

Глава 17

ВРОЖДЕННЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ
НИЖНЕЙ КОНЕЧНОСТИДИСПЛАЗИЯ ТАЗОБЕДРЕННЫХ СУСТАВОВ
И ВРОЖДЕННЫЙ ВЫВИХ БЕДРА

Врожденный вывих бедра — тяжелая патология, характеризующаяся недоразвитием всех анатомических структур с нарушением пространственных взаимоотношений элементов тазобедренного сустава.

Врожденный вывих бедра — один из наиболее частых и тяжелых пороков среди врожденных аномалий развития опорно-двигательной системы.

Истинный врожденный вывих бедра, сформировавшийся внутриутробно, встречается редко. Большинство вывихов формируется на фоне диспластических изменений тазобедренного сустава. В средней полосе России их диагностируют у 5 новорожденных из 1000.

Врожденный вывих бедра чаще встречается у девочек, чем у мальчиков (соотношение составляет 5–6:1). Более распространены правосторонние вывихи. Однако, по данным литературы последних лет, отмечен рост частоты двустороннего поражения.

Этиология и патогенез заболевания

Пороки развития скелета делят на наследственные и ненаследственные. Наследственные заболевания связаны с изменением генотипа (мутацией), они бывают стойкими. Среди больных с врожденным вывихом бедра наследственный фактор прослеживается у 6,5%.

Чаще вывихи бывают ненаследственными (морфозы) и исчезают в последующих поколениях.

В патогенезе врожденного вывиха бедра можно выделить три этапа: предвывих, подвывих и вывих (рис. 17.1).

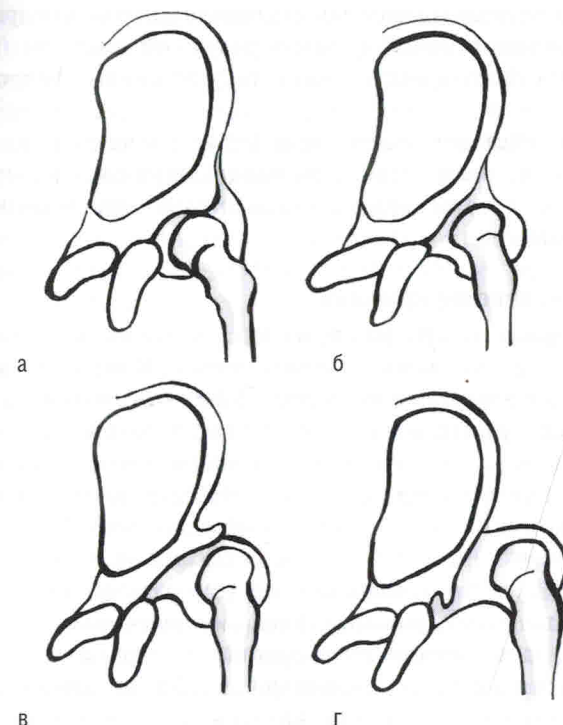


Рис. 17.1. Схема патогенеза врожденного вывиха бедра: а — норма; б — предвывих; в — подвывих; г — вывих

- **I этап — предвывих (дисплазия).** Характеризуется скошенностью крыши вертлужной впадины, поздним появлением ядра окостенения головки и незначительным отстоянием проксимального конца бедренной кости от впадины.
- **II этап — подвывих.** При наличии всех элементов предвывиха отмечают более выраженное отстояние проксимального конца бедренной кости кнаружи и несколько кверху по отношению к уплощенной суставной впадине. При подвывихе головка бедренной кости находится во впадине и не смещается за пределы отвернутого кверху лимбуса.
- **III этап — вывих.** Головка бедренной кости выходит за пределы плоской вертлужной впадины, а лимбус отжимается книзу и закрывает вход во впадину.

При вывихе с незначительным смещением головка бедренной кости задерживается над верхним краем вертлужной впадины (надацетабулярный вывих). В этом месте может постепенно сформироваться псевдоартроз.

Чаше под действием массы тела бедро смещается по крылу подвздошной кости, располагаясь сначала латеральнее крыла (боковой верхний вывих), а затем кверху и кзади от него (задневерхний, или подвздошный, вывих).

Патологоанатомические изменения

Патологические изменения при врожденном вывихе бедра происходят во всех элементах тазобедренного сустава. В первую очередь, однако, изменяется костная основа сустава. Уже у новорожденных отмечают уплощение вертлужной впадины по причине недоразвития верхнего края, в результате чего крыша скошена, сверху отсутствует костный упор для головки бедренной кости. Не выражена хрящевая губа, за счет оксификации которой в норме дополняется край крыши. Головка бедренной кости маленькая, изменена по форме, нередко имеет укороченную шейку и по отношению к бедру развернута кпереди (антеверсия) или кзади (ретроверсия). Увеличен тазобедренный угол (более 140°). Такие анатомические изменения проксимального отдела бедренной кости нарушают нормальные взаимоотношения в суставе. Исчезает формообразующее действие головки на вертлужную впадину.

Головка бедренной кости, первоначально расположенная в суставной впадине, постепенно смещается кверху и кзади, становится в положение подвывиха, а затем и вывиха. При этом происходит растяжение связочного аппарата и капсулы сустава. Последняя вытягивается вслед за смещающейся вверх головкой бедренной кости.

При вывихе бедра изменяется и направление хода мышц, действующих на тазобедренный сустав. Часть мышц (ягодичная группа) из-за сближения точек прикрепления теряет тонус, функции мышц становятся недостаточными. Приводящие мышцы и сгибатели бедра (особенно подвздошно-поясничная мышца бедра) оказываются укороченными, что способствует развитию сгибательной контрактуры в тазобедренных суставах и увеличению поясничного лордоза.

Клиническая картина и диагностика

В настоящее время перед врачом стоит задача диагностики дисплазии тазобедренного сустава и вывиха бедра в условиях перинатально-

го центра или детской поликлиники в первые дни или месяцы жизни ребенка. Это вызвано тем, что с ростом ребенка патологические изменения в суставе и окружающих его тканях нарастают. При этом диагностика облегчается, но усложняется лечение и удлиняются его сроки, а это время как исход заболевания прямо пропорционален времени установления диагноза и начала коррекции.

Проявление дисплазии тазобедренного сустава и вывиха бедра у грудных детей и у детей, начавших ходить, различные. Именно поэтому и симптоматику целесообразно разделить на раннюю (до года) и позднюю (после года).

К ранним симптомам вывиха бедра относятся: наружная ротация конечности, увеличение количества и асимметрия складок на бедрах и ягодицах, относительное укорочение нижней конечности на стороне поражения, ограничение отведения в тазобедренных суставах, симптом «щелчка» (симптом Путти—Маркса—Ортолани).

Для проведения обследования пациента укладывают на спину. Сначала обращают внимание на нижние конечности, выявляя наружную ротацию, особенно хорошо она заметна при односторонней патологии. Отмечают также асимметрию складок по внутренней поверхности бедер. При одностороннем поражении отмечают увеличение их количества и более высокое расположение на стороне вывиха (рис. 17.2). Удлиняется и становится более глубокой паховая складка.

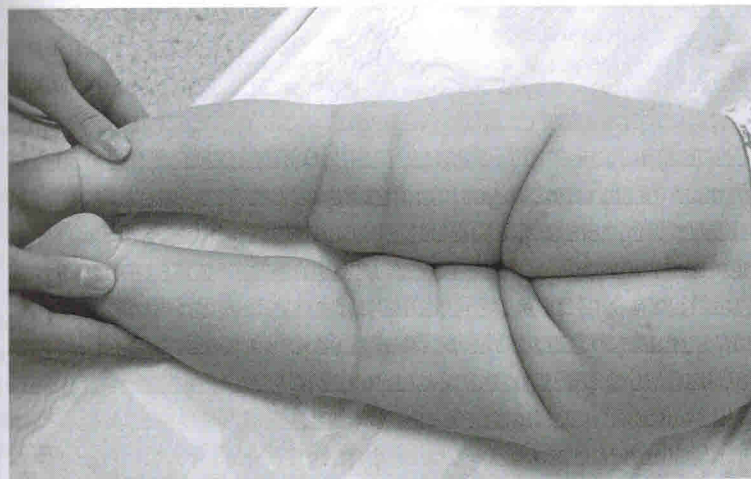


Рис. 17.2. Симптом асимметрии кожных складок на бедрах



Рис. 17.3. Симптом относительного укорочения конечности на стороне вывиха

Продолжая обследование, врач сгибает ножки ребенка в тазобедренных и коленных суставах, сохраняя опору на стопы (пальцы стоп и пятки должны быть на одном уровне). Определяют уровень коленных суставов. При одностороннем вывихе колено на стороне поражения расположено ниже (рис. 17.3).

Не разгибая коленных суставов и захватив их руками, следует развести ножки ребенка. При патологии в тазобедренных суставах отведение будет ограничено (рис. 17.4).

И наконец, симптом щелчка (симптом Путти—Маркса—Ортолани) проверяют следующим образом. Согнутое бедро ребенка врач охватывает



Рис. 17.4. Симптомы ограничения отведения конечности на стороне поражения

защитную снизу так, чтобы его большой палец находился на внутренней поверхности бедра, а остальные пальцы — на большом вертеле. Отводя бедро кнаружи большим пальцем, врач остальными подталкивает вертел вперед. При этом происходит вправление головки бедренной кости, которое не столько слышно в виде щелчка, сколько определяется визуально и ощутимо пальпаторно. После вправления нога свободно приводится до горизонтальной плоскости.

Следует иметь в виду, что не всегда можно обнаружить все перечисленные симптомы врожденного вывиха бедра. Именно поэтому при наличии одного или нескольких признаков патологии тазобедренного сустава ребенок должен находиться под наблюдением врача. Ему назначают профилактическое лечение: широкое пеленание и лечебную гимнастику.

С началом ходьбы ребенка диагностика врожденного вывиха бедра облегчается, потому что относительные признаки заболевания становятся уже более выраженными. К тому же появляются новые клинические симптомы.

При осмотре так же, как и у грудных детей, сохраняется наружная ротация конечности, ограничено отведение бедра. При одностороннем вывихе выявляют относительное укорочение конечности, что связано со смещением бедра вверх. При этом большой вертел расположен выше линии Розера—Нелатона, соединяющей передневерхнюю ость с седалищным бугром. Обращает на себя внимание натяжение приводящих мышц. При отведении согнутого бедра можно выявить еще два характерных для вывиха симптома: увеличение глубины треугольника Скарпа и отсутствие в нем головки бедренной кости при пальпации. Этим объясняется симптом неисчезающего пульса на периферических сосудах при давлении на бедренную артерию в области треугольника Скарпа.

Вывих бедра и растяжение капсулярно-связочного аппарата дают смещение конечности по продольной оси (симптом Дюпюитрена), что видно и ощутимо по движению большого вертела, если, зафиксировав таз, бедро подталкивать вверх, а затем подтягивать вниз в положении больного на спине. Проверая этот симптом, врач убеждается в отсутствии опороспособности конечности и снижении напряжения ягодичных мышц. В связи с этим изменяется походка. При одностороннем вывихе бедра ребенок припадает на вывихнутую ногу, откидывая туловище в сторону больной ноги (симптом Дюшенна). При двустороннем вывихе появляется «утиная походка». В основе ее лежит симптом Тренделенбурга — при стоянии на вывихнутой конечности происходит

снижение уровня ягодичной складки на противоположной стороне (рис. 17.5). Симптом объясняется сближением точек прикрепления ягодичных мышц и потерей их тонуса. Мышцы не в состоянии удержать таз в нормальном положении, поэтому он наклоняется в противоположную сторону до оптимального натяжения ягодичных мышц.

При вывихе бедра изменяется положение таза. При одностороннем поражении таз наклоняется в больную сторону, появляется функциональный сколиоз. При двустороннем вывихе таз наклоняется вперед с образованием выраженного лордоза. В результате центр тяжести тела переносится кзади, обеспечивая устойчивость. Ребенок держит обе нижние конечности в положении сгибания и приведения, что способствует развитию сгибательно-приводящих контрактур в тазобедренных суставах.

Роль *ультрасонографии* при диагностике патологии тазобедренного сустава в последние годы значительно возросла. Это связано с фундаментальной работой Р. Графа, которая появилась в 1978 г. В ней были систематизированы клинично-теоретические аспекты, послужившие основой для развития ортопедической ультразвуковой диагностики в педиатрии. Данная работа содержит ряд диагностических способов и схем, позволяющих с большой степенью достоверности диагностировать различные по выраженности дисплазии и вывихи.

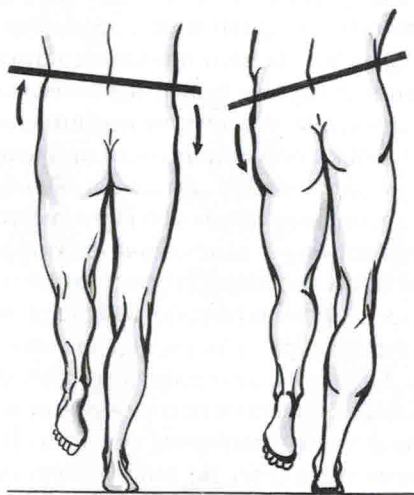


Рис. 17.5. Определения симптома Тренделенбурга: слева — расположение ягодичных складок при стоянии на здоровой ноге; справа — при стоянии на больной ноге

Исследование тазобедренного сустава при помощи *ультрасонографии* возможно с первых дней жизни ребенка и даже *внутриутробно*. Возможности визуализации при данном методе позволяют оценить состояние мягких тканей, хрящевых и костных структур, соотношение элементов сустава.

Возможности данного метода, особенно учитывая скудность клинических проявлений при легких степенях дисплазии, позволяют осуществлять максимально раннюю диагностику заболевания. Метод применяют в качестве скринингового обследования всего детского населения, а также для динамического контроля терапии. Однако решающую роль в диагностике все-таки следует отдавать лучевым методам.

Рентгенологическая диагностика дисплазии тазобедренного сустава и вывиха бедра имеет особое значение у новорожденных и грудных детей. Вместе с тем, именно в этом возрасте затруднено чтение рентгенограмм, так как хрящевые элементы сустава (головка бедренной кости и лимбус) тени на снимках не дают. Ориентирами для диагностики служат костная основа вертлужной впадины и шейка бедренной кости, уже окостеневшие к моменту рождения.

Классический рентгенологический признак врожденного вывиха бедра — триада Пютти: скошенность крыши вертлужной впадины, позднее появление ядра окостенения головки и латеральное смещение бедренной кости.

Для облегчения диагностики Хильгенрайнер предложил схему для чтения рентгенограмм тазобедренного сустава у детей первого полугодия жизни (рис. 17.6).

На рентгенограмме, выполненной в переднезадней проекции, вычерчивают три линии. Первая — горизонтальная, проводимая через Y-образные хрящи, образованные в месте соединения подвздошной, лобковой и седалищной костей; она соответствует рентгенологической середине вертлужной впадины. Две других линии «h» идут от латерального выступа шейки бедренной кости до соединения с горизонталью. Дополнительно проводят касательную линию от середины дна вертлужной впадины до ее верхнего края. Между этой линией и горизонталью образуется ацетабулярный угол, дающий представление о наклоне крыши вертлужной впадины. На схеме вычисляют угол «с» (ацетабулярный индекс), измеряют расстояние «h» и расстояние «а» от самой глубокой точки вертлужной впадины до пересечения перпендикуляра «h» с горизонталью. Главное условие получения достоверных данных — симметричная укладка ребенка, что на рентгенограмме определяют по форме

крыльев подвздошных костей и одинаковым размером запирающего отверстия. Нормальные показатели у ребенка в грудном возрасте следующие: «с» — 20–25°, «h» — не менее 10 мм, «а» — 10–15 мм. Предельно допустимое значение «с» — 30°, «h» — не менее 10 мм, а «а» более 15 мм, диагностируют дисплазию тазобедренного сустава с подвывихом бедра.

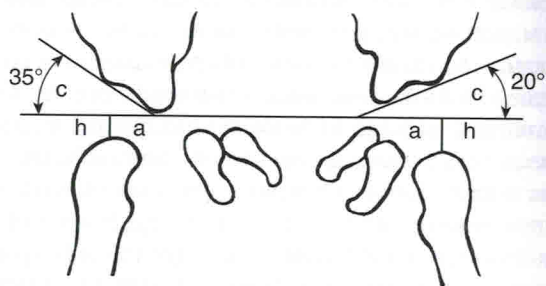


Рис. 17.6. Схема Хильгенрайнера. Объяснение в тексте

С появлением ядра окостенения рентгенологическая диагностика облегчается. Положение головки легко определить с помощью схемы Рейнберга (рис. 17.7).

Горизонтальную линию проводят аналогично линии Хильгенрайнера, а две другие соответствуют перпендикулярам, опущенным из верхних точек вертлужных впадин. При нормальных соотношениях ядро окостенения располагается в нижневнутреннем квадранте схемы. При дисплазии и подвывихе головки бедренной кости оно перемещается в нижненаружный, а при вывихе — в верхненаружный квадрант.

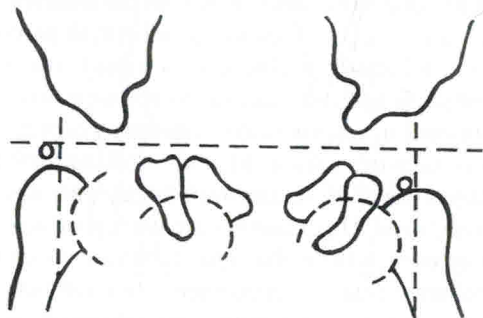


Рис. 17.7. Схема Рейнберга и линия Шентона

Практическое значение для подтверждения правильного положения головки бедренной кости во впадине во время лечения имеет линия Шентона. В норме нижний край шейки бедренной кости и верхний край запирающего отверстия образуют дугообразную линию. В случае подвывиха или вывиха линия Шентона прерывается.

Лечение

Полное анатомо-функциональное восстановление тазобедренного сустава возможно при условии раннего начала функционального лечения. Принципы лечения дисплазии и вывиха бедра предполагают достижение вправления и поддержание оптимальных условий для развития тазобедренного сустава.

В случаях запоздалой диагностики и при тяжелых формах патологии восстановления опороспособности конечности удастся достичь только применением реконструктивно-восстановительных вмешательств.

Внедрение массовых профилактических осмотров новорожденных и ранняя диагностика дисплазии тазобедренного сустава позволяют применять с хорошим клиническим результатом функциональные консервативные методы лечения с использованием приспособлений, предназначенных для удержания отведенных бедер. Функциональное лечение проводят от рождения до 6–12-месячного возраста. Преимущества метода следующие:

- обеспечение постепенного ненасильственного сопоставления головки бедра и вертлужной впадины;
- сохранение подвижности во всех суставах нижней конечности, включая тазобедренные;
- исключение действия моментов, неблагоприятно влияющих на нормальное развитие тазобедренного сустава.

Для раннего функционального лечения предложены различные приспособления: подушка Фрейки, стремяна Павлика, шины ЦИТО, Волкова, Виленского, Кошля и др.

Лечение новорожденных и детей до 3 мес начинают сразу же после выписки из родильного дома. Мать обучают методам ЛФК и широкому пеленанию ребенка. Между ног больного укладывают свернутую пеленку или небольшую подушечку, что обеспечивает разведение ног в тазобедренных суставах и хорошую центрацию головки бедренной кости.

Лечебную гимнастику в виде сгибательно-разгибательных и вращательных движений в тазобедренных суставах с разведением конечностей

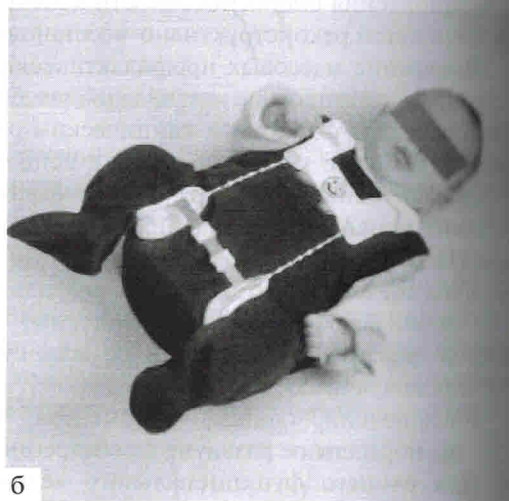
проводят по 8–10 раз в сутки (15–20 упражнений за сеанс), приурочивая ее к гигиеническим мероприятиям.

Лечение детей в период от 3 мес до года. После рентгенологического контроля в 3-месячном возрасте уточняют диагноз. Если выявлена дисплазия тазобедренного сустава (предвывих, подвывих), но нет выраженного натяжения аддукторов бедра, ребенка можно лечить ношением разводящей шины и лечебной гимнастикой, как и на первом этапе.

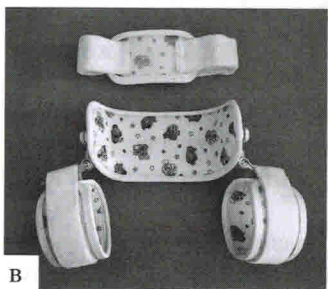
При вывихе бедра лечение проводят на отводящих шинах, создающих не только разведение, но и сгибание ног в тазобедренных суставах, что обеспечивает наилучшее расслабление мышц тазового пояса и вправление головки бедренной кости в вертлужную впадину. В настоящее время наиболее распространены шины ЦИТО, Тюбингера, Орлетт (рис. 17.8).



а



б



в

Рис. 17.8. Виды разводящих шин: а — ЦИТО; б — Тюбингера; в — Орлетт

Ребенок находится на шине постоянно в течение 4–6 мес. Ее снимают для туалета, купания и выполнения гимнастических упражнений. Ходьбу разрешают при хорошем покрытии головки бедренной кости вертлужной впадиной. В среднем это происходит к 10–11-месячному возрасту ребенка. При недостаточной глубине впадины лечение следует продолжать в шине Виленского (рис. 17.9).

В случаях позднего обращения (4–6 мес) или поздней диагностики врожденного вывиха возникает необходимость закрытого вправления головки бедра. Это связано с развитием вторичных деформаций капсулы и связочных структур сустава, а следовательно, отсутствием возможности для самовправления головки.

Закрытое вправление выполняют под наркозом. Чтобы снизить риск возникновения асептического некроза бедра, при значительном натяжении приводящих мышц бедра данную манипуляцию дополняют тенотомией аддукторов. После вправления достигнутое положение на подставке Краснобаева фиксируют кокситной гипсовой повязкой (рис. 17.10). Выполняют контрольную рентгенограмму с целью контроля правильного расположения головки бедра. Гипсовые повязки меняют каждые 2–3 мес с постепенным уменьшением угла сгибания и приведения с 90° до 30°. Срок гипсовой иммобилизации составляет 3–9 мес. После достижения удовлетворительных ангулометрических показателей на контрольных рентгенограммах возможен переход на лечение функциональными шинами.

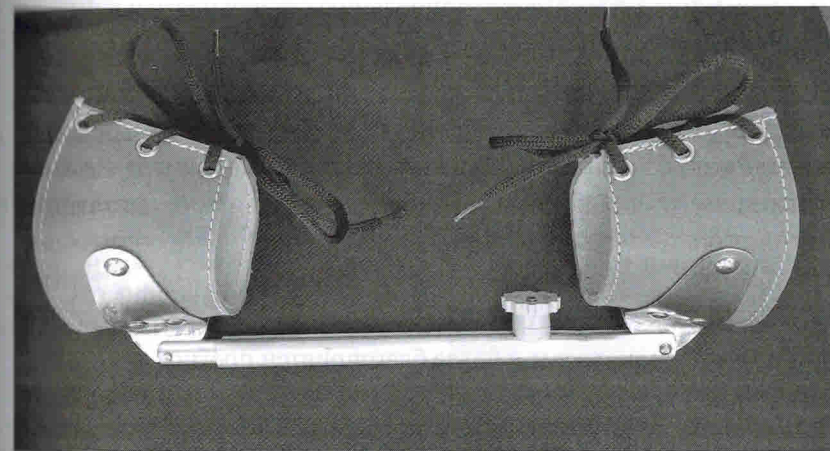


Рис. 17.9. Шина В.Я. Виленского

Глава 24

ДЕСТРУКТИВНО-ДИСТРОФИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ МЯГКОТКАННЫХ СТРУКТУР ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ

Деструктивно-дистрофические процессы в мягких тканях опорно-двигательной системы возникают по ряду причин: врожденные дефекты с нарушением формы и функции анатомических образований; острые и хронические травмы, микротравмы, нерациональные тренировки спортсменов; соматические заболевания с хроническим течением (подагра, сахарный диабет 2-го типа, ревматоидный полиартрит и др.); нарушение липидного обмена, агрессивные элементы внешней среды (тяжелые металлы в воздухе, выхлопные газы и др.); вредные привычки (переедание, алкоголь, курение, гиподинамия). Лечение комплексное, включает устранение болевого синдрома, улучшение микроциркуляции физиотерапией и медикаментами, укрепление мышц. По показаниям применяют лечебные блокады.

СИНДРОМ ПЛЕЧЕЛОПАТОЧНОГО ПЕРИАРТРИТА

Плечелопаточный периартрит (периартроз) — полиэтиологическое заболевание, объединяющее ряд патологических процессов плечевого пояса в виде дегенеративно-деструктивных изменений параартикулярных тканей, асептического воспаления, асептического некроза отдельных очагов с последующим рубцеванием и кальцификацией.

Причины периартрита многообразны. Это могут быть микротравмы капсулы при циклических нагрузках, ушибы и повреждения вращательной манжеты плеча без адекватного лечения, ревматоидный полиартрит, диабетическая артропатия. В отдельных случаях причину выявить не удастся.

Патогенез плечелопаточного периартрита до конца не изучен, поэтому применяемое лечение не всегда дает ожидаемый эффект. Ясно лишь, что в развитии болезни большое значение принадлежит дегенеративно-деструктивным процессам в мягкотканых структурах плечевого пояса. Определенное значение имеет межпозвоноковый остеохондроз шейного отдела позвоночника, обычно на уровне C_v-C_{vi} . Корешковые расстройства ухудшают микроциркуляцию и трофику тканей плечевого пояса. Остеохондроз шейного отдела позвоночника наблюдается более чем у половины пациентов, страдающих плечелопаточным периартритом. Способствующим фактором в развитии заболевания выступает сложность анатомического строения и функционирования мышечно-капсулярного и связочного аппарата плечевого пояса.

Одна из особенностей функции плечевого сустава заключается в соударении (трении) сухожилия надостной мышцы с акромиальным отростком лопатки при отведении от 60 до 120° (рис. 24.1).

У пациентов, занимающихся физическим трудом с приподнятыми руками (например, штукатуров), стенка слизистой оболочки подакромиальной сумки повреждается и утрачивает свои защитные свойства.

Плечелопаточный периартрит вначале может проявляться ночными болями в плечевом суставе, затем постепенно формируется симптом «дуги» или «арки болезненного отведения». Суть его в том, что при отведении пораженной конечности пациент ощущает боль при активной абдукции в пределах от 40–60° до 120–160°. Это связано с соударением большого бугорка плечевой кости с акромионом и коракоакромиальной связкой. Между этими структурами ущемляется место прикрепления вращательной манжеты плеча. При пальпаторном обследовании плечевого пояса выявляют болезненность в области бугра плечевой кости

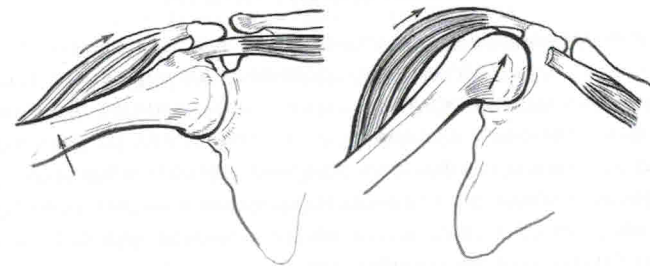


Рис. 24.1. Патогенез плечелопаточного периартрита

в проекции суставной щели на задней поверхности сустава. Внутренняя ротация плеча ограничена и болезненна. Боль может возникнуть и в позиции отведения и крайней наружной ротации. Лопатка пациентов с плечелопаточным периартритом двигается вместе с плечом при отведении плеча на 40–60° и более.

На рентгенограмме плечевого пояса костных изменений обычно не обнаруживают, но выявляют резкое сужение или отсутствие подакромиального пространства.

Консервативное лечение. Ведущий метод лечения пациентов с плечелопаточным периартритом — консервативный. Для этого используют комплексный подход с применением медикаментозных средств, физиотерапевтических процедур, массажа, лечебной физкультуры, обезболивающих блокад, содержащих как анестетик, так и стероидный препарат. В лечении таких пациентов участвуют различные специалисты: невролог, хирург, врач ЛФК и даже психолог.

Восстановительное лечение плечелопаточного периартрита должно включать комплекс мероприятий: ЛФК, массаж с элементами мануальной терапии, эстракорпоральную ударно-волновую терапию, новокаиновые блокады с раствором бетаметазона (Дипроспан*) и хондроитина сульфат (Хондролон*), разработку движений на аппарате «Артромот», занятия в бассейне. При отсутствии желаемого эффекта от консервативной терапии назначают хирургическое лечение.

Лечебные блокады при плечелопаточном периартрите проводят следующим образом. Пальпаторно определяют болезненные точки. Мягкие ткани в области болезненной точки обкалывают лечебной смесью, содержащей анестетик и бетаметазон.

ЭПИКОНДИЛИТ ПЛЕЧА

Это дегенеративно-деструктивное заболевание мягкотканых структур, расположенных в области внутреннего или наружного надмыщелков плеча (мышцы, сухожилия связки, надкостница). Болезнь может возникнуть от перенапряжения мышц, отходящих от наружного или внутреннего надмыщелков плеча, надрыва мягкотканых структур, в результате последующих реактивных изменений в надкостнице, связках, фасциях, мышцах. Дегенеративно-деструктивный процесс плеча может развиваться у больных, страдающих остеохондрозом позвоночника.

Клинические симптомы заболевания развиваются у лиц в возрасте 35–45 лет, страдает преимущественно правая рука. Больные жалуются

на боль при супинации и пронации предплечья, а также при максимальном разгибании. Боль уменьшается, когда рука немного согнута в локте, и в покое. Иногда наблюдается припухлость в районе пораженного надмыщелка. Пальпация надмыщелка болезненна.

На рентгенограмме локтевого сустава в области пораженного надмыщелка выявляют параоссальные уплотнения разной величины и формы, реже наблюдается резорбция края надмыщелка.

Лечение комплексное. Показана иммобилизация локтевого сустава лонгетой (ортопедическим устройством) в положении сгибания предплечья под углом 90° на 2–3 нед. Назначают микроволновую терапию, магнитотерапию, лазеротерапию. Важное место в лечении занимают лечебные блокады.

Техника лечебной блокады следующая. Пальпаторно находят место наибольшей болезненности. Обычно оно расположено дистальнее латерального или медиального мыщелка плеча. Для инъекции используют шприц объемом 5 мл с короткой иглой. В шприц набирают раствор, состоящий из 2–3 мл 1–2% раствора прокаина и 1 мл бетаметазона. Иглу вводят как можно глубже к кости. Инъекцию производят под значительным давлением в болезненную точку и окружающие мягкие ткани. Если после первого введения лечебной смеси эффект отсутствует, блокаду повторяют через 3–4 дня. При положительном эффекте инъекции повторяют через 3–4 нед.

СИНДРОМ ЗАПЯСТНОГО КАНАЛА

Заболевание относят к разряду туннельных невропатий. Туннельные невропатии возникают от сдавления нервных стволов, проходящих через различные анатомические сужения (туннели), ригидные фиброзно-костные и мышечно-фиброзные каналы, отверстия в связках и апо-неврозах. Указанные анатомические сужения являются зонами риска, в которых возможны компрессия и ишемия нервов.

Запястный канал образован поперечной связкой запястья, костями и суставами запястья, соединительными связками. В запястном канале срединный нерв разветвляется на конечные чувствительные и двигательные нервы. Факторы формирования синдрома запястного канала различны: перенапряжение мышц и сухожилий, проходящих через канал (пианисты, доярки, шлифовальщицы, вязальщицы, вышивальщицы и др.), травмы предплечья и кисти, беременность, сахарный диабет, микседема, гипофункция яичников, подагра.

Клинические симптомы. Характерны ночные и утренние болезненные парестезии I, II, III пальцев рук, реже — всех пальцев. Иногда отмечают боли в пальцах и других сегментах верхней конечности (кисти, предплечье, плечо). При поднятии рук вверх симптомы усиливаются, при опущении кисти — уменьшаются.

Объективные признаки синдрома запястного канала: полусогнутое положение отекающих пальцев, усиление болей при давлении на стенку запястного канала и при движениях кисти, положительный симптом Тинеля — нарастание выраженности парестезии и онемения при поколачивании ствола срединного нерва на уровне лучезапястного сустава. У ряда больных развивается похудание возвышения первого пальца. У некоторых пациентов с синдромом запястного канала обнаруживают признаки шейного остеохондроза. Это может привести к ошибочной диагностике при трактовке болей и парестезий в кистях. Практика показывает, что у ряда больных бывает двойное сдавливание шейных корешков и срединного нерва.

Лечение. Консервативное лечение показано в начале заболевания и нерезко выраженных симптомах. Лечение носит симптоматический характер и направлено на уменьшение выраженности болевого синдрома. Кистевой сустав иммобилизируют биндажом.

Широко применяют лечебные блокады, но опыт показывает, что они дают только временный эффект. Применение глюкокортикоидов нежелательно из-за возможности осложнений.

Основной метод лечения — хирургический.

БОЛЕЗНЬ ДЕ КЕРВЕНА

Заболевание впервые описано в 1895 г. В настоящее время оно имеет несколько названий: болезнь де Кервена, хронический теносиновит, стенозирующий лигаментит тыльной связки запястья. Болезнь де Кервена — заболевание полиэтиологическое. Ведущий фактор — хроническая профессиональная травматизация рук. В основе заболевания лежат дегенеративно-деструктивные процессы в связочном аппарате запястья. Под действием этиологических факторов тыльная связка запястья утолщается, что приводит к сужению просвета первого костно-фиброзного канала. Довольно часто болезнь возникает у женщин на фоне возрастных изменений.

Клиническая картина и диагностика. Характерно острое начало заболевания с появления боли точно в области шиловидного отростка

лучевой кости в месте расположения первого костно-фиброзного канала. Постепенно развивается болезненность при отведении и разгибании I пальца, а также при противопоставлении его мизинцу. Болезненным постепенно становится приведение кисти в локтевую сторону. Появившаяся боль в области шиловидного отростка иррадирует на предплечье, плечо и шею. При пальпаторном обследовании определяют болезненное уплотнение мягких тканей в области первого костно-фиброзного канала. Патогномоничный симптом заболевания — резкие боли при давлении на стенку костно-фиброзного канала. В течении лигаментита первого костно-фиброзного канала выделяют острую, подострую и хроническую стадии. УЗИ позволяет обнаружить уплотнение мягких тканей, а при хроническом течении — остеопороз шиловидного отростка лучевой кости.

Лечение в острой и подострой стадии консервативное. Комплекс мероприятий включает медикаменты, физиотерапию.

Важный фактор — иммобилизация. Стандартные устройства здесь не пригодны. Необходимо наложить гипсовую лангету. Лангету накладывают по тыльно-ладонной поверхности предплечья по его лучевому краю от ладонной кожной складки до верхней трети предплечья с фиксацией большого пальца до межфалангового сустава в положении умеренного отведения. Срок иммобилизации составляет 2–3 нед.

Применяют лечебные блокады. Для блокады используют смесь из 3–5 мл 1% раствора прокаина и 1 мл бетаметазона или дексаметазона. Игла должна быть острой и короткой. Пальпаторно определяют место наибольшей болезненности и уплотнения. В области шиловидного отростка впрыскиванием лечебной смеси внутрикжно формируют «лимонную корочку». Кожу прокалывают иглой и продвигают ее до упора в уплотненную связку, иглу оттягивают назад и веерообразно опрыскивают мягкие ткани.

После блокады кисти фиксируют заранее приготовленной гипсовой лангетой.

КОНТРАКТУРА ДЮПЮИТРЕНА

Заболевание подробно изучил и описал хирург Дюпюитрен в 1831–1832 гг. Причина болезни до сих пор неизвестна. В настоящее время ведущей является теория наследственной предрасположенности соединительной ткани к фиброзной перестройке, причем это касается не только ладонного апоневроза, но и других отделов опорно-двигательного аппарата.

тельной системы (болезнь Леддерхозе при повреждении подошвенного апоневроза). Заболевание чаще встречается у мужчин старше 30 лет, наблюдаются и двусторонние поражения.

Сущность патологического процесса при контрактуре Дюпюитрена заключается в рубцовом перерождении ладонного апоневроза и подлежащей подкожной клетчатки. Рубцовая ткань может срастаться с кожей. В патологический процесс вовлекаются пальцы кисти с образованием сгибательных контрактур. Сухожилия в патологический процесс не вовлекаются. При гистологическом исследовании ладонный апоневроз представляет собой соединительную ткань сухожильного типа с наличием характерных фибропластических очагов пролиферации.

Клиническая картина и диагностика. Болезнь развивается постепенно и характеризуется волнообразным течением. Вначале на ладони появляются узелки, напоминающие ороговелость. Вслед за узелками под кожей возникают нити, спаянные с кожей. Нити становятся причиной образования сгибательных контрактур сначала одного, а потом и нескольких пальцев. У некоторых пациентов с болезнью Дюпюитрена фиброзные нити есть и на подошвенном апоневрозе. В единичных случаях при контрактуре Дюпюитрена наблюдается изменение соединительной ткани полового члена в виде пластической индурации — болезнь Пейрони.

Выделяют две стадии заболевания: начальную стадию и стадию контрактур.

Начальная стадия отличается формированием узелков в ладонном апоневрозе и фиброзных нитей. Больные ощущают стягивание пальцев и боли при работе.

Во второй стадии формируются контрактуры пальцев. Выделено три степени сгибания пальцев.

- ▶ Степень I отличается началом сгибания пальцев. Страдает обычно один палец. На ладони пальпируют плотные нити, функция кисти резко не страдает.
- ▶ Степень II характеризуется сгибанием одного или нескольких пальцев до угла не более 90°. Пальцы согнуты в межфаланговых или пястно-фаланговых суставах. Грубые изменения наблюдаются в коже и подкожном апоневрозе. Функция кости существенно нарушается.
- ▶ Степень III. Процесс с ладоней перемещается на дистальные отделы пальцев, поражается сумочно-связочный и суставной аппарат пальцев. Пальцы согнуты довольно резко и приведены к ладони,

возможны подвывихи в суставах пальцев, а иногда и анкилозы суставов. Функция кости резко нарушается.

Диагностика трудностей не представляет в виду типичной клинической картины.

Лечение. Радикальных методов лечения не разработано в связи с неясностью причин возникновения заболевания. Оперативное лечение не гарантирует защиту от рецидива болезни.

Консервативное лечение проводят в поликлинике. Оно направлено на стабилизацию патологического процесса, профилактику контрактур.

В комплекс консервативных мероприятий включают аппликации парафина, компрессы с гиалуронидазой, лечебную гимнастику, редрессацию согнутых пальцев, лечебные блокады с гиалуронидазой (Лидаза®).

Техника блокады. Гиалуронидазу (0,1 г сухого порошка активностью 64 у.е.) сразу перед блокадой растворяют в 2–4 мл 1% раствора прокаина. Пальпаторно нащупывают место расположения узелков и нитей. Перпендикулярно к поверхности кожи вкалывают иглу, погружая ее на глубину 0,5–1 см. Ввиду плотности тканей для введения лечебной смеси в нужном количестве приходится прилагать определенные усилия, нажимая на поршень шприца. Курс лечения состоит из 12–15 блокад, при недостаточном эффекте его можно повторить через 2–3 нед.

При применении гиалуронидаза возможны аллергические реакции. Купируют их приемом антигистаминных препаратов.

Хирургическое лечение назначают при II и III степени контрактуры, а также I стадии, когда консервативное лечение не дает положительного эффекта.

БУРСИТЫ

Бурсит — воспаление синовиальных сумок, находящихся вблизи сустава. Клинические признаки: увеличение объема синовиальной слизистой оболочки околосуставной сумки из-за избыточного накопления в ней воспалительного экссудата. В зависимости от характера экссудата различают серозные, геморрагические, гнойные бурситы. По клиническому течению выделяют острые, подострые, рецидивирующие и хронические бурситы.

Причина возникновения острого бурсита — травма, обычно незначительная (ушиб, ссадина). Хронический бурсит является следствием длительной повторяющейся микротравматизации. Нередко хрониче-