

А.М.Волкова, А.В.Гаев

СТЕНОЗЫ СУХОЖИЛЬНЫХ КАНАЛОВ КИСТИ

Стенозы сухожильных каналов относятся к дистрофическим заболеваниям соединительно-тканевых структур и составляют 6-8% среди всех заболеваний и повреждений кисти. Несмотря на многочисленные исследования, этиопатогенез заболевания до конца не выяснен, не установлена первичность поражения связки, сухожилия, синовиальной оболочки. В связи с этим утвердилось несколько названий стеноза сухожильных каналов: крепитирующий теносиновит, фиброзный тендовагинит, стенозирующий тендовагинит, канальный синдром и др. Наиболее распространенное из них - стенозирующий лигаментит.

Стеноз сухожильных каналов кисти полиэтиологичен. По мнению многих специалистов, ведущее значение в его возникновении имеет травма - острая /ушибы, растяжения, переломы костей/, а также длительная хроническая травматизация, обусловленная перенапряжением связочного аппарата мышц и сухожилий.

Многочисленные данные свидетельствуют о влиянии профессионального фактора на развитие заболевания у лиц всех профессий, как тяжелого физического труда, так и у машинисток, музыкантов и домохозяек. Стенозу сухожильных каналов нередко сопутствует эндокринная патология.

Известны наблюдения стеноза сухожильных каналов кисти при системных заболеваниях - ревматоидной болезни, склеродермии, а также при хронических инфекционных процессах. Наличие многочисленных вариантов анатомического строения фиброзных каналов, дополнительных фасциальных перегородок, добавочных сухожилий и других аномалий развития также может быть причиной стеноза.

Известно, что стеноз сухожильных каналов возникает в результате одновременного воздействия общих и местных факторов и имеет различные локализацию, клинику и распространенность процесса.

Мы предлагаем классификацию, которая по нашему мнению поможет практическому врачу своевременно диагностировать и избирать наиболее рациональное лечение стеноза сухожильных каналов кисти.

Этиология;

травма /острая, хроническая/

эндокринные заболевания;
 системные поражения соединительной ткани;
 прочие заболевания /сосудистые, обменные, инфекционные/.

Патогенез: компрессия сухожилий, ограничение экскурсии, ишемия.

Патологическая анатомия: дистрофический лигаментит, дистрофический тендинит, дистрофический синовит, дистрофический лигаментотено-синовит.

Локализация: стеноз фиброзных каналов сухожилий разгибателей, стеноз фиброочно-эпонавротических каналов сухожилий сгибателей.

Распространенность: изолированный, множественный, сочетанный.

Клиническое течение: острое, подострое; хроническое: регрессирующее, прогрессирующее, рецидивирующее.

Стадийность заболевания:

I стадия – боль без нарушения функции

II стадия – боль с преходящим нарушением функции

III стадия – боль со стойким нарушением функции.

Локализация стеноза сухожильных каналов многообразна и определяется анатомическим строением и факторами, предрасполагающими к заболеванию. Чаще всего отмечают стеноз первого фиброзного канала тыльной связки запястья /болезнь де Кервена/, стеноз кольцевидных связок пальцев и запястного канала. На них приходится около 70% всех стенозов сухожильных каналов кисти. Другие локализации встречаются значительно реже.

Распространенность стеноза сухожильных каналов также разнообразна, однако чаще наблюдают изолированное поражение одного канала, реже двух-трех на одной или обеих кистях одновременно или последовательно. Встречается сочетание заболевания с контрактурой Дюпюитрена, сухожильными ганглиями, гигромами и другими поражениями соединительно-тканевых структур кисти.

Клиническое течение сухожильных канальных синдромов различно, нередко начинается остро – после физической перегрузки – с локальной боли в проекции фиброзного канала. Боль связана с движениями, иррадирует по ходу соответствующей мышцы, затихает в покое. Течение может быть подострым, возникающим постепенно с болей неопределенного характера. В ряде случаев боль исчезает без лечения, например, у молодых женщин в послеродовом периоде, когда не следует спешить с назначением пациента на операцию.

Клиника стеноза сухожильных каналов может приобрести хроническое, затяжное течение с чередованием обострения и ремиссии. В большинстве клинических наблюдений заболевание прогрессирует. В редких случаях наступает регресс симптоматики как под влиянием консервативного лечения, так и без лечения. Иногда заболевание имеет хроническое рецидивирующее течение, в основном у лиц, леченных кортикостероидными препаратами. После сравнительно длительной ремиссии симптомы заболевания возникают вновь. В клиническом течении стеноз сухожильных каналов при всех локализациях стадий.

Мы выделяем следующие три стадии:

I — характеризуется болью в проекции фиброзного канала, усиливающейся при надавливании на его стенку, без ограничения функции.

II — сопровождается локальной болью с иррадиацией по ходу сухожилия и мышцы с переходящим ограничением функции в виде затруднения активного сгибания-разгибания пальца, а также четким симптомом щелчка, характерного для стенозирующего лигаментита кольцевидных связок I-V пальцев кисти.

III — отличается постоянной болью и стойким ограничением функции с фиксацией кисти или пальцев в крайнем сгибании или разгибании. Активная экскурсия сухожилия на уровне стриктуры фиброзного канала становится невозможной.

Итак, стеноз сухожильных каналов отличается полиэтиологичностью, распространенностью, многообразием, сложностью диагностики. Широкий круг практических врачей еще недостаточно хорошо знаком с этой патологией кисти. Больные, многократно обращаясь за медицинской помощью, длительное время получают симптоматическое, противобольное лечение, преимущественно физиотерапевтические процедуры и, как правило, без эффекта. Нередко констатировали усиление болевого синдрома после УВЧ.

По нашим наблюдениям, за консультацией обращается каждый третий больной с неуточненным диагнозом. При симптоме "защелкивания" пальца диагноз в основном устанавливают верно, но неоправданно длительное консервативное лечение способствует хроническому течению и тяжелым последствиям.

Лечение: исходя из того, что дистрофическое поражение соединительнотканевых структур кисти — лишь видимый локальный симптом общего состояния соединительной ткани, лечение его должно быть комплексным, состоящим в сочетании общего и местного лечения.

Схема комплексного лечения стенозирующего лигаментита
по стадиям заболевания

Методы лечения	Стадии		
	I /боль без нару- шения функции/	II /боль с преходя- щим нарушением функции/	III /боль со стой- ким нарушени- ем функции/
Обследование	При первичном обращении: общие анализы, рентгено- графия, реография, ЭКГ, ЭЭГ. Согласно показаниям осмотр – терапевта, невропатолога, эндокринолога, гинеколога		
Консервативное	Общее: регуляция периферического кровообращения Местное: I/ ультразвук с гидрокортизоном № 10; массаж с мазями /гепариновой, трок- севазиновой в чередовании/; 2/ инъекции суспензии гидрокортизона или кеналого – I-3 раза через семь дней		
Оперативное	Показано при отсутствии эффекта от консервативного лечения		Показано при первичном об- ращении, одно- временно с общим лечени- ем
Диспансерное	Профилактическое и противорецидивное лечение про- водят курсами без отрыва от работы I-2 раза в год – регуляцию периферического кровообращения		