

УДК 616.75-018-002-073.756.8:617.546-009.7

**ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ БЛОКАДА ПОД СОНОГРАФИЧЕСКИМ КОНТРОЛЕМ
ПРИ СИНДРОМЕ БОЛИ В НИЖНЕЙ ЧАСТИ СПИНЫ, ОБУСЛОВЛЕННОМ
ПАТОЛОГИЕЙ ЗАДНЕЙ ДЛИННОЙ КРЕСТЦОВО-ПОДВЗДОШНОЙ СВЯЗКИ**

Назаренко И. В., Лапковский А. А.

Научный руководитель: к.м.н., доцент А. М. Юрковский

**Учреждение образования
«Гомельский государственный медицинский университет»
г. Гомель, Республика Беларусь**

Введение

Признаки поражения задней длинной крестцово-подвздошной связки (ЗДКПС) выявляются у 44–47 % пациентов, имеющих признаки синдрома боли в нижней части спины [1]. Основными диагностическими критериями, используемыми для диагностики лигаментопатии ЗДКПС, являются боль в области проекции связки (при нагрузке и (или) пальпации), изменение эхоструктуры связки («смазанность» текстуры, появление гипоэхогенных участков и кальцификатов в пределах связки) [2], положительный эффект (уменьшение боли) от введения в область ЗДКПС анестетика. Последний способ верификации патологии ЗДКПС, как выяснилось, эффективен лишь в 62,5 % случаев [3].

Цель

Повысить эффективность диагностической блокады при синдроме БНЧС, обусловленном патологией ЗДКПС, путем сонографического контроля.

Материал и методы исследования

В исследование были включены 35 пациентов (средний возраст $46,2 \pm 12,5$ лет) с физикальными и сонографическими признаками лигаментопатии ЗДКПС. Сонография осуществлялась при помощи ультразвукового сканера Mindrey-7 с использованием датчиков с диапазонов частот 8–10 МГц. 2 % раствор лидокаина (2 мл) вводился пациентам в положении полуфлексии. Контроль движения иглы осуществлялся в режиме реального времени. Интенсивность болевого синдрома оценивалась до введения анестетика и через 5 минут после процедуры. Оценка проводилась по визуальной аналоговой шкале (диапазон 0–10 баллов). С целью выяснения путей распространения препарата из зоны введения на аутопсийном материале (3 случая) по методике, аналогичной той, которая применялась при проведении блокады, было произведено введение 2 мл 1 % спиртового раствора метиленового синего. Оценка распространения красителя была оценена во время секции.

Результаты исследования и их обсуждение

Интенсивность болевого синдрома до введения анестетика соответствовала 5–6 баллам. Введение 2 % раствора лидокаина в компартмент под средней третью ЗДКПС во всех случаях привело к уменьшению интенсивности боли уже в первые 5 минут: у 31 пациента до уровня 1 балла, и у 4 пациентов — до 2 баллов; в последующие 15 минут у 3-х из них было отмечено уменьшение интенсивности боли до 1 балла.

Согласно ранее предложенной методике, анестетик должен вводиться в точку, расположенную на один палец ниже задней верхней ости подвздошной кости [3]. Нужно отметить, что подобное введение не учитывает того, что боковые ответвления задних крестцовых нервов компактно располагаются лишь на небольшом протяжении — в узком пространстве под средней третью ЗДКПС, далее же их ход переменчив [1], а значит, избирательность воздействия на эти структуры будет находиться под вопросом.

В нашем исследовании эффект был получен во всех случаях, поскольку введение препарата осуществлялось не просто в область расположения связки, а именно в ту зону, где компактно расположены боковые ответвления задних крестцовых нервов S1-S4, т. е. под среднюю треть. Это было подтверждено на секции: 2 % спиртовой раствор метиленового синего, введенный по той же методике, что и анестетик, распространился проксимально

(под насыщенную ноцицепторами проксимальную треть), дорсально (к коротким крестцово-подвздошным связкам), каудально (к крестцово-бугорным связкам). Возможно, поэтому у части пациентов ($n = 3$) отмечалось отсроченное уменьшение боли с 2 до 1 балла, поскольку анестетик мог распространиться из-под средней трети ЗДКПС на другие источники болевой импульсации.

Выводы

Сонографически контролируемая блокада ЗДКПС, в отличие от блокады «слепым» методом, является эффективным способом верификации и лечения лигамент-индуцированного синдрома боли в нижней части спины.

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. Михайлов, А. Н. Возможности сонографии в оценке выраженности дистрофических изменений задней длинной крестцово-подвздошной связки: сонографические и гистологические сопоставления / А. Н. Михайлов, А. М. Юрковский, С. Л. Ачинович // Известия НАН Беларуси (серия медицинских наук). — 2014. — № 4. — С. 9–13.
3. 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.

УДК 616.75-018-052

ТОЛЩИНА КРЕСТЦОВО-БУГОРНОЙ СВЯЗКИ У БЕССИМПТОМНЫХ ПАЦИЕНТОВ

Назаренко И. В., Бобович Н. В.

Научный руководитель: к.м.н., доцент А. М. Юрковский

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Возникновение синдрома боли в нижней части спины в ряде случаев может быть вызвано патологией связок пояснично-крестцовой области, в частности, крестцово-бугорной связки (КБС) [1, 2]. Диагностика повреждений КБС, равно как и как повреждений связок прочих локализаций, основывается на выявлении локальной боли в области указанной связки, а также изменений структуры и морфометрических параметров. Однако здесь стоит отметить, что вышеперечисленные критерии не отличаются большой надежностью: так, боль в области КБС вполне может быть следствием поражения любой другой структуры комплекса «крестцово-подвздошный сустав — задние крестцово-подвздошные — крестцово-бугорные — крестцово-остистые связки», а не только КБС. Кроме того, изменения структуры могут быть следствием ассоциированных с возрастом дистрофических изменений [1, 2, 3].

Что касается критерия «утолщение связки», то его применение также проблематично, поскольку нет четких представлений о том, какие значения толщины следует считать нормой, а какие — патологией.

Цель

Определение параметров толщины крестцово-бугорной связки у пациентов без клинических проявлений синдрома боли в нижней части спины.

Материал и методы исследования

Морфометрические параметры КБС были определены на МРТ-сканах у 60 пациентов (возрастной диапазон 23–73 лет). В исследованную группу были включены только те пациенты, у которых на момент исследования в картах стационарного больного отсутствовали указания на наличие болевых ощущений в пояснично-крестцовой области. Замеры толщины производились на реконструированных изображениях в косоаксиальной плоскости