

Г. МЕСТНЫЕ РЕВМАТИЧЕСКИЕ БОЛЕВЫЕ СИНДРОМЫ

Джозеф Дж. Бьюндо младший (Joseph J. Biundo, Jr.)

- Местные ревматические болевые синдромы обычно возникают в результате повреждений, вызванных травмой или специфической деятельностью.
- Причиной повреждений, приводящих к местным болевым синдромам, может быть единственное событие или систематическое перенапряжение. В любом случае характерна неправильная механика или аномальное положение тела.
- В данной главе рассмотрены 62 различных местных ревматических болевых синдрома с вовлечением плечевого, локтевого, лучезапястного суставов, кисти, тазобедренного, коленного, голеностопного суставов и стопы.
- Медикаментозное лечение местных болевых синдромов достаточно эффективно, однако при ведении пациента необходим более целостный подход с учетом этиологии жалобы. Изменение вида деятельности часто играет важную роль в лечении.
- При таких состояниях часто назначают НПВП.
- Местные инъекции и физиотерапию также считают важными компонентами лечения.

Местные ревматические болевые синдромы представляют трудность для врача, что связано с их распространенностью, сложностью и отсутствием лабораторных методов диагностики. Однако успешная диагностика и лечение приносят большое удовлетворение. Состояния, обсуждаемые в этой главе, включают патологию мышц, сухожилий, энтезов, суставов, хрящей, связок, фасций, костей и нервов. Знание местной анатомии и особенностей дифференциальной диагностики помогает установить диагноз и назначить адекватное лечение [1].

При идентификации патологии особое внимание следует уделить подробному и точному анамнезу. Возможно сочетание нескольких синдромов. Необходимо полное нейромышечное и костное обследование с тщательной пальпацией, определением пассивного объема движений (ОД), активного ОД, а в некоторых случаях — с проверкой движений с сопротивлением.

ПРОВОЦИРУЮЩИЕ ФАКТОРЫ

Многие синдромы нейромышечной системы развиваются в результате повреждений, вызванных единичной травмой или повторяющимися эпизодами перенапряжения, особенно при неправильных движениях или аномальном положении тела. С возрастом эластичность и гибкость сухожилий уменьшаются, и они легче травмируются. Кроме того, с возрастом или в связи с атрофией бездействия слабеют мышцы, теряя объем и выносливость, и основная механическая нагрузка переносится на суставы, сухожилия, связки и энтезы. Поскольку эти структуры неспособны к растяжению, укороченная мышечно-сухожильная единица крайне восприимчива к травме. В основном сухожильные синдромы представляют травмы от перенапряжения. Тендинит развивается при повторных нагрузках на сухожилия, превышающих их возможности: как при запредельных нагрузках на здоровое сухожилие, так и при нормальных нагрузках на поврежденное сухожилие.

Тендинит любой локализации способен привести к кальцифицирующему тендиниту, обычно связанному с сильным воспалением, болью и отеком. Кальцификация выявляется на простой рентгенограмме. МРТ и УЗИ подтверждают диагноз тендинита. В этой главе используется термин «тендинит», однако точнее процесс определяет термин «тендиоз», так как при данном состоянии более выражены дегенеративные изменения, а количество воспалительных клеток незначительно [2]. Допустим также термин «тендиопатия». Теносиновит или перитендинит имеют отношение к воспалительной реакции синовиальной оболочки сухожилия или перитендиния. Помимо перенапряжения, дегенеративных или воспалительных причин, некоторые региональные ревматические болевые синдромы развиваются вследствие анатомических изменений и биомеханических нарушений, обусловленных генетически. Таким образом, для них характерна генетическая предрасположенность. К сожалению, провоцирующие факторы часто неизвестны.

ОСНОВНЫЕ КОНЦЕПЦИИ ВЕДЕНИЯ

Медикаментозное лечение

Препараты для приема внутрь, включая НПВП и анальгетики, играют большую роль в лечении местных ревматических синдромов. НПВП помогают уменьшить воспаление и боль. Для дополнительного облегчения боли применяют анальгетики (такие, как парацетамол, трамадол и пропоксифен®), изолированно или в комбинации с парацетамолом. Трициклические антидепрессанты (например, амитриптилин) также полезны при лечении хронической, нейрогенной или миофасциальной боли.

К ведению местных ревматических синдромов следует подходить всесторонне, а не просто надеяться на препараты для приема внутрь. Необходимо устранить причины заболевания и, если нужно, разумно изменить активность пациента. Местные инъекции и физиотерапия, описанные ниже, также служат важными компонентами лечения. В табл. 3Г.1 включены некоторые алгоритмы ведения таких состояний.

Таблица 3Г.1. Рекомендации по ведению местных ревматических болевых синдромов

Исключить системные заболевания и инфекции адекватными методами. При подозрении на гнойный бурсит обязательна диагностическая аспирация. Окрашивание мазка по Граму и бактериологическое исследование содержимого суставной сумки обеспечивают быструю диагностику септического бурита.

Обучить пациента распознавать факторы, провоцирующие рецидивы, и избегать их.

Обучить пациента самопомощи, включая ежедневное выполнение активизирующих упражнений.

Объяснить причину боли и таким образом устранить страх пациента перед инвалидизирующим заболеванием. Когда синдром местной боли сочетается с другим ревматическим заболеванием, врач должен объяснить вклад каждой патологии в симптомокомплекс и помочь пациенту справиться с каждым нарушением.

Облегчить боль безопасными анальгетиками или раздражающими методами (тепло, холод, охлаждающие спреи) и, если уместно, инъекциями в участок повреждения местных анестетиков или анестетиков в сочетании с ГК.

Внушить пациенту идею о том, что длительное лечение необходимо для восстановления опорно-двигательной системы.

Симптоматическое облегчение часто подтверждает диагноз

Инъекции в область повреждения

При диагностированном местном ревматическом болевом синдроме часто эффективны местные инъекции лидокаина, ГК или их комбинации [3]. В сущности немедленное облегчение боли после правильно направленной инъекции в сухожильные влагалища, суставные сумки, энтезы или область иннервации подтверждает поставленный диагноз. Инъекции ГК в область неспецифической мышечной болезненности противопоказаны.

Основные принципы инъекций в область повреждения включают применение асептической техники и использование тонких игл (25-го калибра длиной $\frac{5}{8}$ дюйма или 1,5 дюйма или 22-го калибра длиной 1,5 дюйма). Использование отдельных шприцев для лидокаина и ГК препятствует смешиванию препаратов и позволяет выполнять инфильтрацию лидокаином, начиная внутривожно с небольшого волдыря и постепенно доводя анестетик до области повреждения. Подобный метод делает инъекции относительно безболезненными. Когда игла достигает нужного участка, шприц меняют, иглу оставляют на месте, затем выполняют инъекции ГК. Такой способ инъекций позволяет избежать атрофии кожи, связанной с применением ГК. При выполнении инъекций в область сухожилия иглу следует направлять по ходу волокон, а не в само сухожилие. У некоторых пациентов применение ГК с лучшей растворимостью в воде, снижает риск ослабления сухожилия и его постинъекционного воспаления.

Физиотерапия

Цели лечебной физкультуры подразумевают увеличение гибкости посредством растяжения, увеличение мышечной силы с помощью упражнений на сопротивление и повышение выносливости мышц при повторном выполнении упражнений. Врач должен иметь представление об упражнениях, предписанных в разных ситуациях [4]. Например, у пожилых женщин икроножные мышцы ригидны, что предрасполагает к судорогам, патологии ахилловых сухожилий и другим заболеваниям голеностопных суставов и стопы. Ригидность четырехглавых, подколенных и подвздошно-поясничных мышц связана с патологией нижней части спины, областей тазобедренного и коленного суставов. Врач может обучить пациентов упражнениям на растяжение этих мышц. Упражнения на укрепление четырехглавых мышц, в частности подъем прямой ноги из положения сидя и наклоны таза, можно выполнять в офисе [5]. Тепло или холод облегчает боль и расслабляет мышцы, что используют при подготовке к упражнениям. При длительном изолированном применении их эффективность сомнительна.

ЗАБОЛЕВАНИЯ ОБЛАСТИ ПЛЕЧЕВОГО СУСТАВА

Тендинит вращательной манжеты

Тендинит вращательной манжеты, или импичмент-синдром плеча, служит наиболее частой причиной боли в плече. Тендинит (но не бурсит) — первичная причина боли, но в некоторых случаях в процесс вторично вовлекается подакромиальная сумка (табл. 3Г.2). Патология может быть как острой, так и хронической, ассоциированной с отложениями кальция внутри сухожилий или не связанной с ними. Ключевым симптомом является боль в области вращательной манжеты при активном отведении, особенно между 60° и 120°, а иногда — при опускании руки. В более тяжелых случаях боль возникает на начальных этапах отведения

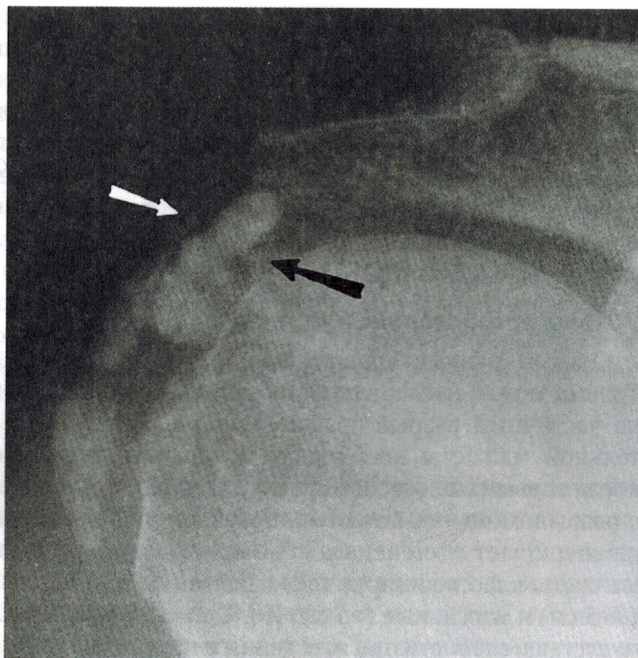
и сохраняется при всех движениях руки. При остром тендините боль, нередко мучительная, наступает внезапно. Такие случаи характерны для более молодых пациентов и, как правило, связаны с отложениями кальция в сухожилии надостной мышцы (рис. 3Г.1). Отложения круглой или овальной формы, длина которых достигает нескольких сантиметров, лучше всего выявляются на рентгенограмме в положении наружной ротации. Со временем эти отложения могут спонтанно исчезать. Истинный подакромиальный бурсит возникает при прорыве кальцифицированного материала в сумку.

Таблица 3Г.2. Местные ревматические синдромы

Плечевой сустав: тендинит вращательной манжеты разрыв вращательной манжеты проксимальный тендинит двуглавой мышцы разрыв проксимального сухожилия двуглавой мышцы адгезивный капсулит («замороженное плечо») надлопаточная невروпатия паралич длинного грудного нерва плечевая плексопатия синдром верхней апертуры грудной клетки Локтевой сустав: бурсит локтевого отростка латеральный эпикондилит («теннисный локоть») медиальный эпикондилит («локоть гольфиста») дистальная тендинопатия бицепса дистальный разрыв бицепса, полный и неполный кубитальный бурсит тендинит трицепса разрыв сухожилия трицепса сдавление локтевого нерва Запястье и кисть: ганглий теносиновит де Кервена синдром перекреста теносиновит запястья синдром круглого пронатора синдром переднего межкостного нерва паралич лучевого нерва синдром заднего межкостного нерва поверхностная лучевая невропатия (<i>cheiralgia paresthetica</i>) синдром запястного канала сдавление локтевого нерва на запястье теносиновит сгибателей контрактура Дюпюитрена	Тазобедренный сустав: бурсит большого вертела подвздошно-поясничный бурсит седалищный бурсит синдром грушевидной мышцы парестезия Бернгардта кокцидиния Коленный сустав: подколенная киста (киста Бейкера) бурсит гусиной лапки препателлярный бурсит синдром медиальной складки подколенный тендинит синдром Пеллегрини–Штиды пателлярный тендинит разрыв сухожилия четырехглавой мышцы и надколенника паралич малоберцового нерва надколенно-бедренный болевой синдром Голеностопный сустав и стопа: тендинит ахиллова сухожилия разрыв ахиллова сухожилия подкожный бурсит ахиллова сухожилия запяточный бурсит подошвенный фасциит задний большеберцовый тендинит разрыв сухожилия большеберцовой мышцы смещение и тендинит малоберцового сухожилия варусная деформация мизинца молоткообразный палец стопы метатарзалгия плоскостопие полая стопа неврома Мортон синдром тарзального канала
---	--

Наиболее типичный хронический тендинит вращательной манжеты проявляется болью в области плечевого сустава, обычно в латеральной части дельтовидной мышцы. Боль возникает при различных движениях, особенно при отведении и внутренней ротации. Другие симптомы включают затруднения при самостоятельном одевании и ночную боль, связанную с трудностью расположения плеча. При

Рис. 3Г.1. Правый плечевой сустав 44-летнего мужчины. Заметны массивные кальциевые отложения в области сухожилия надостной мышцы (белая стрелка) и поддельтовидной сумки (черная стрелка).



3

осмотре ясно определяются болезненность при пальпации и некоторая потеря движений. Первый этап диагностики тендинита вращательной манжеты — выявление боли при активном отведении руки в горизонтальное положение. Затем выполняют пассивное отведение, обычно менее болезненное, чем активное. При активном отведении с сопротивлением боль, напротив, усиливается. Импичмент-симптом почти всегда положительный. Во время выполнения пробы врач одной рукой поднимает руку пациента в положение форсированного сгибания, а другой рукой предотвращает вращение лопатки [6]. Проба считается положительной, если боль возникает при сгибании вперед на 180° или раньше. Другой способ подтверждения патологии вращательной манжеты — импичмент-тест с помощью инъекции 2–5 мл 2% раствора лидокаина в область подакромиальной сумки. Облегчение боли при отведении после инъекции говорит о положительном результате теста на синдром сдавления ротатора плеча (импичмент). Кроме того, этот тест позволяет определить, обусловлена ли болью слабость мышц плеча. После инъекции боль проходит, и мышечную силу оценивают вновь. Результат считают положительным, если слабость сохраняется после инъекции.

К развитию тендинита вращательной манжеты ведет множество причин, но основной вклад в этот процесс вносит перенапряжение, особенно движения над головой, вызывающие сдавление вращательной манжеты. Вращательная манжета сдавливается между краем и нижней поверхностью передней трети акромиона и клювовидно-плечевой связки и головкой плечевой кости. Кроме того, не последнюю роль играют возрастные изменения: снижение интенсивности кровоснабжения; дегенеративные процессы в сухожилиях вращательной манжеты; уменьшение силы мышц вращательной манжеты, также связанное с возрастом или с бездействием. Развитию тендинита способствуют остеофиты нижней части