

КЛИНИЧЕСКАЯ КЛАССИФИКАЦИЯ И ЛЕЧЕНИЕ КУБИТАЛГИЙ

Л.П. Петрова, Г.А. Иваничев, И.Е. Микусев

*Кафедра традиционной медицины (зав. — проф. Г.А. Иваничев),
кафедра травматологии и ортопедии (зав. — проф. И.Е. Микусев)*

Казанской государственной медицинской академии последипломного образования

В неврологической практике, как известно, различные болевые синдромы в области локтевого сустава встречаются довольно часто: это посттравматические артрозо-артриты, деформирующие остеоартрозы, истинные эпикондилезы, миофасциальные боли, ряд туннельных, вертеброгенных синдромов, дающих болевую иррадиацию в область локтевого сустава. Этиология и патогенез алгических синдромов (кубиталгий) разнообразны. В литературе единой этиолого-патогенетической классификации различных форм кубиталгий в настоящее время нет. Зачастую любой болевой синдром в области локтя называют просто наружным или внутренним эпикондилезом (эпикондилитом), хотя кубиталгия — патология значительно более разнообразная.

С целью установления причин возникновения болевых синдромов в области локтя (кубиталгий) нами были обследованы 82 человека, обратившихся за медицинской помощью с жалобами на боли в области локтевого сустава.

В анамнезе выявляли профессиональные вредности, перенесенные заболевания, травмы, проводили исследование неврологического статуса, в том числе мануальное [1, 2, 3, 7], глубокую поверхностную пальпацию мышц плеча и предплечья для выявления болезненных мышечных уплотнений [3, 9], определяли мышечную силу различных групп на верхней конечности, объем движений и болезненность при движениях в локтевом суставе, природу болезненности при растяжении пораженной мышцы, феномен вибрационной отдачи, кожные гипералгические зоны путем вызывания феномена прилипания [3].

При обследовании болезненного сустава выявляли отечность, повышение

температуры и покраснение кожи в области локтевого сустава, наличие костной деформации суставов (плече-лучевого, плече-локтевого и проксимального луче-локтевого). Пальпация позволяла найти болезненную точку в мышце, ее сухожилии, в месте перехода сухожилия в надкостницу или непосредственно на надмышелке [3]. Проводили рентгенографию шейного отдела позвоночника и локтевого сустава, а также выборочно реовазографию, доплерографию сосудов, термографию рук с функциональными пробами и электромиографию.

Всем больным были выполнены общий и биохимический анализы крови (белок и белковые фракции, С-РБ, ревматоидный фактор, ионограмма, активность лактатдегидрогеназы и креатининфосфокиназы).

На основании полученных результатов, клинических проявлений и данных литературы мы выделили следующие клинические формы кубиталгий.

I. Внесуставные кубиталгии

I.1. Вертеброгенные кубиталгии.

I.2. Невертеброгенные внесуставные кубиталгии:

а) эпикондилезы (наружный и внутренний) — сухожильно надкостничная, мышечная, сухожильная, надмышелковая разновидности;

б) миофасциальные боли с иррадиацией болевых ощущений в область локтевого сустава;

в) бурситы;

г) синовииты;

д) туннельные синдромы — ущемления латерального кожного нерва предплечья сухожилием двуглавой мышцы плеча, ущемления мышечно-кожного нерва клювовидно-плечевой мышцей, надмышелкового ущемления срединного

и локтевого нервов, ущемления заднего межкостного нерва супинатором.

II. Суставные кубиталгии

II.1. Посттравматические артрозоартриты локтевого сустава.

II.2. Специфические артрозо-артриты (ревматические, бруцеллезные, туберкулезные, псориазные).

II.3. Неспецифические деформирующие остеоартрозы плече-лучевого, плече-локтевого и проксимального плече-локтевого суставов.

Примеры формулировки диагноза:

— вертеброгенная умеренно выраженная кубиталгия справа на фоне клинически значимого шейного остеохондроза позвоночника;

— внесуставная невертеброгенная кубиталгия справа; наружный сухожильно-надкостничный истинный эпикондилез; подострая стадия;

— внесуставная кубиталгия слева; миофасциальная боль с наличием болезненных мышечных уплотнений в верхней трети плече-лучевой мышцы; выраженный болевой синдром;

— внесуставная кубиталгия справа, умеренно выраженная; туннельный синдром ущемления заднего межкостного нерва; выраженный вегетативно-ирритативный синдром;

— суставная левосторонняя кубиталгия; посттравматический артрозо-артрит левого плече-лучевого и плече-локтевого суставов; резкое ограничение движений в пораженных суставах; выраженный болевой синдром.

Терапия различных кубиталгий должна проводиться дифференцированно, исходя из этиологии и патогенеза каждой формы.

При **вертеброгенных кубиталгиях** (I.1) на фоне клинически значимого шейного остеохондроза терапия прежде всего направлена на устранение вертебрального синдрома путем назначений нестероидных противовоспалительных средств, десенсибилизирующих и дегидратирующих препаратов, средств, улучшающих микроциркуляцию крови и стимулирующих репаративные процессы, препаратов рассасывающей терапии [1, 5].

При **миофасциальных болях** (I.2.а.) необходимо обучить больного корриги-

рующим действиям (заменить выкручивание белья после стирки на его отжимание, исключить работу с граблями и прогулки с собакой на поводке и т.д.). Эффективна мануальная терапия, в частности постизометрическая релаксация. При наличии болезненных мышечных уплотнений методом выбора является их разрушение толстой сухой иглой или заточенным шпателем [3, 8, 9].

Комплекс лечебных мероприятий при истинных эпикондилезах включает в себя обеспечение полного отдыха пораженной конечности, массаж, электрофорез обезболивающих, рассасывающих средств, местное введение кеналага, фонофорез гидрокортизона и лидазы. Однако все перечисленные мероприятия часто бывают малоэффективными. Истинные эпикондилезы резистентны к терапии.

Наиболее эффективным методом их лечения является операция Нohmann в различных модификациях: иссечение части сухожилия разгибателей кисти и пальцев, иссечение участка ткани вместе с надкостницей или у места прикрепления мышцы к надмышелку и т.д. [6, 11, 12]. По нашему мнению, целесообразно выбирать вариант операции Нohmann соответственно клинической разновидности эпикондилеза; например, при сухожильно-надкостничной разновидности иссекать кусочек сухожилия у места его перехода в надкостницу и непосредственно надкостницу, при сухожильной разновидности — кусочек сухожилия и т.д.

Кроме того, мы использовали новую модификацию операции Нohmann. Раздражение надкостницы или сухожилия следует производить не скальпелем, толстой иглой (или остро заточенным шпателем) царапающими движениями по надмышелку или у места прикрепления сухожилия к надмышелку. Собственно, это уже и не операция, а манипуляция и выполнять ее может не только хирург операционным инструментом, но и невропатолог и иглорефлексотерапевт.

При лечении туннельных синдромов (I.2.в.) важно дать покой пораженной конечности, исключить все раздраже-

ния, провоцирующие движения. Целесообразно назначение противоотечных средств, особенно местно, препаратов, улучшающих микроциркуляцию (трентал, пентилин, никотиновая кислота и пр.), нейротропных, миотонотрофотропных, анальгезирующих средств, нестероидных противовоспалительных средств, игло-рефлексотерапии [5, 7, 10].

При бурситах (I.2.г) необходимы покой, давящая повязка и УВЧ. В случаях гнойного бурсита обязательно лечение в условиях хирургического стационара. Профилактикой развития является устранение постоянного травмирования суставной сумки.

Больные синовиитами (I.2.д.) нуждаются в полном покое (гипсовая лонгета). При большом скоплении экссудата и его инфицировании нужны пункция для удаления выпота и введения антибиотиков, давящие повязки, иммобилизация конечности.

Большое внимание при лечении специфических артрозо-артритов (II.2.) — ревматических, псориатических, бруцеллезных, туберкулезных — должно быть уделено этиотропному лечению основного заболевания.

При всех кубиталгиях необходимо дать покой пораженному суставу, исключить провоцирующие движения; эффективно назначение физиопроцедур, иглорефлексотерапии [4]. Очевидно, что при различных формах кубиталгии требуется и дифференцированный подход к лечению данной патологии.

ЛИТЕРАТУРА

1. Веселовский В.П. Нейродистрофические синдромы остеохондроза позвоночника. — Л., 1990.
2. Доэрти М. Клиническая диагностика болезней суставов. — Минск, 1993.
3. Иваничев Г.А. Болезненные мышечные уплотнения. — Казань, 1990.
4. Иваничев Г.А. Нейрофизиологические механизмы акупунктурной анальгезии триггерных пунктов. — Казань, 1994.
5. Карлов В.А. Терапия нервных болезней. — М., 1996.
6. Петровский. Многотомное руководство по хирургии. — М., 1960. — Т. 11. — кн. 1. — С. 257.
7. Попелянский Я.Ю. Болезни периферической нервной системы. — М., 1989.
8. Ситель А.Б. Мануальная медицина. — М., 1993.
9. Тревелл Дж. Г. Миофасциальные боли. — М., 1989.
10. Хабиров Ф.А. Мануальная терапия компрессионно-невральных синдромов остеохондроза позвоночника. — Казань, 1991.
11. Hainz Hannes. Chirurgie der Hand und Arme letzun gen. — Berlin, 1957.
12. Hohmann G. Hand und Arm. — Munhen, 1949.

Поступила 22.11.96.

CLINICAL CLASSIFICATION AND TREATMENT OF CUBITALGIAS

L.P. Petrova, G.A. Ivanichev, I.E. Mikusev

Summary

A wide variety of cubitalgias forms is revealed as the result of clinical, paraclinical and instrument examination, observation and treatment of 82 patients suffering from pain in elbow joint. The clinical classification of cubitalgias and examples of the diagnosis formulation are proposed. The treatment programs of the given pathology are described.