

Эпикондилиты: актуальные вопросы диагностики и лечения на этапе оказания первичной медико-санитарной помощи

Д.И.Трухан[✉]

ФГБОУ ВО Омский государственный медицинский университет Минздрава России. 644043, Россия, Омск, ул. Ленина, д. 12

Самой распространенной причиной боли в локте являются эпикондилиты. Эпикондилиты области локтевого сустава являются распространенной, имеющей характерные диагностические признаки и позитивно реагирующей на проводимую терапию формой периартикулярной патологии. Наличие в арсенале врача первого контакта различных форм гомеопатического препарата Траумель С расширяет его терапевтические возможности и позволяет повысить качество и эффективность медицинской помощи пациентам на этапе первичной медико-санитарной помощи.

Ключевые слова: первичная медико-санитарная помощь, эпикондилит, диагностика, лечение, Траумель С.

[✉]dmitry_trukhan@mail.ru

Для цитирования: Трухан Д.И. Эпикондилиты: актуальные вопросы диагностики и лечения на этапе оказания первичной медико-санитарной помощи. Consilium Medicum. 2016; 18 (9): 164–169.

Epicondylitis: current issues of diagnosis and treatment in phase of rendering primary health care

D.I.Trukhan[✉]

Omsk State Medical University of the Ministry of Health of the Russian Federation. 644043, Russian Federation, Omsk, ul. Lenina, d. 12

The most common cause "pain in the elbow" is epicondylitis. Epicondylitis of the elbow area are common, having a characteristic diagnostic signs and reacting positively to treatment form periarticular pathology. The presence in the arsenal of the first contact doctor various forms of homeopathic medication Traumeel S expands its therapeutic potential and to improve health care quality and efficiency for patients in primary health care.

Key words: primary health care, epicondylitis, diagnosis, treatment, Traumeel S.

[✉]dmitry_trukhan@mail.ru

For citation: Trukhan D.I. Epicondylitis: current issues of diagnosis and treatment in phase of rendering primary health care. Consilium Medicum. 2016; 18 (9): 164–169.

Первичная медико-санитарная помощь (ПМСП) является основой системы оказания медицинской помощи и оказывается в амбулаторных условиях и в условиях дневного стационара. ПМСП оказывается врачами первого контакта: терапевтами, участковыми терапевтами, педиатрами, участковыми педиатрами и врачами общей практики (семейными врачами). Одним из основных направлений реформирования ПМСП является переход к организации ПМСП по принципу семейного врача (врача общей практики). Это предполагает значительное расширение функций, выполняемых врачами первого контакта (участковый терапевт, врач общей практики, участковый педиатр).

Основным действующим лицом ПМСП становится врач общей практики (семейный врач), оказывающий населению многопрофильную амбулаторную медицинскую помощь. Объем лечебно-диагностических манипуляций, которые обязан выполнять врач общей практики, очень разнообразен и позволяет расширить объемы медицинской помощи при неврологической, хирургической патологии, травмах, ревматической и эндокринных заболеваниях, болезнях ЛОР-органов, патологии глаз, урологических и кожных болезнях, что приводит к изменению структуры амбулаторного приема, оптимизирует использование консультаций узких специалистов. Опыт работы врачей общей практики показывает, что они берут на себя более 1/3 посещений к врачам-специалистам, соответственно уменьшая число направлений на консультацию и повышая удовлетворенность пациентов в отдельных видах специализированной помощи.

Боль является одним из самых распространенных симптомов в современной клинической практике и одной из наиболее частых причин, по которой люди обращаются за медицинской помощью. Для многих заболеваний характерна определенная схема возникновения и развития боли, которая нередко является патогномоничной. При наличии у пациента болей врач всегда должен анализировать их, учитывая следующие характеристики: начало, разви-

тие, миграцию, характер, интенсивность, локализацию и иррадиацию, продолжительность, причины усиления и облегчения болей [1].

Боль в локте встречается у пациентов достаточно часто, однако в большинстве случаев пациент связывает ее появление с реальным/мнимым ушибом, считает, что боль «вот-вот пройдет» и не обращается за медицинской помощью. Вместе с тем боль в локте часто снижает качество жизни и трудоспособность пациента. Недиагностированная и, соответственно, нелеченая боль может приобретать хронический характер, и сопровождается развитием астеино-невротического синдрома, тревоги и депрессии.

В ряде публикаций подчеркивается актуальность проблемы диагностики и лечения боли в локте [2–6]. Вместе с тем эта проблема нуждается в дополнительной актуализации непосредственно для практики врача первого контакта на этапе оказания ПМСП.

Прежде всего необходимо отметить, что первичный остеоартроз/остеоартрит и артриты локтевого сустава наблюдаются достаточно редко [7, 8]. В области локтевого сустава берут начало сильные мышцы – сгибатели и разгибатели кисти. Большая нагрузка на мышцы предплечья способствует частому развитию тендинопатий/энтезопатий и бурситов. Наиболее частыми вариантами тендинопатий/энтезопатий в области локтевого сустава являются латеральный (ЛЭ) и медиальный эпикондилиты (МЭ). Эпикондилиты области локтевого сустава – одна из наиболее частых форм мягкотканых периартикулярных поражений.

Эпикондилиты являются самой распространенной причиной боли в локте среди всех слоев населения [9]. Они возникают с одинаковой частотой как у женщин, так и у мужчин с максимальной частотой распространения среди людей в возрасте от 34 до 54 лет [10]. В основе заболевания лежат дегенеративно-воспалительные изменения в месте прикрепления к плечевой кости (в области локтевого сустава) сухожилий мышц наружной и внутренней области предплечья. Чаще поражается наружный надмыщелок, в

Дифференциально-диагностические критерии поражения периартикулярных тканей и суставов [14]

Критерий	Периартрит	Поражение сустава (артрит)
Характер боли	Непостоянная, возникает при определенных движениях	Постоянная, при движении и в покое
Локализация боли	Локальная, можно определить точку максимальной боли	Разлитая по всей проекции сустава
Изменение объема активных и пассивных движений	Ограничен объем активных движений, сохранен объем пассивных движений	Ограничен объем активных и пассивных движений
Характер отечности области сустава	Неравномерная, часто отмечается асимметрия, отечность связана с конкретным сухожильным влагалищем, бурсой	Равномерная, по всей проекции сустава. Могут определяться утолщение синовиальной оболочки и выпот в суставе

этом случае устанавливают диагноз наружного (латерального) эпикондилита, реже в процесс вовлекаются сухожилия сгибателей кисти (внутренний эпикондилит, или МЭ). Соотношение по частоте между ЛЭ и МЭ варьируется от 4:1 до 7:1 [11].

ЛЭ был впервые описан как «теннисный локоть», или «локоть теннисиста». Этот синдром возникает вследствие перетренировки и проявляется болью по латеральной поверхности локтевого сустава. Пациенты молодого возраста обычно связывают его возникновение с игрой в большой теннис. У пациентов старших возрастных групп данная патология часто связана с их профессиональной деятельностью (ручным трудом) или домашней работой [12, 13].

ЛЭ в настоящее время рассматривается как воспалительное заболевание и/или микроразрыв в месте прикрепления короткого лучевого разгибателя кисти (*musculus extensor carpi radialis brevis*). В последнем случае в литературе иногда используется термин «эпикондилалгия» [10]. В патогенезе данного заболевания – воспалительные и дегенеративные изменения в мягких тканях в области латерального надмыщелка плеча. Чаще всего эти изменения происходят в месте прикрепления к надмыщелку сухожилий следующих мышц – супинатора и лучевых разгибателей запястья (длинного и короткого). Общий разгибатель пальцев и трехглавая мышца плеча вовлечены в патологический процесс значительно реже и, как правило, являются источниками отраженной боли при ЛЭ.

Ведущее провоцирующее движение – форсированное разгибание среднего пальца кисти против сопротивления – вызывает боль, так как мышца прикрепляется к основанию пясти среднего пальца. В анамнезе у пациентов имеют место часто повторяющиеся сгибательно-разгибательные движения в лучезапястном суставе или пронационно-супинационные движения всей верхней конечности. Типична связь между постепенным началом симптомов и наличием накопленной травмы вследствие повторяющихся движений кисти, запястья или мышц предплечья.

В типичных случаях боль у пациентов с ЛЭ локализуется в дорсальной области проксимального отдела предплечья и латеральной области локтя. Боль провоцируется любым сильным сокращением мышц-разгибателей предплечья и кисти, например таким, как сильное рукопожатие. Симптомы «теннисного локтя» могут появиться при неправильном закручивании мяча, повороте ракетки при полностью разогнутом локте (чаще при ударе слева).

Однако термин «теннисный локоть» в зависимости от причины повреждения можно заменить на «портфельный», «ручко-дверный» или «локоть проводника собаки». Появление симптомов провоцируют чрезмерные повторные напряжения или длительная супинация кисти, особенно при разогнутом локте, а также сильное сгибание в локте при пронированном предплечье. Состояние «портфельного локтя» развивается при постукивании пальцами несущей руки по крышке готового открыться портфеля. Также травматично ношение тяжелого портфеля при разогнутой руке, когда его приходится удерживать на ходу за счет про-

национно-супинационных движений, особенно если при каждом шаге нога толкает портфель сзади.

Из других причинных ситуационных моментов возможных повреждений следует назвать: поворот тугой дверной ручки, отжимание белья руками, тщательное глажение утюгом, отвинчивание плотной крышки консервной банки, закручивание банок при домашнем консервировании, многократные рукопожатия у работающих в больших коллективах или на различных многочисленных приемах/мероприятиях, рисование мелком на стенной доске, ручная мойка стен, сгребание опавшей листвы, прогулки с большой собакой на поводке. Следует помнить также, что эпикондилит может развиваться и без явной связи с физической нагрузкой, например, у лиц с дисплазией соединительной ткани и синдромом гипермобильности суставов или на фоне дегенеративно-дистрофических изменений опорно-двигательного аппарата.

В поздних стадиях процесса пациенты отмечают, что им трудно держать ручку, поднимать чашку с кофе, шить, играть на музыкальных инструментах и открывать банки. Они начинают указывать на снижение силы сжатия кисти только тогда, когда это негативно влияет на повседневную деятельность.

Диагноз ставится при наличии характерной боли в области латерального надмыщелка плеча, иррадиирующей вниз по наружной поверхности предплечья до кисти. Боль усиливается: при разгибании в лучезапястном суставе против сопротивления (более выражено, если локоть разогнут); при одновременном сжатии кисти в кулак, пронации руки и радиальной девиации в лучезапястном суставе; при резистивном разгибании в проксимальном межфаланговом суставе III пальца кисти; пассивном разгибании в локтевом суставе, когда предплечье пронировано и кисть согнута; при крепком пожатии кисти, которая находится в ульнарной девиации, и т.д. [2].

Важнейшую информацию при эпикондилитах дает проведение грамотной «сканирующей» пальпации периартикулярных тканей, которая позволяет выявить заинтересованные мышцы или группы мышц. Дифференциально-диагностические критерии поражения периартикулярных тканей и суставов представлены в таблице.

Рентгенография при ЛЭ малоинформативна. При хроническом или часто рецидивирующем течении эпикондилита (что наблюдается крайне редко) на рентгенограмме можно видеть типичные для хронических энтезопатий изменения – разрыхления кортикального слоя, кистовидную перестройку костной ткани в области пораженного энтезиса и оссификацию энтезиса в виде «шпоры».

Уточнить диагноз позволяет ультразвуковое исследование или магнитно-резонансная томография периартикулярных тканей локтевого сустава. Однако поражаемые структуры при эпикондилитах настолько поверхностны, что применение этих методов визуализации мягких тканей может не дать какой-либо дополнительной диагностической информации. Как правило, у пациентов отмечаются нормальные лабораторные тесты (острофазовые показатели), что позволяет исключить воспалительные заболевания суставов.

В ряде случаев в этой зоне может быть компрессионно-ишемическая нейропатия поверхностной ветви лучевого нерва, заподозрить которую можно при наличии характерных ноющих болей в покое, а уточнить диагноз позволяет электронейромиография. Данная форма компрессионно-ишемической нейропатии рассматривается как алгическая форма туннельного синдрома лучевого нерва, поскольку не сопровождается парестезиями и чувствительными расстройствами.

МЭ был впервые описан как «локоть игрока в гольф». Причина данной формы эпикондилита – повреждение в результате перетренировки сухожильей мышц пронаторов и сгибателей предплечья в месте их прикрепления к медиальному надмыщелку плеча. Эта область подвергается вальгусно направленному воздействию на вершине замаха, боль отмечается над медиальным надмыщелком и усиливается при сгибании и пронировании предплечья на фоне сопротивления. Часто данная форма эпикондилита может встречаться у мальчиков 9–15 лет с незрелой мускулатурой, занимающихся борьбой и видами спорта, связанными с бросковыми движениями.

При МЭ поражаются сухожильные структуры мышц, прикрепляющихся к медиальному надмыщелку плечевой кости: круглого пронатора, лучевого и локтевого сгибателей запястья, длинной ладонной. Боль локализована в области медиального надмыщелка плечевой кости с иррадиацией вниз по сгибательной поверхности предплечья до кисти. Для воспроизведения боли можно воспользоваться тестом резистивного активного сгибания: активное сгибание кисти против сопротивления при супинированной руке вызывает боль [4].

При МЭ важное значение имеет дифференциальный диагноз, который должен проводиться при остром начале с разрывом медиальной коллатеральной связки, переломами эпифиза и разрывом сухожилия сгибателей, а при хроническом течении – с нейропатиями локтевого нерва.

Диагноз МЭ ставится при наличии боли в области внутреннего надмыщелка плеча, иррадирующей вниз по сгибательной поверхности предплечья до кисти. Боль усиливается при нагрузке на мышцы-сгибатели при выполнении сгибания кисти против сопротивления (при супинированной руке), а также при форсированном разгибании запястья. При осмотре отмечается болезненность при пальпации в области медиального надмыщелка. Инструментальные методы диагностики, как и при ЛЭ, часто являются малоинформативными.

В области медиального надмыщелка также может быть компрессионно-ишемическая нейропатия, при которой происходит сдавление локтевого нерва в кубитальном канале, что может сопровождаться парестезиями, болью и зудом по локтевому краю кисти и пальцев, а в дальнейшем – слабостью и амиотрофией мышц гипотенара и межкостных мышц с возможным формированием «когтистой кисти».

При наличии боли в области надмыщелков плеча также целесообразно проведение дифференциального диагноза между локальной периартикулярной и вертеброгенной патологией, обусловленной дегенеративно-дистрофическими изменениями в шейном отделе позвоночника. С этой целью показаны проведение провокационных ортопедических тестов (позволяющих определить, не возникает ли боль в локте при определенных движениях шеи), а также обследование мышц в области шеи и плеча, которые могут быть источниками отраженной боли при эпикондилитах (лестничные, грудные, подлопаточная, над- и подостные мышцы).

Медиальный апофизит иногда рассматривается в качестве варианта МЭ, но фактически он вызван избыточной тягой и воспалением апофиза медиального надмыщелка, и поэтому чаще такой термин является самостоятельным. Воспаление медиального апофиза обозначается в литера-

туре как «локоть бейсболиста» и возникает в результате вальгусно направленной силы при частом движении руки по кривой броска мяча. У пациентов находят микроразрывы сухожильей мышц пронаторов и сгибателей, а в тяжелых случаях – отрыв и раздробление медиального апофиза.

У пациента при осмотре может отмечаться умеренная отечность вдоль локтевого сустава. Пациенты также нередко жалуются на болезненность при пальпации медиального (и в меньшей степени латерального) надмыщелка, а также вдоль медиально-проксимальной части предплечья или в дистальной части руки. Боль в локте у пациентов с медиальным апофизитом, как правило, может возникать при броске мяча или его имитации.

Лечение эпикондилитов, как правило, консервативное [2]. При незначительной боли (когда пациента больше волнует причина его неприятных ощущений, чем собственно боль) лечение может быть ограничено охранительным режимом для пораженной конечности – «не совершать движения, вызывающие боль». При развитии эпикондилита у пациента, занимающегося спортом (большой теннис, гольф) или физическим трудом, логична рекомендация сделать перерыв в физической нагрузке (прекратить тренировки) до полного исчезновения симптомов с последующим постепенным увеличением объема нагрузки. В этих случаях желательно установить причину перегрузки – неправильный режим труда или неудобные инструменты. Если пациент действительно играет в большой теннис, то можно рекомендовать ему пользоваться ракеткой меньших размера и массы, а также определенным образом модернизировать свои движения при игре, что подробно освещено в Федеральных клинических рекомендациях «Реабилитация при эпикондилитах плеча (консервативное лечение)» [6]. Пациенту с «портфельным локтем» портфель лучше носить под мышкой, удерживая его рукой, согнутой в локте, при этом открывать портфель следует двумя руками, положив его на бок. При необходимости выполнения работы с ротацией запястья целесообразно подключать другую руку. Выкручивание белья во время стирки надо заменить отжиманием воды из него на дне. При необходимости множественных рукопожатий на приеме лучше использовать обе руки, давая ладонь «лодочкой», чтобы избежать сильного пожатия. Следует избегать работы с граблями (дачные и сельскохозяйственные работы, работа на субботниках) и выгула собаки на поводке [6].

Однако часто к врачу первого контакта обращаются пациенты, у которых болевой синдром уже стал хроническим и которые, несмотря на щадящий режим, устали ждать самостоятельного выздоровления.

При выраженной боли возможно применение кратковременной иммобилизации – легкая лонгета на косыночной повязке. Эффективна лечебная гимнастика, направленная на растяжение соединительнотканых структур – в случае ЛЭ это ежедневные курсы кратковременного переразгибания в лучезапястном суставе.

Поскольку основной причиной боли при эпикондилите является воспалительная реакция, то патогенетически на этапе оказания ПМСП оправданно применение противовоспалительной терапии. Возможны как системное применение нестероидных противовоспалительных препаратов – НПВП (перорально, внутримышечно), так и их локальное (местное) применение в виде мазей и гелей [2, 4].

К сожалению, наряду с высокой фармакотерапевтической эффективностью по основным показаниям с приемом НПВП ассоциируется целый спектр различных осложнений [15, 16].

Особую актуальность приобретает специфическое действие НПВП на слизистую оболочку желудочно-кишечного тракта. Побочные эффекты характерны практически для всех представителей группы НПВП (с разной часто-

той) независимо от их химического строения, лекарственной формы и способа введения [17, 18].

В этой связи актуальным на этапе оказания ПМСП является расширение арсенала врача первого контакта препаратом, обладающим сравнимой с НПВП эффективностью и при этом лишенным побочных эффектов, свойственным НПВП, что особенно актуально для пациента с коморбидной патологией [19].

Гомеопатические препараты, разрешенные в нашей стране к использованию в государственной системе здравоохранения с 1995 г., оказываются эффективными в целом ряде клинических ситуаций, когда средства общепринятой медицины противопоказаны или их применение сопровождается разными побочными реакциями, что особенно характерно для коморбидных пациентов при наличии у них нескольких хронических заболеваний [20, 21].

Индивидуальные и комплексные гомеопатические препараты в настоящее время используются при лечении разных травм, воспалительных и дегенеративных процессов, в комплексной терапии болевых синдромов. Наиболее широко используемым гомеопатическим препаратом в ревматологической практике при воспалительно-дистрофических заболеваниях опорно-двигательной системы и травмах является комплексный гомеопатический препарат Траумель С (Biologische Heilmittel Heel GmbH, Германия) [21].

В состав препарата входит 12 растительных и 2 минеральных компонента в микродозах, которые оказывают целый ряд благоприятных эффектов на органы и ткани полости рта и организм в целом:

- 1) активируют иммунитет (Echinacea, Hepar sulfuris и Mercurius solubilis) и противовоспалительную защиту организма (Aconit, Mercurius solubilis и Hepar sulfuris);
- 2) влияют на процессы микроциркуляции, устраняют венозную застой, препятствуют образованию тромбов (Arnica, Aconit, Hamamelis);
- 3) стимулируют регенерацию (Arnica, Calendula, Echinacea, Symphytum);
- 4) улучшают клеточное дыхание и окислительно-восстановительные процессы (Hepar sulfuris);
- 5) уменьшают боль (Aconit, Arnica, Chamomilla, Hypericum и Hamamelis).

Препарат обладает противовоспалительным, болеутоляющим, антиэкссудативным, иммуностимулирующим, антигеморрагическим, веноотонизирующим действием, активирует обмен веществ и процессы регенерации, стимулирует образование специфических регуляторных Т-клеток, повышает активность фибробластов и ингибирует образование провоспалительных цитокинов, обладает антибактериальной активностью [20].

В зависимости от локализации патологического процесса, тяжести заболевания и соматического статуса пациента препарат Траумель С используется в различных лекарственных формах (мазь, сублингвальные таблетки, капли для приема внутрь и раствор для инъекций) как для монотерапии, так и в сочетании с рядом других гомеопатических или аллопатических препаратов.

К зарегистрированным показаниям препарата Траумель С относятся его применение в комплексной терапии при вывихах, растяжениях, переломах костей, отеках мягких тканей после операции и травм, воспалительных процессах различных органов и тканей, особенно опорно-двигательного аппарата (тендовагинит, бурсит, стилоидит, эпикондилит, периартрит), артрозах. Эффективность и безопасность по основным показаниям разных форм препарата Траумель С продемонстрирована в целом ряде клинических исследований.

В рандомизированном двойном слепом клиническом исследовании 102 пациента с острыми спортивными травмами (вывихи, ушибы 1 или 2-й степени) получали мазь

Траумель С (n=34), Траумель в усеченном составе (содержит только 5 компонентов, n=34) или плацебо (мазевая основа, n=34). Терапия (2 раза по 10 г мази в сутки) была начата не позднее 4-го дня после травмы. Отек (основной показатель) существенно купировался при использовании препарата Траумель на 15-й день, но снижение относительно плацебо статистически значимым оказалось только для группы препарата Траумель С. Такие показатели, как увеличение мышечного усилия, снижение боли и времени до возвращения к тренировкам, также были лучше в группе препарата Траумель С [22].

При сравнении мази Траумель С (n=25) и мази Траумель С в сочетании с гальванотерапией (n=25) у спортсменов с растяжением латеральной связки голеностопного сустава боль в состоянии покоя снижалась к 7-му дню в обеих группах. Однако эффект монотерапии препаратом Траумель С оказывался более выраженным при болях, возникающих при сдавлении и движении [23].

В многоцентровом мониторинговом исследовании, которое включало 3422 пациента с разными повреждениями опорно-двигательного аппарата, эффективность мази Траумель С была оценена как «отличная» или «хорошая» соответственно у 48,3 и 38,4% пациентов [24].

Эффективность препарата Траумель С у пациентов с тендинитами изучалась в открытом нерандомизированном контролируемом клиническом исследовании [25], в котором сравнивались термотерапия (n=84), инъекции Траумель С (по 1 ампуле, 2 мл раствора для инъекций 2 раза в неделю, n=48) и сочетание термотерапии и инъекций Траумель С (n=79). Траумель С смешивали с 1% тримекаином и вводили в болевые точки, лечение проводили на протяжении 4–6 нед. Установлено, что наиболее эффективным методом лечения стали инъекции Траумель С, следующей по эффективности была комбинированная терапия. Оценка с использованием визуальной аналоговой шкалы боли до и после терапии показала, что степень выраженности болевого синдрома у пациентов, получавших Траумель С в качестве монотерапии, значительно снижалась после 3–4-й недели ($p < 0,001$) и эффект сохранялся в течение по крайней мере 12 мес после прекращения лечения.

В большом наблюдательном исследовании [26], в котором участвовал 3241 пациент с дегенеративными и травматическими поражениями опорно-двигательного аппарата, включая артрозы, изменения в мышцах, деформации, периартропатии плечевого сустава, эпикондилиты и тендовагиниты, лечение проводилось с помощью инъекций Траумель С. Все пациенты получали инъекции Траумель С в рамках обычного лечебного курса от нескольких дней до более чем 6 мес. Врачи оценили эффективность препарата Траумель С как «хорошую» или «отличную» для 78,8% пациентов и сообщили, что никакого улучшения не произошло лишь в 3,5% случаев.

Капли для приема внутрь Траумель С (дозировка по 10 капель 3 раза в сутки) сравнивались в рамках нерандомизированного клинического исследования с обычной стандартной терапией 75 больных с ушибами мягких тканей и переломами. Для большинства пациентов положительные результаты проводимого лечения отмечались в течение первых 5 дней [27].

В наблюдательном исследовании [28, 29], в котором участвовали 1359 амбулаторных пациентов с травматическими и дегенеративными поражениями опорно-двигательного аппарата, также сообщалось о «хорошей» или «отличной» эффективности капель и сублингвальных таблеток Траумель С при лечении поражений и воспалительных изменений у 80% пациентов.

В наблюдательном исследовании [30, 31], в котором участвовали 357 пациентов с острыми и хроническими тендинопатиями, продемонстрировано, что эффективность местного применения мази Траумель С в течение 28 дней была

сопоставимой с таковой для геля диклофенак. У большинства пациентов улучшение наблюдалось уже на 3–7-й день лечения. Степень выраженности болевого симптома (при измерении боли по визуальной аналоговой шкале) снизилась на $5,7 \pm 2,0$ и $5,0 \pm 2,7$ соответственно в группах препарата Траумель С и диклофенака; сопоставимые улучшения отмечены и при оценке подвижности.

Схожие данные получены в рандомизированном клиническом исследовании мази Траумель С в сравнении с гелем диклофенак в терапии острого растяжения связок голеностопного сустава (TAASS) у 449 физически активных пациентов в возрасте 18–40 лет с односторонним растяжением боковых связок голеностопного сустава [32]. В соответствии с результатами исследования авторы предлагают рассматривать мазь Траумель С в качестве эффективного препарата 1-й линии для местного применения и альтернативы 1% гелю диклофенака для наружного применения при лечении острого растяжения связок голеностопного сустава.

В двойном слепом исследовании [33, 34], проведенном с участием ведущих профессиональных спортсменов с нетравматическими болями в сухожилиях, отмечено более выраженное купирование болевого симптома после применения мази Траумель С по сравнению с мазью диклофенак и плацебо при лечении нетравматической тендинопатии.

Эффективность инъекционной формы Траумель С у пациентов с эпикондилитами продемонстрирована в открытом нерандомизированном многоцентровом клиническом исследовании [35]. В этом исследовании сравнивали эффективность терапии местными инъекциями (по 2,2 мл) препарата Траумель С с эффективностью внутримышечного введения НПВП (преимущественно диклофенак) у 184 пациентов с эпикондилитом. Дополнительные методы лечения и физиотерапия проведены в течение 2 нед во время наблюдения, но пациенты, получавшие Траумель С, не должны были применять НПВП, а пациенты, получавшие НПВП, не должны были применять никаких лекарственных средств в микродозах или сверхнизких разведениях. Исследование показало, что Траумель С не менее эффективен, чем НПВП. После лечения препаратом Траумель С по сравнению с НПВП отмечено значительное купирование боли в состоянии покоя и при движении – при торсионной (вращений) и при экстензионной (разгибания) подвижности суставов). По результатам данного исследования переносимость препаратов сравнения была оценена как «отличная» у 87,7% пациентов, получавших Траумель С, и у 44,9% пациентов, получавших НПВП.

В отличие от НПВП Траумель С и входящие в его состав компоненты не влияют непосредственно на метаболизм арахидоновой кислоты, но оказывают биорегуляторное действие посредством ингибирования различных провоспалительных цитокинов, таких как интерлейкин (ИЛ)-2, ИЛ-6 и фактор некроза опухоли α ; модулирования регуляторных Т-клеток/трансформирующего фактора роста β , а также ингибирования секреции ИЛ- β и ИЛ-8 [36–40], что обуславливает лучшую безопасность и переносимость препарата по сравнению с НПВП.

В клинических исследованиях отмечается, что Траумель С хорошо переносится пациентами, а побочные эффекты наблюдаются крайне редко (гиперсаливация и аллергические реакции, требующие отмены препарата). Препарат противопоказан при гиперчувствительности к Arnica (мазь), к растениям семейства сложноцветных (раствор для инъекций). Инъекции не следует использовать при туберкулезе, лейкозах, рассеянном склерозе, СПИДе и других аутоиммунных заболеваниях [40].

Таким образом, наблюдаемая клиническая эффективность и прекрасный профиль безопасности препарата Траумель С подчеркивают целесообразность применения

данного препарата в качестве средства выбора для лечения эпикондилитов, различных бытовых и спортивных травм, а также в качестве альтернативы НПВП.

При неэффективности НПВП и Траумеля С у пациентов с эпикондилитами врачу первого контакта целесообразно привлечь к курации пациента ревматолога, физиотерапевта и реабилитолога. Из физиотерапевтических процедур с обезболивающей и противовоспалительной целью назначают диадинамотерапию, синусоидальные модулированные токи, криотерапию, фонофорез гидрокортизона. Возможно проведение иглорефлексотерапии по обезболивающей или гармонизирующей методике. При неэффективности медикаментозного и физиотерапевтического лечения возможно выполнение периартикулярных инъекций малых доз кортикостероидов в область надмышечков плеча (1–2 введения) с интервалом в 10–14 дней [6].

Таким образом, эпикондилиты области локтевого сустава являются распространенной, имеющей характерные диагностические признаки и позитивно реагирующей на проводимую терапию формой периартикулярной патологии. Имеющиеся в распоряжении современной медицины возможности позволяют получить положительный эффект от лечения у абсолютного большинства (кроме редких упорных случаев) пациентов. Наличие в арсенале врача первого контакта различных форм выпуска гомеопатического препарата Траумель С расширяет его терапевтические возможности и позволяет повысить качество и эффективность медицинской помощи пациентам на этапе ПМСП.

Литература/References

1. Трухан Д.И., Тарасова Л.В. Боль в области желудка: вопросы дифференциальной диагностики. Справочник поликлинического врача. 2013; 2: 7–10. / Trukhan D.I., Tarasova L.V. Bol' v oblasti zheludka: voprosy differentsial'noi diagnostiki. Spravochnik poliklinicheskogo vracha. 2013; 2: 7–10. [in Russian]
2. Бельский А.Г. Эпикондилит. Рус. мед. журн. 2006; 25: 1786–9. / Belen'kii A.G. Epikondilit. Rus. med. zhurn. 2006; 25: 1786–9. [in Russian]
3. Жупан В.Ф. Амбулаторное лечение травматического эпикондилита. Амбулаторная хирургия. 2006; 3: 58–9. / Zhupan V.F. Ambulatornoe lechenie travmaticheskogo epikondilita. Ambulatornaia khirurgiia. 2006; 3: 58–9. [in Russian]
4. Годзенко А.А. Локальная терапия эпикондилита. Consilium Medicum. 2008; 2: 84–6. / Godzenko A.A. Lokal'naia terapiia epikondilita. Consilium Medicum. 2008; 2: 84–6. [in Russian]
5. Ковалева И.В. Траумель С: скорая помощь локтю. Новая аптека. 2016; 7: 18–9. / Kovaleva I.V. Traumel' S: skoraia pomoshch' loktiu. Novaia apteka. 2016; 7: 18–9. [in Russian]
6. Буйлова Т.В., Цыкунов М.Б. Реабилитация при эпикондилитах плеча (консервативное лечение). Федеральные клинические рекомендации. Вестн. восстановительной медицины. 2016; 1: 80–4. / Builova T.V., Tsykunov M.B. Reabilitatsiia pri epikondilitakh plecha (konservativnoe lechenie). Federal'nye klinicheskie rekomendatsii. Vestn. vosstanovitel'noi meditsiny. 2016; 1: 80–4. [in Russian]
7. Трухан Д.И., Филимонов С.Н., Викторова И.А. Клиника, диагностика и лечение основных ревматических заболеваний. Учеб. пос. Новокузнецк: Полиграфист, 2014. / Trukhan D.I., Filimonov S.N., Viktorova I.A. Klinika, diagnostika i lechenie osnovnykh revmaticheskikh zabolevanii. Ucheb. pos. Novokuznetsk: Poligrafist, 2014. [in Russian]
8. Трухан Д.И., Филимонов С.Н., Викторова И.А. Клиника, диагностика и лечение основных ревматических заболеваний. СПб.: СпецЛит, 2014. / Trukhan D.I., Filimonov S.N., Viktorova I.A. Klinika, diagnostika i lechenie osnovnykh revmaticheskikh zabolevanii. SPb.: SpetsLit, 2014. [in Russian]
9. Walz DM, Newman JS, Konin GP, Ross G. Epicondylitis: pathogenesis, imaging, and treatment. Radiographics 2010; 30 (1): 167–84.
10. Hong QN, Durand MJ, Loisel P. Treatment of lateral epicondylitis: where is the evidence? Joint Bone Spine 2004; 71 (5): 369–73.
11. Rineer CA, Ruch DS. Elbow tendinopathy and tendon ruptures: epicondylitis, biceps and triceps ruptures. J Hand Surg Am 2009; 34 (3): 566–76.
12. Greco S, Nellans KW, Levine WN. Lateral epicondylitis: open versus arthroscopic. Oper Tech Orthop 2009; 19 (4): 228–34.
13. Hume PA, Reid D, Edwards T. Epicondylar injury in sport: epidemiology, type, mechanisms, assessment, management and prevention. Sports Med 2006; 36 (2): 151–70.

14. Трухан Д.И., Деговцов Е.Н. Выбор анальгетика для купирования болевого синдрома при костно-мышечных повреждениях (травмы, растяжения связок и вывихи суставов) и воспалительных изменениях (тендиниты, бурситы) на этапе оказания первичной медико-санитарной помощи. *Consilium Medicum. Хирургия (Прил.)*. 2016; 1: 13–7. / Trukhan D.I., Degovtsov E.N. Vybor anal'getika dlia kupirovaniia boleвого sindroma pri kostno-myshhechnykh povrezhdeniiah (travmy, rastiasheniia svyazok i vyvikhii sustavov) i vospalitel'nykh izmeneniiah (tendinity, bursity) na etape okazaniia pervichnoi mediko-sanitarnoi pomoshchi. *Consilium Medicum. Surgery (Suppl.)*. 2016; 1: 13–7. [in Russian]
15. Рациональная фармакотерапия ревматических заболеваний. Руководство для практикующих врачей. Под общ. ред. В.А.Насоновой, Е.Л.Насонова М.: Литтерра, 2007. / Ratsional'naia farmakoterapiia revmaticeskikh zabolevani. Rukovodstvo dlia praktikuushchikh vrachei. Pod obsch. red. V.A.Nasonovoi, E.L.Nasonova M.: Litterra, 2007. [in Russian]
16. Верткин А.Л., Носова А.В., Алисов В.А., Заиченко Д.М. Выбор нестероидных противовоспалительных препаратов для купирования болевого синдрома в клинической практике. *Consilium Medicum*. 2013; 15 (8): 63–7. / Vertkin A.L., Nosova A.V., Alisov V.A., Zaichenko D.M. Vybor nesteroidnykh protivovospalitel'nykh preparatov dlia kupirovaniia boleвого sindroma v klinicheskoi praktike. *Consilium Medicum*. 2013; 15 (8): 63–7. [in Russian]
17. Трухан Д.И. Нестероидные противовоспалительные препараты сквозь призму коморбидности и лекарственной безопасности: в фокусе – амтолметин гуацил. *Consilium Medicum*. 2015; 17 (2): 27–33. / Trukhan D.I. Nesteroidnye protivovospalitel'nye preparaty skvoz' prizmu komorbidnosti i lekarstvennoi bezopasnosti: v fukuse – amtolmetin guatsil. *Consilium Medicum*. 2015; 17 (2): 27–33. [in Russian]
18. Трухан Д.И. Выбор нестероидного противовоспалительного препарата с позиций профилактики НПВП-гастропатии и лекарственной безопасности. *Consilium Medicum*. 2014; 16 (8): 14–9. / Trukhan D.I. Vybor nesteroidnogo protivovospalitel'nogo preparata s pozitsii profilaktiki NPVP-gastropatii i lekarstvennoi bezopasnosti. *Consilium Medicum*. 2014; 16 (8): 14–9. [in Russian]
19. Трухан Д.И. Рациональная фармакотерапия в кардиологии сквозь призму коморбидности и лекарственной безопасности. Справочник поликлинического врача. 2015; 1: 26–31. / Trukhan D.I. Ratsional'naia farmakoterapiia v kardiologii skvoz' prizmu komorbidnosti i lekarstvennoi bezopasnosti. *Spravochnik poliklinicheskogo vracha*. 2015; 1: 26–31. [in Russian]
20. Марьяновский А.А. Аналитический обзор клинических исследований эффективности комплексного гомеопатического препарата Траумель С. *Фарматека*. 2015; 16: 22–7. / Mar'yanovskii A.A. Analiticheskii obzor klinicheskikh issledovaniy effektivnosti kompleksnogo gomeopaticheskogo preparata Traumel' S. *Farmateka*. 2015; 16: 22–7. [in Russian]
21. Марьяновский А.А. Терапия ревматологических заболеваний с позиций биорегуляции: аналитический обзор. *Рус. мед. журн.* 2016; 2: 108–15. / Mar'yanovskii A.A. Terapiia revmatologicheskikh zabolevani s pozitsii bioregulatsii: analiticheskii obzor. *Rus. med. zhurn.* 2016; 2: 108–15. [in Russian]
22. Behmer D, Amburs P. Treatment of sport injuries with Traumeel ointment: a controlled double-blind study with Traumeel ointment for treatment of sport injuries. *Biol Ther* 1992; 10 (4): 290–300.
23. Thiel W. The treatment of sport injuries and sports lesions with Traumeel. *Biol Ther* 1997; 5 (1): 7–10.
24. Zenner S, Metelmann H. Therapieerfahrungen mit Traumeel S Salbe – Ergebnisse einer multizentrischen Anwendungsbeobachtung an 3422 Patienten. *Biologische Med* 1992; 21 (5): 341–9.
25. Prag M. Traumeel-Injektion bei Ansatzendinosen der Muskulatur (Traumeel injections in the treatment of tendinosis). *Biologische Med* 2004; 33 (3): 125–8.
26. Zenner S, Metelmann H. Application possibilities of Traumeel S injection solution: results of a multicentric drug monitoring trial conducted on 3241 patients. *Biol Ther* 1992; 10 (4): 301–10.
27. Geiger G. Clinical experiences with Traumeel in soft tissue contusions and fractures and with Vertigoheel in commotio cerebri acuta [article in German]. *Med Welt* 1968; 18: 1203–4.
28. Zenner S, Weiser M. Oral treatment of traumatic, inflammatory, and degenerative conditions with a homeopathic remedy. *Biomed Ther* 1997; 15 (1): 22–6.
29. Ценнер С., Вайзер М. Лечение пероральными гомеопатическими препаратами травматических, воспалительных и дегенеративных состояний. *Биол. терапия*. 2010; 3: 22–5. / Tsenner S., Vaizer M. Lechenie peroral'nymi gomeopaticheskimi preparatami travmaticheskikh, vospalitel'nykh i degenerativnykh sostoianii. *Biol. terapiia*. 2010; 3: 22–5. [in Russian]
30. Bomar D. Therapie von Tendopathien: Traumeel S Salbe versus Diclofenac-Gel. *Biologische Med* 2006; 35 (2): 65–6.
31. Бомар Д. Терапия тендопатий: сравнительное исследование мази Траумель С и геля диклофенак. *Биол. медицина*. 2007; 2: 18–9. / Bomar D. Terapiia tendopatii: sravnitel'noe issledovanie mazi Traumel' S i gelia diklofenak. *Biol. meditsina*. 2007; 2: 18–9. [in Russian]
32. Gonzalez de Vega C, Gonzalez J, on behalf of Traumeel Acute Ankle Sprain Spain Study (TAASS) Investigators. A randomized, controlled, multicenter study on the effectiveness of Traumeel in terms of pain reduction and function improvement compared with diclofenac gel in acute ankle sprain. *Ann Rheum Dis* 2012; 71 (Suppl. III): Abstract [SAT0423].
33. Orizola AJ, Vargas F. The efficacy of Traumeel versus diclofenac and placebo ointment in tendinosis pain in elite athletes: a randomized controlled trial. *Med Sci Sports Exerc* 2007; 39 (5 Suppl.): 79.
34. Оризола А.Х., Варгас Ф. Эффективность применения мази Траумель С в сравнении с диклофенаком и плацебо в терапии болевого синдрома у профессиональных спортсменов: двойное слепое рандомизированное контролируемое исследование. *Биол. медицина*. 2009; 1: 14. / Orizola A.Kh., Vargas F. Effektivnost' primeniia mazi Traumel' S v sravnenii s diklofenakom i platsebo v terapii boleвого sindroma u professional'nykh sportsmenov: dvoinoe slepoe randomizirovannoe kontrolirovannoe issledovanie. *Biol. meditsina*. 2009; 1: 14. [in Russian]
35. Birnesser H, Oberbaum M, Klein P, Weiser M. The homeopathic preparation Traumeel S compared with NSAID s for symptomatic treatment of epicondylitis. *Traumeel S in epicondylitis. J. Musculoskel Res* 2004; 8 (2–3): 119–28.
36. Conforti A, Bertani S, Metelmann H et al. Experimental studies on the anti-inflammatory activity of a homeopathic preparation. *Biomed Ther* 1997; XV (1): 28–31.
37. Heine H, Schmolz M. Induction of the immunological bystander reaction by plant extracts. *Biomed Ther* 1998; XVI (3): 224–2.
38. Lussignoli S, Bertani S, Metelmann H et al. Effect of Traumeel S, a homeopathic formulation, on blood-induced inflammation in rats. *Complement Ther Med* 1999; 7 (4): 225–30.
39. Porozov S, Cahalon I, Weiser M et al. Inhibition of IL-1 and TNF- secretion from resting and activated human immunocytes by the homeopathic medication Traumeel S. *Clin Dev Immunol* 2004; 11 (2): 143–9.
40. Биологиче Хайльмнттель Хеель ГмбХ. Монография по препарату Траумель С. Пер. с англ. М.: Арнебия, 2011. / Biologische Khail'mittel' Kheel' GmbH. Monografiia po preparatu Traumel' S. Per. s angl. M.: Arnebiia, 2011. [in Russian]

СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРЕ

Трухан Дмитрий Иванович – д-р мед. наук, доц., проф. каф. внутренних болезней и поликлинической терапии ФГБОУ ВО ОмГМУ. E-mail: dmitry_trukhan@mail.ru