

## **Болевой синдром при двустороннем тендинозе сухожилий ягодичных мышц.**

### **Клинический случай: опыт лечения с применением Траумель С**

**Ключевые слова:** тендиноз сухожилий ягодичных мышц, тендинит, энтезопатия, Траумель С, периартикулярное поражение

**Резюме статьи:** Одной из наиболее частых причин обращений к врачу ревматологу и ортопеду являются заболевания мягких околоуставных тканей. Наиболее часто пациенты без остеоартрита могут испытывать дискомфорт и снижение функции суставов при повышенной нагрузке, связанной с повседневной деятельностью или занятиями физкультурой. К основной периартикулярной патологии области бедра и ягодицы относятся: воспаление глубокой сумки большого вертела, подвздошно-гребешковый бурсит, трохантерит, седалищно-ягодичный бурсит, тендинит приводящей мышцы бедра, миофасциальный синдром грушевидной мышцы и энтезопатия сухожилий ягодичных мышц. При использовании общепринятых медикаментозных и нефармакологических схем не всегда удается достичь желаемого результата, а именно значимое уменьшение болевого синдрома и улучшение качества жизни пациента. В статье описывается клинический случай, ярко демонстрирующий эффективность многокомпонентного лекарственного препарата Траумель С в перевес стандартному лечению при двусторонней энтезопатии сухожилий ягодичных мышц.

Заболевания мягких околоуставных тканей или периартриты – большая группа ревматических синдромов, при которых патологический процесс локализован в сухожилиях, сухожильных оболочках, фасциях, мышечно-сухожильных соединениях, энтезисах, суставных связках и сумках. В большинстве случаев эти заболевания сопровождаются хронической локальной болью в области одного сустава, усиливающейся при определенных движениях, связанных с нагрузкой на пораженную структуру. Периартикулярные поражения могут развиваться при многих ревматических заболеваниях, но чаще являются самостоятельным или дегенеративным процессом. Лабораторные и рентгенологические изменения при этом отсутствуют [1].

Обращения по поводу патологии периартикулярных мягких тканей могут составлять до 59% первичных визитов к ревматологу и ортопеду [2].

К наиболее частым причинам болевого синдрома в области бедра и ягодицы относятся различные варианты спондилеза поясничного и крестцового отдела позвоночника, поражение илеосакральных сочленений, остеоартрит тазобедренных суставов и периартикулярное поражение мягких тканей [3-5]. Установлено, что различные скелетно-мышечные болевые синдромы сопровождаются компенсационными биомеханическими перестройками опорно-двигательного аппарата. Вторичные изменения направлены на поддержание общего центра тяжести и могут также служить предиктором развития болевых синдромов. В ходе одного из исследований с участием 72 пациентов в возрасте от 20 до 40 лет с признаками синдрома хронической тазовой боли выявлено достоверное отклонение параметров показателей биомеханики, наиболее часто за счет изменения тонуса пояснично-подвздошных мышц и большой ягодичной мышцы [6].

К основной периартикулярной патологии области бедра и ягодицы относятся: воспаление глубокой сумки большого вертела, подвздошно-гребешковый бурсит, трохантерит, седалищно-ягодичный бурсит, тендинит приводящей мышцы бедра, миофасциальный синдром грушевидной мышцы и энтезопатия сухожилий ягодичных мышц [7].

С целью демонстрации клинического эффекта Траумель С представлен следующий клинический случай:

Пациентка, женщина 44 года. Жалобы при обращении на боли в пояснично-крестцовой области, области ягодиц с обеих сторон, иррадиирующие по задней поверхности бедер. Боли усиливались при длительном сидении. У пациентки «сидячая» работа, на которой она проводит от 8 до 12 часов в сутки 5-6 дней в неделю. С постепенным прогрессированием симптомы беспокоят около четырех лет. Пациентка лечилась у невролога по месту жительства с диагнозом «Дегенеративно-дистрофическое поражение пояснично-крестцового отдела позвоночника» курсами нестероидных противовоспалительных препаратов (НПВС) и хондропротекторов (хондроитин сульфат) с кратковременным эффектом. Боли притуплялись, но через 2-4 недели снова возвращались. В последние 2-3 месяца прием НПВС был 3-5 раз в неделю. 2 недели назад боли стали очень сильными и пациентка обратилась на прием к ортопеду-травматологу, в качестве дообследования назначена компьютерная томография пояснично-крестцового отдела позвоночника и тазобедренных суставов, в результате которой выявлено: дегенеративные изменения пояснично-крестцового отдела позвоночника. Спондилоартроз. Протрузия межпозвонковых дисков L3/4, L4/5, L5/S1 в пределах физиологического выстояния задних контуров дисков, без признаков невральной компрессии. Дегенеративные изменения крестцово-подвздошных сочленений и лобкового симфиза. Двусторонний коксартроз 2

стадии. Двусторонний тендиоз сухожилий ягодичных мышц. Лабораторные исследования без клинически значимых отклонений от нормы. Назначена терапия: Аркоксиа 120 мг в сутки 7 дней, затем 90 мг в сутки 7 дней, Диафлекс Ромфарм 50 мг в сутки 2 недели, далее по 50 мг 2 раза в сутки до 28 дней, мильгамма 1 ампула в сутки внутримышечно 20 дней, Толперизон 150 мг 3 раза в сутки. Пациентка получала вышеперечисленное лечение в течение 5 дней, боль по визуальной аналоговой шкале уменьшилась с 8 см до 6 см и в связи с продолжающимся выраженным болевым синдромом обратилась на прием к ревматологу. Сопутствующих заболеваний у пациентки нет.

По данным осмотра выявлены значительное мышечное напряжение и боль областей сухожилий обоих ягодичных мышц, ограничение отведения в обоих тазобедренных суставах. Выраженная боль при пальпации области ягодичных мышц.

Терапия назначена исходя из слабовыраженного эффекта от препаратов других групп:

1. Траумель С по 1 таблетке 3 раза в сутки 5 недель в сочетании с раствором для инъекций Траумель С по 1 ампуле внутримышечно 3 раза в неделю 2 недели
2. После купирования острого периода: лечебная физкультура с врачом
3. Закончить курс терапии, назначенный ортопедом-травматологом

Значимый терапевтический эффект развился в течение 48 часов: уменьшение боли, согласно визуальной аналоговой шкале с 6 см до 2-3 см.

При повторном осмотре через 1 месяц пациентка отметила, что ежедневно занимается лечебной физкультурой, боль по визуальной аналоговой шкале оценивает на 0-1 см. Через 3 месяца на контрольном осмотре (2 месяца после окончания курса Траумель С) пальпаторно в области ягодичных мышц безболезненно, отведение в тазобедренных суставах ограничено незначительно. Пациентка дает высокую оценку эффективности после пройденного курса лечения, а также очень хорошую переносить: за курс терапии не наблюдалось значимых нежелательных явлений. Повторные исследования не проводились ввиду хорошего самочувствия пациентки и отсутствия исходных симптомов.

Лечение патологии околоуставных мягких тканей является комплексным и включает в себя фармакологические, нефармакологические методы, а также реабилитацию [1,3,6,7].

Нестероидные противовоспалительные препараты рассматриваются многими экспертами, как средства первой линии. Применение этих средств более целесообразно в тех случаях, когда периартикулярному поражению сопутствует клинически выраженный остеоартрит крупных суставов [7]. К минусам применения этих препаратов относятся: возможность получения осложнений со стороны желудочно-кишечного тракта и сердечно-сосудистой

системы, а также способность лишь к умеренному облегчению боли при периартритах [7,8].

Локальное введение глюкокортикоидов считается одним из наиболее важных терапевтических подходов в связи с высокой эффективностью и хорошей переносимостью. К минусам метода относятся: гипергликемия и повышение уровня артериального давления, наличие зон поражения с трудной доступностью с технической точки зрения, наличие редких, но тяжелых осложнений в виде депигментаций, атрофии подкожной жировой клетчатки, разрывы фасций, а также ограничение использования у спортсменов в связи с наличием в крови следов стероидов, что может быть расценено, как допинг [9].

Физиотерапевтические методы являются важным дополнением к медикаментозному лечению: лазеротерапия, магнитотерапия, ультразвуковая и ударно-волновая терапия обладают умеренным эффектом, способствуют быстрому функциональному восстановлению, однако эффект сохраняется не долгий, а также неясны и отдаленные результаты применения этих методов [10].

В состав комплексного лечения болевого и воспалительного синдромов при поражении периартикулярных мягких тканей может также быть включен многокомпонентный лекарственный препарат Траумель С, механизмом действия которого является регулирующее действие на медиаторы воспаления без подавления циклооксигеназы. Проведенные перспективные многоцентровые сравнительные наблюдательные исследования продемонстрировали, что Траумель С уменьшает болевые и воспалительные симптомы. Нерандомизированное наблюдательное исследование показало, что Траумель С оказался эквивалентным терапии нестероидными противовоспалительными препаратами (диклофенак) в снижении боли и улучшении подвижности суставов. В сравнительном исследовании было показано, что комбинированная терапия диклофенак и Траумель С позволяет снизить суточную дозу, суммарную и суточную дозу приема нестероидных противовоспалительных средств и уменьшить количество дней их приема. Траумель С зарегистрирован Минздравом России для терапии заболеваний опорно-двигательного аппарата [11]. Согласно инструкции по применению данный препарат показан к применению при воспалительных процессах опорно-двигательного аппарата таких как тендовагинит, бурсит, периартрит, эпикондилит и т.д.

Вывод данного клинического опыта: Траумель С хорошо справился с периартикулярным поражением, а конкретно с двусторонним тендиозом сухожилий ягодичных мышц. В результате приема препарата уменьшился

болевым синдром, увеличилась подвижность тазобедренных суставов и значительно улучшилось качество жизни пациентки.

Пациентка дала высокую оценку эффективности лечения и дала свое информированное согласие на публикацию.

#### Список литературы:

1. Годзенко А.А. Лечение периартикулярных болевых синдромов. РМЖ. 2012; 7: 382
2. Speed CA. Fortnightly review: Corticosteroid injections in tendon lesions. BMJ, 2001 Aug 18 323(7309): 382–6.
3. Шостак Н.А., Правдюк Н.Г., Клименко А.А. Болевой синдром в области бедра и ягодицы – взгляд интерниста. Клиницист. 2011; 4: 43-47
4. Яхно Н.Н. Боль, практическое руководство. Москва. Медпресс-информ. 2023: 341-344
5. Извозчиков С.Б. Неонкологическая тазовая боль. Москва. Медпресс-информ. 2023: 100-111
6. Думцев В.В., Барулин А.Е. Анализ перестроек опорно-двигательного аппарата у лиц с синдромом хронической тазовой боли. Российский журнал боли. 2020; том 18: 48
7. Каратеев А.Е., Каратеев Д.Е. «Малая ревматология»: несистемная ревматическая патология околоуставных мягких тканей области таза и нижней конечности – диагностика и лечение. Часть 3. Современная ревматология. 2015; 4(15): 68-76
8. Каратеев А.Е., Насонов Е.Л, Яхно Н.Н. и др. Клинические рекомендации «Рациональное применение нестероидных противовоспалительных препаратов (НПВС) в клинической практике. Современная ревматология. 2015; 9(1): 2-24
9. Каратеев А.Е., Каратеев Д.Е., Ермакова Ю.А. «Малая ревматология»: несистемная ревматическая патология околоуставных мягких тканей верхних конечностей. Часть 2. Медикаментозные и немедикаментозные методы лечения. Современная ревматология. 2015; 9(3): 33-42
10. Michel F, Decavel P, Toussirot E et al. Piriformis muscle syndrome: diagnostic criteria and treatment of a monocentric series of 250 patients. Ann Phys Rehabil Med. 2013. Jul; 56(5): 371-83

11. Мазуров В.И. Тактика врача-ревматолога. Практическое руководство. Репринтное издание. Москва. ГОЭТАР-Медиа. 2022: 22