DOI: 10.17117/na.2016.10.03.491

<http://ucom.ru/doc/na.2016.10.03.491.pdf>

Поступила (Received): 15.10.2016

Пустарнаков М.Ю.
Комплексное восстановительное лечение
при «локте теннисиста»

Pustarnakov M.Yu.
Complex restorative treatment of tennis elbow

В статье показана эффективность комплексного восстановительного лечения при «локте теннисиста» с применением остеопатии и акупунктуры

Ключевые слова: локоть теннисиста, остеопатия, акупунктура

The article shows the efficiency of complex restorative treatment for "tennis elbow" using osteopathy and acupuncture

Key words: tennis elbow, osteopathy, acupuncture

Пустарнаков Михаил Юрьевич

Врач травматолог-ортопед, мануальный терапевт

Медсервис

г. Салават, ул. Октябрьская, 35

Pustarnakovm Mihail Yurievich

Doctor the traumatologist-orthopedist, chiropractor Medservice

Salavat, Oktyabrskaya st., 35

Введение

Локоть теннисиста (ЛТ) является одним из наиболее распространенных поражений верхней конечности. Встречаемость данной патологии составляет от 1-2% среди взрослой популяции, достигая 7,4% у лиц, занятых в машиностроительном производстве. Заболеваемость у женщин выше, причем пик заболеваемости приходится на возраст 40 – 50 лет и составляет 10%. Несмотря на то, что ЛТ не вызывает выраженных функциональных нарушений в анатомических сегментах конечностей, основной причиной обращения пациентов является стойкий болевой синдром [5, 11].

В этиопатогенезе существенную роль играет микротравматизация в местах прикрепления сухожилий, а также дегенеративные процессы и нарушения местного кровообращения. Часто эпикондилит сопровождается остеохондроз шейного отдела позвоночника, плечелопаточный периартроз, нередко встречается двухстороннее поражение [1, 2, 7].

Клинические проявления заболевания выражены в наибольшей степени в период обострения и проявляются в виде боли в области воспаленного надмыщелка, боль достаточно интенсивная, четко локализована, иногда носит жгучий, мозжащий характер. Боль усиливается при движении в локтевом и лучезапястном суставах, провоцирует супинация и разгибание кисти в локтевом и лучезапястном суставе. Пальпация надмыщелков резко болезненно,

характерны симптомы рукопожатия, кофейной чашки, иногда боль иррадиирует в соответствующие группы мышц. Соппротивление пассивным движениям со стороны пациента также вызывает боль. При хроническом ЛТ боль становится тупой, ноющей, ограничения объема движений в локтевом суставе со временем осложняются атрофией мышц и снижением чувствительности в предплечье и кисти [4, 6].

При диагностике ЛТ используется рентгенография локтевого сустава, информативность метода невысока и позволяет выявить только кальцификацию сухожилий. Ультразвуковая диагностика более информативна и позволяет выявить повреждения мышц и сухожилий, зоны отека, свободную жидкость, наличие тендинита и тендиноза. МРТ так же обладает значительной информативностью, однако используется реже в связи с экономической нецелесообразностью и технической сложностью при проведении массовых осмотров работающего населения. Применение электронейромиографии имеет смысл при явных признаках туннельных синдромов верхней конечности [9].

При консервативном лечении ЛТ широко используются нестероидные противовоспалительные препараты, акупунктура, лазеротерапия, фонофорез с гидрокортизоном. В последние годы при лечении данной патологии стали использоваться остеопатические методы [3, 10, 12].

Цель

Изучить эффективность комплексного восстановительного лечения при «локте теннисиста» с применением остеопатии и акупунктуры.

Материалы и методы

Под нашим наблюдением находилось 27 больных с ЛТ в возрасте от 34 до 51 года (средний возраст $41,9 \pm 1,2$), 18 мужчин, 9 женщин, проходившим обследование и лечение в ООО «Медсервис» (г. Салават).

Общими критериями включения в исследование были диагноз ЛТ в стадии обострения или подострой стадии, установленный не менее, чем за 3 месяца до включения в исследование, уровень боли в локтевом суставе на момент включения 3 и более баллов по 10-бальной визуально-аналоговой шкале (ВАШ). Критерии невключения – выраженные рентгенологические проявления артроза локтевого сустава (2ст. и более), тяжелой степени и/или нестабилизированные заболевания: злокачественные новообразования, неконтролируемая артериальная гипертензия, нестабильная стенокардия, инсульт, эпилепсия, психиатрические заболевания.

Больные с ЛТ были случайным образом разделены на 2 группы, основная группа – 17 человек, 12 мужчин и 5 женщин, средний возраст $40,3 \pm 1,0$. Больным основной группы дважды в неделю проводили сеансы остеопатии и акупунктуры, в основном, применялись артикуляционные и техники мягкотканной мобилизации. Продолжительность лечения в среднем составила 1 месяц, причем оценка клинко-функциональных показателей проводилась еженедельно. В группе сравнения, состоящей из 10 человек, 6 мужчин и 4 женщин, средний возраст $41,5 \pm 1,3$, применяли общепринятую терапию, включающую нестероидные противовоспалительные препараты, физиотерапевтическое лечение – фонофорез гидрокортизона.

Субъективную оценку боли проводили при помощи визуальной аналоговой шкалы (ВАШ). Тестирование проводили до лечения и еженедельно в процессе лечения.

Всем пациентам была выполнена рентгенография локтевого сустава в прямой проекции и УЗИ локтевых суставов (по МакНелли).

Результаты исследования

При детальном обследовании больных с ЛТ было установлено, что большинство из них были заняты физическим трудом, у которых трудовая деятельность вызывает постоянное перетруживание мышц предплечья – 7 в основной и 8 в контрольной. Среди обследованных больных 7 чел. (5 в основной и 2 контрольной) были офисными работниками, перенапряжение мышц предплечья было вызвано длительной работой с компьютерной мышью.

При рентгенографии признаков кальцификации сухожилий, деструкции надмыщелков обнаружено не было. У 2 пациентов основной группы и 1 пациента контрольной группы были выявлены начальные проявления деформирующего артроза (1 степени).

При УЗИ у 5 пациентов (2 в основной и 3 в контрольной) были выявлены признаки воспалительного процесса в мягких тканях в области надмыщелка – утолщение сухожилий, снижение их эхогенности, нечеткость контуров сухожилий, усиление кровообращения в режиме ЦДК. После проведенного лечения у всех пациентов наблюдалась умеренная положительная УЗ-динамика: эхогенность сухожилий приближалась к средней, контуры сухожилий приобрели четкость, в режиме ЦДК кровоснабжение стало обычным.

При оценке болевого синдрома по ВАШ в процессе лечения были получены следующие результаты. Так, до лечения они составляли $5,10 \pm 0,26$ и $4,70 \pm 0,28$ баллов в основной и контрольной группах ($p > 0,05$), то после лечения показатели достоверно отличались ($p < 0,05$) $1,25 \pm 0,33$ и $2,30 \pm 0,13$ соответственно.

Среди пациентов с минимальным регрессом симптоматики – большинство с ультразвуковыми признаками ЛТ. Из чего можно сделать вывод, что наличие УЗ-признаков говорит о более выраженных изменениях в области надмыщелка.

Вывод. Таким образом применение остеопатии и акупунктуры в комплексном лечении ЛТ статистически достоверно ($p < 0,05$) более эффективное, чем традиционное физиотерапевтическое и медикаментозное лечение. Кроме того, преимуществом остеопатического лечения является полный регресс симптоматики в отдельных случаях после первого сеанса. При анализе клинко-функциональных изменений, субъективной психологической оценки интенсивности боли по ВАШ выявлена четкая положительная динамика, а так же устранение соматических дисфункций (устранено 87,5% дисфункций), что говорит о высокой эффективности остеопатического лечения в сочетании с акупунктурой.

Список используемых источников:

1. МакНелли Юджин. Ультразвуковая диагностика костно-мышечной системы. Практическое руководство. пер.с англ. М.: ВИДАР, 2007. 400с.
2. Миронов С.П., Котельников Г.П. Ортопедия. Национальное руководство. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. 872с.

3. Новиков Ю.О., Заинчуковская Л.П., Шакуров Л.Ф. Реабилитация больных с вертеброгенными заболеваниями нервной системы // *Современные методы диагностики и лечения заболеваний нервной системы*. Уфа, 1996. С. 41-44.
4. Новиков Ю.О. Обследование больных дорсалгиями (Обзор) // *Мануальная терапия*. 2001. № 3 (3). С. 64-67.
5. Новиков Ю.О., Галлямова А.Ф., Машкин М.В. Клиника, диагностика и лечение цервикокраниалгий // *пособие для врачей* / Уфа, 2003. 51 с.
6. Buckup K. *Clinical tests for the musculoskeletal system. Examinations-signs-phenomena* // Thieme. 2004. 342p.
7. Faro F, Wolf JM. Lateral epicondylitis: review and current concepts. // *J Hand Surg [Am]*. 2007. 32(8):1271-1279.
8. Nirschl R.P. Elbow tendinosis/tennis elbow. // *Clin Sports Med*. 1992. 11:851-870.
9. Landis J., Keselman I., Murphy C.N. Comparison of electromyographic (EMG) activity of selected forearm muscles during low grade resistance therapeutic exercises in individuals diagnosed with lateral epicondylitis // *Work*. 2005;24(1):85-91.
10. Viola L. A critical review of the current conservative therapies for tennis elbow (lateral epicondylitis) // *Australas Chiropr Osteopathy*. 1998 Jul; 7(2): 53-67.
11. Thomas L. [et al.] The Epidemiology and Health Care Burden of Tennis Elbow. A Population-Based Study // *Am. J. Sports Med*. 2015 May; 43(5), p. 1066-1071.
12. Trivedi P, Sathiyavani D, Nambi G, Khuman R, Shah K, Bhatt P. Comparison of active release technique and myofascial release technique on pain, grip strength & functional performance in patients with chronic lateral epicondylitis. *Int J Physiother Res*. 2014;2(3):488-494.

© 2016, Пустарнаков М.Ю.

Комплексное восстановительное лечение при
«локте теннисиста»

© 2016, Pustarnakov M.Yu.

Complex restorative treatment of tennis elbow