

## КЛИНИЧЕСКАЯ БИОМЕХАНИКА ПОЯСНИЧНОГО И ТАЗОВОГО РЕГИОНОВ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ПРОСТАТИТОМ

*Р.А. Гареев, А.Ф. Галлямова, Ю.О. Новиков*

Кафедра мануальной терапии Института последипломного образования Башкирского Государственного медицинского университета, Россия, г. Уфа

*В статье рассматриваются вопросы клинической биомеханики поясничного и тазового регионов при хроническом простатите.*

Висцеральная патология является одной из частых причин болевого синдрома в нижней части спины. У мужчин старше 35 лет наиболее часто такой причиной является хронический простатит [1].

Нами обследованы и пролечены 60 пациентов с болями в спине с установленным диагнозом: хронический неспецифический конгестивный (застойный) простатит.

Целью исследования являлось определение характера нарушения биомеханики поясничного и тазового регионов у данных больных.

Всем пациентам было проведено мануальное тестирование с целью выявления соматических дисфункций и определения характера нарушения биомеханики поясничного и тазового регионов.

Для определения мышечного тонуса и болевого синдрома тазового региона, применялись мионометр и тензоальгиметр оригинальной конструкции.[4]

Определение порога болевой чувствительности ключевых зон тазового региона проводилось тензоальгиметром. Пациент отмечал момент, когда неприятное ощущение от давления контактной части прибора переходит в боль. В этот момент показания прибора блокировались. Показания фиксировались в условных единицах. Ценность данного исследования заключается в том, что инструментально удается выявить четкое снижение порога болевой чувствительности в так называемых ключевых точках заинтересованного региона. В качестве ключевых нами выбраны: центр промежности (между анусом и корнем мошонки), проекции запирательных отверстий, верхние и нижние углы крестца, копчик, крестцово-бугорные связки.

Было установлено, что все пациенты, имеющие в анамнезе хронический простатит отвечают снижением порога болевой чувствительности тазового региона на 40-60 % в сравнении с пациентами, не имеющими данного диагноза, (но

с теми же жалобами на боли в спине).

Кроме того, нами установлено, что все пациенты, страдающие хроническим простатитом, имеют нарушения биомеханики тазового региона, выражающиеся, прежде всего в изменении тонуса мышечной части диафрагмы таза. Наиболее доступной для пальпации и мионометрии является мышца, поднимающая анус. Было установлено, что у 98% больных хроническим простатитом имеется значительное повышение тонуса указанной мышцы.

В 97% случаев повышение тонуса было односторонним, чаще всего, (75%) – правостороннее, которое сопровождалось натяжением и значительной болезненностью крестцово-остистой, и, реже, крестцово-бугорной связок. При этом отмечается опущение ягодичной складки, гипотония ягодичных мышц и каудальное смещение задней верхней подвздошной ости на одноименной стороне, при этом отмечается положительный флексионный тест на этой же стороне.

Кроме того, было установлено, что все 60 пациентов (100 %) имеют те или иные нарушения биомеханики поясничного и тазового регионов, причем дисфункции поясничного отдела позвоночника выявлены у 57 (95,0%) больных, крестца у 53 (88,3%), безымянные и сопряженные с ними дисфункции симфиза у 50 (83,3%), компрессия симфиза выявлена у 10 пациентов (16,6 %), копчиковые 5 (8,3 %), (причем у всех 5 пациентов выявлена антеризация копчика), сколиотическая деформация позвоночника выявлена у 5 пациентов (8,3 %).

При этом обнаружено, что в структуре поясничных дисфункций преобладают экстензионные 65 %, причем большинство из них 60 % - левосторонние, т.е. дисфункции типа L5 ERS слева. В структуре флексионных поясничных дисфункций преобладают 90% правосторонние, т.е. с ротацией тела позвонка влево (типа L5 FRS справа). Компрессия симфиза чаще сопутствовала (в 80%

случаев) флексионной дисфункции 5 поясничного позвонка. Биомеханические нарушения поясничного региона соответствовали выявленным дисфункциям, т.е. при дисфункциях типа L5 ERS слева была ограничена флексия, ротация и латерофлексия направо, а при дисфункциях типа

L5 FRS справа- соответственно экстензия, ротация и латерофлексия направо.

Таким образом, наличие хронического простатита достоверно коррелирует с нарушением биомеханики поясничного и тазового регионов, и, прежде всего, тазового дна.

### Литература

1. Заболевания предстательной железы / Под ред. проф. А.В. Люлько. – К.: Здоров'я, 1984
2. Васильева Л.Ф. Мануальная диагностика и терапия. – С.П-б: Фолиант, 2001

3. Иваничев Г.А. Мануальная терапия»: Руководство, атлас. – Казань, 1997
4. Новиков Ю.О. Дорсалгии. – М.: Медицина, 2001