

**УДК 617.5**

А.Р. Халимов (к.м.н.)<sup>1</sup>, М.Ж. Мирзабаев (д.м.н.)<sup>1</sup>, М.Б. Аргумбаев<sup>1</sup>, И.Т. Курмаев<sup>2</sup>, А.С. Жайлаубаева<sup>2</sup>,  
А.В. Николаева<sup>2</sup>, К.К. Гаитова<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Казахский медицинский университет непрерывного образования, г. Алматы, Казахстан

<sup>2</sup> ГКП на ПХВ «Городская клиническая больница №7», г. Алматы, Казахстан

## РЕДКИЕ ПРИЧИНЫ ХРОНИЧЕСКИХ БОЛЕВЫХ СИНДРОМОВ КОНЕЧНОСТЕЙ: ОПИСАНИЕ КЛИНИЧЕСКИХ СЛУЧАЕВ

На примере описания двух клинических случаев приводятся данные о достаточно редких заболеваниях, приводящих к стойкому, выраженному болевому синдрому конечностей, которыми являются неврома Мортонна и опухоль Барре-Массона. Диагностика вышеназванных нозологий не вызывает затруднений при достаточной информированности врачей о них, и основывается на данных анамнеза, физикального осмотра и УЗИ мягких тканей пораженной конечности. В период с 2015 года по 2019 год в нашей клинике были оперированы пятеро больных с невромой Мортонна и четырнадцать – с опухолью Барре-Массона. Результатом оперативного лечения было полное купирование болевого синдрома.

Особенностью диагностики и лечения данных заболеваний является то, что пациенты годами безуспешно обращаются за медицинской помощью, некоторые из них подвергаются ненужным операциям.

**Ключевые слова:** неврома Мортонна, метатарзалгия, опухоль Барре-Массона, гломангиома.

### АКТУАЛЬНОСТЬ

Хронический болевой синдром в переднем отделе стопы, по данным разных авторов, составляет от 9,6 до 11,6% среди населения от 10 до 75 лет [1]. Одной из причин подобной боли может быть достаточно редкое заболевание, которое принято называть невромой Мортонна, хотя можно встретить и другие варианты названия, такие как болезнь Мортонна, метатарзалгия Мортонна, межпальцевая неврома стопы, невропатия общих подошвенных пальцевых нервов. По различным данным, эта патология составляет 1,9% среди заболеваний стоп и 7,3% в этиопатогенезе метатарзалгий. Чаще всего болеют женщины в возрасте от 45 лет и старше [2]. В настоящее время считают, что пусковым моментом заболевания являются повторные, множественные микротравмы и компрессия межплюсневой ветви большеберцового нерва, который проходит между 3-й и 4-й плюсневых костями. Неврома Мортонна является доброкачественным образованием, некоторые авторы считают ее псевдоневромой [1, 2].

Считается, что причинами возникновения данного образования может быть ношение узкой неудобной обуви на высоком каблуке, повышенная масса тела, травмы стопы, дегенеративные заболе-

вания опорно-двигательного аппарата, что приводит к формированию туннельного синдрома. Преимущественная локализация процесса в третьем межплюсневом промежутке обусловлена анатомическими особенностями иннервации этой области и узостью межплюсневой канальцы [3].

Еще одним редким заболеванием, приводящим к возникновению выраженного стойкого болевого синдрома конечностей, является опухоль Барре-Массона, также известная как ангионеврома Барре-Массона или гломангиома. Частота ее составляет 1-5% всех мягкотканых опухолей верхних конечностей среди населения от 20 до 50 лет [4]. Эта опухоль является доброкачественным образованием, расположенным поверхностно в подкожно-жировой клетчатке, по ходу кожно-подкожных нервных волокон [5], может носить множественный и диссеминированный характер в верхних и нижних конечностях, нередко располагается в области ногтевых фаланг пальцев верхней конечности («болезнь машинисток»). Опухоль развивается из сосудистых гломусов, а также из хеморецепторов кожи. Ангионеврома Барре-Массона представляет собой мелкое (как правило, не больше 0,6 – 0,8 см в диаметре) образование, прикосновение к которому вызывает жгучую боль [6]. В связи с этим пациенты не могут полноценно



работать, избегая прикосновения к болезненной концевой фаланге. При обращении к врачам различных специальностей им, обычно, определяют ошибочные диагнозы, типа «вросшего ногтя», «кандидоза пальцев» и др.

Диагностика невромы Мортон и опухоли Барре-Массона не вызывает затруднений при достаточной информированности о них, и основывается на данных анамнеза, физикального осмотра и УЗИ мягких тканей пораженной конечности. В отдельных случаях возможно проведение МРТ-исследования, но, зачастую, в этом нет необходимости [6, 7, 8].

### МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

В период 2015-2019 гг. в нашей клинике на лечении находились пятеро больных с невромой Мортон и четырнадцать больных с опухолью Барре-Массона, все пациенты были женского пола. Во всех случаях неврома Мортон локализовалась в третьем межплюсневом промежутке стопы. Опухоль Барре-Массона, в свою очередь, наблюдалась в области ногтевых фаланг пальцев кистей рук в двенадцати наблюдениях, в области ногтевых фаланг пальцев стоп – у двух пациенток. Для установления диагноза, учитывая доступность опухоли для визуального и мануального осмотра, было достаточно клинического исследования. УЗИ исследование, которое было проведено всем пациентам с невромой Мортон, подтвердило вышеуказанный диагноз, МРТ исследование, проведенное двум пациенткам, было недостаточно информативным. Основным показанием к хирургическому лечению у пациенток с невромой Мортон было неэффективное консервативное лечение. Оперативное лечение не представляло особых технических трудностей, но было достаточно эффективным, т.к. избавляло больных от изнуряющей боли. Далее представляем вашему вниманию более подробное описание двух клинических случаев.

### КЛИНИЧЕСКИЙ ПРИМЕР НЕВРОМЫ МОРТОНА

Пациентка Б., 52 года, обратилась с жалобами на постоянные ноющие и жгучие боли в треть-

ем межплюсневом промежутке правой стопы, усиливающиеся при движении, иррадиирующие по тыльной поверхности правой стопы, онемение третьего и четвертого пальцев. Данные жалобы беспокоят пациентку в течение трех лет, в течение которых она получала разные виды консервативного лечения, в том числе и по поводу поясничного остеохондроза, но без эффекта. После проведения МРТ поясничного отдела позвоночника, где отмечались признаки межпозвонковой грыжи диска L5-S1, пациентка обратилась в частный нейрохирургический центр, где ей было рекомендовано оперативное лечение грыжи диска. Проведенная операция не принесла положительного эффекта, болевой синдром в стопе только усиливался, стал вызывать беспокойство и в ночное время. Через 2 недели после операции отмечалось осложнение в виде накопления жидкости в области послеоперационной раны (ликворная «подушка»). Дополнительно ей была проведена операция: «Ушивание дефекта твердой мозговой оболочки». При обращении больной в нашу клинику было обнаружено следующее: отмечалась спонтанная и пальпаторная болезненность в третьем межплюсневом промежутке правой стопы, пальпировалось плотно-эластическое образование в глубине мягких тканей того же промежутка, что подтверждалось данными УЗИ-исследования (визуализировалось гипоехогенное округлое опухолевидное образование до 5 мм в диаметре).

С клиническим диагнозом «неврома Мортон» пациентка была взята на операцию. Нами была проведена экцизия данного образования передним (тыльным) доступом под регионарной анестезией. Производился линейный разрез кожи между плюсневыми костями третьего и четвертого пальцев на тыльной поверхности правой стопы длиной 4,0 см. Был выделен промежуток между головками третьей и четвертой плюсневых костей (рис. 1), где был обнаружен нервный ствол, заканчивающийся утолщением в виде невромы, резко болезненный при выделении. Неврома была удалена вместе с нервным стволом (рис. 2).



Рисунок 1 - Выделение промежутка между головками третьей и четвертой плюсневых костей

В послеоперационном периоде пациентка отмечала купирование болевого синдрома и отсутствие чувствительности соответствующих пальцев. Через две недели после операции, и после снятия швов, проводилось стандартное реабилитационное лечение.

По данным литературы хороший результат после удаления невromы достигается в 70-80% случаев [1].

#### КЛИНИЧЕСКИЙ ПРИМЕР ОПУХОЛИ БАРРЕ-МАССОНА

Далее рассмотрим клинический случай пациентки Т., 33 лет, которая обратилась с жалобами на постоянные боли в первом пальце правой кисти, с иррадиацией по передне-латеральной поверхности предплечья. Эти симптомы беспокоили пациентку в течение десяти лет, с резким усилением болевого синдрома за последние полгода. Проводимое консервативное лечение у невропатолога, дерматолога, терапевта не оказывало значимого эффекта. Пациентка была практически нетрудоспособна по специальности, т.к. избегала



Рисунок 3 - Эллипсоидной формы опухоль на основании ногтевого ложа



Рисунок 2 - Удаленная неврома вместе с нервным стволом

касания концевой фаланги из-за возникающей жгучей боли. После консультации нейрохирурга ей было рекомендовано оперативное лечение.

При осмотре на тыльной поверхности концевой фаланги первого пальца правой кисти у основания ногтевого ложа отмечалось опухолевидное подкожное образование, резко болезненное при пальпации. Клинически у пациентки был выраженный болевой синдром спонтанно-приступообразного характера с иррадиацией в предплечье.

Нами была проведена операция - удаление данного опухолевидного образования под регионарной анестезией. Производился разрез кожи по краю ногтевой пластинки первого пальца правой кисти. Была выделена и вылущена ногтевая пластинка. На основании ногтевого ложа под оболочкой определялась эллипсоидной формы опухоль (рис. 3), после вскрытия оболочки - желтовато-серой окраски. Опухоль была удалена узлом, окружающие мягкие ткани в месте опухоли коагулированы (рис. 4).



Рисунок 4 - Удаленная опухоль

Диагноз ангионевромы Барре-Массона был подтверждён гистологически. После оперативного лечения наступило полное купирование болевого синдрома.



Рисунок 5 - Опухоль Барре-Массона в области подушечки четвертого пальца кисти

#### ОБСУЖДЕНИЕ

В вышеуказанных случаях наблюдалось длительное течение заболевания с выраженной болевой симптоматикой, не поддающейся консервативной терапии, что характерно для большинства больных с данной патологией.

Для постановки диагноза обычно достаточно клинических данных при тщательном сборе жалоб, анамнеза и неврологического осмотра. Проведение УЗИ исследования верифицировало диагноз. Это позволяло определить оптимальную тактику оперативного лечения. Учитывая наш опыт, а также результаты оперативного лечения других авторов, не остается сомнений в эффективности оперативного лечения данной группы больных. Выздоровление отмечалось у всех прооперированных больных с невромой Мортона и болез-

Еще одно наблюдение с ладонным расположением опухоли Барре-Массона (рис. 5, 6).



Рисунок 6 - Округлой формы опухоль, расположенная в подкожно-жировой клетчатке нью Барре-Массона. Необходимо отметить значимость адекватной ортопедической коррекции при ношении обуви в послеоперационном периоде у пациенток с невромой Мортона. Рецидивов заболевания за наблюдаемый период не наблюдалось.

#### Заключение.

Необходимо обратить внимание на плохую информированность врачей первичного звена в вопросах диагностики и тактики лечения невромы Мортона и опухоли Барре-Массона.

Подтверждающим и уточняющим данные клинического обследования методом исследования является УЗИ-диагностика.

Оптимальной опцией в лечении невромы Мортона и опухоли Барре-Массона является экцизия данных образований.

#### СПИСОК ЛИТУРАТУРЫ

- Gougoulis N., Lampridis V., Sakellariou A. Morton's interdigital neuroma: instructional review // EOR. – 2019. – Vol. 4. – P. 14-23.
- Шайхутдинов И.И., Масгутов Р.Ф., Валеева Л.Р., Ягудин Р.Х. Неврома Мортона как причина боли в стопе – диагностика и тактика лечения // Практическая медицина. 2016. - № 4 (96). – С. 182-186.
- Lorenzon P., Rettore C. Mechanical Metatarsalgia as a Risk Factor for Relapse of Morton's Neuro-
- ma after Ultrasound-Guided Alcohol Injection // The Journal of Foot & Ankle Surgery. – 2018. – P. 32-37.
- Schopp Jg., Sra Kk., Wilkerson M.G. Glomangioma: A Case Report and Review of the Literature // Cutis. – 2009. - 83(1). – P. 46-51.
- Цветков В.И., Аношин Ю.И., Герантиди Г.Л. Диагностика и лечение опухолей Барре-Массона // Нейрохирургия и неврология Казахстана. – 2012. - №2,3 (27,28). – С. 8.

6. Kaptanoglu A., Harman F., Comunoglu C. Glomangioma: Rare Localization of a Rare Skin Tumor // The Journal of the Turkish Academy of Dermatology. – 2014. – P. 23-42.
7. Волков Г.П., Бабаев М.В. Случай практической диагностики невромы Мортонна // Медицинский вестник Юга России. – 2019. - №10 (2). – С. 55-57.
8. Пахомов И.А., Садовой М.А., Прохоренко В.М., Кириллова И.А., Стрыгин А.В. Особенности диагностики и лечения пациентов с невромой Мортонна // Травматология и ортопедия России. – 2008. - №3 (49). – С. 42-46.

*А.Р. Халимов (м.ф.к.)<sup>1</sup>, М.Ж. Мирзабаев (м.ф.д.)<sup>1</sup>, М.Б. Аргумбаев<sup>1</sup>, И.Т. Курмаев<sup>2</sup>, А.С. Жайлаубаева<sup>2</sup>, А.В. Николаева<sup>2</sup>, К.К. Гаитова<sup>1</sup>*

<sup>1</sup> Қазақ медициналық үздіксіз білім беру университеті, Алматы қ., Қазақстан

<sup>2</sup> «№ 7 қалалық клиникалық аурухана» МКМ, Алматы қ., Қазақстан

## АЯҚ-ҚОЛДАРДАҒЫ СОЗЫЛМАЛЫ АУРУ СИНДРОМДАРЫНЫҢ СИРЕК СЕБЕПТЕРІ: КЛИНИКАЛЫҚ ЖАҒДАЙЛАРДЫҢ СИПАТТАМАСЫ

Аяқ-қолдардағы айқын ауру сезіміне алып келетін сирек кездесетін Мортон невромасы мен Барре-Массон ісігі бойынша екі клиникалық жағдай мысал ретінде келтірілген. Дәрігерлердің ақпараттануы жеткілікті деңгейде болған жағдайда бұл нозологиялардың диагностикасы еш қиындық тудырмайды және ауру анамнезі, физикалды тексеру мен зақымдалған жұмсақ тіндердің УДЗ негізделеді. 2015 және 2019 жылдар аралығында біздің клиникада Мортон невромасымен бес науқасқа және Барре-Массон ісігімен он төрт науқасқа ота жасалған. Отаның нәтижесінде ауру синдромы толық басылды.

Бұл аурулардың диагностикасы мен емінің ерекшелігі пациенттердің жылдар бойы медициналық көмекке жүгініп, тіпті кейбіреулеріне қажет емес оталар жасалуында.

**Негізгі сөздер:** Мортон невромасы, метатарзалгия, Барре-Массон ісігі, гломангиома.

*A.R. Khalimov<sup>1</sup>, M.Z. Mirzabaev<sup>1</sup>, M.B. Argumbaev<sup>1</sup>, I.T. Kurmaev<sup>2</sup>, A.S. Zhaylaubaeva<sup>2</sup>, A.V. Nikolaeva<sup>2</sup>, K.K. Gaitova<sup>1</sup>*

<sup>1</sup> Kazakhstan Medical University of Continuing Education, Almaty, Republic of Kazakhstan

<sup>2</sup> City Clinical Hospital № 7, Almaty, Republic of Kazakhstan

## RARE CAUSES OF CHRONIC EXTREMITY PAIN. CASE REPORT

The article gives examples of surgical treatment of patients with two rare diseases, which are Morton's interdigital neuroma and Barre-Masson's tumor. These diseases can cause burning pain and significant activity-related discomfort. In order to establish a diagnosis an accurate clinical examination and soft tissue ultrasound are needed. Five patients with Morton's neuroma and fourteen patients with Barre-Masson's tumor were monitored in our clinic in 2015-2019 years. A surgery should be considered when non-operative management has failed. Tumor excision requires a meticulous surgical technique. Good to excellent results with excision have been reported in all cases.

A feature of these diseases is that patients for many years looking for correct medical help, some of them have operations which are not necessary.

**Keywords:** Morton's interdigital neuroma, metatarsalgia, Barre-Masson's tumor, glomangioma.