

БОЛЕВОЙ СИНДРОМ В ОБЛАСТИ БЕДРА И ЯГОДИЦЫ — ВЗГЛЯД ИНТЕРНИСТА

Н.А. Шостак, Н.Г. Правдюк, А.А. Клименко

Кафедра факультетской терапии им. акад. А.И. Нестерова ГБОУ ВПО РНИМУ им. Н.И. Пирогова, Москва

Контакты: Надежда Александровна Шостак nshostak44@mail.ru

В представленной лекции рассматривается дифференциальный подход к диагностике заболеваний, ассоциированных с болевым синдромом в области бедра и ягодицы.

Ключевые слова: боль в ягодице, боль в бедре, коксартроз, синдром грушевидной мышцы, периартикулярная патология

HIP AND BUTTOCKS PAIN SYNDROME — LOOK OF THE INTERNIST

N.A. Shostak, N.G. Pravdyuk, A.A. Klimenko

Acad. A.I. Nesterov Department of Faculty Therapy, The Russian State Medical University (RSMU), Moscow

Differential approach to the diagnosis of diseases associated with pain in the hips and buttocks is presented in this lecture.

Key words: pain in the buttock, hip pain, coxarthrosis, piriformis muscle syndrome, periarticular pathology

Болевой синдром в области бедра и ягодицы является проявлением широкого спектра ревматических, неврологических, травматологических, сосудистых и инфекционных заболеваний, что обуславливает трудности дифференциального диагностического поиска у врача общей практики.

Основной перечень заболеваний, приводящих к появлению боли в бедре и ягодице, представлен в табл. 1.

Дифференциально-диагностическая характеристика заболеваний, ассоциированных с болевым синдромом в бедре и ягодице

Наиболее частыми причинами боли в бедре и ягодице являются различные варианты спондилеза (остеоартроз) поясничного и крестцового отделов позвоночника (в том числе в сочетании с неврологическими нарушениями), поражение илеосакральных сочленений, а также остеоартроз тазобедренных суставов и периартикулярная патология.

При дегенеративных заболеваниях позвоночника с ущемлением первого крестцового корешка (S_1) боль распространяется по задней поверхности ноги с иррадиацией в пятку и по наружному краю стопы до IV–V пальцев с онемением в этой зоне. При вовлечении поясничного корешка L_5 боль и парестезии локализуются по наружнolатеральной поверхности бедра, голени и первых двух пальцев ноги. Симптомы поражения корешка L_{IV} включают боли по передне-внутренней поверхности бедра и голени, чувство онемения по перед-

ней поверхности верхней трети голени. При ущемлении корешка L_{III} боль распространяется с латеральной поверхности ягодицы на переднюю и медиальную поверхность бедра и медиальную поверхность коленного сустава. Сравнительно часто наблюдается ущемление корешка L_1 . Боль при этом иррадирует в верхненаружный квадрант ягодицы и пах [1].

Большую роль в формировании болевых синдромов в области бедра и ягодицы играют дисфункция и остеоартроз илеосакральных сочленений, сопровождающиеся иррадиацией боли в паховую область. Интенсивность боли максимально выражена в первой половине дня, уменьшается к вечеру и после ходьбы.

В происхождении болевого синдрома в ягодичной области особое место занимают воспалительные спондилопатии, имеющие следующие диагностические особенности: молодой возраст пациентов (до 40 лет), наличие боли в спине свыше 3 мес, постепенное начало болевых ощущений, утренняя скованность, усиление болевых ощущений после сна и отдыха и уменьшение после физических упражнений. Боли в спине считаются воспалительными при наличии любых 4 признаков [2]. Характерный клинический признак воспалительных спондилопатий — сакроилеит. Болевой синдром при сакроилеите чаще появляется исподволь, носит тупой характер, локализуется в области ягодиц, может носить перемежающийся характер (т. е. перемещаться с одной стороны на другую) и иррадиировать в проксимальные отделы бедер. Воспалительный характер

Таблица 1. Заболевания, сопровождающиеся болевым синдромом в области бедра и ягодицы

Группа заболеваний	Нозологическая характеристика
Ревматические	<p>Воспалительные спондилопатии (анкилозирующий спондилит, псориатический артрит, артриты при воспалительных заболеваниях кишечника, уретероокулосиновиальный синдром)</p> <p>Остеоартроз тазобедренного сустава</p> <p>Асептический некроз головки бедренной кости</p> <p>Остеоартроз илиосакральных сочленений</p> <p>Ревматическая полимиалгия</p> <p>Ревматоидный артрит</p> <p>Поражение периартикулярных тканей:</p> <ul style="list-style-type: none"> • воспаление глубокой сумки большого вертела • подвздошно-гребешковый бурсит • энтезопатия трохантера (трохантерит) • седалищно-ягодичный бурсит • тендинит приводящей мышцы бедра • энтезопатия в области седалищного бугра <p>Миофасциальный синдром ягодичной, грушевидной мышц</p> <p>Ишиалгия при заболеваниях позвоночника (спондилез, грыжи и протрузии межпозвонкового диска, остеоартроз фасеточных суставов, спондилолистез)</p> <p>Фибромиалгия</p>
Травма	<p>Перелом шейки бедра (усталостные — у подростков, медиальные — у пожилых при остеопорозе)</p> <p>Перелом лобковой дуги</p> <p>Переломы крестца</p> <p>Компрессионный перелом I поясничного позвонка (в том числе при остеопорозе)</p> <p>Остеит лобковой кости ± нестабильность таза (у многорожавших женщин)</p>
Инфекционные	<p>Туберкулез</p> <p>Бруцеллез</p> <p>Тазовый абсцесс (например, при осложненном аппендиците)</p> <p>Абсцесс седалищно-прямокишечной ямки</p> <p>Пиогенный артрит тазобедренного сустава</p> <p>Остеомиелит</p>
Злокачественные новообразования	<p>Лимфосаркома</p> <p>Остеосаркомы</p> <p>Миеломная болезнь</p> <p>Метастазы (рак молочной и предстательной желез)</p>
Эндокринные	<p>Болезнь Педжета</p> <p>Сахарный диабет (диабетическая амиотрофия, адгезивный капсулит)</p> <p>Гиперпаратиреоз и др.</p>
Заболевания внутренних органов	<p>Заболевания мочеполовой системы</p> <p>Паховые и бедренные грыжи</p> <p>Забрюшинные гематомы</p>
Неврологические и сосудистые	<p>Сосудистая перемежающаяся хромота</p> <p>Псевдоперемежающаяся хромота (при стенозе позвоночного канала)</p> <p>Радиклопатия</p> <p>Туннельные нейропатии:</p> <ul style="list-style-type: none"> • седалищного нерва (синдром «заднего кармана») • запирающего нерва • латерального кожного нерва бедра (парестетическая мералгия)
Другие	<p>Врожденный вывих бедра</p> <p>Остеохондропатия головки бедренной кости (болезнь Пертеса)</p> <p>Эпифизеолиз головки бедренной кости</p>

Таблица 2. Периартикулярная патология области бедра и ягодицы

Вид патологии	Характеристика
Воспаление глубокой сумки большого вертела	Чаще у женщин в возрасте 40–60 лет, страдающих остеоартрозом Боль в области большого вертела Боль иррадирует по наружной поверхности бедра
Подвздошно-гребешковый бурсит	Припухлость и болезненность определяются по передневнутренней поверхности бедра ниже паховой связки, внизу живота Усиление болей отмечается при разгибании бедра, ходьбе
Энтезопатия трохантера (трохантерит)	Невозможность лежать на боку Локальная болезненность трохантера Сохранность объема ротации бедра Боль при сопротивлении активному отведению бедра
Седалищно-ягодичный бурсит	Боль в области седалищного бугра (однако сумка расположена более поверхностно по отношению к седалищному бугру) Развивается вторично при сидении на твердой поверхности, особенно у худых людей, а также у бегунов Боли могут усиливаться при сгибании бедра
Тендинит приводящей мышцы бедра	Часто развивается в результате спортивных травм Боли, как правило, локализуются в наиболее проксимальной части паховой области, вблизи от места прикрепления мышц к костям таза Боли усиливаются при отведении ноги в тазобедренном суставе, могут возникнуть хромота и определенные ограничения функциональной активности пациента
Энтезопатия в области седалищного бугра	Боль при сидении на жестком основании в области седалищного бугра Боль при ходьбе в момент отрыва ноги от пола

болей подтверждается выраженным эффектом нестероидных противовоспалительных средств.

Остеоартроз тазобедренных суставов (коксартроз) — наиболее частая и тяжелая форма остеоартроза, которая обычно заканчивается прогрессирующим нарушением функции сустава вплоть до полной ее потери. Отмечено, что если коксартроз развивается в возрасте до 40 лет, это обычно связано с дисплазией сустава (врожденная дисплазия вертлужной впадины). Первые клинические симптомы (боль, ограничение объема движений) появляются при отсутствии рентгенологических изменений сустава и обусловлены мышечным спазмом. Постепенно нарастает ограничение объема движений в суставе, у ряда больных возникает симптом «блокады» сустава. При обследовании пациента отмечается болезненность при пальпации в области сустава, без экссудативных проявлений, при длительном течении заболевания появляется атрофия мышц бедра. Конечность принимает вынужденное положение — небольшое сгибание в тазобедренном суставе с нарушением ротации и отведения, возникают компенсаторный поясничный лордоз, наклон таза в сторону пораженного сустава и сколиоз. Все это обуславливает появление болей в спине, сдавление бедренного, седалищного и запирающего нервов. Коксартроз приводит к изменению походки — вначале прихрамывание, затем укорочение конечности и хромота. При двустороннем поражении у больных коксартрозом формируется «утиная походка». Для постановки диагноза коксартроз согласно критериям Американской

коллегии ревматологов (АКР) необходимо наличие боли в тазобедренном суставе и двух признаков из следующих трех: скорость оседания эритроцитов < 20 мм/ч; остеофиты головки бедренной кости или вертлужной впадины; сужение суставной щели [3].

Периартикулярная патология играет немаловажную роль в происхождении болевого синдрома в области бедра и ягодицы (табл. 2) [2, 4–8].

Наиболее частой причиной боли являются бурситы в области больших вертелов, для которых характерны следующие признаки:

- глубокие, иногда жгучие боли преимущественно по латеральной поверхности сустава и бедра. Боль возрастает при ходьбе по ровной поверхности и лестнице, сидении на корточках, сочетается с хромотой у 15% больных;
- боли уменьшаются в покое, но периодически могут усиливаться по ночам, особенно в положении лежа на больной стороне;
- при пальпации отмечается напряжение в зоне большого вертела;
- ощущается сопротивление при отведении бедра в положении больного лежа в противоположном направлении, при этом может возникнуть ощущение дискомфорта.

Миофасциальный синдром грушевидной и ягодичной мышц наиболее часто сопровождают дегенеративные заболевания позвоночника и сакроилеит (табл. 3) [1].

Таблица 3. Основные признаки миофасциального синдрома грушевидной и ягодичной мышц

Вид патологии	Характеристика
Синдром грушевидной мышцы	Ноющие, тянущие, мозжащие боли в ягодичной области, области крестцово-подвздошного сочленения, тазобедренного сустава и по задней поверхности больной ноги Болевые феномены усиливаются после длительного сидения, в начале ходьбы, в положении стоя, полуприседании на корточках, при попытке приведения бедра Уменьшение болей происходит в положении лежа, сидя с разведенными ногами, в процессе непродолжительной ходьбы
Синдром ягодичных мышц	Упорные боли в пояснично-крестцовой области, в зоне ягодич и по задней поверхности больной ноги Усиление боли при длительном сидении, переохлаждении Выявление при пальпации значительного мышечного напряжения

Сложная диагностическая ситуация возникает в следующих случаях:

- наличие выраженного болевого синдрома в бедре при крайнем отведении и внутренней ротации, что позволяет заподозрить артрит или остеонекроз (в том числе при стойких ночных болях в области тазобедренного сустава);
- ограничение движений в тазобедренном суставе в прямой проекции (у больных сахарным диабетом необходимо исключить адгезивный капсулит);

присутствие таких признаков, как слабость, лихорадка, уменьшение массы тела или усиление боли ночью — требует дополнительного обследования для исключения опухоли, скрыто протекающих инфекционных процессов.

Асептический некроз головки бедренной кости характеризуется появлением стойкого болевого синдрома в области тазобедренного сустава в ночное время и предутренние часы.

Среди первичных опухолей бедренной кости и костей таза наиболее часто встречаются остеосаркома и миеломная болезнь. Гораздо чаще наблюдаются метастазы в кости (при раке предстательной и молочной желез). Среди костей таза чаще всего поражается подвздошная кость [6].

При остеомиелите в процесс вовлекается проксимальный метафиз бедренной кости. Остеомиелит в первую очередь необходимо исключать у детей при интенсивной боли в бедре, выраженной хромоте и лихорадке [6].

Туберкулезный коксит встречается в основном в детском и пожилом возрасте, причем у мужчин в 2 раза чаще, чем у женщин. В качестве предрасполагающих факторов выступают хронические заболевания, сахарный диабет, заболевания крови, алкоголизм, наркомания, длительное лечение глюкокортикостероидами, иммунодефицит, травма и др. В 60–70% случаев первичный очаг располагается в головке бедренной кости в месте прикрепления круглой связки, реже поражается вертлужная впадина в области дна. Под воздействием тяги мышц головка поджимается к вертлужной впадине и вдавливаются в нее. Развивается патологический вывих с порочным положением бедренной кости.

Ранним и постоянным симптомом является боль в паху, иррадиирующая в бедро. В последующем присоединяется хромота. Физикальное обследование по-

зволяет объективизировать гипотрофию ягодичных мышц и бедра, нарушение функции сустава: в положении лежа на спине, отмечается сгибательная контрактура и тенденция к отведению бедра. Изредка при формировании «холодных» абсцессов можно выявить припухлость по передненаружной поверхности бедра.

При рентгенографии выявляются очаги деструкции в вертлужной впадине, головке и шейке бедра, в центре которых могут быть секвестры, напоминающие кусочки тающего сахара. При туберкулезе в процесс могут вовлекаться также илеосакральные сочленения (одностороннее поражение) [7, 8].

Сакроилеит, вызванный бруцеллезной инфекцией, наблюдается в 40% случаев, чаще встречается у мужчин, носит односторонний характер, сопровождается болью в ягодиче. Бруцеллез сопровождается фебрильной лихорадкой в дебюте заболевания, периферической лимфаденопатией, гепато- и спленомегалией. Отмечается характерное несоответствие между выраженной температурной реакцией и удовлетворительным состоянием больного. В периферической крови — лейкопения (гранулоцитопения) с относительным лимфоцитозом (> 40%). Через 10–14 дней от начала заболевания положительными становятся серологические реакции (Райта и Хеддельсона в диагностическом титре 1:200), подкожная проба Бюрне с бруцеллином (зона гиперемии — не менее 3 × 2,5 см через 24–48 ч) [7].

Боль в бедре и хромота наблюдаются при тазовом абсцессе (например, при осложненном аппендиците), воспалительных заболеваниях женских половых органов, особенно пиосальпинксе, а также при абсцессах седалищно-прямокишечной ямки. Боль при этих заболеваниях, по-видимому, вызвана раздражением запирательного нерва [6].

Для забрюшинной гематомы характерны отраженная боль в бедре и симптомы поражения бедренного нерва [6].

Болезнь Педжета характеризуется первоначальным развитием в костях черепа, таза, позвоночника и нижних конечностей резорбции, сменяющейся избыточным костеобразованием. Болевой синдром усиливается по ночам, боль в костях и местная гипертермия над ними связаны с интенсивной васкуляризацией пораженной костной ткани. Заболевание сопровождается

деформациями пораженных костей, вторичными артрозами смежных с ними суставов, патологическими переломами. В постановке диагноза значимую роль имеют повышение в крови костной щелочной фосфатазы, экскреция дезоксипиридинолина и пиридинолина, суточная экскреция 4-гидроксипролина с мочой [2].

У больных сахарным диабетом с неконтролируемой гипергликемией может развиваться диабетическая амиотрофия, характеризующаяся остро развивающейся одно- или двусторонней болью в мышцах бедер с последующей их атрофией. В данной ситуации необходимо проводить дифференциальный диагноз с ревматической полимиалгией, для которой развитие амиотрофии не характерно [2].

При невралгии латерального кожного нерва бедра (парестетическая мералгия, болезнь Рота) боль и парестезии возникают по наружной поверхности бедра и носят приступообразный характер. Парестезии усиливаются при стоянии, длительной ходьбе. В горизонтальном положении симптомы отсутствуют. Заболевание обусловлено сдавлением нерва над передней верхней подвздошной остью или под паховой связкой. Причинами парестетической мералгии являются сосудистые заболевания, нарушающие питание нерва (атеросклероз, эндартериит), варикозное расширение вен малого таза или нижних конечностей, сдавление нерва при избыточной массе тела [1, 6].

Одна из разновидностей туннельных нейропатий — синдром «заднего кармана» — сдавление седалищного нерва бумажником в заднем кармане брюк. Этот синдром следует заподозрить при жалобах на боль в ягодице и по задней поверхности бедра без боли в пояснице. Обычно он развивается у людей, длительно сидящих в автомобиле, например у таксистов [6].

При сосудистой перемежающейся хромоте (на фоне атеросклероза артерий нижних конечностей) боли исчезают при прекращении ходьбы без изменения позы. Характерны преимущественная локализация болей в икроножных мышцах, снижение периферической пульсации, отсутствие неврологической симптоматики, трофические расстройства. Значимый симптом стеноза артерий — шум над артериями, особенно после нагрузки.

Нейрогенная перемежающаяся хромота (на фоне поясничного стеноза) проявляется выраженными болями, парестезиями и слабостью в ногах при ходьбе.

Важное диагностическое значение имеют ограничение разгибания в поясничном отделе позвоночника при нормальном объеме сгибания, уменьшение болей при прекращении ходьбы в сочетании с резким наклоном вперед, ограничение пройденного до появления боли расстояния до 500 м [1, 6].

Принципы терапии болевого синдрома

С учетом широкого спектра заболеваний (преимущественно ревматических), проявляющихся болевым синдромом в бедре и ягодице, основу лечебных мероприятий составляет адекватная анальгетическая и противовоспалительная терапия. «Золотым стандартом» лечения является применение нестероидных противовоспалительных препаратов (НПВП). Кроме того, НПВП с выраженным анальгезирующим действием могут применяться при инфекционном, неопластическом и травматическом болевом синдроме.

Одним из современных НПВП является Кеторол — производное арилуксусной кислоты, неселективный ингибитор циклооксигеназы (ЦОГ). Основная клиническая ценность Кеторола связана с его мощным анальгезирующим действием, по степени которого он превосходит другие НПВП. Препарат быстро всасывается, обладает высокой биодоступностью (80–100%). Продолжительность действия препарата 6–10 ч. Выпускается в 2 формах: таблетки для приема внутрь по 10 мг и раствор для парентерального введения в ампулах — 30 мг. При парентеральном введении продолжительность курса должна составлять не более 5 дней. При необходимости дальнейшее лечение можно продолжить Кеторолом в таблетированной форме (30 мг), суточная доза составляет 60–90 мг.

Использование селективных ингибиторов ЦОГ-2 предпочтительно при наличии гастропатии и предполагаемого длительного курса терапии с применением НПВП. Препарат Найз — 100 мг, назначаемый 2 раза в сутки, имеет оптимальный профиль эффективности и безопасности. Важный вспомогательный компонент лечения болевого синдрома — локальная терапия. Наиболее удачной формой для использования является Найз-гель.

Необходимо помнить о том, что при болевом синдроме в бедре и ягодичной области врач должен стремиться к нозологической идентификации, для того чтобы с позиций мультидисциплинарного подхода составить индивидуальную программу обследования и лечения пациента.

Л И Т Е Р А Т У Р А

1. Хабиров Ф.А. Руководство по клинической неврологии позвоночника. Казань: Медицина, 2006.
2. Oxford Desk Reference: Rheumatology. Watts R., Clunie G., Hall F., Marshall T. eds. Oxford University Press, 2009.
3. Altman R., Alarcon G., Appelrouth D., et al. The American College of Rheumatology

- criteria for the classification and reporting of osteoarthritis of the hip. *Arthritis Rheum* 1991;34:505–14.
4. Arthritis and allied conditions: A textbook of rheumatology, 13th edition. Koopman W.J., ed. Williams & Wilkins, 1997.
5. Primer on the rheumatic diseases. National Book Network; 13th edition. Klippel J.H.,

- Stone J., Crofford L., White P., eds. NY: Springer-Verlag, LLC, 2007.
6. Дж. Мерта. Справочник врача общей практики. Пер. с англ. М.: Практика, 1998.
7. Goldenberg D.L., Sexton D. Bacterial arthritis. *UpToDate* 2003;11:1.
8. Павлов Г.Г., Шостак Н.А., Павлова В.Н., Слущкий Л.И. Сустав. М.: МИА, 2011.