

## «ЭПИКОНДИЛИТ ЛОКТЕВОГО СУСТАВА КАК ДЕГЕНЕРАТИВНАЯ ТЕНДИНОПАТИЯ: КЛИНИКО- БИОМЕХАНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ И СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ТЕРАПИИ»

Облокулов Шохрухжон Шавкатович

Самаркандский государственный медицинский университет

Хурshedов Шухратжон Шавкатжонович

Самаркандский государственный медицинский университет

Шоназаров Сардор Искандарович

Самаркандский государственный медицинский университет

Шухратов Шохжахон Нодирбекович

Самаркандский государственный медицинский университет

**Актуальность.** Эпикондилит локтевого сустава является одной из наиболее распространённых причин хронического болевого синдрома в области верхней конечности у лиц трудоспособного возраста. По данным клинических наблюдений, частота латерального эпикондилита среди населения достигает 1–3 %, при этом максимальная заболеваемость приходится на возрастную группу 35–55 лет. Заболевание часто диагностируется у спортсменов и представителей профессий, связанных с повторяющимися движениями кисти и предплечья, что определяет его высокую социально-экономическую значимость.

Несмотря на традиционное обозначение эпикондилита как воспалительного процесса, современные морфологические исследования свидетельствуют о преобладании дегенеративных изменений в сухожильной ткани (тендиноз), сопровождающихся дезорганизацией коллагеновых волокон, фиброзом и нарушением микроциркуляции. Данный факт объясняет ограниченную

эффективность изолированной противовоспалительной терапии при хроническом течении заболевания.

### Введение

Эпикондилит – это воспалительное заболевание, поражающее сухожилия и мягкие ткани локтевого сустава. В зависимости от локализации воспалительного процесса, выделяют две основные формы:

**Внутренний (медиальный) эпикондилит:** Воспаление развивается во внутренних мышцах локтя, отвечающих за движения кисти. Эта форма встречается реже.

**Внешний (латеральный) эпикондилит:** Характеризуется воспалением сухожилий с внешней стороны локтевого сустава. Данный вид заболевания наиболее распространён и часто ассоциируется с повторяющимися движениями или чрезмерной нагрузкой на локоть. Именно поэтому его широко знают как "локоть теннисиста", хотя он может развиваться у любого человека, чья деятельность связана с подобными нагрузками. Эпикондилит чаще всего диагностируется у пациентов старше 35 лет, при этом мужчины подвержены ему в большей степени, чем женщины. Возникновение эпикондилита обусловлено рядом факторов. Главная причина – это чрезмерная нагрузка на сухожилия и их микроразрывы, приводящие к воспалению в локтевом суставе. Такая перегрузка часто возникает из-за многократного повторения однообразных движений (сгибаний и разгибаний). Поэтому спортсмены и представители профессий, требующих монотонных движений руками (например, аграрии, строители, массажисты), находятся в группе повышенного риска. Также эпикондилит может быть следствием прямых травм локтя или, реже, результатом однократного, но очень сильного напряжения локтевого сустава (например, при поднятии тяжести).

Латеральный эпикондилит, или "локоть теннисиста", представляет собой дегенеративное поражение сухожилий мышц предплечья в зоне их прикрепления к латеральному надмыщелку плечевой кости. Это одна из наиболее частых патологий опорно-двигательного аппарата среди трудоспособного населения, часто сопровождающаяся хронической болью и нарушением функции верхней конечности. Важно отметить, что данный синдром не является классическим воспалительным процессом; его развитие обусловлено микроструктурными дегенеративными изменениями в сухожилиях. Сухожилия, прикрепляющиеся к латеральному надмыщелку (в частности, общий пучок разгибателей кисти и пальцев, где ключевую роль играет короткий лучевой разгибатель), отвечают за разгибание кисти и стабилизацию лучезапястного сустава. Ограниченное кровоснабжение этих сухожилий снижает их регенераторный потенциал, делая их уязвимыми к дегенерации при хронических перегрузках. Сухожилия в здоровом организме служат надежными проводниками мышечной силы к костям и обладают способностью приспосабливаться к нагрузкам.

Однако, при выполнении повторяющихся, однообразных движений, особенно тех, что включают разгибание кисти, сильный захват или вращение предплечья, происходит постепенное повреждение коллагеновых волокон. Если организм не успевает восстановить эти микротравмы, они накапливаются, приводя к деформации сухожилия, снижению его прочности и возникновению боли. Важную роль в развитии этих проблем играет и нарушение биомеханики, вызванное некорректной техникой движений, чрезмерным статическим

напряжением и недостаточной выносливостью мышц.

Причиной эпикондилита в основном становятся перегрузки, возникающие при занятиях спортом или выполнении профессиональных обязанностей. Это заболевание часто поражает спортсменов, таких как теннисисты и игроки в сквош, а также представителей профессий, требующих однообразных движений кистью и предплечьем – например, стоматологов, хирургов, массажистов, строителей и офисных работников, проводящих много времени за компьютером. Дополнительными факторами, увеличивающими вероятность развития эпикондилита, являются возраст (35-55 лет), поражение доминирующей руки, курение, нарушения кровообращения и сопутствующие дегенеративные изменения в опорно-двигательном аппарате.

Борьба с эпикондилитом обычно начинается с нехирургических подходов. Операция рассматривается лишь как крайняя мера, применяемая, если консервативное лечение в течение года не дает желаемого эффекта. Следует помнить, что эпикондилит – это заболевание, которое развивается и лечится долго. Часто это связано с тем, что люди обращаются к врачу поздно, когда болезнь уже прогрессировала из-за постоянного воспаления в суставе. Если эпикондилит вызван спецификой работы, то на время лечения от нее придется отказаться. Специалист назначит покой для мышц пораженной конечности, что означает ограничение движений в локтевом суставе. Для надежной фиксации сустава могут применяться шины или гипсовые повязки, особенно при выраженном болевом синдроме. Физические нагрузки на больную руку категорически противопоказаны. Отдельно стоит случай эпикондилита, возникшего в результате прямой травмы локтя. Если же микротравма является следствием воспалительного процесса, то в области повреждения рекомендуется использовать холод (лед). Для возвращения утраченной подвижности назначаются лечебная физкультура и массаж (по решению врача). Комплекс

упражнений ЛФК направлен на активацию мышц и растяжение поврежденных сухожилий.

Применение методов прикладной кинезиологии способствует снятию отеков, болевых ощущений и мышечного спазма, ускоряя процесс регенерации. Все эти методы направлены на естественное восстановление мышечной и сухожильной ткани. Современная теория развития эпикондилита предполагает, что в его основе лежит тендиноз – дегенеративный процесс в сухожилии, а не воспаление. Хронические микротравмы приводят к дезорганизации коллагеновых структур, появлению мукоидных изменений, фиброзу и неоангиогенезу в сухожильной ткани. Отсутствие выраженной воспалительной реакции при гистологическом исследовании объясняет недостаточную эффективность противовоспалительной терапии при длительном течении заболевания. Формирование болевого синдрома обусловлено стимуляцией ноцицепторов, изменениями в локальной иннервации и биомеханическими нарушениями.

"Развитие клинических проявлений латерального эпикондилита происходит поэтапно. Центральным симптомом является дискомфорт в области наружного надмыщелка плечевой кости, который может распространяться вдоль мышц предплечья. Интенсивность боли возрастает при выполнении физических действий, в частности, при разгибании кисти, сжимании кулака, подъеме грузов и ротационных движениях. В периоды отдыха болевые ощущения, как правило, ослабевают или полностью исчезают. Нередко пациенты жалуются на ослабление хватательной функции и повышенную утомляемость верхней

конечности. При пальпаторном исследовании выявляется локальная болезненность в зоне проекции латерального надмыщелка. Хотя активные и пассивные движения в локтевом суставе обычно не ограничены, функциональные пробы с созданием сопротивления провоцируют усиление болевого синдрома."

Эпикондилит проявляется прежде всего болевыми ощущениями в локте, которые не сопровождаются внешними признаками повреждения сустава. Характер боли – ноющий, с четкой локализацией. Болезненность обычно возникает после физических нагрузок, но при этом подвижность локтевого сустава не нарушена. Специалист при пальпации определяет наиболее болезненную точку: при наружном эпикондилите это наружный надмыщелок, при внутреннем – внутренний. Отличительной чертой эпикондилита является отсутствие боли в состоянии покоя и при свободных движениях локтя, что помогает отличить его от травматических повреждений. Не игнорируйте боль в локте, даже если она временно проходит, и обратитесь к врачу. Воспалительные процессы в сухожилиях могут продолжать развиваться, приводя к хронической форме заболевания.

Диагностика эпикондилита начинается с тщательного клинического осмотра и сбора анамнеза пациента. Далее, для подтверждения диагноза применяются специфические провокационные тесты, такие как тест Козена, Милла и Томсона, которые призваны вызвать болевые ощущения и выявить поражение сухожилий разгибателей. Инструментальные методы исследования подключаются на этапе уточнения диагноза и для исключения других возможных причин симптомов. Рентгенография, как правило, не демонстрирует

явных признаков эпикондилита, но полезна для дифференциации с артрозом или посттравматическими изменениями. Ультразвуковое исследование дает возможность оценить состояние сухожилий, выявив их утолщение, участки с пониженной эхогенностью и наличие кальцинатов. Магнитно-резонансная томография считается наиболее информативным методом, позволяющим детально изучить дегенеративные изменения, частичные разрывы сухожильных волокон и состояние прилегающих мягких тканей. Диагностика эпикондилита преимущественно клиническая, то есть основывается на осмотре и пальпации, проводимых специалистом. Инструментальные методы, вроде рентгена или УЗИ, а также лабораторные анализы, как правило, не используются. Исключением может быть рентгенография, применяемая для оценки костных структур локтя и выявления возможных повреждений.

Дифференциальная диагностика эпикондилита требует исключения ряда состояний, включая артроз локтевого сустава, бурсит, туннельные синдромы, поражения лучевого нерва, миозит, а также боли, иррадиирующие при шейной радикулопатии и системных ревматических заболеваниях. Точная интерпретация клинической картины и результатов инструментальных исследований является основополагающей для определения оптимальной лечебной стратегии. Подход к лечению эпикондилита, как правило, нехирургический и направлен на достижение трех ключевых целей: купирование болевого синдрома, восстановление полноценной функции сухожилия и профилактику рецидивов. Основой лечебной стратегии является коррекция двигательного режима, включающая временное ограничение действий, провоцирующих заболевание, и применение поддерживающих устройств (ортезов, бандажей) для снижения натяжения сухожилия. Неотъемлемой частью реабилитации является лечебная физкультура, в частности, эксцентрические упражнения, способствующие укреплению мышц предплечья и повышению их адаптивных возможностей. Фармакотерапия обычно ограничивается короткими

курсами нестероидных противовоспалительных средств, преимущественно в виде местных форм.

Инъекции глюкокортикостероидов могут обеспечить быстрое обезболивание, однако их применение требует осторожности из-за потенциального риска усугубления дегенеративных процессов. Современные терапевтические подходы, такие как ударно-волновая терапия и PRP-терапия, набирают популярность благодаря своей способности стимулировать процессы регенерации в поврежденном сухожилии.

### **Нехирургическое лечение эпикондилита**

Консервативное лечение эпикондилита направлено на облегчение боли и поддержание подвижности локтевого сустава с помощью медикаментов и физиотерапии.

**Медикаментозное лечение** призвано уменьшить воспаление. Для этого используются местные противовоспалительные средства (гели, мази) и обезболивающие препараты для снятия острой боли. Если обычные средства не помогают, может быть назначена блокада – инъекция глюкокортикостероидов (например, гидрокортизона) для более сильного противовоспалительного и обезболивающего эффекта. Блокада обычно проводится однократно, но в сложных случаях может потребоваться повторное введение через 1-2 недели.

**Важно:** Блокада имеет противопоказания, такие как проблемы с почками, тромбофлебит, диабет, высокое давление, туберкулез, язвенная болезнь и некоторые инфекции. Обязательно проконсультируйтесь с врачом по поводу всех возможных ограничений.

"Хирургия становится опцией, если консервативное лечение не приносит облегчения в течение 6–12 месяцев, а боль значительно ограничивает активность. Операции, направленные на удаление поврежденных участков

сухожилия и снижение натяжения (открытым или артроскопическим методом), обычно приводят к хорошим функциональным результатам." В большинстве случаев прогноз при эпикондилите благоприятен. При условии своевременного выявления, адекватной корректировки физических нагрузок и соблюдения реабилитационных принципов, подавляющее большинство пациентов отмечают улучшение. Профилактические меры включают эргономическую адаптацию рабочего процесса, исправление техники движений, регулярные упражнения для мышц предплечья и постепенное увеличение интенсивности физической активности. Следовательно, эпикондилит является многофакторным дегенеративным заболеванием, требующим всестороннего и персонализированного подхода к лечению и восстановлению.

### **Список литературы:**

1. Миронов С.П., Орлецкий А.К., Королев А.В. Ортопедия и травматология: национальное руководство. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2018.
2. Котельников Г.П., Миронов С.П. Травматология и ортопедия. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2020.
3. Чаклин В.Д. Заболевания и повреждения сухожилий. — М.: Медицина, 2017.
4. Епифанов В.А. Медицинская реабилитация при заболеваниях опорно-двигательного аппарата. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2019.
5. Капанджи И.А. Функциональная анатомия верхней конечности. — М.: Эксмо, 2016.
6. Садофьева В.И. Лучевая диагностика заболеваний суставов. — СПб.: СпецЛит, 2018.