

## **ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ МАНУАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА И ТЕРАПЕВТИКА СИНДРОМА ГРУШЕВИДНОЙ МЫШЦЫ**

*Рыбин А. И., Рыбин И. А., Козел С. А.*

*ГУО «Белорусская медицинская академия последипломного образования»*

*Минск, Беларусь*

*RAI@manualkurs.ru*

*Публикация посвящена исследованию дифференцированного  
диагностического и терапевтического подхода к клиническим проявлениям  
патологии грушевидной мышцы в практике врача мануальной терапии*

*Ключевые слова: грушевидная мышца; мануальная терапия.*

## **DIFFERENTIAL MANUAL DIAGNOSTICS AND THERAPEUTIC OF PIRIFORMIS MUSCLE SYNDROME**

*Rybin A. I., Rybin I. A., Kozel S. A.*

*Belarusian Medical Academy of Postgraduate Education,*

*Minsk, Belarus*

*The publication is devoted to the study of a differentiated diagnostic and  
therapeutic approach to clinical manifestations of the pathology of the piriformis  
muscle in the practice of a doctor of manual therapy*

*Key words: piriformis muscle; manual therapy.*

Мышечные проблемы ягодичной области все чаще встречаются у пациентов с различными болевыми синдромами в области нижних конечностей. При этом в формировании симптоматики значительную роль играет дискоординантное функционирование мышц ягодичной области.

Основной мышцей данной зоны является большая ягодичная мышца, которая помимо стабилизации тазобедренного сустава осуществляет активную суставную динамику тазобедренного сустава в следующих вариантах

- коксоартикуляционная абдукция (верхняя порция),
- коксоартикуляционная аддукция (нижняя порция),
- коксоартикуляционная экстензия,
- коксоартикуляционная латероротация.

В связи с наличием в этой мышце большого количества быстрых анаэробных мышечных волокон, последние при отсутствии достаточной функциональной нагрузки имеют тенденцию к формированию функционального расслабления (т.н. «вялая мышца»). При таком расслаблении работу по стабилизации таза берут на себя глубокие мышцы ягодичной зоны.

К глубоким мышцам ягодичной зоны относятся средняя ягодичная мышца, малая ягодичная мышца, грушевидная мышца, верхняя близнецовая мышца, нижняя близнецовая мышца, внутренняя запирательная мышца, квадратная мышца бедра.

Средняя ягодичная мышца осуществляет следующую активную суставную динамику:

- коксоартикуляционная абдукция (передняя порция),
- коксоартикуляционная медиоротация (передняя порция),
- коксоартикуляционная экстензия (задняя порция),
- коксоартикуляционная латероротация (задняя порция),

Малая ягодичная мышца осуществляет следующую активную суставную динамику:

- коксоартикуляционная абдукция (передняя порция),
- коксоартикуляционная медиоротация (передняя порция),
- коксоартикуляционная экстензия (задняя порция),
- коксоартикуляционная латероротация (задняя порция).

Грушевидная мышца, верхняя и нижняя близнецовые мышцы, внутренняя запирательная мышца и квадратная мышца бедра осуществляет следующую активную суставную динамику:

- коксоартикуляционная абдукция,
- коксоартикуляционная латероротация.

Как известно постуральные и динамические функции большой ягодичной мышцы в положении сидя практически отсутствуют. Поэтому при доминировании данной позы у человека происходит падение функциональной активности большой ягодичной мышцы, а значит и падение стабильности тазобедренного сустава. Такую функциональную постуральную и моторную недостаточность компенсируют глубокие мышцы ягодичной зоны. Данные мышцы являются преобладающе постуральными, и при перегрузках в них формируется повышение мышечного тонуса по миодистоническому (мышечные гипертонусы) и миодистрофическому (миофасциальные триггерные пункты) вариантам. Мышечный гипертонус способен формировать пельвиолатерофлексию, илиосакральную блокаду, нарушение биомеханики поясничных вертебральных сегментов и тазобедренного сустава. При наличии длительного мышечного спазма наступает миодистрофия с формированием триггерных пунктов, способных формировать свою клиническую симптоматику.

Наша практика (диагностика и лечение более 900 пациентов) показывает, что формирование мышечных гипертонусов и миофасциальных триггерных пунктов наиболее клинически значимо, когда они локализируются в грушевидной мышце. Во многом это связано с анатомо-топографическими особенностями этой мышцы.

Грушевидная мышца начинается на внутренней поверхности крестца, выходит из полости таза через большое седалищное отверстие, прикрепляется к большому вертелу бедренной кости, иннервируется спинномозговыми сегментами S<sub>1</sub>, S<sub>2</sub>. Рядом с грушевидной мышцей проходят верхний ягодичный нерв, нижний ягодичный нерв, половой нерв, седалищный нерв, задний кожный нерв бедра.

Нижний ягодичный нерв иннервирует большую ягодичную мышцу. Подгрушевидная компрессия вызывает дисфункцию и ослабление данной мышцы с формированием локального болевого синдрома.

Задний кожный нерв бедра иннервирует кожу бедра сзади и при подгрушевидной компрессии вызывает болевой синдром.

Верхний ягодичный нерв иннервирует среднюю ягодичную мышцу, малую ягодичную мышцу, напрягатель широкой фасции бедра. При подгрушевидной компрессии этого нерва происходит активация в этих мышцах собственных триггерных точек.

Половой нерв иннервирует область промежности. При подгрушевидной компрессии этого нерва возникают боли в промежности и паху, нарушение мочеиспускания и дефекации, а также половые нарушения.

Седалищный нерв иннервирует заднюю часть бедра, голень и стопу. При подгрушевидной седалищной невралгии формируется боль в зоне иннервации седалищного нерва – по задней поверхности бедра, по задней поверхности голени, по латеральной поверхности голени, по медиальной поверхности голени, во всех пальцах стопы.

В подавляющем большинстве наших клинических случаев имели место различные варианты подгрушевидной седалищной невралгии у пациентов, которые обращались к нам с люмбосакральными радикулярными диагнозами.

Подгрушевидная седалищная невралгия может имитировать радикулалгию L<sub>4</sub>, L<sub>5</sub> и S<sub>1</sub>. Но в отличие от «настоящей» радикулалгии боль захватывает только фрагмент корешкового «лампасас». Территория болевого синдрома – микст из разных корешковых «лампасасов». При пробе натяжения Ласега – боль локализуется в ягодиче, а не в пояснице. Подгрушевидная седалищная невралгия достовернее всего имитирует радикулалгию или радикулопатию S<sub>1</sub> со снижением ахиллова рефлекса.

Симптоматология поражения грушевидной мышцы наиболее часто проявляет себя следующими вариантами

1. Боль в ягодиче (и пояснице)
2. Боль по задней поверхности бедра
3. Боль в голени и стопе
4. Боль по боковой поверхности бедра (и голени)
5. Боль в паху и промежности
6. Расстройства мочеиспускания и дефекации
7. Половые расстройства

Лечение синдрома грушевидной мышцы осуществлялось дифференцировано. При наличии мускулярной миодистонии грушевидной мышцы нами в лечении использовались массажные технологии, различные виды релаксации. При наличии миофасциальной миодистрофии грушевидной мышцы в лечении применялись ишемическая компрессия, миофасциопунктура, локальная инъекционная терапия, перкуссионный массаж.

Кроме того всем пациентам проводилась коррекция тазовой латерофлексии, устранение блокад крестцово-подвздошных и лонного сочленений, устранение поясничной и тазобедренной патобиомеханики.

#### **Список литературы.**

1. Симонс Д.Г. Миофасциальные боли и дисфункции. Руководство по триггерным точкам / Д.Г.Симонс. – 2-е изд. - М.: Медицина, 2005. Т.2
2. Travell, Simons & Simons' myofascial pain and dysfunction: the trigger point manual / eds. J. M. Donnelly, D. G. Simons. - 3rd ed. - Philadelphia: Wolters Kluwer Health, 2019. 935 с.