

ЗАБОЛЕВАНИЯ ОКОЛОСУСТАВНЫХ МЯГКИХ ТКАНЕЙ

Э. С. КОЗЫРЕВА

Тульский государственный университет, медицинский институт, Тула

Воспалительные процессы в мягких периартикулярных тканях могут быть самостоятельным симптомокомплексом или сопровождать течение других ревматических заболеваний. Несмотря на то, что периартикулярные поражения могут развиваться в области любых суставов скелета, обычно они локализованы в области крупных суставов, более подверженных нагрузке. Лечение внесуставных заболеваний мягких тканей обычно включает комплекс немедикаментозных и медикаментозных мероприятий. При выраженной боли требуется локальное введение глюкокортикоидов и системное применение НПВП.

Ключевые слова: тендинит, теносиновит, бурсит, энтезит, энтезопати.

Ревматические процессы в околосуставных тканях относятся к внесуставным заболеваниям мягких тканей опорно-двигательного аппарата [1]. Они могут быть самостоятельным симптомокомплексом или сопровождать течение других ревматических заболеваний: остеоартрита, ревматоидного артрита, спондилоартритов и др.

В развитии заболеваний мягких периартикулярных тканей имеют значение разнообразные факторы, которые приводят к перегрузке и микротравматизации пораженных структур:

- ортопедические аномалии;
- гипермобильность суставов;
- избыточная нагрузка;
- травма сустава;
- часто повторяющиеся стереотипные движения в суставе, вызывающие перегрузку и микротравматизацию определенной структуры;
- воспалительные и дегенеративные заболевания суставов.

Среди периартритов принято выделять следующие патологические процессы [2, 3]:

Тендопатии (тендинопатии) — собирательный термин, означающий воспалительные и невоспалительные поражения сухожилий различной природы.

Тендопатии включают:

1. *Теносиновит (тендовагинит)* — воспаление теносиновиума в синовиальных сухожилиях
2. *Паратенонит* — воспаление паратенона; в синовиальных сухожилиях паратенонит сочетается с теносиновитом.
3. *Тендиоз* — дегенеративные изменения сухожилия
4. *Тендинит* — воспаление ткани сухожилия вследствие острого повреждения или повреждения на фоне дегенеративных изменений.

Энтезит — воспаление в месте прикрепления сухожилий (а также связок, капсул, фасций, апоневрозов и фиброзных хрящей) к костям.

Бурсит — воспаление синовиальной сумки.

Фасциит, апоневрозит — воспаление фасций и апоневрозов;

Миофасциальный болевой синдром — изменения в скелетной мышце и прилегающей фасции.

Несмотря на то, что периартикулярные поражения могут развиваться в любых суставах скелета, однако обычно они локализованы в крупных суставах, более подверженных нагрузке. Рассмотрим наиболее часто встречающиеся клинические формы:

Поражение области плечевого сустава

Разнообразие форм данной патологии связано с особенностями развитого околосуставного аппарата плечевого сустава, осуществляющего разнообразные движения в нем: сгибание, разгибание, отведение, приведение, вращение и круговое движение. Из-за сложного околосуставного аппарата и частоты периартикулярных заболеваний мягких тканей плечевой сустав называется «периартритическим органом» [6].

Энтезопатии надостной и подлопаточной мышц — являются часто встречаемыми формами околосуставных заболеваний мягких тканей. Они имеют четкую клиническую картину, включающую в себя затруднения движений, за которые отвечает конкретная мышца, и болезненность, усиливающуюся при пальпации энтезиса. При энтезопатии надостной мышцы больному трудно отводить и поднимать руку вверх во фронтальной плоскости. При пальпации плеча отмечается боль в верхнелатеральной части большого бугорка плечевой кости. При энтезопатии подлопаточной мышцы пациенту трудно завести руку за спину, при этом отмечаются

боль и локальная болезненность при пальпации в области малого бугорка плечевой кости [7].

Кальцифицирующий тендинит характеризуется образованием кальциатов в сухожилиях мышц вращательной манжеты плеча. Заболевание встречается преимущественно у женщин в возрасте 30–50 лет. Причина болезни неизвестна [2]. Выделяют несколько фаз заболевания: начальная (прекальцификации), кальцификации и восстановления. Характерными проявлениями болезни являются боль и ограничение движений, достигающие максимума в фазе кальцификации [14]. Конгломераты кальция хорошо видны как при рентгенологическом, так и УЗИ и МРТ-исследовании. Кальцифицирующий тендинит необходимо дифференцировать с гиперпаратиреозом и болезнью отложения основных фосфатов кальция [2].

Субакромиальный бурсит. Чаше встречается у женщин старше 40 лет. Причиной возникновения является перетруживание [2]. Больные жалуются на боли при абдукции и сгибании в плече, просыпаются от боли, когда лежат на больной стороне. Боль может иррадиировать вниз по руке. При осмотре часто видна припухлость переднего отдела плечевого сустава. Пальпация переднебоковой поверхности сустава выявляет либо незначительную болезненность, либо резкую боль. Для диагностики данной патологии используют: 1) *пробу Дауборна — тест «болезненной дуги»*. Пациент медленно поднимает и опускает руку через сторону вверх и вниз. Если появляется боль на границе от 70 до 110 градусов, это может свидетельствовать о субакромиальном бурсите, появление боли на границе от 150–180 градусов говорит о поражении акромиально-ключичного сустава, когда сустав сдавливается поднятой вверх плечевой костью. Если боль возникает на протяжении всего отведения руки от 0° до 180° (особенно если врач оказывает сопротивление больному в выполнении им этого движения), то можно думать о патологии надостной мышцы [5,8]. 2) *Активное резистивное отведение*. Для проведения данного теста рука пациента согнута в локте под углом 90°, плечо и локоть прижаты к туловищу, пальцы собраны в кулак, большой палец располагается сверху. Исследователь одной рукой обводит корпус пациента и берет за его противоположное плечо, а другой рукой прижимает локоть пациента. Затем просят отвести локоть наружу, преодолевая сопротивление. При субакромиальном бурсите резистивное отведение безболезненно [2].

Адгезивный капсулит (замороженное плечо). Чаше встречается у женщин старше 40 лет (поражается недоминантная рука). Причина возникновения данного заболевания неизвестна. Адгезивный капсулит характеризуется изолированным поражением наружной — фиброзной части суставной капсулы, сопровождается ее избыточным утолщением, натя-

жением, стягиванием, слипанием стенок и уменьшением объема полости сустава. Синовиальная оболочка при этом не изменена, воспалительный компонент не выражен. Боль сопровождается ограничением как активных, так и пассивных движений в суставе во всех направлениях. Уменьшение внутрисуставного пространства, потеря растяжимости капсулы и за счет этого сглаживание ее физиологических заворотов устанавливаются при МРТ, контрастной артрографии и артроскопии плечевого сустава. Данное состояние укладывается в понятие «замороженное плечо» [9]. Выделяют три фазы течения капсулита: воспалительно-болевою, фиброзно-гипокинетическую (стадия «окоченения») и фазу разрешения (стадия «оттаивания») [10].

Теносиновит длинной головки бицепса. Встречается у людей любого возраста. Причиной может быть хроническое перетруживание (наблюдается у спортсменов-пловцов, метателей, тяжелоатлетов и т.д.) или острая травма (может возникнуть в результате поднятия непривычной тяжести). Клинически проявляется себя болью в переднем отделе плечевого сустава и по ходу сухожилий по передней поверхности плеча. Могут отмечаться боли в ночное время и щелчки в сухожилии. Сухожилие длинной головки бицепса хорошо пальпируется в переднем отделе плечевого сустава. Для этого пальпируется передняя поверхность головки плечевой кости и определяется на ней большой и малый бугорки. Между бугорками находится данное сухожилие, которое ощущается как малоподвижный плотно-эластичный тяж. Пальпация при теносиновите данного сухожилия вызывает резкую болезненность. Так же болезненность возникает при резистивном сгибании в локте (рука выпрямлена, а затем осуществляется сгибание против сопротивления) [2].

Поражение области локтевого сустава

Наружный эпикондилит плеча (локоть теннисиста) — поражение сухожилий разгибателя кисти и пальцев, длинного супинатора предплечья. Заболевание связывают с профессиональной или спортивной травмой у лиц, часто повторяющих стереотипные движения в локте (например, у каменщиков, плотников, теннисистов, массажистов, маляров, лиц тяжелого физического труда). Главным симптомом эпикондилита является боль в области наружного надмышелка, иррадиирующая вверх по наружному краю плеча и вниз до середины предплечья. Боль появляется только при разгибании и супинации предплечья, особенно при комбинации этих движений. Пассивное воспроизведение этих движений болезненно только при оказании большим сопротивлением. Пальпация наружного надмышелка локтя болезненна. Сила кисти снижена.

Для подтверждения диагноза используют два провокационных теста.

1. Пациент сгибает руку в локте, располагает кисть ладонью вниз, собирает пальцы в кулак. Исследователь одной рукой поддерживает пациента за локоть, а другую руку кладет на кисть пациента. Затем пациента просят отклонить кисть в лучевую сторону и разгибать ее, преодолевая сопротивление исследователя. При эпикондилите возникает резкая боль.

2. Тест Томсена — пациент разгибает руку в локте, располагает кисть ладонью вниз, собирает пальцы в кулак. Исследователь одной рукой поддерживает пациента за локоть, а другую руку кладет на кисть пациента. Затем исследователь сгибает кисть пациента и просит его противодействовать сгибанию. При эпикондилите одно только сгибание кисти в таком положении может вызвать боль в области латерального надмыщелка [2]. Рентгенологически определяются перистальные явления, небольшая кальцификация и оссификация сухожилий вблизи наружного надмыщелка [1].

Медиальный эпикондилит плечевой кости (локоть гольфиста) обусловлен дегенеративными изменениями сухожилий сгибателей кисти, пальцев и одной из головок круглого пронатора предплечья. Он встречается редко, развивается главным образом у лиц, выполняющих легкую физическую работу (швеи, машинистки и др.). Основным симптомом — боль при сгибании и пронации предплечья, иррадиирующая вдоль его внутреннего края. Пальпация области внутреннего надмыщелка болезненна. Пассивные движения совершаются свободно [2]. Рентгенологической патологии нет [1].

Локтевой бурсит (бурсит локтевого отростка) поверхностная сумка локтевого отростка располагается в области его возвышения. Причиной развития чаще всего становятся механические повреждения (избыточное трение и давление при длительной опоре на локти). При ревматических заболеваниях возникает при ревматоидном артрите и подагре. Локтевой бурсит сопровождается локальной припухлостью и локальной болезненностью в области локтевого отростка. При пальпации в полости синовиальной сумки обнаруживается жидкость. Хорошо заметна гипертермия, нередко гиперемия кожных покровов. При движении в локте размеры и напряженность сумки не изменяются, так как она не связана с суставом [2].

Поражение кисти

Теносиновит де Кервена. В основе болезни лежит теносиновит короткого разгибателя и длинного абдуктора большого пальца кисти, которые имеют

собственный фиброзный канал в области малого шиловидного отростка лучевой кости. При длительном воспалении этот канал может стенозироваться. Причинами развития болезни являются травма или длительная микротравма соответствующих сухожилий. Заболевают люди тяжелого физического труда (шахтеры, грузчики, каменщики, слесари и др.), а также лица, чей труд связан с постоянным напряжением мышц этой области (швеи, пианисты и др.). Наблюдается локальная болезненность, крепитация, повышение температуры кожи и линейная припухлость мягких тканей вдоль латерального края дистального отдела лучевой кости по ходу воспаленных сухожилий. Болезненность можно спровоцировать, если опустить большой палец на ладонь, накрыть его остальными пальцами и прижать, а после этого аккуратно пассивно сгибать кисть в локтевую сторону (тест Финкельштейна) [2]. На рентгенограмме обнаруживается утолщение слоя мягких тканей над лучевым шиловидным отростком пораженной руки [1].

«Щелкающий палец» — теносиновит сгибателей пальцев. Возможно поражение сухожилий любых пальцев кисти, но чаще встречается — второго, третьего или четвертого. Возникает в результате перетруживания на фоне повторяющихся профессиональных или бытовых движений, связанных с кистевым хватом или сгибанием \ разгибанием пальцев. Теносиновит проявляется припухлостью по ходу ладонной части сухожилия, а так же болезненностью при его движениях и натяжении. В дальнейшем развивается фиброз кольцевидной связки, которая фиксирует сухожилие сгибателя. В результате воспаления и усиленного трения на поверхности сухожилия образуется болезненный инфильтративно-фиброзный узелок. Во время разгибания пальца сухожилие сгибателя натягивается, узелок смещается и при прохождении на уровне пястно-фалангового сустава застревает под расположенной там кольцевидной связкой — возникает заклинивание и невозможность дальнейшего разгибания. Пациент может преодолеть это заклинивание активным или пассивным усилением разгибания, в результате чего происходит проскакивание узелка под кольцевидной связкой (возникает отчетливый болезненный щелчок), и дальнейшее разгибание осуществляется без препятствия [2].

Синдром запястного канала. Запястный канал образован костями запястья и натянутой над ними поперечной связкой запястья, которая удерживает сгибатели кисти; в канале проходит срединный нерв. Причиной синдрома бывают теносиновиты сгибателей: как ревматические, так и неревматические (вследствие спортивного или профессионального перетруживания сгибателей кисти. Например при ежедневной многочасовой работе на компьютере,

игре на фортепиано). Клинически проявляет себя болью, парестезией, онемением и чувством «нализости» первого, второго, третьего пальцев и лучевой поверхности четвертого пальца. Симптомы усиливаются при сгибании кисти, также в ночное время; уменьшаются при опускании руки вниз и потряхивании кисти. При длительном сдавлении развивается гипотрофия тенара, ослабление кистевого хвата, затрудняется отведение первого пальца. Для диагностики используют тест Фалена и тест Тинеля. Для выполнения теста Фалена необходимо согнуть кисти в лучезапястном суставе и удерживать их в таком положении в течение минуты. При появлении боли или парестезий в зоне иннервации срединного нерва тест считается положительным. При выполнении теста Тинеля исследователь постукивает в проекции срединного нерва в области запястного канала. Тест считается положительным, если при постукивании появляются парестезии в зоне иннервации срединного нерва. При рентгенографии отклонений от нормы не обнаруживается [2].

Контрактура Дюпоитрена — хроническое воспалительное заболевание ладонного апоневроза (его локтевой части) с прогрессирующими фиброзно-рубцовыми изменениями. В процесс обычно вовлекаются сухожилия IV–V, а иногда и III пальцев с постепенным образованием стойкой сгибательной контрактуры в пястнофаланговых и проксимальных межфаланговых суставах. Клинически проявляется безболезненным уплотнением ткани у основания IV–V пальцев, а также уплотнением и укорочением сухожилия, которое прощупывается в виде очень плотно натянутых жгутов. IV и V пальцы (иногда один IV палец) находятся в состоянии неполного, а в поздней стадии и полного сгибания, плотно прилегая к ладонной поверхности кисти [1].

Поражение области тазобедренного сустава

Вертельный (трохантерный) бурсит — это воспаление одной или более лежащих в плотную синовиальных сумок в области большого вертела. Чаще всего воспаляется сумка, относящаяся к сухожилию большой ягодичной мышцы.

Бурсит возникает у лиц среднего и пожилого возраста и сопутствует артрозу опорных суставов как реакция на перетруживание в меняющихся биомеханических условиях. Клинически проявляется болью и болезненностью при пальпации в проекции большого вертела бедренной кости. В этой же области больной отмечает щелчки и хруст при движениях. Боль усиливается, если пациент лежит на пораженной стороне. Возможно усиление боли при ходьбе или при подъеме по лестнице. Нередко сочетается с тендопатией и энтезитом ягодичной мышцы.

Седалищно-ягодичный бурсит — седалищно-ягодичная сумка располагается между бугристостью седалищной кости, большой ягодичной мышцей и седалищным нервом. Клинически проявляется локализованной болью в глубине ягодиц, усиливающейся в положении сидя. Пальпация бугристости седалищной кости проводится лежа на боку с согнутыми коленными и тазобедренными суставами.

Подвздошно-гребенчатый (подвздошно-поясничный) бурсит — подвздошно-гребенчатая сумка расположена между передней поверхностью капсулы тазобедренного сустава и подвздошно-поясничной мышцей, латеральнее бедренного сосудисто-нервного пучка.

Причиной воспаления этой сумки является стрессовая нагрузка (спорт выходного дня) или хроническое перетруживание подвздошно-поясничной мышцы. Бурсит проявляется болью в области тазобедренного сустава, которая усиливается при разгибании сустава, щелчками при движениях в суставе, существенным затруднением ходьбы вплоть до хромоты. Возможна иррадиация боли вниз по бедру и парестезии вследствие сдавления бедренного нерва. При большом объеме экссудата сумка становится заметной в виде выбухания в паховой области.

Энтезопатия приводящих мышц бедра, ARS — синдром, дистракционный симфизит. Поражаются энтезисы, сухожилия и сухожильно-мышечные соединения приводящих мышц бедра, в большей степени — длинной приводящей мышцы. Повреждения могут возникать остро (возникает при резком сокращении приводящих мышц на фоне отведения и наружной ротации бедра, например при ударе по мячу) или в результате хронических микротравм и перетруживания. Проявляется болезненностью при пальпации энтезиса длинной приводящей мышцы бедра, расположенного чуть ниже лонного бугорка; там же может определяться инфильтрация. По ходу мышц можно обнаружить болезненность и мышечный спазм как проявление тендомиопатии. Провокационный тест основан на противодействии приведению бедра. У профессиональных спортсменов энтезопатия обычно является частью ARS-синдрома, включающего также энтезопатию прямых мышц живота и симфизит. Симфизит возникает как результат местного нарушения биомеханики — тракционного дисбаланса на фоне энтезопатии и тендомиопатии — и со временем приводит к нестабильности лонного сочленения. Клинически симфизит проявляется ноющими болями в области лонного сочленения, которые иррадиируют в промежность и по медиальной поверхности бедра. При пальпации в проекции лонного сочленения можно выявить резкую

болезненность и уплотнение, а при нестабильности симфиза — симптом «спелого арбуза» (слышимая фонендоскопом крепитация в области симфиза, возникающая при сдавлении таза толчкообразными движениями) [2].

Поражение коленного сустава

Поражение подвздошно-большеберцового тракта (фасциит широкой фасции бедра). Подвздошно-большеберцовый тракт является утолщенной частью широкой фасции бедра. Тракт проходит по латеральной поверхности бедра от верхней передней подвздошной ости до латерального отдела колена, где прикрепляется к латеральным мышцам бедренной и большеберцовой костей, а также к головке малоберцовой кости. Учувствует в разгибании коленного сустава. Причиной возникновения является перетруживание вследствие спортивных нагрузок (бегуны на дальние дистанции), а так же при изменении биомеханических условий (например, при варусной деформации коленного сустава на фоне артроза). Клинически проявляется болезненностью от переднелатеральной поверхности большеберцовой кости через суставную щель коленного сустава вверх по латеральной поверхности бедра. Максимально выражена болезненность над латеральным мышцелком бедра. Болезненно сгибание колена под углом 30 градусов, особенно при ходьбе вниз по лестнице. Для диагностики применяют компрессионный тест Нобля: пациента, находящегося в положении лежа на спине, просят как можно более полно согнуть ногу в колене, а затем исследователь пассивно разгибает колено, надавливая при этом на латеральный мышцелок бедра. Возникает резкая болезненность.

Тендопатия сухожилия четырехглавой мышцы бедра (колени прыгуна) включает:

1. *Тендинит четырехглавой мышцы бедра и истинный пателлотендинит.* Тендинит четырехглавой мышцы бедра развивается в области сухожилия, прилежащей к верхнему полюсу надколенника; встречается чаще в возрасте старше 40 лет. Истинный пателлотендинит развивается в области сухожилия, прилежащей к нижнему полюсу надколенника; чаще у подростков и молодых людей. Причиной возникновения являются острая стрессовая нагрузка или хроническое перетруживание. Наиболее значимым фактором является повторяющееся и/или форсированное разгибание колена (прыжки, баскетбол). У пациентов пожилого возраста тендопатия нередко развивается параллельно с дегенеративными изменениями в суставах. В таких случаях сухожилие работает в ухудшающихся биомеханических условиях, что способствует перетруживанию. Клинически проявляет

себя болью в переднем отделе колена без отчетливой локализации. Боль усиливается в положении неполного сгибания или при разгибании колена. При данном виде тендопатии более отчетливо заметны клинические признаки воспаления. Боль усиливается при длительном сидении. Облегчение болей происходит во время нагрузок. При пальпации выявляют болезненность в области нижнего или верхнего полюса надколенника. Провокационный тест основан на противодействии активному разгибанию в колене. Пациента усаживают на кушетку так, чтобы подколенные ямки упирались в край кушетки. Затем пациента просят разогнуть ногу в колене, при этом исследователь оказывает давление на голень пациента, противодействуя разгибанию. Пациент должен стремиться преодолеть это сопротивление, не отрывая бедра от кушетки. В случае тендопатии пациент ощущает тянущую боль в переднем отделе колена.

2. *Болезнь Осгуда-Шлаттера (остеохондропатия бугристости большеберцовой кости)* В подростковом возрасте в результате повторяющегося натяжения сухожилия развивается гипертрофия бугристости и формируется характерное костное выбухание, которое впоследствии не регрессирует. Клинически проявляется болью и припухлостью в области большеберцовой кости. Боль усиливается при надавливании, движениях в коленном суставе и особенно после физической нагрузки. Полное сгибание в колене невозможно, но резко болезненно. Иногда происходит отрыв бугристости или ее фрагментов.

Бурситы в области коленного сустава:

1. *Препателлярный бурсит* — воспаление преднадколенниковой сумки. Возникает в результате механической перегрузки от длительного стояния на коленях и трения в переднем отделе колена. Болезненность обычно отсутствует и может выявляться только при надавливании. Кроме механической перегрузки препателлярный бурсит может быть вызван другими причинами: инфекционный (стафилококковый) и микрокристаллический (при подагре) бурсит. При таких бурситах наблюдается покраснение, повышение температуры кожи, болезненность. Для всех случаев характерно отсутствие ограничения движений в коленном суставе; болезненность отмечается только в конечной точке сгибания вследствие натяжения мягких тканей.

2. *Киста Бейкера (КБ)* — растянутая жидкостью синовиальная сумка подколенной ямки, расположенная в ее медиальном отделе между внутренней головкой икроножной и полуперепончатой мышц и сообщаемая с коленным суставом посредством соустья. Наиболее признанным считается клапанный механизм про-

никновения суставной жидкости через соустье из полости коленного сустава в КБ. Причинами возникновения КБ являются синовиты сустава (остеоартроз, ревматоидный артрит и др.), посттравматические состояния коленного сустава. КБ при малых размерах обычно протекает безболезненно, она не видна невооруженным глазом. При больших размерах КБ видна и легко пальпируется как плотноэластическое опухолевидное образование продолговато-яйцевидной формы, локализующееся в мягких тканях подколенной области, преимущественно в медиальных отделах подколенной ямки. При значительных размерах КБ может частично препятствовать сгибанию в коленном суставе. Симптомокомплекс может включать в себя боль в икроножных мышцах или нарушение чувствительности по задней поверхности голени, особенно после длительной ходьбы или во время подъема и спуска по лестнице [29–31]. Возможна резорбция жидкости из КБ с обратным развитием ее до полного исчезновения. Данный доброкачественный исход характерен для кист, образовавшихся недавно, обычно после чрезмерных механических перегрузок коленных суставов в процессе строительных работ, спортивных состязаний, интенсивного труда на дачных участках и т.д. В случае стойкого синовита коленного сустава КБ приобретает хроническое течение. При хроническом течении КБ жидкость подвергается частичной резорбции, что приводит к ее сгущению и затрудняет ее аспирацию из полости кисты. При длительном течении у КБ может скапливаться фибрин, образоваться перемычки, септы, дочерние.

3. *Болезнь Гоффа*. Данное заболевание встречается у людей с избыточным весом. Гипертрофированная жировая подушка может достигать значительных размеров и ущемляться между суставными поверхностями коленного сустава. Так же гипертрофия жировой подушки может быть у молодых людей в результате ушиба и других небольших повреждениях. Так же ущемление инфрапателлярной жировой подушки (при ее нормальных размерах) встречается при гипотрофии четырехглавой мышцы бедра. Клинически проявляется болью при движениях в коленном суставе, возникающей либо строго позади связки надколенника, либо немного медиальнее. Наибольшая болезненность отмечается при полном разгибании колена. Возможна скованность и чувство слабости в колене. Припухлость заметна по обеим сторонам связки надколенника и наиболее выражена в медиальном отделе.

4. *Бурсит сумки «гусиной лапки»* — сухожилия портняжной, тонкой и полусухожильной мышц в месте своего прикрепления к большеберцовой

кости получили название «гусиной лапки». Сумка «гусиной лапки» расположена между «гусиной лапкой» и медиальной коллатеральной связки.

Бурсит часто сочетается с энтезитом «гусиной лапки». Чаще встречается у пожилых пациентов с остеоартритом и варусной деформацией коленных суставов. Клинически проявляется болью в проекции сумки, боль усиливается при ходьбе и стоянии. При пальпации выявляется резкая болезненность, припухлость в глубине тканей, иногда — флюктуация [2].

Поражение стопы

Тендопатия ахиллова сухожилия, ахиллоэнтезит, аххиллобурсит. Ахиллово сухожилие является объединенным сухожилием икроножной и камбаловидной мышц и прикрепляется к пяточному бугру. В области ахиллова сухожилия располагаются две постоянные синовиальные сумки: глубоко расположенная сумка ахиллова сухожилия и подкожная задняя сумка ахиллова сухожилия. Могут развиваться любые виды тендопатии: паратеноит, тендинит, тендиоз. В основе патологии лежат дегенеративные изменения, чаще поражается средняя треть сухожилия. Причиной является постоянное перетруживание или острая ситуационная перегрузка икроножных мышц. Клинически проявляется болезненностью и инфильтрацией в области сухожилия. В толще сухожилия можно пропальпировать уплотнение в виде узелка. Наблюдается напряжение и чувство скованности в икроножных мышцах. Боль в икроножных мышцах усиливается в утренние часы. Разрыв можно выявить пальпаторно в виде западения ткани. Полный разрыв выявляется с помощью теста Томсона. Для выполнения теста пациент располагается на кушетке на животе, свесив стопы за край кушетки, а исследователь сжимает мышцы голени пациента. В норме при сжатии икроножной мышцы происходит сгибание стопы, а при разрыве сухожилия сгибание отсутствует. Ахиллоэнтезит проявляется болезненной инфильтрацией и гиперемией по обеим сторонам сухожилия в его дистальном отделе. Подошвенное сгибание болезненно. Бурсит задней сумки сухожилия развивается в результате избыточного трения и давления, создаваемого задником обуви. Проявляется как округлое безболезненное образование под кожей.

Подошвенный фасциит и пяточная шпора. Вследствие плоскостопия, ношения неподходящей обуви, несбалансированных спортивных тренировок возникает натяжение подошвенной фасции и может привести к раздражению Энтезиса, реактивному периоститу и формированию пяточной шпоры. Клинически проявляется острой и постепенно

нарастающей болью при ходьбе. Усиление боли в утренние часы. При пальпации выявляется резкая болезненность при надавливании в области энтезиса подошвенной фасции. Образовавшаяся пяточная шпора не регрессирует.

Бурсит сумки первого плюснефалангового сустава — возникает на фоне избыточного трения головки первой плюсневой кости на фоне плоскостопия, вальгусной деформации первого пальца и артроза первого плюснефалангового сустава. Клинически проявляется локализованным покраснением. Болезненностью и припухлостью в области первого плюснефалангового сустава [2].

Лечение внесуставных заболеваний мягких тканей обычно включает комплекс немедикаментозных и медикаментозных мероприятий. В первую очередь необходимо ограничить нагрузку на пораженную конечность, стараться не совершать вызывающие боль движения, временно прекратить спортивные тренировки, использовать иммобилизацию пораженной конечности. Положительный эффект оказывают также физические методы воздействия на пораженную область: ультразвуковая терапия, магнитотерапия, тепловые процедуры. К медикаментозной терапии относят применение нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП) в виде мазей и гелей. При выраженной боли требуется локальное введение глюкокортикоидов и системное применение НПВП [4]. Прием этих препаратов позволяет быстро уменьшить боль, воспалительный отек околоуставных структур, ускорить восстановление движений в пораженном суставе.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Насонова В.А., Астапенко М. Г. Клиническая ревматология. — М.:1989, 420 с.

2. Грамматика артрита. \ Под ред. Лялиной В. В., Сторожакова Г. И. — М., «Практика», 2010.-168 с., 158 илл.
3. Ревматология. Национальное руководство. \ Под ред. Е.Л. Насонова, В.А. Насоновой. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. — 720с.
4. Локальная инъекционная терапия при дегенеративных заболеваниях опорно-двигательного аппарата. Беленький А. Г. \ М.: Учебное пособие. 2003
5. Боли в суставах: дифференциальная диагностика \ Под ред. Филоненко С. П., Якушин С. С. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. — 176с.
6. Патология плечевого сустава. Плечелопаточный периартрит. Прощание с термином: от приблизительности — к конкретным нозологическим формам. \ Беленький А. Г. *Consilium medicum*, 2004, 6, 2: 15–20
7. Клиническая диагностика болезней суставов. \ Доэрти М., Доэрти Дж. Пер. с англ. А. Г. Матвейкова. Мн.: Тивали, 1993: 63–74.
8. Внесуставные заболевания мягких тканей опорно-двигательного аппарата. \ Под ред. Астапенко М. Г., Эрялис П. С. М.: Медицина, 1975, 150с.
9. Капсулит («Замороженное плечо»). \ Беленький А. Г. *РМЖ*, 2006, 21: 1511–6.
10. Боль в плече: патогенез, диагностика, лечение. \ В. А. Широков. 2-е изд., перераб. и доп. М.: МЕДпресс-информ, 2012, 240 с.
11. Киста Бейкера: варианты течения, сонографический контроль и лечение. \ Хитров Н. А. *Современная ревматология*, 2009, 1: 44–48.
12. Киста Бейкера. \ Луговец С. Г., Мач Э. С., Пушкова О. В. *Российская ревматология*, 1998, 2: 52–55.
13. Современные подходы к диагностике и лечению кист подколенной области. \ Миронов С. П., Орлецкий А. К., Николаев К. А. *Кремлевская медицина*, 2005, 2: 33–36.
14. «Малая» ревматология: несистемная ревматическая патология околоуставных мягких тканей верхней конечности. Часть 1. \ Каратеев А. Е., Каратеев Д. Е., Орлова Е. С., Ермакова Ю. А. *Современная ревматология*, 2015, 9(2):4–15.

DISEASES OF THE PERIARTICULAR SOFT TISSUES

E. S. KOZYREVA

Inflammatory processes in soft periarticular tissues can be an independent symptom complex or accompany the course of other rheumatic diseases. Despite the fact that periarticular lesions can develop in any joints of the skeleton, they are usually localized in large joints, more prone to stress. Treatment of extra-articular soft tissue diseases usually involves a complex of non-medicamentous and medicamentous measures. With severe pain, local administration of glucocorticoids and systemic administration of NSAIDs are required.

Keywords: *tendonitis, tenosynovitis, bursitis, enthesitis, entesopathy.*