

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 // Клин. мед. – 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».

ном суставе испытывают огромную нагрузку, как связки, так и сухожильно-мышечные образования (СМО) окружающий сустав. При патологии коленного сустава – патогенез развития патологического состояния в зоне формирования «гусиной лапки» представим следующим образом: I этап – патология коленного сустава: функциональная нестабильность сустава, нарушение рессорной функции сустава, реактивные воспалительные процессы в области сустава, очаг нейрорефлекторного раздражения. II этап – хроническая функциональная недостаточность коленного сустава. III этап – нарушение мышечного равновесия. IV этап – нейроостеофиброзные изменения миоэнтезическом аппарате в зоне формирования «гусиной лапки». V этап – клиническая манифестация.

Коленный сустав, как и все суставы, нижней конечности выполняет не только статическую функцию, но и динамическую. Ввиду этого, в коленном суставе испытывают огромную нагрузку, как связки, так и сухожильно-мышечные образования (СМО) окружающий сустав и принимающие участие в его статико-динамической функции. При любой травме, при любой ортопедической патологии в области коленного сустава и даже вне его (в области стопы, например, плоскостопие, в области тазобедренного сустава – коксартроз; в области позвоночника – сглаженность лордоза, остеохондроз и т.д.) – все отражается на СМО в зоне коленного сустава в виде его патологической перегрузки, не только в этой зоне. (Практически эти сухожильно-мышечные перегрузки человек испытывает во всех участках тела. В такой ситуации, болевой синдром, особенно при какой-либо патологии коленного сустава, может быть обусловлен не той или иной артралгической патологией, а именно болями, возникающими в зоне СМО (сухожильно-мышечных образованиях), окружающих область коленного сустава и испытывающих наибольшее напряжение. Согласно анатомо-биохимическим данным, в области коленного сустава таким местом является сухожильно-мышечное образование формирующее «зону гусиной лапки» [6, 8].

При патологии в области «гусиной лапки» и формирующего его миоэнтезического аппарата этиологические факторы, лежащие в основе его возникновения, абсолютно иные:

- травма коленного сустава;
- травма связочного аппарата;
- перегрузки сустава (длительное стояние, ходьба, бег, тренировки);
- деформирующий артроз;
- болезнь оперированного мениска (сама операционная травма, повреждения n. suralis);
- болезнь Пеллегрини-Штидта;
- ревматоидный артрит (РА).

Об изменениях околосуставных мышц при ревматоидном артрите подробно указывает Ф.А. Хабилов, Р.А. Хабилов (1995 г).

Первичные изменения при вышеуказанных патологиях параартикулярных тканей сустава, включающих и сухожильно-мышечные отделы, приводят к рефлекторному нарушению мышечного равновесия групп антагонистов из-за спастической контрактуры.

Вторичные изменения в суставе, развивающиеся вследствие внутрисуставных изменений, наличия спастической контрактуры, истончения хрящевого слоя, сращения остеопороза и склероза суставных концов, сморщивания суставной сумки и связочного аппарата, ведет к увеличению нарушения мышечного равновесия и усилению контрактуры. Контрактура уже из спастической формы переходит в артрогенную. Но мышечная асимметрия сохраняется. В местах прикрепления мышц в околосуставных областях определяются болезненные мышечные уплотнения – зоны миофиброза (МФ). Расположение этих зон типично, в зависимости от пораженных суставов. Длительность заболевания суставов (сустава) влияет на количество и качество зоны миофиброза: с увеличением их числа начинают преобладать дистрофические изменения. Т.е. первоначальная форма МФ, определяется как миотоническая стадия (или I функциональная), переходит в более тяжелую стадию – II дистрофическую. Клинически, при I стадии (функциональной) локальные болезненные зоны пальпаторно определяются в виде просяного зерна, боба, тяжей и валиков, а по консистенции – мягкие, плотноэластические, фиброзные. Во второй стадии – они уже более плотные, не имеющие тенденцию к исчезновению после разминания или новокаиновой блокады [7, 9].

По нашему мнению, сустав и зона МФ (нейростеофиброза) имеет замкнутую рефлекторную дугу («рефлекторный самоподдерживающий механизм»), который, как «порочный круг» поддерживает патологический процесс. Присоединение к этому «порочному кругу» других патогенетических механизмов, действующих на скелетные мышцы при патологии сустава, отягощает клиническое течение зон нейростеофиброза. С нашей точки зрения к другим очень существенным патогенетическим механизмам для коленного сустава следует отнести нарушение его рессорной функции, т.е. при синдроме «гусиной лапки» возникающей при первичной патологии коленного сустава патогенез связан, главным образом, с нарушением опорной (рессорной) функции коленного сустава, которая ведет к его хронической функциональной недостаточности. Последнее вызвано различными причинами: функциональной нестабильностью сустава (при травме мениска, связок); нарушение рессорной функции сустава (деформирующей артроз, ревматоидный артрит). Кроме того, патогенез может быть обусловлен и реактивными воспалительными процессами в области сустава, а также очагом нейрорефлекторного раздражения (травма веточки n. saphenus).

Все эти состояния служат толчком к развитию патологического очага в зоне формирования «гусиной лапки». И механизм развития данной патологии при нарушениях рессорной функции коленного сустава носит не защитную – саногенетическую реакцию, а изначально является патологическим. Это связано с тем, что патология имеющая место в области коленного сустава, как правило, сразу включает энтезический аппарат «гусиной лапки» в патологический процесс из-за особенностей биомеханики коленного сустава.

Таким образом, в основе механизма развития описываемого нами патологического состояния коленного сустава в зоне формирования «гусиной лапки» лежат причины, главным образом, нарушающие опорную функцию коленного сустава и обуславливающие развитие хронической функциональной недостаточности коленного сустава [8].

Патогенез развития патологического состояния в зоне формирования «гусиной лапки» при патологии коленного сустава:

I – этап. Патология коленного сустава:

1. функциональная нестабильность сустава;
2. нарушение рессорной функции сустава;
3. реактивные воспалительные процессы в области сустава;
4. очаг нейрорефлекторного раздражения.

II – этап. Хроническая функциональная недостаточность коленного сустава.

III – этап. Нарушение мышечного равновесия.

IV – этап. Нейроостеофиброзные изменения миоэнтезического аппарата зоны формирования «гусиной лапки»

V – этап. Клиническая манифестация.

Таким образом, в основе патогенеза клинического проявления синдрома «гусиной лапки» лежит функциональная перегрузка мышечно-энтезического аппарата, формирующего анатомическую зону «гусиной лапки». Это обусловлено анатомо-биомеханическими особенностями этой зоны коленного сустава и этиологическими факторами.

Список литературы:

1. Багненко С.Ф. Сочетанная механическая травма: учебно-методическое пособие. – СПб., 2006. – Вып. 18. – 78 с.
2. Гаджиева Л.Б., Шубин С.В. Ревматические заболевания околосуставных мягких тканей. – М.: Медицина, 1995. – 267 с.
3. Длигач Д.Л., Иоффе Л.А. Локальная декомпрессия и работоспособность. – Л., 1982. – 372 с.
4. Заславский Е.С. «Болевые мышечно-тонические и мышечно-дистрофические синдромы (обзор)» // Клиническая медицина. – 1976. – Т. 4, № 5. – С. 7-13.
5. Иванов И.И., Коровкин Б.Ф., Панаев Г.Н. Биохимия мышц. – М., 1977. – 235 с.

6. Каралин А.Н. Закрытый остеосинтез при лечении переломов верхней конечности: автореф. дисс. ... док. мед. наук. – Чебоксары, 1988. – 35 с.

7. Каралин А.Н. Способ диагностики контрактуры коленного сустава / патент RU № 2321342 с1. Бюл № 10. 2008.

8. Каралин А.Н. Синдром «гусиной лапки» // Тез. докл. III пленума Ассоциации ортопедов и травматологов Российской Федерации. – Уфа, 1998. – С. 23-24.

9. Хабиров Ф.А., Хабиров Р.А. Мышечная боль. – Казань: Книжный дом, 1995. – 273 с.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ИНТЕГРАТИВНО-ВОССТАНОВИТЕЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ У БОЛЬНЫХ С СИНДРОМОМ «ГУСИНОЙ ЛАПКИ»

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

Медицинский институт Чувашского государственного университета,
г. Чебоксары

Проведено интегративно-восстановительное лечение 67 больных с синдромом «гусиной лапки», в возрасте от 35 до 70 лет (49 мужчин и 18 женщин). В зависимости от вида лечения больные разделены на три группы. В группу контроля были включены 22 пациента, которым лечение проводили медикаментозной терапией. Результаты лечения свидетельствуют, что в 65 % случаев пациенты 1 и 2-ой групп отметили значительное ослабление болей в покое и уменьшение их интенсивности при движении уже после 2-3 сеансов терапии, а в контрольной группе всего у 41 % больных. После лечения у 79 % больных 1- и 2-ой групп обнаружилось восстановление полного объема активных движений в коленном суставе, а в контрольной у 47 % и 13 % соответственно. У 91 % больных 1 и 2-ой групп после лечения ни первичные, ни ассоциативные триггерные точки не пальпировались, в контрольной у 65 % больных.

Важнейшим принципом современной рефлексотерапии, обладающей высокой эффективностью в восстановлении двигательной функции у больных с синдромом «гусиной лапки» следует считать принцип индивидуализации лечебных воздействий, включающий выбор лечебных средств и методики воздействий [7, 8].

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

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

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

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