

## Глава 4

# Диагностика туннельных пудендоневропатий

### 4.1. Клиническая диагностика

#### 4.1.1. Нантские диагностические критерии

В клинической картине туннельных форм пудендоневропатий главным симптомом является боль (пудендальная невралгия). Она оценивается согласно Нантским диагностическим критериям (2006), представленным в виде четырех доменов [52].

##### Основные (обязательные) критерии

1. Боль в зоне иннервации полового нерва: от ануса до пениса/клитора.
2. Боль ощущается преимущественно в положении сидя.
3. Боль не вызывает ночных пробуждений.
4. Боль с отсутствием объективного сенсорного нарушения.
  - Дословный русский перевод 4-го основного критерия «Pain with no objective sensory impairment» звучит как «Боль с отсутствием объективного сенсорного нарушения». Это определенно воспринимается нами как боль с отсутствием локального нарушения чувствительности вообще, без уточнения ее вида. Тем самым возможно расхождение между клинической картиной и критериями диагноза. Комментарии к этому пункту в Нантских критериях указывают на компрессию полового нерва как маловероятную причину поражения только волокон

поверхностной чувствительности и только в виде ее дефицита. Нам, видимо, следует здесь понимать снижение только тактильной чувствительности, так как, например, *гипалгезия* нередко наблюдается при данной патологии. Она реализуется посредством тонких волокон, в отличие от тактильной гипестезии, обусловленной толстыми волокнами, поражение сенсорных составляющих которых, по мнению экспертов, маловероятно при данных механизмах компрессий. Наличие же возможного сенсорного дефицита комментарии объясняют более высоким невральным поражением (имеются в виду конский хвост и крестцовое сплетение) либо повреждением других нервов, перекрывающих зону чувствительной иннервации полового нерва. Это бедренно-половой, подвздошно-паховый нервы и задний кожный нерв бедра. Поэтому русский перевод 4-го основного критерия следует понимать как «**Боль с отсутствием объективного снижения тактильной чувствительности**» (прим. автора).

5. Боль купируется блокадой полового нерва.

##### Дополнительные диагностические критерии

1. Боль жгучая, стреляющая, колющая, может сопровождаться онемением.
2. Аллодиния или гиперпатия.
3. Ощущение инородного тела в прямой кишке или влагалище (симпаталгия).
4. Обострение боли в течение дня.
5. Боль преимущественно односторонняя.
6. Боль провоцируется дефекацией.
7. Резкая пальпаторная болезненность седалищной ости.

Пальпация седалищной ости проводится глубоко в нижневнутреннем квадранте ягодицы. Подушечка большого пальца врача скользит по медиальному краю седалищного бугра до соприкосновения с остью. Боль здесь обусловлена тем, что седалищная ость является местом прикрепления крестцово-остистой связки. Кроме того, в непосредственной близости проходит канал полового нерва. Сама по себе пальпаторная болезненность седалищной ости, часто двусторонняя, — нередкий феномен, встречающийся у людей, не предъявляющих характерных жалоб. Но соответствующая латерализация боли (п. 5) в совокупности с ее интенсивностью и невропатическими характеристиками (п. 1 и 2) делают этот симптом архиважным для диагноза (прим. автора).



### Результаты нейрофизиологических исследований

С учетом частоты встречаемости, вероятно, следует добавить к дополнительным диагностическим критериям следующий пункт: «*Боль провоцируется пассивным приведением колена к контралатеральному плечу (боль в копчике и ягодиче возникает при растяжении крестцово-остистой связки)*». Данный симптом именуется еще тестом на натяжение полового нерва. Вероятно, его правильнее было бы в данном случае называть *тестом на крестцово-остистую лигаментарную компрессию полового нерва (прим. автора)*.

#### Критерии исключения

1. Исключительно копчиковая, ягодичная, лобковая или гипогастральная боль (боль не соответствует анатомической области иннервации полового нерва).
2. Зуд (в основном указывает на дерматологическое заболевание).
3. Исключительно пароксизмальная боль.
4. Результаты томографического обследования, способные объяснить боль.

#### Сопутствующие признаки, не исключающие диагноз

1. Ягодичная боль при сидении.
2. Ишиалгия.
3. Отраженная боль в медиальные отделы бедра.
4. Надлобковая боль.
5. Учащенное мочеиспускание и/или боль при наполненном мочевом пузыре.
6. Боль после эякуляции.
7. Эректильная дисфункция.
8. Диспареуния.
9. Нормальные результаты нейрофизиологических исследований.

### 4.1.2. Топографические особенности клинической картины

Нантские диагностические критерии представляют исключительно болевые паттерны пудендоневропатий (за исключением отдельных упоминаний о нарушениях половой функции), но не дифференцируют клиническую картину в зависимости от места компрессии.

*Подгрушевидные пудендоневропатии* характеризуются болью в средних отделах ягодичи, усиливающейся при приведении колена к гомолатеральному плечу (натяжение крестцово-бугорной связки) [30]. При варианте подгрушевидной формы пудендоневропатии — *подгрушевидно-остистой* (компрессия нерва между грушевидной мышцей

и крестцовой остью или крестцово-остистой связкой) — боли в глубине ягодичи при приведении колена к контралатеральному плечу — натяжение крестцово-остистой связки [37]. В обоих случаях выявляется болезненная одноименная седалищная ость. Почти всегда присутствуют легкие сфинктерные нарушения — небольшая пауза перед началом мочеиспускания, или императивные позывы [30, 37]. Напряжение и болезненность грушевидной мышцы определяются пальпаторно. Для ее синдрома, помимо соответствующей клинической картины, подробно представленной в руководствах по неврологии, специфичны два теста. Описание их также можно найти в литературе, посвященной синдрому грушевидной мышцы.

1. Тест Бонне–Бобровниковой. Пассивная аддукция и ротация бедра при флексии в тазобедренном и коленном суставах. Логично было предположить, что натяжение грушевидной мышцы здесь спровоцирует большую компрессию полового нерва. Малое количество наблюдений ( $n=3$ ) этих форм пудендоневропатий не позволяет автору сделать однозначные выводы, а литературных данных по этому вопросу не было обнаружено.
2. Тест Neel Contralateral Knee Manoeuvre (тест «пятки (каблука) на контралатеральном колене») [53] сложнее в выполнении и, по мнению автора, валиднее предыдущего для синдрома грушевидной мышцы. Он заключается в абдукции, наружной ротации и флексии бедра (рис. 4.1).

Пациент помещает пятку согнутой в коленном суставе ноги с больной стороны чуть выше колена здоровой ноги. Врач проводит максимальное сгибание ног к туловищу пациента [53]. При этом, помимо крайней абдукции и ротации бедра (на рис. 4.2 — правого), происходит его флексия, за счет которой натягивается и крестцово-бугорная связка, что в теории также может усилить представленную ниже симптоматику при наличии следующего вида компрессии (*прим. автора*).

*Интерлигаментарные формы* характеризуются упорными ноющими или мозжащими болями в ягодиче или аногенитальной области в сочетании с легкими сфинктерными нарушениями (при отсутствии симптоматики компрессии конского хвоста), которые проявляются в виде негрубой задержки мочеиспускания или недержания мочи (реже), ослабления эрекции; нарушения функции сфинктеров прямой кишки достаточно редки. Боли усиливаются при ходьбе, в положении сидя, во время дефекации, при половом акте, позывах на мочеиспус-





Рис. 4.1. Тест «пятки (каблука) на контралатеральном колене»

ние. Характерны также положительный тест на натяжение крестцово-остистой связки и болезненность седалищной ости [30].

Наблюдения автора показывают возможность усиления пудендальной боли при растяжении крестцово-бугорной связки (пассивное приведение колена к ипсилатеральному плечу) при клинически тяжелых случаях интерлигаментарных пудендоневропатий.

Дополнительными фактами наличия интерлигаментарной компрессии могут служить два признака, описанных автором и представленных в последующих разделах книги: пудендальный интерлигаментарный симптом Тинеля и любой степени выраженности уменьшение боли непосредственно после проведения миофасциального расслабления (релиза) крестцово-бугорной связки и суставного крестцово-подвздошного комплекса (см. гл. 6 «Лечение туннельных пудендоневропатий»).

Представленные выше формы компрессий полового нерва имеют схожую клиническую картину. Поэтому для дифференциальной диагностики крайне важным является тщательное мануальное обследование.

**Компрессия в пудендальном канале** (синдром пудендального канала, синдром канала Алкока, синдром велосипедиста, «пенис велосипедиста», промежностная невралгия) является наиболее описанным в литературе туннельным синдромом полового нерва. Синдром пудендального канала часто сочетается с компрессией половой артерии.

J. Весо выделяет три домена диагностики синдрома пудендального канала [44].

• **Три основных симптома синдрома пудендального канала**

1. Перинеодиния, прокталгия, вульводиния. Вероятно, наравне с вульводинией у женщин здесь следует указывать и скроталгию — боль в мошонке у мужчин (*прим. автора*).
2. Анальная инконтиненция — недержание кала.
3. Уринарная инконтиненция — недержание мочи.

• **Три клинических признака синдрома пудендального канала**

1. Гипо- или гиперестезия промежности (укол).
  2. Болезненность полового нерва при ректальном исследовании.
  3. Болезненный «кожно-скользящий тест» кожи промежности [44].
- Прием выполняется аналогично классическому тесту подвижности кожной складки (тест кожной складки Киблера), широко используемому в мануальной медицине (*прим. автора*). Между I и II пальцами врача формируется складка кожи латеральнее и чуть ниже уровня *anus* и «катится» вперед вдоль промежности. При пудендоневропатии характерны зоны резкой болезненности кожи. Возможны признаки нейрогенного воспаления: симптомы «апельсиновой корочки» совместно с положительным «тестом спички» (после надавливания спичкой на кожу на ней появляется ямка), «гусиной» кожи, «сетчатой» кожи, что в совокупности является проявлением комплексного регионарного болевого синдрома [40]. Под этим термином понимаются локальные выраженная боль, вегетативные и трофические нарушения, появляющиеся чаще всего после повреждений периферических нервов.

• **Два нейрофизиологических теста**

1. Электромиография анального сфинктера и бульбокавернозных мышц.
2. Моторные задержки с анальной и промежностной ветвью полового нерва.

При часто сопутствующей компрессии половой артерии к основному диагнозу может присоединяться ишемический проктит.