

Опыт консервативного лечения больных плече-лопаточным периартрозом с учетом миофасциального болевого дисфункционального синдрома

В.И. Шевцов, Л.А. Попова, И.Г. Очеретина

The experience of conservative treatment of patients with scapulohumeral periarthrosis in view of myofascial pain dysfunctional syndrome

V.I. Shevtsov, L.A. Popova, I.G. Ocheretina

Государственное учреждение

Российский научный центр "Восстановительная травматология и ортопедия" им. академика Г. А. Илизарова, г. Курган (генеральный директор — заслуженный деятель науки РФ, член-корреспондент РАМН, д.м.н., профессор В.И. Шевцов)

Приведены результаты консервативного лечения 60 больных с плече-лопаточным периартрозом. Выявлена типичная локализация активных триггерных точек, и разработана система консервативного купирования миофасциального болевого дисфункционального синдрома в области плечевого сустава. Результаты лечения больных с плече-лопаточным периартрозом по системе инактивации активных триггерных точек позволяет за достаточно короткое время существенно снизить или полностью купировать болевые ощущения и полностью или значительно восстановить объем движений в плечевом суставе.

Ключевые слова: плече-лопаточный периартроз, миофасциальный болевой синдром, инактивация триггерных точек.

The results of conservative treatment of 60 patients with scapulohumeral periarthrosis are given in the work. The typical localization of trigger points has been revealed and the system of conservative stopping the myofascial pain dysfunctional syndrome in the shoulder has been developed. The system of inactivation of active trigger points in patients with scapulohumeral periarthrosis allows to decrease pain significantly or stop it completely over sufficiently short period of time and also to restore range of movements in the shoulder completely or to a considerable extent.

Keywords: scapulohumeral periarthrosis, myofascial pain syndrome, inactivation of trigger points.

Плече-лопаточный периартроз (ПЛП) – это собирательное, обобщающее понятие, объединяющее различные патологические состояния, характеризующиеся болями и ограничением объема движений в плечевом суставе. От числа всех больных с ортопедическими заболеваниями области плечевого сустава больные ПЛП составляют 80-85 %, а в структуре инвалидности – 5,7 % [5, 10].

Существуют различные теории, объясняющие механизмы развития ПЛП. Многими авторами отмечается, что одним из ведущих факторов, способствующих развитию патологических изменений в области плечевого сустава является хронический болевой синдром. Боль не только приводит к ограничению объема движений в суставе с развитием вторичных изменений капсулы и сухожильно-связочного аппарата, но и опосредованно, через ЦНС, вызывает патологические реакции, замыкающиеся по типу «порочного круга» [1, 6]. При этом миофасциальный компонент боли обусловлен формировани-

ем триггерных точек, локализованных в одной или нескольких мышцах пояса верхней конечности [2, 3, 7, 9]. Лечение же ПЛП проводится, как правило, без инактивации триггеров. При этом, по мнению Я.Ю. Попелянского, не устраняется периферический генератор детерминантной системы, боль становится хронической, ограничение движений в плечевом суставе прогрессирует [7].

Цель настоящей работы: определить локализацию активных триггерных точек (ТТ) и разработать систему их инактивации у больных плече-лопаточным периартрозом.

Работа основана на результатах консервативного лечения 60 больных с миофасциальным болевым синдромом в области плечевого сустава. Из них мужчин – 24, женщин – 36. Лица трудоспособного возраста – от 20 до 60 лет – составили 70 %. У двенадцати из них ПЛП был обусловлен посттравматическими явлениями.

Больных с давностью заболевания до 1 года было 29 человек, от 1 года до 10 лет – 22, более

10 лет – 9 пациентов. Все они, до обращения в РНЦ «ВТО», неоднократно получали консервативное лечение по месту жительства. По нашему мнению, недопонимание патогенной роли триггерных точек большинством клиницистов приводит к неадекватному лечению данных больных, что влечет к хронизации заболевания и неминуемому развитию дегенеративно-дистрофических изменений в плечевом суставе.

Все обследованные нами больные предъявляли жалобы на боли в области плечевого сустава и ограничение функции верхней конечности. Исходя из анамнестических данных, клинико-рентгенологического, сонографического и лабораторного обследования, больные распределились следующим образом:

1) ПЛП как самостоятельное заболевание, возникающее в результате последствий травмы, либо связанное с характером профессии или возрастной дегенерации тканей, протекающее без ограничения и с ограничением движений, наблюдался у 14 человек;

2) ПЛП как синдром шейного остеохондроза – у 34 человек;

3) артроз акромиально-ключичного сочленения – у 2 человек. При этом многие авторы описывают его как артрит акромиально-ключичного сочленения [8];

4) заболевания сухожилия двуглавой мышцы плеча – дегенеративный теносиновит – у 5 человек;

5) подакромиально – дельтовидный бурсит – у 2 человек;

6) адгезивный капсулит («замороженное плечо») – у 3 человек.

Наибольшую группу составили больные ПЛП в структуре шейного остеохондроза – 34 человека.

По выраженности болевого синдрома и типу ограничения движений в плечевом суставе, что, по нашему мнению, чрезвычайно важно учитывать при определении тактики лечения, мы выделили три основные группы больных.

У больных *первой группы* отмечалось умеренное ограничение объема движений в плечевом суставе во фронтальной и сагиттальной плоскостях. Существенно была ограничена только внутренняя и/или наружная ротация плеча. Объем пассивных движений (при расслабленных мышцах пояса верхней конечности) значительно превышал объем активных движений, т.е. боли и обусловленное ими ограничение движений ярко проявлялись при включении в работу проблемных мышц. Таким образом, у данной категории пациентов имел место значительно выраженный миофасциальный компонент боли. В эту группу вошли больные с диагнозом: ПЛП как самостоятельное заболевание, возникающее в результате последствий травмы, связанное с характером профессии или возра-

стной дегенерацией тканей – 14 человек; ПЛП как синдром шейного остеохондроза – 5 человек (диагноз шейный остеохондроз подтвержден рентгенологически). У 18 больных «стаж» заболевания составлял от нескольких дней до 6 месяцев, у одной – боли носили рецидивирующий характер и беспокоили в течение 1 года 2 месяцев.

Вторую группу составили больные с диагнозом: ПЛП в структуре шейного остеохондроза позвоночника – 29 человек; артроз акромиально-ключичного сочленения – 2 человека; дегенеративный теносиновит – 5 человек; подакромиально – дельтовидный бурсит – 2 человека. Давность заболевания у них составляла от 5-6 месяцев до нескольких лет. У этих больных регистрировалось значительное ограничение объема движений в плечевом суставе во всех плоскостях. Разница в ограничении объема активных и пассивных движений была незначительной. Боли носили мучительный характер и беспокоили как при выполнении движений, так и в покое, особенно по ночам.

У больных *третьей группы* (3 больных с «адгезивным капсулитом») регистрировалась генерализованная болезненность в плечевом суставе, резкое ограничение объема движений. Эти больные предъявляли жалобы на выраженные ночные боли, несмотря на предварительно полученное лечение в других стационарах.

Наши наблюдения свидетельствуют, что при ПЛП прежде всего страдает наружная и внутренняя ротация. При этом пациент не может достать противоположный угол рта и/или ость противоположной лопатки даже при незначительной болевой симптоматике или её отсутствии. Этот факт согласуется с данными И.Л. Крупко о том, что при ПЛП прежде всего появляются морфологические дегенеративные изменения сухожильно-капсулярного участка ротаторов плеча [4]. У больных с ограничением отведения мы всегда наблюдали и резкое ограничение ротации до полного её отсутствия. У большинства пациентов отмечалась неспособность выполнить характерные движения: «симптом подтяжек» – не может завести руку за спину и пристегнуть подтяжки; «симптом застегивания бюстгальтера» – не может застегнуть бюстгальтер сзади и т.п.

Детальное комплексное обследование больных ПЛП показало, что общим характерным признаком у них было наличие активных триггерных точек, которые, в подавляющем большинстве случаев, локализовались в надостной, подостной, подлопаточной и трапециевидной мышцах (рис. 1-3). Реже – в дельтовидной и малой круглой мышцах.

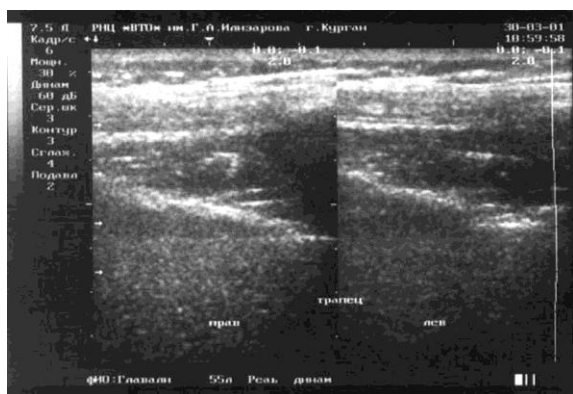


Рис. 1. Сонограмма левой и правой трапециевидных мышц. Начальная фаза триггерообразования



а б

Рис. 2. Сонограмма правой (а) и левой (б) трапециевидной мышцы. Очаги экзогенной плотности (ТТ) больше выражены справа



Рис. 3. Сонограмма той же правой трапециевидной мышцы под большим увеличением. Признаки деструкции мышцы в центре ТТ

ТТ в надостной мышце проявлялись болью в средней дельтовидной области, в проекции субдельтовидной бursы (рис. 4). Надостную мышцу часто называют «имитатором субдельтовидного бурсита» [9]. В отличие от бурсита, триггерная боль не столь постоянна, она резко усиливается при отведении плеча и притупляется в покое. При локализации ТТ в подостной мышце регистрировалась сильная боль по передней поверхности плечевого сустава. Первым признаком наличия ТТ в подлопаточной мышце являлась интенсивная боль в области задней поверхности

плечевого сустава как при движении, так и в состоянии покоя. Для трапециевидной мышцы было характерно наличие не одного, а трех-четырех и более триггеров. Наиболее уязвима средняя порция этой мышцы и область акромиального отростка. Эта точка была особенно болезненна и формировала болевой паттерн над плечевым суставом в надакромиальной области. В дельтовидной мышце ТТ наблюдались в основном в передней, реже в задней порциях мышцы, а иррадиация болей от них концентрировалась в средней части мышцы. Иррадиирующую боль в область плечевого сустава из дельтовидной мышцы врачи часто ошибочно расценивают как поражение самого сустава, необоснованно назначая при этом внутрисуставное введение не только анальгетиков, но и стероидов. Наличие ТТ в малой круглой мышце проявлялось локальной, глубокой и сильной болью как в плечевом суставе, так и в области задней порции дельтовидной мышцы. Как правило, в процесс вовлекаются несколько мышечно-синергистов (2-3 и более).



Рис. 4. Сонограмма левой и правой надостных мышц. Определяются очаги умеренной экзогенной плотности (ТТ, начальная фаза)

Для определения локализации и стадии развития триггера, проводили кинестетическое и ультразвуковое исследование. Сонография особенно незаменима в случаях ранней диагностики ПЛП, в период начальных, дорентгенологических проявлений дегенеративно-дистрофических изменений всех компонентов плечевого сустава. Для иллюстрации ультразвукового изображения ТТ в наиболее часто поражаемых мышцах, обеспечивающих функцию плечевого сустава, приводим ряд сонограмм (рис. 1-4).

Основной принцип применяемого нами лечения ПЛП заключался в купировании миофасциального компонента боли, т.е. инактивации триггерных точек в мышцах пояса верхней конечности. Алгоритм лечения для каждого больного определялся индивидуально, в зависимости от конкретной формы ПЛП и стадии развития самой активной триггерной точки. В основу его мы включили, в первую очередь, способы непо-

средственного воздействия на триггеры. Инактивация их выполнялась комплексно и одновременно во всех заинтересованных мышцах, параллельно проводимыми курсами мануального, медикаментозного, физиотерапевтического и иглорефлексотерапевтического воздействия.

Каждый сеанс мануального воздействия включал:

- проведение ишемизирующей компрессии триггерных точек;
- растяжение этой мышцы с использованием приема постизометрической релаксации.

При этом, если ТТ при пальпаторном исследовании имела мягкоэластичную консистенцию, нечеткие контуры, то уже первые 3-4 сеанса мануальной терапии приводили, как правило, к размягчению спазмированного участка мышцы и купированию болевого синдрома.

В случаях, когда ТТ имела упруго-эластичную консистенцию, четкие контуры, то наряду с вышеописанными приемами инактивации ТТ, мы применяли медикаментозное инъекционное воздействие на них по схеме:

– дипроспан 0,5 + новокаин 0,5 % – 2-3 мл (одна, а при необходимости две инъекции с интервалом в 14 дней) [11];

– новокаин 0,5 % 3-5 мл. (2-3 инъекции через два дня на третий).

При выраженных болях, нарушении сна, пациентам назначалась игло-рефлексотерапия. Отдавая предпочтение биологически активным точкам (БАТ), корреспондирующим заинтересованные структуры при миофасциальном болевом синдроме пояса верхней конечности, мы включаем в рецепт одновременно и те энерго-информационные структурные организации, которые отвечают за функцию всей верхней конечности в целом, используя для этого акупунктурные точки не только по Бельмеридианам (метод Су-Джок), но и БАТ на корпоральных меридианах.

Основным в курсе физиотерапевтического воздействия является воздействие ультразвуком с гидрокортизоном на кожную проекцию активных триггерных точек (7-10 сеансов). За один сеанс озвучиванию по контактной методике подвергались 3-4 поля ТТ.

Обязательным элементом комплексного лечения больных ПЛП первой группы, кроме опи-

санных выше курсов мануального, медикаментозного и физиотерапевтического воздействия применялись комплексы ЛФК и кинезотерапия. Программа физических нагрузок подбиралась строго индивидуально. Кроме занятий в зале ЛФК с инструктором-методистом (2 раза в день по 30 минут), пациент обучался индивидуальному комплексу для самостоятельных занятий (до 90 минут в день). В процессе стационарного лечения у всех этих больных отмечалось полное восстановление объема движений в плечевом суставе, увеличение мышечной силы до 5 баллов.

Пациентам второй и третьей группы в комплексе лечения назначались нестероидные противовоспалительные, сосудистые препараты, лазеротерапия на область плечевого сустава. Семи больным второй группы за период лечения в стационаре удалось восстановить движения в плечевом суставе в полном объеме и увеличить мышечную силу до 4-5 баллов. У больных третьей группы (адгезивный капсулит) удалось купировать боль у одного пациента и значительно уменьшить – у двух. У этих больных движения в плечевом суставе увеличились незначительно – в пределах 15° в сагиттальной плоскости, и 10° во фронтальной. Курс стационарного лечения у всех больных продолжался 3-4 недели.

Результаты проведенного лечения подтверждают положение Г.А. Иваничева и Дж. Тревелла, Д. Симонса о том, что миогенная боль сопровождает все виды болезненности и включается в структуру суставной, связочной и дискогенной боли: «это – основа боли в двигательной системе, но она может быть представлена и в «чистом» виде, т.е. без участия перечисленных выше трех факторов». Купируя миофасциальный компонент боли, мы уменьшаем весь болевой симптомокомплекс или полностью ликвидируем болевые ощущения [2, 3, 9].

Таким образом, разработанная система инактивации активных триггерных точек у больных плече-лопаточным периартрозом позволяет за достаточно короткое время существенно снизить или полностью купировать болевые ощущения и полностью или значительно восстановить объем движений в плечевом суставе.

ЛИТЕРАТУРА

1. Зулкарнеев, Р.А. Плече-лопаточный периартрит и синдром «Плечо-кость» / Р.А. Зулкарнеев. – Казань: изд-во Казанского ун-та, 1979. – 309 с.
2. Иваничев, Г.А. Болезненные мышечные уплотнения / Г.А. Иваничев. – Казань, 1990. – 157 с.
3. Иваничев, Г.А. Мануальная терапия мышечно-фасциально-скелетной боли / Г.А. Иваничев. – Казань, 1999. – 64 с.
4. Крупко, И.Л. Плече-лопаточный периартрит / И.Л. Крупко. – Л.: Медгиз, 1959. – 84 с.
5. Кузьменко, В.В. Лечение тяжелых форм плечелопаточного периартрита высокими проводниковыми блокадами плечевого сплетения / В.В. Кузьменко, А.В. Скороглядов // Новые решения актуальных проблем в травматологии и ортопедии. – М., 2001. – С.103-105.
6. Назыров, А.С. Купирование болевого синдрома при плече-лопаточном периартрозе / А.С. Назыров, А.В. Скороглядов // Клин. геронтология. – 1998. – №3. – С. 35-36.

7. Попелянский, Я.Ю. Ортопедическая неврология. (Вертеброневрология): Руководство для врачей. В 2-х т. / Я.Ю. Попелянский. - Казань, 1997. - Т.1, Т.2
8. Проводниковые блокады в комплексном лечении плече-лопаточного периартрита / А.В. Скороглядов, Д.А. Сакалов, Г.И. Серегин, Н.А. Ленькова // Ортопед., травматол. - 1990. - №5. - С. 10-13.
9. Тревелл, Дж.Г. Миофасциальные боли / Дж.Г. Тревелл, Д.Г. Симонс. В 2-х т. - М.: Медицина, 1989. - Т.1. - 256 с. ; Т.2. - 606 с.
10. Щепетова, О.Н. Прогнозирование исходов у больных с плечелопаточным периартрозом О.Н. Щепетова, Т.В. Буйлова // Ортопед., травматол. - 1990. - №11. - С. 36-38.
11. Широков, В.А. Опыт введения дипроспана в триггерные точки при различных формах плечелопаточного периартроза / В.А. Широков // Урал. мед. обозрение - 1998. - №2.(23) - С. 51-53.

Рукопись поступила 24.09.03.

Рекламируемые книги предназначены для травматологов-ортопедов, хирургов, преподавателей и студентов медицинских учебных заведений.

Книги высылаются наложенным платежом.

Заказы направлять Таушкановой Лидии Федоровне – заведующей научно-медицинской библиотекой Российского научного центра "Восстановительная травматология и ортопедия" им. акад. Г.А. Илизарова, по адресу:

6, ул. М. Ульяновой, г. Курган, 640014, Россия

Тел. (3522) 530989

E-mail: gip@rncvto.kurgan.ru

Internet: <http://www.ilizarov.ru>