

(LTD4) receptor antagonist, in patients with chronic asthma // J Allergy Clin Immunol. – 1996. – № 98. – P. 528-34.

4. Reiss T.F., Chervinsky P., Dockhorn R.J., Shingo S., Seidenberg B.C., Edwards T.B. Montelukast, a once-daily leukotriene receptor antagonist, in the treatment of chronic asthma: a multicenter, randomized, double-blind trial. Montelukast Clinical Research Study Group // Arch Intern Med. – 1998. – № 158. – P. 1213-20.

5. Новикова Н.Д. Эффективность монтелукаста при 6-месячной терапии больных бронхиальной астмой / Н.Д. Новикова, И.В. Лещенко // Атмосфера. Пульмонология и аллергология – 2003. – № 4 (11). – С. 54-56.

6. Novikova N.D. Application Montelukast at patients with a mild persistent bronchial asthma / N.D. Novikova, I.V. Leshchenko // Pulmonology. – 2004. – Suppl. 777.

7. Novikova N.D. Application Montelukast at patients with moderate persistent bronchial asthma / N.D. Novikova, I.V. Leshchenko // Pulmonology – 2004. – Suppl. 778.

8. Протасов В.Ф., Экология, здоровье и охрана окружающей среды в России / В.Ф. Протасов. – М.: Финансы и статистика, 2000. – 672 с.

9. Чучалин А.Г. Стратегия лечения и профилактика бронхиальной астмы в России / А.Г. Чучалин // International Journal on Immunorehabilitation. – 1997. – № 7. – С. 51-56.

10. Лещенко И.В. Эпидемиология, дефиниции диагностические критерии бронхиальной астмы. Клинические рекомендации. Бронхиальная астма у взрослых / И.В. Лещенко, И.В. Смоленов, Р.С. Фассахов; под ред. А.Г. Чучалина. – М.: Изд-во «Атмосфера», 2002. – 272 с.: ил.

11. Бронхопульмонология / Т.И. Лукомский, М.Л. Шулутко, В.Г. Винер и др. – М., 1982. – С. 144-270.

КЛИНИКА И ДИАГНОСТИКА СИНДРОМА «ГУСИНОЙ ЛАПКИ»

**© Каралин А.Н.^{*}, Кокуркин Г.В.[♦],
Николаев С.А.[♥], Кокуркин Г.Г.[♠]**

Чувашский государственный университет, г. Чебоксары

При обследованных больных с синдромом «гусиной лапки» мы определяем определенные симптомокомплексы, которые позволяют пред-

^{*} Заведующий кафедрой Экстремальной медицины, доктор медицинских наук, профессор.

[♦] Заведующий кафедрой Фармакологии, доктор медицинских наук, профессор.

[♥] Врач ортопед-травматолог МУЗ ГДБ № 3, аспирант кафедры Экстремальной медицины.

[♠] Студент 6-го курса факультета «Лечебное дело».

ставить клинику и диагностику этой патологии. Эти симптомокомплексы мы представляем следующим образом: 1. жалобы на неопределенные боли в области коленного сустава; 2. нарушение сна из-за ноющих, мозжащих болей в области коленного сустава; 3. сгибательной миогенной контрактуры коленного сустава; 4. гипертонуса миоэнтезических структур, формирующих зону «гусиной лапки»; 5. наличия в области миоэнтезических структур тригерных узлов; 6. трофических нарушений кожных покровов в проекции «гусиной лапки»; 7. электромиографических, электронейрографических и термометрических нарушений структур в зоне формирования «гусиной лапки»; 8. локальной резкой болезненности при пальпации зоны «гусиной лапки» и миоэнтезического аппарата, формирующего его.

Поражения околосуставных мягких тканей проявляется болью в области сустава и двигательными расстройствами. В этой ситуации дифференциальный диагноз необходимо проводить с артралгической патологией пораженного сустава.

Кроме того, суставной синдром при остеоартрозе характеризуется следующими признаками:

- артралгии, которые возникают или усиливаются при ходьбе, после нагрузок;
- «стартовые» боли;
- хруст в суставе.

Нередко, могут быть проявления реактивного процесса в виде синовита. Некоторые больные отмечают зябкость, «ползание мурашек», онемение, мышечные боли. Имеется прямая связь усиления болей с изменениями погоды, усиленной нагрузкой (длительная ходьба, подъем по лестнице и т.д.) [2].

Характерными признаками для РА считается миалгия. Наши собственные наблюдения показали, что 82 % больных РА помимо характерных жалоб со стороны суставов отмечали боли в мышцах верхних и нижних конечностей. У 58 % из них боли в мышцах возникали на фоне артралгий, у 31 % миалгии или боли в суставах появились одновременно. Около 4% больных отмечали, что первыми жалобами у них были дискомфорт, слабость и боли в мышцах конечностей, после чего уже появились боли в суставах. Мы считаем, что это вариант начала РА с первым вовлечением мышц в патологический процесс со вторичным или последующим поражением суставов.

У 34 % больных утренняя скованность помимо суставов отмечается и в мышцах конечностей. Слабость скелетных мышц выявлена у 45 % больных и она более выражена в тех мышцах, которые наиболее подвергнуты гипотрофии. Последние определялись у 80% больных. Выраженность их наиболее проявлялась в мышцах, расположенных у пораженных суставов и прогрессировала при увеличении длительности заболевания.

В области коленного сустава нередко возникает болевой синдром с четкой локализацией в зоне «гусиной лапки». Причем, болевой синдром характеризуется ноющими, мозжащими болями в суставах, нередко чувством жжения. Боль усиливается при нагрузке на сустав и при перемене погоды, нарушается сон. С учетом сложности анатомических структур, формирующих зону «гусиной лапки», здесь трудно проводить дифференцированную диагностику, определяющую какая анатомическая структура больше поражена. Это могут быть бursы входящие в эту зону, внутренняя боковая связка, сухожилия с их влагалищами, мышцы. Все зависит от стадии развития патологического процесса: функциональная (миотоническая), или дистрофическая (стадия миофиброза).

Гаджиева Л.Б., Шубин С.В., (1995) также кратко упоминают патологию этой области под названием анзериновый бурсит. Воспаление этой области очень часто развивается у тучных женщин, страдающих артрозом коленного сустава. Типичны жалобы больного на боль при ходьбе в указанном месте. Боль усиливается при подъеме по лестнице (например, в отличие от болевого синдрома при артрозе, где усиление боли наблюдается при спуске). Характерны «стартовые боли» после длительного сидения, а начало ходьбы вызывает боль. Больной указывает пальцем болезненную точку: соответствующую расположению анзериновой сумки. При осмотре здесь определяется резкая пальпаторная болезненность площадью 3-4 кв. см. Часто эти симптомы беспокоят больного больше, чем проявления собственного гонартроза [1].

Синдром «гусиной лапки» обусловлен гипертонусом мышц, а также изменениями других анатомических структур, формирующих зону «гусиной лапки» и прикрепляющихся в этой зоне. Гипертонус может быть обусловлен различными причинами. К ним можно отнести: постуральные перегрузки ишиокруральной группы мышц (при остеохондрозе поясничного отдела позвоночника, в результате травм при повреждении внутреннего мениска и медиального отдела циркулярной связки коленного сустава. Кроме того это может быть результатом микротравм на фоне относительно здорового коленного сустава, при спортивных перегрузках, неправильном графике тренировочного процесса, при хроническом переутомлении мышц и расстройствах координации между сокращением и расслаблением антагонистов. При этом постоянный мышечный гипертонус приводит к тяжелым функциональным расстройствам ОДА (опорно-двигательного аппарата) в зоне «гусиной лапки». Это связано с тем, что в коленном суставе возникает устойчивая сгибательная контрактура. При постуральных перегрузках, она обусловлена защитной реакцией, направленной на уменьшение гипертонуса этой группы мышц; при повреждении внутреннего мениска и медиального отдела связки – она вызвана чисто механическими особенностями изменениями биомеханики в коленном суставе из-за сме-

щения разорванного мениска, а также рефлекторного уменьшения положением сгибания болевого фактора. Спортивные перегрузки обуславливают развитие контрактуры уже вторично, из-за гипертонуса этой зоны ОДА. В последующем, защитная реакция мышц при продолжающихся нагрузках, переходит в их хроническое перенапряжение. Это приводит к значительным функциональным изменениям в этой зоне ОДА. В мышцах происходит нарушение кровообращения, обменных процессов, истощение запасов гликогена и АТФ, появление в больших количествах молочной кислоты. Это еще в большей степени способствует повышению мышечного тонуса. Мышечный гипертонус в еще большей степени способствует нарушению кровообращения и как следствие, возникает порочный круг, ведущий к изменениям трофики и функции мышц. Эту картину мы четко наблюдаем при травмах (при оценке мышечного кровотока с помощью ¹²⁵J). Все эти нарушения резко усиливают функциональные расстройства мышц с явлениями реактивного воспаления и болевого фактора. И на фоне длительного заболевания (люмбоишиалгия, повреждения или заболевания мениска, деформирующего артроза коленного сустава, хронических микротравм) процесс приобретает хроническое течение с развитиями так называемой микротравматической болезни. При продолжающемся хроническом течении основного процесса, зона перегрузки «гусиных лапок» из обычного (защитного) мышечного гипертонуса с болезненными мышечными уплотнениями, переходит в патологию типа миофиброза, тендопатию, тендопериостопатию, мышечно-фиброзно-костные нарушения (нейростеофиброз) или в современном понимании этой патологии энтезопатический синдром). И в этом отношении, зону внутреннего мыщелка коленного сустава, а более конкретно, зону «гусиной лапки» можно считать зоной наибольшей опасности для возникновения тяжелых функциональных болевых проявлений связанных с микро- и макротравматизмом [3, 7].

Клиническая характеристика синдрома «гусиной лапки» зависит от характера патологии:

1. в анамнезе четко должна быть выявлена закономерность появления болей в этой зоне;
2. при люмбоишиалгии – должен присутствовать поясничный компонент (в анамнезе);
3. при травме коленного сустава – больной, как правило, акцентирует и связывает появление болей, как результат последствия травмы;
4. при перегрузках (спортсменов, работников балета) – в анамнезе необходимо подробно выяснить возможное наличие резких, неадекватных движений, перегрузок этой конечности и т.д.;
5. при деформирующей артрозе (остеоартрозе) – длительный анамнез заболевания и лечение по поводу этой патологии. в клинике жалобы сводятся на неопределенные боли в области коленного сустава, чаще по внутренней поверхности.

Больные ОА отмечают зябкость, онемение, «чувство ползания мурашек» в дистальных отделах конечностей, судорожные подергивания и миалгии, преимущественно мышц бедра, голени. Мышечные боли имеют различный характер по своей интенсивности и продолжительности, часто сопровождаются артралгиями и наиболее выражены в околоуставных мышцах. Усиливаются при изменении погоды, переохлаждении и переутомлении. Уменьшаются после отдыха, тепловых процедур и массажа. Даже в периоды отсутствия болей в суставах у обследованных нами больных ОА сохранялись боли в мышцах конечностей, что приводило к сохранению ограничения объема движений в пораженных суставах.

Кроме этого, больные жалуются на нарушения сна из-за ноющих, мозжащих болей в области коленного сустава.

При осмотре коленного сустава контуры его могут быть не изменены. Выпот отсутствует или незначительный. При пальпации необходимо провести поверхностное поглаживание передней и задней поверхности сустава четырьмя пальцами. При этом в области задне-внутренней поверхности сустава скольжение пальцев как бы замедляется, может определяться гипертермия. Это свидетельствует о нарушении трофики кожных покровов в зоне внутренней поверхности, задне-медиального отдела коленного сустава. Поверхностная пальпация коленного сустава, вызывает болезненность в области «гусиной лапки» анатомических структур, формирующих ее (миоэнтезического аппарата).

При этом больной отмечает что «вот то место, которое именно его и беспокоит». Пальпация других областей сустава, если и сопровождается болезненностью, то не дает такой яркой реакции больного.

При глубокой пальпации определяется плотный, резко болезненный валик по ходу *m. semimembranosus et. m. semitendinosus*, в которой могут определяться отдельные уплотнения, тяжи и т.д. (узелки Мюллера, Корнелиуса). Непосредственно в зоне «гусиной лапки» иногда можно пальпировать припухлость тугоэластичной консистенции, болезненную на ощупь. Это – реактивный бурсит одной из бурс в зоне «гусиной лапки».

Таким образом, при обследовании больных, мы наблюдаем определенный симптомокомплекс, проявляющиеся в виде:

1. жалоб на неопределенные боли в области коленного сустава;
2. нарушение сна из-за ноющих, мозжащих болей в области коленного сустава;
3. сгибательной миогенной контрактуры коленного сустава (в отличие от артрогенной, которая возникает в результате нарушений конгруэнтности в области сустава; при блокаде мениска);
4. гипертонуса миоэнтезических структур формирующих зону «гусиной лапки»;
5. наличия в области миоэнтезических структур триггерных узлов (мюллера кортнеуса);

6. трофических нарушений кожных покровов в проекции «гусиной лапки»;
7. электромиографических и термометрических нарушений структур в зоне формирования «гусиной лапки»;
8. локальной, резкой болезненности при пальпации зоны «гусиной лапки» и миоэнтезического аппарата, формирующего его.

Таким образом, комплекс этих симптомов свидетельствует о наличии у больного синдрома «гусиной лапки». Знание их позволит более дифференцированно решать вопросы диагностики болевого синдрома в области коленного сустава: артрогенная или миогенная этиология и выбора правильной, патогенетической тактики лечения.

Список литературы:

1. Гаджиева Л.Б., Шубин С.В. Ревматические заболевания околосуставных мягких тканей. – М.: Медицина, 1995. – 267 с.
2. Заславский Е.С. Болевые мышечно-тонические и мышечно-дистрофические синдромы // Клиническая медицина. – 1976. – Т. 4, № 5. – С. 7-13.
3. Каралин А.Н. Синдром «гусиной лапки» // Тез. докл. III пленума Ассоциации ортопедов и травматологов Российской Федерации. – Уфа, 1998. – С. 23-24.
4. Левит К., Захсе И., Янда В. Мануальная медицина. – М.: Медицина, 1993. – С. 319.
5. Попелянский Я.Ю. Болезни периферической нервной системы – М.: Медицина, 1993. – С. 349-350.
6. Ситель А.Б. Мануальная медицина. – М.: Медицина, 1993. – С. 215-216.
7. Хабиров Ф.А., Хабиров Р.А. Мышечная боль. – Казань: Книжный дом, 1995. – 273 с.

ПАТОГЕНЕЗ СИНДРОМА «ГУСИНОЙ ЛАПКИ»

© Каралин А.Н.[✱], Кокуркин Г.В.[✶],

Николаев С.А.[✷], Кокуркин Г.Г.[✸]

Чувашский государственный университет, г. Чебоксары

В статье представлен взгляд на патогенез синдрома «гусиной лапки». Коленный сустав, как и все суставы нижней конечности, выполняет не только статическую, но и динамическую. Ввиду этого, в колен-

[✱] Заведующий кафедрой Экстремальной медицины, доктор медицинских наук, профессор.

[✶] Заведующий кафедрой Фармакологии, доктор медицинских наук, профессор.

[✷] Врач ортопед-травматолог МУЗ ГДБ № 3, аспирант кафедры Экстремальной медицины.

[✸] Студент 6-го курса факультета «Лечебное дело».