrome, diagnosis, pathogenesis sciatic neuropathy.

Бертеброгенные заболевания нервной системы — одна из важнейших проблем современной медицины, что обусловлено распространением данного страдания. Неприятные ощущения в спине и нижних конечностях в той или иной степени испытывает каждый взрослый человек [6, 8, 9]. Синдром грушевидной мышцы осложняет течение заболевания у каждого третьего пятиго пациента с неврологическими проявлениями поясничного остеохондроза. Поэтому вопросы диагностики различных патогенетических вариантов этого синдрома и их целенаправленной терапии сохраняют актуальность и в настоящее время [5].

Существуют топографо-анатомические предпосылки и некоторые патологоанатомические подтверждения механического воздействия измененной грушевидной мышцы на нервно-сосудистые образования, в первую очередь на седалищный нерв и нижнюю ягодичную артерию с возникновением вазомоторных нарушений, отека и более грубых нарушений кровообращения в нем [7]. Патологическое напряжение грушевидной мышцы создает предпосылки для сдавления седалищного нерва и нижней ягодичной артерии между этой мышцей и плотной крестцово-остистой связкой [10], а также патологическое напряжение грушевидной мышцы при компрессии корешка L₅ или S₁ и при неудачных инъекциях лекарственных веществ ведет к сдавлению седалищного нерва (или его ветвей при высоком отхождении) и сопровождающих его сосудов в подгрушевидном пространстве [4].

Актуальность проблемы определяется еще и тем, что клиническая неопределенность вариантов седалищной нейропатии и неясность этиологии приводят к назначению симптоматических средств. Патогенетически обоснованная терапия не разработана, что неблагоприятно оказывается на эффективности лечения. Между тем заболевание причиняет серьезные страдания больным и нередко

приводит к их длительной нетрудоспособности, а иногда и к инвалидизации.

Цель исследования — выявление особенностей патогенеза и клинической картины различных вариантов поражения седалищного нерва.

Для изучения особенностей клинических вариантов подгрушевидной седалищной нейропатии было проведено комплексное клинико-инструментальное обследование больных, находившихся на стационарном и амбулаторном лечении в Республиканской клинической больнице восстановительного лечения, городской клинической больнице № 5 с 2003 по 2008 гг. Инструментальные методы исследования проводились совместно с отделами лучевой и ультразвуковой диагностики Республиканской клинической больницы №2 МЗ РТ.

При выполнении работы было обследовано 103 пациента с жалобами на боли в пояснично-крестцовой области позвоночника и в ягодичной области. Возраст больных варьировал от 21 до 71 года, длительность заболевания колебалась от одного месяца до 15 лет. Доля женщин среди обследованных составляла 71% и была выше, чем у мужчин (29%).

Все больные с учетом клинических проявлений заболевания были распределены по пяти группам. 1-ю группу составляли 28 (27,2%) больных с преимущественно значимым поражением поясничного отдела позвоночника и синдромом грушевидной мышцы без клинических проявлений седалищной нейропатии. Во 2-ю группу вошли 25 (24,3%) больных с подгрушевидной седалищной нейропатией и клиникой синдрома грушевидной мышцы и седалищной нейропатией, в 3-ю — 18 (17,5%) с подгрушевидной седалищной нейропатией и преимущественным вовлечением волокон малоберцового нерва и в 4-ю — 10 (9,7%) с подгрушевидной седалищной нейропатией и вовлечением в основном волокон большеберцового нерва. В 5-й группе было 22 (21,3%) человека с подгрушевидной седалищной нейропатией и вовлечением преимущественно нижней ягодичной артерии.

Клиническое исследование было направлено на выявление патогномоничных неврологических синдромов при подгрушевидной седалищной нейропатии. Между ними существует как прямая причинно-следственная связь, при которой неврологические проявления поясничного остеохондроза выступают причиной синдрома грушевидной мышцы, так и параллельная связь, предполагающая принадлежность его к следствиям одних и тех же патогенетических механизмов.

Всем больным проводилось клинико-неврологическое исследование [7] с использованием специально разработанных шкал и карт больных.

Для интегральной оценки выраженности и распространенности двигательных и чувствительных нарушений производили оценку по специально разработанной шкале. За основу была взята шкала NIS (Neuropathy Impairment Score — Low Limbs или NIS – LL), шкала невропатических нарушений [1], широко применяющаяся при изучении периферических невропатий, которую мы адаптировали к поражению крестцового сплетения. С целью оценки интенсивности болей, парестезий, чувства онемения использовали шкалу NSS (neuropathy symptom score), рассчитывали балл невропатических симптомов. Для более детализированной оценки болевого симптома — основного проявления в дебюте заболевания — применяли многомерную шкалу оценки боли, а именно короткий МакГилловский болевой опросник и визуальную аналоговую шкалу (шкала ВАШ) [3].

Выраженность дискомфорта, обусловленного вегетососудистыми нарушениями оценивали в баллах: 1 — субъективное ощущение зябкости или чувство жара в большой ноге; 2 — клинически выявляемые функциональные изменения (побледнение или гиперемия кожных покровов, изменения температуры, потоотделения на нижних конечностях); 3 — трофические нарушения (истончение кожи, уплотнение подкожно-жировой клетчатки, гиперкератоз стоп, изменения ногтей).

Статистический анализ производился с помощью программ “MS Excel-2007” и программы “Биостатистика” с использованием критериев Стьюдента, Ньюмена—Кейлса, стандартной ошибки доли и z- критерия.

У большинства больных наблюдались следующие симптомы: боль в пояснично-крестцовом отделе позвоночника, в ягодичной области, нижней конечности, болезненность при пальпации грушевидной мышцы, места ее прикрепления к большому вертелу бедра и крестца, двигательные и чувствительные нарушения в нижней конечности, вегетососудистые нарушения в нижней конечности. Клинические проявления отличались большим разнообразием и зависели от локализации патологического процесса. При анализе основных жалоб было выявлено следующее. В 1-й группе у всех 28 (100%) больных боли локализовались в области поясничного отдела позвоночника. Отмечался дискомфорт в ягодичной области, взаимосвязанно усиливавшийся при обострении поясничных

болей, что провоцировалось статодинамическими нагрузками. Болезненность грушевидной мышцы отмечалась на стороне поясничных болей. Характерной жалобой было снижение объема движений в поясничном отделе позвоночника. Индекс альготонуса грушевидной мышцы составлял в среднем $4,5 \pm 0,2$ балла; у 90% больных индекс альготонуса грушевидной мышцы не превышал первой степени (см. рис.).

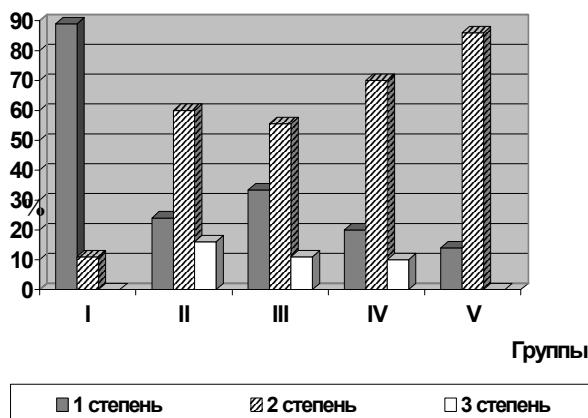


Рис. Частота встречаемости различных степеней индекса альготонуса (%).

Выраженность вегетососудистых нарушений составляла $0,04 \pm 0,03$ балла. Синдром грушевидной мышцы протекал без клиники седалищной нейропатии. Длительность заболевания поясничного отдела позвоночника у 19 больных превышала 10 лет. Балл невропатических симптомов по шкале NSS составлял $1,9 \pm 0,2$ балла, наименьшее значение из всех групп. Для интегральной оценки выраженности и распространенности двигательных и чувствительных нарушений производили оценку по шкале NIS, составившей $1,04 \pm 0,14$ балла, что также было меньше, чем в других группах.

Характерными жалобами пациентов 2-й группы были упорные, усиливающиеся при динамических, статических ($54 \pm 0,1\%$) нагрузках, стрессе ($17 \pm 0,1\%$), переохлаждении ($12 \pm 0,15\%$), воздействии метеофакторов ($12 \pm 0,15\%$) и других факторов ($5 \pm 0,15\%$) боли в ягодичной области. Отмечено положительное воздействие покоя ($63 \pm 0,12\%$), разминания и растирания на снижение болевых воздействий ($30 \pm 0,16\%$). Все больные отмечали в анамнезе эпизоды люмбаго и люмбошиалигии. Индекс альготонуса грушевидной мышцы составлял $7,48 \pm 0,6$ балла. У 60% больных он был второй степени, а у 16% — третьей, т.е. больных с тяжелой степенью поражения грушевидной мышцы было больше

всех во 2-й группе. Выраженные вегетососудистые нарушения отмечались у 10 ($40 \pm 0,16\%$) пациентов, их степень составляла $1,64 \pm 0,1$ балла; невропатических симптомов — $6,4 \pm 2,4$ балла и по шкале NIS — $7,5 \pm 1,04$ балла. Данная группа характеризовалась тяжелым течением с наиболее яркой клиникой подгрушевидной седалищной нейропатии.

В 3-й группе с седалищной нейропатией и преимущественным поражением малоберцового нерва индекс альготонуса грушевидной мышцы был равен $7,6 \pm 0,6$ балла. У 55,6% больных индекс альготонуса был второй степени, у 11% — третьей. Выраженность вегетососудистых нарушений составляла $1,3 \pm 0,2$ балла, невропатических симптомов по шкале NSS — $5,7 \pm 0,5$, по шкале NIS — $7,03 \pm 1,3$.

Для 4-й группы пациентов с седалищной нейропатией и преимущественным поражением большеберцового нерва были характерны выраженные боли в ягодичной области и соответствующей нижней конечности. Индекс альготонуса грушевидной мышцы составлял $7,6 \pm 0,5$ балла. У 70 % больных отмечалась вторая степень поражения грушевидной мышцы, у 10% — третья степень альготонуса. Выраженность вегетососудистых нарушений составляла $1,9 \pm 0,23$ балла, невропатических симптомов по шкале NSS — $7,7 \pm 0,8$ балла, что было больше, чем в других группах, по шкале NIS — $11,4 \pm 2,07$ балла, также наибольшее значение по сравнению с таковыми в других группах. Данная группа характеризовалась тяжелым и упорным течением подгрушевидной седалищной нейропатии.

У пациентов 5-й группы с седалищной нейропатией и преимущественным поражением нижнеядерической артерии с клиникой перемежающейся хромоты индекс альготонуса грушевидной мышцы составлял $5,9 \pm 0,33$ балла. У 86% больных была вторая степень альготонуса; третьей, самой тяжелой степени поражения грушевидной мышцы у пациентов с перемежающейся хромотой не отмечалось. Выраженность дискомфорта, обусловленного вегетососудистыми нарушениями, составила $2,6 \pm 0,1$ балла, невропатических симптомов — $3,9 \pm 0,3$ балла, по шкале NIS — $1,14 \pm 0,28$ балла.

Результаты оценки боли по МакГилловскому опроснику у больных в группах представлены в табл. 1. Наибольшее значение болевого синдрома в нижних конечностях отмечалось во 2-й ($36,96 \pm 2,1\%$) и 4-й ($35,4 \pm 3,8\%$) группах, наименьшее — в 1-й группе ($16,07 \pm 1,3\%$; $p < 0,01$). Распределение больных по шкале ВАШ

ВАРИАНТЫ СЕДАЛИЩНОЙ НЕЙРОПАТИИ ПРИ СИНДРОМЕ ГРУШЕВИДНОЙ МЫШЦЫ

Таблица 1

Распределение больных по индексу короткого МакГилловского опросника

Группы	Значения показателей					
	M±m	p ₁	p ₂	p ₃	p ₄	p ₅
1-я	16,07±1,3	—	<0,001	<0,05	<0,01	<0,05
2-я	36,96±2,1	<0,001	—	<0,05	>0,05	<0,01
3-я	30,28±2,9	<0,05	<0,05	—	>0,05	>0,05
4-я	35,4±3,8	<0,01	>0,05	>0,05	—	<0,05
5-я	24,8±2,3	<0,05	<0,01	<0,05	<0,05	—

Таблица 2

Распределение больных по визуальной аналоговой шкале

Группы	Значения					
	M±m	p ₁	p ₂	p ₃	p ₄	p ₅
1-я	35,0±2,03	—	<0,001	<0,01	<0,001	<0,01
2-я	71,4±1,9	<0,001	—	<0,01	>0,05	<0,01
3-я	57,2±2,9	<0,01	<0,01	—	<0,05	<0,05
4-я	72,0±3,6	<0,001	>0,05	>0,05	—	<0,01
5-я	48,6±3,9	<0,01	<0,01	<0,05	<0,01	—

(визуальная аналоговая шкала), представлены в табл. 2. Наибольшее значение болевого синдрома в нижних конечностях отмечалось в 4-й группе ($72,0 \pm 3,6\%$), наименьшее — в 1-й ($35,0 \pm 2,03\%$; $p < 0,001$). Наиболее тяжелая клиническая картина наблюдалась у пациентов 2 и 4-й групп с выраженным болевым синдромом в нижней конечности. У пациентов 5-й группы болевой синдром был менее выраженным, и преобладала клиника перемежающейся хромоты с вегето-сосудистыми нарушениями.

Клиника синдрома грушевидной мышцы была односторонней у 100 (97%) пациентов, причем больше с правой стороны — у 53% (слева — у 44%). В 4-й группе имелся значительный перевес в сторону правостороннего поражения: 7 больных жаловались на слабость в правой стопе и 3 — в левой. Двусторонним поражение было у 3 (3%) больных (у 2 во 2-й группе и у одного в 3-й); в 4 и 5-й группах клиники подгрушевидной седалищной нейропатии с обеих сторон не было.

Определенную роль в развитии компрессионно-ишемических нейропатий играет тяжесть выполняемой работы, поэтому были изучены данные о распределении больных по характеру трудовой деятельности и воздействию неблагоприятных факторов, связанных с родом выполняемой работы [2]. По характеру трудовой деятельности преобладали лица, занимавшиеся физическим трудом — 58 (56%), по профессии строители, слесари, водители, грузчики, разнорабочие. Большинство из них часто поднимали тяжести, подвергались частым переохлаждениям или колебаниям температуры

окружающей среды, вибрации и микротравматизации. Среди лиц умственного труда — 45 (44%) больных (преподаватели, офисные работники, инженеры). Наиболее частым неблагоприятным фактором, воздействовавшим на данную группу больных, были стресс и длительное сохранение вынужденных поз.

Таким образом, по результатам исследований были выделены четыре основных варианта поражения седалищного нерва в подгрушевидном пространстве: седалищная нейропатия, седалищная нейропатия с преимущественным вовлечением волокон малоберцового нерва, седалищная нейропатия с преимущественным вовлечением волокон большеберцового нерва, седалищная нейропатия с преимущественным вовлечением нижней ягодичной артерии. Выделение четырех клинических вариантов подгрушевидной седалищной нейропатии позволяет проводить дифференцированное лечение с учетом патогенеза и клиники заболевания.

ЛИТЕРАТУРА

1. Баринов, А.Н. Лечение невропатической боли / А.Н. Баринов, Н.Н. Яхно // Русский Медицинский журнал. — 2003. — № 25. — С. 1419—1422.
 2. Герман, Д.Г. Туннельные невропатии / Д.Г. Герман, А.А. Скоромец, М.В. Ирецкая. — Кишинев: Штиинца, 1989. — 238 с.
 3. Вейн, А.М. Болевые синдромы в неврологической практике / А.М. Вейн, Т.Г. Вознесенская, А.Б. Данилов и др. / Под ред. А.М. Вейна. — М.: Медпресс, 1999. — 372 с.
 4. Кипервас, И.М. Мышечные и связочные туннельные синдромы при некоторых заболеваниях опорно-двигательного аппарата / И.М. Кипервас // Ревматология. — 1996. — №3. — С. 56—59.
 5. Михайленко, А.А. Клинико-патогенетические варианты синдрома грушевидной мышцы / А.А. Михайленко, В.В. Чесноков, Н.А. Аносов // Журн. неврол. и психиатр. — 1996. — №4. — С. 26—28.
 6. Попелянский, Я.Ю. Болезни периферической нервной системы: Руководство для врачей / Я.Ю. Попелянский. — М.: Медицина, 1989. — 464 с.
 7. Попелянский, Я.Ю. О монографиях по туннельным нейропатиям / Я.Ю. Попелянский // Журн. неврол. и психиатр. им. С.С. Корсакова. — 1997. — №2. — С. 74—75.
 8. Тревелл, Д.Г. Миофасциальные боли / Д.Г. Тревелл, Д.Г. Симонс — М.: Медицина, 1989 — Т.2. — 606 с.
 9. Хабиров, Ф.А. Туннельные синдромы тазового пояса и ног. / Ф.А. Хабиров, М.Ф. Исмагилов. — Методические рекомендации. — М., 1991. — 32 с.
 10. Ozaki S. Piriformis syndrome resulting from an anomalous relationship between the sciatic nerve and piriformis muscle / S. Ozaki, T. Hamabe // Orthopedics. — 1999. — Vol. 22. — P. 771—772.

Поступила 07.04.09.