

и стадией патологического континуума, т. е. с выраженностью дистрофических изменений, а также между интенсивностью боли и степенью их утолщения [3].

Выводы. Утолщение ЗДКПС в пределах 13% (10-16%) не является диагностически значимым; утолщение ЗДКПС на 18-25% по сравнению с возрастным нормативом или же сопоставимым участком контрлатеральной связки может соответствовать стадии потенциально обратимых изменений патологического континуума; утолщение ЗДКПС от 26% и выше может соответствовать стадии необратимых изменений патологического континуума.

Литература

1. The function of the long dorsal sacroiliac ligament: its implication for understanding low back pain / A. Vleeming [et al.] // Spine. – 1996. – Vol. 21, № 5. – P. 556-562.
2. Effect of the sacroiliac ligament block on intractable low back pain in elderly patients / S. Matsumoto [et al.] // Masui. – 2012. – Vol. 61, № 9. – P. 993-997.
3. Юрковский, А. М. Сонография задних крестцово-подвздошных связок: топографо-анатомические и методические аспекты / А. М. Юрковский, О. И. Аникеев, С. Л. Ачинович // Журнал ГрГМУ. – 2014. – № 3. – С. 12-16.
4. Юрковский, А. М. Есть ли патологический континуум при повреждении подвздошно-поясничной связки? / А. М. Юрковский // Проблемы здоровья и экологии. – 2012. – № 4. – С. 27-32.

ЛИГАМЕНТ-ИНДУЦИРОВАННЫЙ СИНДРОМ БОЛИ В НИЖНЕЙ ЧАСТИ СПИНЫ: РЕЗУЛЬТАТЫ ДИАГНОСТИЧЕСКОЙ БЛОКАДЫ В ОБЛАСТЬ ЗАДНЕЙ ДЛИННОЙ КРЕСТЦОВО-ПОДВЗДОШНОЙ СВЯЗКИ

Юрковский А. М., Назаренко И. В.

Кафедра внутренних болезней № 3 с курсом лучевой диагностики и лучевой терапии
УО «Гомельский государственный медицинский университет», Гомель, Беларусь

Актуальность. Признаки поражения задней длинной крестцово-подвздошной связки (ЗДКПС) выявляются у 44-47% пациентов, имеющих признаки синдрома боли в нижней части спины (синдрома БНЧС). Предполагается, что патологические изменения в ЗДКПС с исходом в СБНС могут возникнуть при динамической нагрузке, превышающей её функциональные возможности [1]. Основными диагностическими критериями, используемыми для диагностики лигаменто-

патии ЗДКПС, являются присутствие боли в области проекции связки и наличие положительного эффекта от введения в область указанной связки анестетика [1, 2].

Однако боль при пальпации в области ЗДКПС отмечается не только у пациентов с патологией данной структуры, но и у бессимптомных пациентов (в 2% случаев в виде выраженной болезненности, у 19% – в виде незначительной болезненности при пальпации) [3]. Неоднозначны и результаты диагностической блокады: уменьшение интенсивности боли после введения анестетика в область связки отмечается только у 62,5% пациентов. [2]. Есть основания полагать, что причиной невысокой результативности блокад, осуществленных S. Matsumoto с соавт., явилось то, что препарат вводился просто в область расположения ЗДКПС, и не более того. Отсюда и не очень высокая результативность.

Цель – определить эффективность сонографически контролируемой диагностической блокады при ЗДКПС-индуцированном синдроме БНЧС.

Материалы и методы исследования. 35 пациентов (средний возраст $46,2 \pm 12,5$ лет) с физикальными (локальная боль и положительные провокационные тесты) и сонографическими (утолщение, отсутствие четкости контуров и «смазанность» текстуры связки) признаками лигаментопатии ЗДКПС. Сонографическое сопровождение блокады осуществлялось при помощи ультразвукового сканера Mindrey-7 с использованием датчиков 7,5-10 МГц. Раствор лидокаина (2%) вводился под среднюю треть ЗДКПС в зону с наибольшим количеством доплеровских сосудистых меток. Интенсивность болевого синдрома до и после введения оценивалась по визуальной аналоговой шкале (0-10 баллов).

Результаты и их обсуждение. Интенсивность болевого синдрома у пациентов с лигамент-индуцированным синдромом БНЧС до введения анестетика соответствовала диапазону 5-6 баллов. При сонографии на симптоматической стороне определялись следующие признаки лигаментоза: нечеткость дорсального и вентрального контуров связок, а также «смазанность» эхоструктуры (в 97% случаев), мелкие гипоэхогенные участки пределах связки (в 41,5% случаев), микрокальцинаты (в 12% случаев). Диапазон значений толщины ЗДКПС (медиана 25 и 75-го перцентилей) на симптоматической стороне соответствовал уровню 1,95 (1,8-2,3) мм. Разница в толщине связки между симптоматической стороной и бессимптомной в большинстве случаев соответствовала диапазону 26-50% ($Q_{25}-Q_{75}$).

Введение раствора 2% раствора лидокаина в компартмент под средней третью связки привело к существенному понижению интенсивности боли до уровня 0-1 балла у 94% пациентов и до уровня 2 балла – у 2 (6%) пациентов. Во всех случаях эффект наступил в течение 5 минут после введения.

S. Matsumoto с соавт. осуществляли введение анестетика пациентам с синдромом БНЧС в точку, расположенную на один палец ниже задней верхней ости подвздошной кости. Игла при этом направлялась под углом 30-45 градусов каудально и кнаружи от указанной точки. Почему авторы, выбрав изначально правильную точку введения, в дальнейшем смещали иглу в сторону – неясно. Ведь и пространственное положение ЗДКПС иное (её продольная ось образует с линией остистых отростков угол 11-15 градусов [3]), и боковые ответвления задних крестцовых нервов (S1, S2 и S3) компактно проходят только под средней третью связки, а далее их ход весьма переменчив [1]. Именно невнимание к этим особенностям и обусловило, скорее всего, невысокую эффективность блокады. В нашем случае эффект был получен у всех пациентов, поскольку месторасположение нервов под связкой определялось по доплеровским меткам сосудов, сопровождающих нервы, это во-первых. Во-вторых, визуальный контроль за иглой позволял вводить анестетик не только под среднюю треть связки, т. е. туда, где проходят ветви S1, S2 и S3, но и под богатую ноцицепторами проксимальную треть.

Выводы. Сонографически контролируемая блокада ЗДКПС, в отличие от блокады «слепым» методом, является эффективным способом верификации и лечения ЗДКПС-индуцированного синдрома БНЧС.

Литература

1. Юрковский, А. М. Связки, ассоциированные с крестцово-подвздошным сочленением: анатомический базис для лучевого диагноста / А. М. Юрковский, С. Л. Ачинович, В. Я. Латышева // Проблемы здоровья и экологии. – 2013. – № 4. – С. 67-72.
2. Effect of the sacroiliac ligament block on intractable low back pain in elderly patients / S. Matsumoto [et al.] // Masui. – 2012. – Vol. 61, № 9. – P. 993-997.
3. Топография задних длинных крестцово-подвздошных связок: особенности расположения относительно линии остистых отростков / А. М. Юрковский [и др.] // Проблемы здоровья и экологии. – 2014. – № 3. – С. 92-95.