

Опыт лечения плечелопаточного периартрита

О.В. Бейдик, И.И. Шоломов, С.В. Степухович, К.К. Левченко, Е.И. Шоломова

The experience of humeroscapular periarthritis treatment

O.V. Beidick, I.I. Sholomov, S.V. Stepoukhovich, K.K. Levchenko, E.I. Sholomova

Саратовский государственный медицинский университет

Целью исследования является разработка комплекса диагностики и дифференцированного лечения проявлений плечелопаточного периартрита. В основу положено комплексное обследование и лечение 91 больного с клиникой плечелопаточного периартрита.

Ключевые слова: плечелопаточный периартрит, шейный отдел позвоночника, фонофорез.

The development of the diagnosis complex and the differentiated treatment of humeroscapular periarthritis symptoms is the subject of this study. The complex examination of 91 patients with humeroscapular periarthritis was taken as a basis as well as their treatment.

Keywords: humeroscapular periarthritis, cervical spine, phonophoresis.

ВВЕДЕНИЕ

Плечелопаточный периартрит (ПЛП) – одно из наиболее неопределенных заболеваний с точки зрения этиопатогенеза, с которым постоянно приходится иметь дело врачам самых различных специальностей. Это наиболее частая форма поражений плечевого сустава. Среди всех заболеваний плечевого сустава ПЛП составляет 80-85 %, а в структуре инвалидности – 5,7 % (М.Г. Астапенко, П.С. Эрялис, 1975).

В результате особенностей строения и функции плечевого сустава его околосуставные ткани и особенно сухожилия находятся в состоянии большого функционального напряжения, что ведет к раннему развитию в них дегенеративных изменений.

Существует несколько теорий, объясняющих механизм развития ПЛП. Перенапряжение мышц, макро/микротравматизация, профессиональные перегрузки вызывают реактивное воспаление в периапартулярных тканях и рефлекторные мышечно-тонические реакции в мышцах, фиксирующих сустав, и ведут к развитию дегенеративного процесса. В плохо васкуляризованных тканях в результате постоянного натяжения и микротравматизации наблюдаются разрывы отдельных фибрилл с образованием очагов некроза, гиалинизацией и обызвествлением коллагеновых волокон. Локальное поражение околосуставных тканей в области плеча вполне объяснимо тем, что короткие ротаторы плеча и сухожилия двуглавой мышцы постоянно подвержены большой функциональной нагрузке, причем часто в условиях сдавления, т.к. сухожилия располагаются в узком пространстве.

В клинике ПЛП основным является болевой синдром. Боль возникает спонтанно, иногда ночью, при лежании на больной стороне, ноющего или острого характера. Она усиливается при движениях и иррадирует в шею или руку. Боль появляется и при отведении руки, и при закладывании руки за спину, за голову. Определяются болезненные зоны в отводящих мышцах: большой круглой и большой грудной. Болезненность возникает и при отведении плеча на 60-90°, что объясняется поражением сухожилия надостной мышцы.

Второй важный симптом ПЛП – контрактуры в области плечевого сустава. Объем движений резко страдает. Отведение руки сопровождается сразу же движением лопатки (в норме лопатка начинает вращательное движение – отведение – вокруг своей сагиттальной оси после того, как плечо отведено до 90°. Невозможно удержать руку в положении бокового отведения. Ротация плеча, особенно внутрь, затруднена. Однако маятникообразные движения плеча в пределах 40 остаются свободными.

При рентгенографии сустава определяются остеосклероз, неровность и/или нечеткость контура кости, деформация, остеофиты в местах прикрепления связок к большому бугорку. Выявляется локальный, в области большого бугорка, или околосуставной остеопороз, единичные или множественные кистовидные просветления костной ткани в области большого бугорка и плечевой головки. Нередки кальцификаты в мягких тканях линейной формы под акромиальным отростком лопатки, остеофиты на краях

суставных поверхностей в акромиально-ключичном сочленении.



Рис. 1.

Диагноз устанавливается на основании клинических проявлений и рентгенологического обследования плечевого сустава. В наиболее сложных случаях ПЛП необходима магнитно-резонансная томография (МРТ), которая позволяет усилить контрастность изображения, что

важно для четкой дифференциации мягкотканых структур. Метод позволяет избежать лучевой нагрузки и предоставляет горизонтальные, фронтальные, сагитальные томографические срезы с достоверной информацией о величине патологических изменений.

Лечение ПЛП представляет собой сложную проблему. Несвоевременно начатое и недостаточно эффективное лечение приводит к «хронизации» патологического процесса, к развитию функциональных нарушений с потерей профессиональной трудоспособности, к прогрессированию тяжелых психологических расстройств. Недостаточно качественное, полноценное лечение ПЛП приводит к росту затяжных и рецидивирующих форм заболевания. У трети больных страдающих плечелопаточным периартритом, имеет место хроническое течение процесса, большинство пациентов уже обращалось за медицинской помощью. Процесс регенерации околосуставных мягких тканей плечевого сустава является длительным и требует комплекса реабилитационных мероприятий, одно из которых – воздействие на метаболические процессы.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В областной консультативной поликлинике обследован и пролечен 91 больной с клиникой ПЛП, из них 53 (58,2 %) – мужчины и 38 (41,8 %) – женщины.

Длительность заболевания составляла от 1 года до 3 лет – у 23 пациентов (23 %), от 3 до 7 лет – у 36 (39,4 %), от 7 до 10 лет – у 18 (19,7 %), и более 10 лет – у 14 человек (15,6 %). У 50 больных ПЛП развился на фоне профессиональных перегрузок, у 19 пациентов – в связи с возрастом. Выяснить причину развития ПЛП у 22 людей не представилось возможным.

При осмотре у всех больных отмечалось ограничение движений разной степени выраженности, пальпаторно – боли в проекции клювовидного отростка, в области бугорков плечевой кости, верхнего края трапецевидной мышцы; боли, появляющиеся при попытке отведения и закладывания руки за спину, за голову. Однако маятникообразные движения плеча в пределах 40° оставались свободными.

Рентгенографически в плечевых суставах определялись остеосклероз, остеофиты в местах прикрепления связок к большому бугорку а также локальный остеопороз последнего, иногда кистовидные просветления костной ткани головки плеча, а также кальцификаты в мягких тканях под акромионом и остеофиты суставных поверхностей в акромиально-ключичном сочленении.

С целью исследования состояния периферического кровообращения и микроциркуляции применялась реовазография (РВГ) области над-

плечья и плеча (обследовано 46 пациентов). Отмечалось увеличение показателя эластичности сосудов, снижение величины пульсового кровенаполнения, снижение тонуса вен. Нормальные показатели РВГ были зарегистрированы у 4 человек (длительность заболевания до 3 лет).

Мы полагали, что на развитие ПЛП влияет и состояние иннервации области сустава. Поэтому при наличии клиники заболевания проводилась рентгенография шейного отдела позвоночника. У всех (91) больных обнаружены дегенеративно-дистрофические изменения межпозвонковых дисков.

18 пациентам проведена магнитно-резонансная томография позвоночника и спинного мозга. У всех (18) больных обнаружено сужение позвоночного канала на шейном уровне, в 6 случаях определялось грыжевое выпячивание межпозвонкового диска, деформирующее дуральный мешок.

Больным с выраженным болевым синдромом, контрактурой, имеющим в анамнезе травму шейного отдела и со сроком заболевания от 7 лет (18 человек) произведено МРТ-исследование шейного отдела позвоночника. У всех больных определялись дегенеративно-дистрофические изменения в позвонках и дисках, сужение позвоночного канала на всем протяжении, снижение высоты диска. В 6 случаях в просвете позвоночного канала по задней поверхности тел позвонков определялось грыжевое выпячивание диска, деформирующее дуральный мешок (рис. 2).

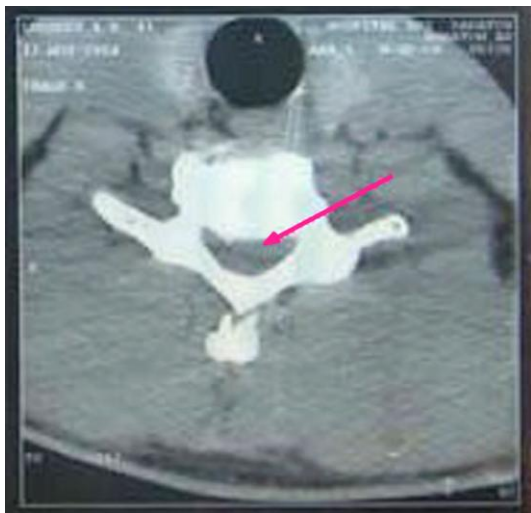


Рис. 2. МРТ С 7 позвонка больной С.

Лечение ПЛП проводили комплексное. Охранительный режим соблюдался относительно как самого плечевого сустава, так и шейного отдела позвоночника. С этой целью проводили фиксацию верхней конечности отводящей шиной, иммобилизацию шейного отдела воротником Шанца.

Для уменьшения болевого синдрома и снятия асептического воспаления применяли НПВС, как правило, производные уксусной кислоты (вольтарен, ацеклофенак), которые являются мощными блокаторами синтеза простагландинов. Длительность курса лечения определялась индивидуально, но в среднем составляла 7-10 дней. Широко применялся целебрекс, относящийся к специфическим ингибиторам ЦОГ-2, сводящий к минимуму развитие побочных эффектов.

С целью снятия мышечного напряжения применялись сирдалуд, миодакарм. Оптимально применение сирдалуда в дозировке 2 мг утром, 4 мг вечером, что позволяет не только купировать патологический мышечный спазм, но и значительно уменьшить болевой синдром.

Применялись сосудистые препараты (кавинтон, пентоксифиллин) для улучшения микроциркуляции, обменных процессов, преодоления рефлекторных ангиоспастических реакций.

После купирования болевого синдрома (в среднем 8-12 дней), фиксацию пораженных сегментов прекращали и проводили физиофункциональное лечение (синусоидально модулированные токи, ДДТ, электрофорез эуфиллина, озокеритовые аппликации и др.). Нередко в курс лечения включали блокады периапартулярных и паравертебральных точек глюкокортикоидами, аппликации димексида, а также лечебную физкультуру.

Части пациентам (31 больному) лечение было дополнено проведением фонофореза комплекса лекарственных препаратов в виде взвеси, состоящей из ферментного препарата “Карипазим” и мазей “Хондроксид” и “Индометацин” (приоритетная справка по заявке на изобретение № 2004127553 от 16.09.2004, решение о выдаче патента 20.12.2005). Для этого взбалтываемую взвесь лекарственных препаратов наносили на область сустава. Затем оказывали воздействие ультразвуком интенсивностью 0,2-0,4 Вт/см² до 5 минут на поле. Курс лечения состоял из 20-30 процедур, с последующим повтором через 1,5 месяца.

Этим же пациентам для улучшения проводимости нервного импульса и трофической функции нервов дополнительно назначали нейротрофик кортексин, витамины группы В, миллиграмму.

У всех (31) пациентов достигнут положительный клинический эффект. Исчезли или значительно уменьшились боли, выросли сила и объем движений в руке. Эти результаты подтверждались данными магнитно-ядерной томографии (рис. 3).



Рис. 3. МРТ С 7 позвонка больной С.

У других 60 пациентов стойкий положительный эффект, характеризующийся исчезновением болевого синдрома, нарастанием объема движений и силы в пораженной конечности, кисти достигнут у 48 из 91 пострадавшего, что составило 52,7 %.

У остальных 12 оставались боль в области сустава, правда меньшей интенсивности, ограничение движений.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В развитии ПЛП играет роль состояние нервного комплекса. При наличии раздражения

спинномозгового корешка дегенеративно-дистрофическими образованиями шейного от-

дела позвоночника создается очаг патологической импульсации, что вызывает рефлекторные нейрососудистые, нейродистрофические и мышечно-тонические реакции в пораженной конечности и периартикулярных тканях.

Включение в комплекс восстановительного лечения фонофореза лекарственных препаратов

карипазим, хондроксид и индометацин должно рассматриваться как обязательный полноценный метод лечения плечелопаточного периартрита, позволяющий ликвидировать болевой синдром, нормализовать трофику тканей и восстановить двигательную функцию.

ЛИТЕРАТУРА

1. Астапенко, М. Г. Внесуставные заболевания мягких тканей опорно-двигательного аппарата / М. Г. Астапенко, П. С. Эрялис. - М., 1975. - 152 с.
2. Астапенко, М. Г. Изменения структуры и метаболизма суставного хряща в ранней стадии первичного деформирующего остеоартроза / М. Г. Астапенко, Н. М. Фильчагин, В. А. Дуляпин // Вопросы ревматизма. - 1979. - № 4. - С. 8-14.
3. Аршин, В. В. Особенности восстановительного лечения пациентов с деструктивно-дистрофическими заболеваниями / В. В. Аршин, Т. Н. Алтухова // 3 международный конгресс по реабилитации при Президенте РФ : сб материалов. - М., 2000. - С. 56-58.
4. Дзяк, Г. В. Нестероидные противовоспалительные препараты / Г. В. Дзяк, А. П. Викторов, Е. И. Гришина. - Киев : Морнон, 1999. - 122 с. ; 1997. - С. 94-96.
5. Муравьев, Ю. В. Локальная лекарственная терапия / Ю. В. Муравьев // В. А. Насонов Ревматические болезни. - М. : Медицина, 1997. - С. 117-120.
6. Насонова, В. А. Новые возможности локальной терапии / В. А. Насонова. - Киев, 2001. - 56 с.
7. Цурко, В. А. Остеоартроз : факторы риска и возможные пути профилактики / В. А. Цурко // Клиническая геронтология - 2001, с.45-51.

Рукопись поступила 14.04.06.

В память об академике Г.А. Илизарове



Высказывание Г.А. Илизарова в газете «Советское Зауралье»: «В перестройке нужна ставка, прежде всего на молодых, энергичных, трудолюбивых людей. Ведь молодежь самая революционная часть общества. Мы у себя в институте всегда делали и делаем главную ставку на молодежь, и наши достижения свидетельствуют о том, что в своих расчетах мы не ошиблись. Молодые врачи, что пришли к нам со студенческой скамьи, сегодня исследователи с учеными степенями, руководители клинических отделений и экспериментальных лабораторий, авторы солидных статей в авторитетных журналах». (В. Гавриш «СДЕЛАЕМ ПЕРЕСТРОЙКУ НЕОБРАТИМОЙ!», «Советское Зауралье», 22 июня 1988 г.).