

Болезненное плечо как проявление хронического рецидивирующего нейродистрофического синдрома

А.И.Швец

Луганский государственный медицинский университет
Луганск, Украина

Проведен анализ клинико-anamnestических проявлений и лечения 386 больных с болезненным плечом в возрасте от 28 до 66 лет. Условно выделены три группы больных. 1 группа – 196 (51%) больных с диффузной болью, которая кроме плечевого сустава охватывала надплечье и шейный отдел позвоночника. 2 группа – 138 (36%) больных с преимущественно локальной болью в болевых точках плечевого сустава. 3 группа – 52 (13%) больных с травмой плечевого сустава в анамнезе. Применение селективных вертебральных блокад с литической смесью, разгрузочных мануальных манипуляций на шейном отделе позвоночника приводило к стойкому положительному эффекту. Частые разрывы ротаторов плеча и длинной головки двуглавой мышцы без значительной травмы свидетельствуют о дегенеративно-дистрофических изменениях в сухожильно-капсулярном аппарате плеча, причиной которых в большинстве случаев является шейный остеохондроз. Приведено 15-летнее наблюдение течения болезни на себе с проявлениями шейного остеохондроза, множественными разрывами сухожилий ротаторов на правом плече и сухожилий длинной головки двуглавой мышцы с обеих сторон, которому автор дал определение «хронически рецидивирующий нейродистрофический плечелопаточный периартроз с множественными разрывами сухожилий».

Ключевые слова: нейродистрофический синдром, болезненное плечо, плечелопаточный периартроз.

ВВЕДЕНИЕ

Проблемой болезненного плеча (БП) заинтересованы ортопеды, невропатологи, терапевты. Вопрос о причинах развития болевого син-

дрома дискутируется на протяжении многих десятилетий. В настоящее время можно условно выделить три группы БП по патогенетическому признаку:

1 группа – БП как самостоятельная форма заболевания с первичными дегенеративно-дистрофическими и реактивными изменениями в тканях сустава.

2 группа – БП как синдром шейного остеохондроза с нейродистрофическими изменениями в тканях.

3 группа – БП как проявление патологии внутренних органов (сердце, легкие, желудок) – висцеральная форма с патологической ирритацией посредством заинтересованности симпатической нервной системы (СНС).

В последние годы локальному проявлению болезненного плеча как самостоятельного заболевания объяснение находят в несостоятельности вращательной манжеты [5, 7, 13-16]. В этиопатогенезе синдрома БП многие авторы видят первичные дистрофические изменения в сухожильно-капсулярном аппарате плеча, особенно в его ротаторах, среди которых наиболее часто поражается сухожилие надостной мышцы [5, 7, 13]. Латентно протекающий дегенеративно-дистрофический процесс в мягкотканых образованиях сустава клинически проявляется при воздействии эндогенных и экзогенных факторов. Среди последних на первое место ставится одномоментная травма или микротравматизация.

На БП как проявление нейроостеофиброзита при шейном остеохондрозе указывают вертебрологи и невропатологи [1, 2, 6]. Проблема БП остается актуальной и далека от своего разрешения, о чем свидетельствуют многочисленные исследования последних лет с использованием МРТ, УЗИ, ангиографии, артроскопии [8, 10, 14].

В представленном сообщении анализируется опыт лечения больных с синдромом болезненного плеча, дается собственное видение связи отдельных его проявлений с дегенеративными изменениями в позвоночнике, а так-

же дается описание особенности своеобразного течения синдрома комплекса БП, которое в течение многих лет автор наблюдал на себе.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Под наблюдением находилось 386 больных с синдромом БП в возрасте от 28 до 66 лет (средний возраст больных — 46 лет). Все больные условно разделены на три группы. В *1 группу* включены 196 (51%) больных, у которых боли в области плечевого сустава и плеча сопровождались болями в области надплечья и тянущими болями в шейном отделе позвоночника. *2 группу* составили 138 (36%) больных с болями только в зоне плечевого сустава и плеча. В *3 группу* вошли 52 (13%) больных, которые боли в плечевом суставе связывали с предшествующей травмой. В этой группе было 12 (23%) больных с вывихом плеча и 40 (77%) больных заболевание связывали с ушибом зоны плечевого сустава или с падением на руку. Кроме того была проведена ретроспективная оценка клинико-анамнестических проявлений разрыва сухожилия длинной головки двуглавой мышцы плеча у 26 больных.

В клиническом обследовании внимание уделялось наличию сопутствующих болей в шейном отделе позвоночника и надплечье (в том числе и в анамнезе), локализации болей в области плеча и характеру болей.

У больных с предшествовавшей травмой выяснялся характер травмы, а у больных с разрывом сухожилия длинной головки двуглавой мышцы плеча выяснялась степень нагрузки, вызвавшей разрыв сухожилия, и наличие в анамнезе проявлений болезненного плеча.

При объективном исследовании определялись:

- болезненность при нагрузке на остистые отростки позвонков и паравертебральные точки;
- болезненность при надавливании на надплечья и боковую поверхность шеи
- локализация болевых точек в зоне плечевого сустава и проксимального отдела плеча;
- атрофия мышц плечевого пояса;
- контрактура сустава.

Схема лечения определялась индивидуально для каждого больного с учетом интенсивности, локализации, длительности и характера болевых ощущений. В комплекс лечебных мероприятий входили энтеральное и парентеральное применение нестероидных противовоспалительных препаратов (НПВП), спазмолитики и ганглиоблокаторы, миорелаксанты, препараты, улучшающие микроциркуляцию,

кортикостероиды, витамины группы В, хондропротекторы, физиотерапевтические процедуры с лечебной гимнастикой.

Спектр медикаментозной терапии и особенно выбор НПВП подбирались с учетом характера и интенсивности клинических проявлений и анамнестических данных. При острых болях лечение начинали с инъекционных форм НПВП и продолжали таблетированными формами с общим курсом их приема до 2,5-3 недель. Большее предпочтение отдавали мовалису ввиду его менее агрессивного воздействия на ЖКТ и сердечно-сосудистую систему. Действие НПВП подкреплялось назначением препаратов, уменьшающих тонус скелетной мускулатуры (реланиум, миодак, сирдалуд). При диффузных болях с широкой зоной их распространения и вовлечении зоны шея-надплечье-плечо, а также в случаях с корешковой заинтересованностью использовались препараты, улучшающие микроциркуляцию и реологию крови (трентал, актовегин, L-лизина эсцинат, реополиглюкин, реосорбилакт), спазмолитики, ганглиоблокаторы, витамины группы В. При отсутствии эффекта от указанной выше терапии в течение первых 5-7 дней лечение дополнялось проведением локальных блокад с кортикостероидами и лидокаином в болевые точки при точном их проявлении, блокад надлопаточного нерва при более диффузных болях. Для этого использовались кортикостероиды (гидрокортизон, кеналог-40, триамсинолон, флостерон и др.) в количестве 1 мл в одном шприце с 1% раствором лидокаина 10,0 мл. При блокаде болевых точек избегали введения раствора в сухожилие двуглавой мышцы плеча. В случаях распространения болей вдоль боковой поверхности шеи, надплечья или сопутствующих болей в шее, равно как и при диффузных болевых ощущениях вдоль верхней конечности, сопровождающих боли в болевых точках, проводилась блокада с инъекцией литической смеси в зону суставных отростков пораженных сегментов позвоночника (верифицированных на рентгенограммах, КТ или МРТ). У больных с выраженным болевым синдромом, которые предварительно получали комплекс консервативного лечения, курс терапии начинали с блокад по упомянутому принципу. Блокады проводились 2 раза в неделю.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

В *1 группе* из 196 больных с диффузными болями в зоне плечевого сустава, надплечья и шеи

126 (64%) отмечали в анамнезе боли в шейном отделе позвоночника. Симптомы БП в анамнезе отметили 86 (44%) больных. Двухсторонние боли с тем или иным преимуществом были у 24 (12%) больных, последовательное изменение стороны поражения отмечалось у 43 (22%) больных. При осмотре у всех больных определялась в той или иной степени болезненность при нагрузке на остистые отростки в зоне С₄-С₇ позвонков, болезненность при давлении на область надплечий. 117 (60%) больных помимо тянущих болей в боковых отделах шеи и надплечий отмечали в покое диффузные, ломящие, выкручивающие боли в зоне плечевого сустава, дельтовидной мышцы и в плече. Также нередко были жалобы на ощущение онемения в пальцах, ломящие боли в лучезапястных суставах. При ротационных движениях кнутри, кнаружи, при отведении и в различных их комбинациях появлялась резкая боль в плечевом суставе у всех больных, но при этом болевая контрактура сформировалась лишь у 23 (12%) пациентов. Пальпаторно у 86 (44%) больных отмечалась боль в зоне большого бугорка и в проекции сухожилия длинной головки двуглавой мышцы плеча, у 51 (26%) — по задней поверхности сустава в зоне сухожилия подостной мышцы, у 69 (35%) — в области клювовидного отростка, у 112 (57%) боли локализовались в нескольких точках. Активное отведение до 90 отмечалось у 113 (58) больных, до 45 — у 46 (23,5%). У остальных больных отведение было болезненным, но возможно более 90.

У больных 2 группы боли локализовались только в области плечевого сустава и плеча. Боли в области большого бугорка определялись у 60 (43,5%) больных, в области ротаторов с преимущественной локализацией в зоне сухожилия подостной мышцы — у 14 (10,2%), в субакромиальной точке — у 14 (10,2%). Локализация болей в нескольких точках — в зоне большого бугорка и межбугорковой борозды, у места прикрепления ротаторов и дельтовидной мышцы в различных комбинациях — отмечена у 50 (36,1%) больных. У всех больных отмечалось болезненное активное и пассивное отведение плеча, у 86 (62,3%) больных — пассивное безболезненное отведение плеча возможно до 90, активное — не более 45.

В 3 группе из 52 больных боли после вывиха в суставе отмечены у 12 (23%). У остальных были различного рода травмы, в том числе и незначительные, прямые и непрямые, которые сами по себе не могут быть причиной повреждения сустава и стойких болей. Поэтому мы рассматриваем эти травмы как провоцирую-

щий момент для возникновения болей со стороны уже патологически измененных тканей. Пальпаторно наибольшая болезненность определялась в зоне большого бугорка у 28 (54%) больных и у 12 (23%) больных в субакромиальной точке. Остальные 12 (23%) больных имели распространенный полилокальный характер болей как в зонах большого бугорка, межбугорковой борозды, ротаторов плеча, зоне прикрепления дельтовидной мышцы, так и в надплечьях с тянущими болями в шее.

Мы провели ретроспективный анализ историй болезни больных с разрывом сухожилия длинной головки двуглавой мышцы плеча с дополнительным уточнением анамнеза оперированных больных. Полученные данные также указывали на несоответствие степени нагрузки для разрыва нормальной мышцы. Из 26 больных только 8 (30,7%) человек указали на чрезмерную, непривычную для них нагрузку на руку. У остальных 18 больных хотя разрыв мышцы и произошел при физической нагрузке, но это были привычные рабочие нагрузки для конкретного больного. Эти данные дают основание полагать, что разрывам этой мышцы также предшествовали дегенеративно-дистрофические изменения в сухожильно-связочном аппарате плечевого пояса. В нашем наблюдении у 6 (23%) больных удалось выяснить в анамнезе наличие болей в зоне плечевого сустава в разные периоды до разрыва сухожилия и у 9 (34,5%) больных отмечены умеренные боли в шейно-плечевой области в разные периоды до разрыва сухожилия.

Атрофия надостной области отмечена нами у 7% больных. Всего у 386 наблюдаемых нами больных с учетом полилокальных болевых проявлений боли в области большого бугорка отмечены у 294 (76%) больных, в области ротаторов — у 137 (35%) и в межбугорковой бороздке — у 111 (29%) больных.

Лечебные локальные блокады применены 190 больным 2-3 групп (с локальным болевым синдромом и «посттравматическим БП»). Боли значительно уменьшились после блокад, и терапевтический эффект подкреплялся комплексом медикаментозной терапии и физиопроцедур. В процессе лечения острая боль купировалась после первой блокады у 27 (14%) больных, после двух блокад — у 53 (28%) и после третьей блокады — у 56 (29%) больных. У 54 (28%) больных после одной или двух локальных блокад тенденции к уменьшению болей не было и лечение было дополнено одной-двумя блокадами шейного отдела позвоночника, после которых боль заметно уменьшалась. У всех боль-

ных к окончанию курса лечения (в течение 2-4 недель) наступило улучшение. При этом у 155 (82%) больных боли и ограничение движений купировались полностью, больные вернулись к своему обычному труду. У остальных больных наступило значительное улучшение. В последующем проводилась «поддерживающая терапия» в виде тепловых процедур, втирания мазей, спорадического применения НПВП, ЛФК. Эффект лечения постепенно увеличивался, и боли полностью купировались в течение 1,5-2 мес. Другую группу составили вертебральные блокады с литической смесью, в состав которой входили: витамин B₁₂ в дозе 1000 мкг, спазмолитик (но-шпа, платифиллин), ганглиоблокатор (ганглерон), кортикостероид, лидокаин 1% до 10 мл. Смесью подводилась к задним элементам позвонков в проекции суставных отростков на уровне наибольшей болезненности в шейном отделе или на уровне наиболее выраженных изменений в шейных сегментах по данным рентгенографии. Эти блокады проводились всем больным с болями в области плеча и верхней конечности с проявлениями остеохондроза, а также больным с длительными, не купируемыми другими методами болями в плечевом суставе. Вертебральная блокада проведена 250 больным, в том числе 54 больным, которым эти блокады проведены в дополнение к локальным блокадам. У всех больных после селективной вертебральной блокады снижались или уменьшались диффузные тянущие боли в шейном отделе позвоночника и надплечье, ноющие и ломящие ощущения в зоне плечевой сустав — плечо. Локальные боли в плече и плечевом суставе значительно уменьшились или купировались полностью у 206 (82,4%) больных, но 68 (35%) больным из 1 группы для полного эффекта лечение дополнено локальными блокадами в болевые точки. У 34 (13,6%) больных оставались боли, требующие поддерживающей терапии до 3-4 мес. У 10 больных положительный эффект был нестойким. Повторный курс лечения проводился через 3-4 мес. с более стойким эффектом.

Для большей объективизации исходного состояния больного и результатов лечения мы применили принцип оценки состояния больного по измененному нами опроснику McGill-Melzack [12], адаптированному к изучаемой группе больных.

– Характер боли: отсутствует — 0 баллов; незначительная — 1; умеренная, вызывающая дискомфорт — 2; выраженная, ограничивающая функцию плечевого сустава — 3; острая — 4 балла.

– Вид боли: кратковременная — 0 баллов; периодическая, при определенных движениях — 1; постоянная — 2 балла.

– Сон: хороший — 0 баллов; прерывистый — 1; отсутствие (невозможность) сна — 2 балла.

– Активность движений в суставе: хорошая (нормальная) — 0 баллов; легкое ограничение в конце амплитуды движений — 1; ограничена незначительно из-за болей при движениях — 2; ограничена значительно — 3; активное отведение невозможно на 30° и более — 4 балла.

Общая сумма баллов колеблется в пределах 0-12. Согласно разработанной нами шкале оценки состояния больного до лечения с общей суммой 12 баллов было 9 больных, 11 баллов — 183, 9 баллов — 174, 8 баллов — 40 больных. Общий результат после проведенного лечения: 0-2 балла — 196 больных; 3 балла — 85; 4 балла — 61; 8 баллов — 26; 9 баллов — 18 больных. Как видно, с суммой до 4 баллов, которые можно отнести к отличным и хорошим результатам, было 342 (88,6%) больных.

Р.А.Зулкарнеев (1979), проанализировав более 1000 публикаций по вопросам болезненного плеча, указывает, что многие вопросы этиопатогенеза, диагностики и лечения остаются неясными.

По сложившемуся к настоящему времени представлению БП может носить первичный локальный характер, может быть синдромом отраженных болей на фоне нейроциркуляторных изменений при шейном остеохондрозе, реже — проявлениями висцеральных расстройств. С 80-х гг. прошлого столетия основной причиной возникновения болей в плече принято считать полное или частичное повреждение вращательной манжеты плеча (ВМП) [5, 7, 11, 13]. На ее заинтересованность указывают многочисленные данные артроскопического, ультразвукового исследований и особенно данные МРТ [13, 14]. Этот факт дает основание многим авторам и этиологически связывать повреждение ВМП с чисто местными изменениями. О.Е.Прудников (1992) прямо замечает, что «в патологии плечевого сустава появился обычай усматривать проявления совершенно посторонних, внешних причин вроде шейного остеохондроза, невровазкулярных и других поражений». S.Feng и соавт. (2003) отмечают, что дегенеративная тендопатия возникает первично и предшествует патологии во вращательной манжете.

В.Ф.Трубников (1968) в исследованиях на трупах отмечал выраженные дегенеративные изменения сухожилий с ослаблением их прочности в 2-3 раза. Дистрофические изменения могут быть также причиной разрыва сухожилия

двуглавої м'язи плеча. Тендиніт двуглавої м'язи плеча спостерігається в 6%. Єсть повідомлення про значительно часті розриви сухожиль цієї м'язи у 30%, а у осіб старше 60-70 років, за даними аутопсії, розрив його зустрічається постійно [4]. Н.К. Uhthoff і соавт. (1993) відзначають вікні дегенеративні зміни як найбільш важливий фактор в патогенезі пошкодження вращаючої манжети. Це ж підтверджують Feng і соавт. (2003), вказуючи, що дегенерація корелює з віком, кількістю вовлечених сухожиль. Дані про частичне або повне пошкодження вращаючої манжети підтверджені артроскопічними і патологоанатомічними даними [6, 8]. Yamanaka і соавт. [16] вивчали патологоанатомічні і гистологічні зміни в манжеті плеча на трунному матеріалі і знайшли, що дегенеративні зміни в манжеті пов'язані з гіповаскуляризацией, обумовленою віком.

В дослідженнях останніх років також вказується на зв'язок порушення кровопостачання в вертебральних артеріях з проявами болезненного плеча. Ці дані підтверджуються свідченнями про зниженні стійкого болевого синдрому БП після оперативної декомпресії вертебральної артерії [3].

Не менш обґрунтовані думки про те, що плечопаточний нейродистрофічний синдром належить до групи нейровегетативних синдромів верхніх кінцівок при остеохондрозі [1], а розвиток гострого або хронічного нейродистрофічного процесу в тканинах плечового суглава призводить до частичним або повним розривам надостної м'язи.

Наявність болей в шийному відділі позвоничника, переходячих на надпліччя, пряма зв'язок цих болей з болями в області плечового суглава з широкою зоною болевой рефлексії, виходящою далеко за межі суглава, свідчать про остеохондроз як про первопричину болезненных проявів в плечовому суглаві. В наших дослідженнях дегенеративні зміни в нижнєшій сегментах були підтверджені рентгенологічно у 82% хворих з проявами БП.

Отражений характер болей можна пояснити вовлеченням в процес СНС з подразненням пограничного стовпа, які призводять до нейродистрофічних змін в сухожильно-связочном апараті плечового суглава по типу нейрофіброзита з дегенерацією тканин. Відповідно до карт болей при провокаційній дискографії зона надпліччій і плечових суглавів відповідає рівню С4-С5 і С5-С6. Нейроостеофіброзити проявля-

ються в формі болю в місцях прикріплення сухожиль і зв'язок [6].

На зацікавленість СНС при БП в останні десятиліття вказують багато авторів [2, 5, 6].

Незважаючи на те, що по ряду ознак можна думати про нейродистрофічні процеси і в сухожильях двуглавої м'язи плеча, що призводить до розриву її по аналогії з сухожиллями ротаторів, к настоящему часу немає єдиного думки щодо істинної причини розриву цього сухожилья.

При пошкодженні вращаючої манжети пояснимі і природні болю в зоні прикріплення і проекції м'язів ротаторів. Але при БП доволно часто біль локалізується над клювовидним отростком, до якого ротатори не мають відношення. До нього прикріплюються мала грудна, плечоклювовидна м'язи, зона іннервації яких належить до С6-С8 сегментів. До цього ж можна віднести дегенеративні зміни і болю в проекції сухожиль двуглавої м'язи плеча, місця прикріплення дельтоподібної м'язи.

Враховуючи значительну поширеність і локалізацію болевих проявів, можна віднести ПМВ лише до одного з синдромів болезненного плеча, а причиною розвитку проявів БП, включаючи ПМВ, є дегенеративні (нейродистрофічні) зміни в зонах прикріплення сухожильно-связочного апарату — остеофіброзити як проявлення шийного остеохондроза.

Наші багаторічні спостереження, клінічні дані і результати лікування дозволяють нам схилитися до утвердження, що в більшості випадків БП є синдромом шийного остеохондроза, включаючи пошкодження ВМП. Свідченням цьому є наступні дані.

1. Диффузність і неопределенність локалізації болей, зазвичай від суглава з широкою гаммою характеру болевих проявів — від ломящих, викручующих до гострих приступів — вони характерні для болей з зацікавленістю СНС.

2. Обмеження рухів при БП не носить артрогенного характеру, болю майже завжди перебігають навіть при тривалому болевому синдромі з «замороженим плечом». Супутні тягучі болю в надпліччя і бокових відділах шиї, рівно як і болю при навантаженні на остисті отростки, характерні для шийного остеохондроза.

3. Диффузні болю в плечі, надпліччя мають ірритативний або отражений характер, не властивий локальним ураженням.

4. Нередкое отсутствие эффекта от лечения при местном воздействии на очаг (лечебные блокады, физиопроцедуры).

5. Уменьшение болевого синдрома и увеличение объема движений при разгрузочных манипуляциях на шейном отделе позвоночника (мануальная терапия).

6. Эффект лечебных блокад в зоне C_5 - C_7 сегментов при неэффективном локальном лечении БП с применением блокад в болевые точки.

В истории медицины наиболее достоверными данными в вопросах анамнестических данных, клинических проявлений и реакции больного на лечение при любой патологии являлись наблюдения медиков на себе в процессе проводимого эксперимента или описания перенесенной ими болезни. Свои ощущения, характер болей и течение болезни при плечелопаточном периартрозе (ПЛП) описал Franke в 1975 г., сам перенесший незначительную травму с развившимся периартрозом. Задолго до него С.С.Вермель (1928) описал боли при ПЛП по своим ощущениям (цит. по Р.А.Зулкарнееву, 1979) [4]. В настоящем сообщении автор обобщил 15-летние наблюдения на себе о проявлениях и течении ПЛП и шейного остеохондроза. Заболевание началось с болей в левом плечевом суставе с локализацией болей в области большого бугорка, межбугорковой борозде и в меньшей степени в зоне дельтовидной мышцы. Боль постепенно нарастала в течение 2-3 недель и мало поддавалась местному физиотерапевтическому воздействию и НПВП. Через 3-4 недели с момента заболевания при подъеме тяжести произошел частичный разрыв сухожилия длинной головки двуглавой мышцы плеча. Разрыв не сопровождался выраженной болью и кровоизлиянием. Через несколько дней при незначительной нагрузке произошел окончательный разрыв мышцы с типичной объективной картиной. В течение нескольких дней боль в месте разрыва и боли в плече исчезли и в дальнейшем не беспокоили за исключением периодических тупых болей без четкой локализации. Через 5-8 лет проявились слабо выраженные признаки остеохондроза шейного отдела позвоночника в виде периодических кратковременных болей в шейном отделе позвоночника, ночных болей, скованности в шее по утрам, периодические ломящие, выкручивающие боли в суставах и костях верхних конечностей (правой, левой или в обеих одновременно). Еще через несколько лет появились боли в области плечевых суставов при работе с поднятыми руками. Через 15 лет после первой атаки появились нарастающая боль в правом плече без четкой локализации,

боли в надплечье, в зоне дельтовидной мышцы. Периодически боль распространялась дистальнее на предплечье. Постепенно боли приняли интенсивный характер, ограничивая функцию плеча. Приблизительно через 4-5 недель после начала болевых проявлений во время ротационного усилия на руку (завинчивание винта отверткой) возникла резкая боль в верхнезаднем отделе плеча, сопровождаемая треском, услышанным ассистентом. Интенсивность боли потребовала проведения трех блокад в зону напряженной и болезненной сухожильной порции подостной мышцы, под задненижний край акромиального отростка и к зоне прикрепления дельтовидной мышцы. Треск и острая боль свидетельствовали о разрыве сухожилия, а локализация болей указывала как на сухожилие надостной, так и подостной мышц. Боли сохранялись еще в течение длительного времени (около 2-3 мес., особенно при отведении с внутренней и наружной ротацией). Через 2 недели после разрыва ротаторов при незначительном напряжении (подтягивание на постели ночью) наступил разрыв сухожилия длинной головки двуглавой мышцы справа с западением на этом месте. Боль купировалась в течение 10-14 дней. На рентгенограммах шейного отдела позвоночника определяются явления остеохондроза. На рентгенограммах правого плечевого сустава явных патологических изменений не определялось. На МРТ определяются ярко выраженные дегенеративные изменения в нижнешейном отделе позвоночника с выпячиванием желтых связок и протрузией дисков на уровне C_4 - C_7 и стенозом позвоночного канала по типу песочных часов.

Описанное наблюдение свидетельствует о длительном течении болезни явно не локального характера, без строго локализованных болей, с явлениями шейного остеохондроза и повторными множественными разрывами сухожилий на фоне дегенеративных изменений в них. Полиморфизм клинических проявлений, диффузность и неопределенность болей, разрывы сухожилий без чрезмерного травматического воздействия свидетельствуют о хроническом нейродистрофическом процессе, что указывает на вторичность болевого синдрома и изменения в мягких тканях при болезненном плече. Описания подобного течения болезни с явлениями последовательно повторяющихся разрывов мышц плечевого пояса в литературе мы не нашли, что дало нам основание выделить это состояние в отдельный синдромокомплекс при шейном остеохондрозе и дать ему определение «хронически рецидивирующий нейродистро-

фический плечевой периартроз с множественными разрывами сухожилий».

Анализ литературных данных и описанных в них наблюдений с позиций современного представления об остеохондрозе и его клинических проявлений, а также собственные наблюдения дают возможность утверждать, что подавляющее большинство случаев с болями в шейно-плечевой зоне, с полилокальными болями или болями с нечеткой локализацией в области плечевого сустава, боли в зоне прикрепления дельтовидной мышцы на плечевой кости являются проявлениями шейного остеохондроза с нейродистрофическими изменениями (нейрофиброзитами) в тканях.

ВЫВОДЫ

Полиморфизм и диффузность болей в зоне плечевого пояса, условно объединенных в понятие болезненное плечо, сопутствующие им дегенеративно-дистрофические изменения в сухожильно-связочном аппарате, следствием которых являются частые разрывы сухожилий, отсутствие общепринятых, типичных для деформирующих артрозов клинико-рентгенологических проявлений, эффективность лечебных воздействий на шейный отдел позвоночника свидетельствуют о вторичности процесса в большинстве случаев болезненного плеча. Причиной патологических изменений в тканях плечевого пояса часто является остеохондроз с раздражением элементов симпатической нервной системы. В лечении стойкого болевого синдрома, особенно с полилокальными и полиморфными болями, и при отсутствии эффекта от местного лечения ведущее место должен занимать комплекс лечебных мероприятий, направленных на лечение местного процесса и шейного остеохондроза. В базовый комплекс мероприятий включаются вертебральные селективные блокады литической смесью, локальные блокады в болевые точки, НПВП, спазмолитики и ганглиоблокаторы, нейротропные витамины, разгрузочная мануальная терапия и физиопроцедуры на воротниковую зону.

ЛИТЕРАТУРА

1. Берсенева В.А., Губа Г.П., Пятак О.А. Справочник по клинической неврологии. — К.: Здоров'я, 1990. — 236 с.
2. Веселовский В.П., Михайлов М.К., Саммитов О.Ш. Диагностика синдромов остеохондроза позвоночника. — Казань: Изд-во Казанского ун-та, 1990. — 287 с.
3. Герцен Г.И., Дибкалюк С.В. и соавт. Диагностика і хірургічне лікування остеохондрозу шийного відділу хребта з синдромом хребцевої артерії та клінікою плечелопаткового періартрозу // Вісник морської медицини. — 2006. — №3 (34). — С. 48-53.
4. Зулкарнеев Р.А. «Болезненное плечо» — плечелопаточный периартрит и синдром «плечо-кисть». — Казань: Изд-во Казанского ун-та, 1979. — 309 с.
1. Найданов В.Ф., Никонов Н.Ю., Малышева Н.С. Методика обследования, принципы диагностики и лечения больных с поражением вращающей манжеты плеча. (Метод. Рек.). — Томск: МСЧ «Строитель», 2000. — 18 с.
2. Продан А.И., Радченко В.А., Корж Н.А. Дегенеративные заболевания позвоночника. — Т.1. — Харьков, 2007. — 272 с.
3. Прудников О.Е. Рентгенологическое исследование в диагностике повреждений ВПМ // Вестник рентгенологии и радиологии. — 1992. — №2. — С. 34-37.
4. Страфун С.С., Сергиенко Р.А. Использование артроскопии для лечения заболеваний и повреждений плечевого сустава / Тези доповідей XIV з'їзду ортопедів-травматологів України. — 21-23 вересня, 2006. — С. 313.
5. Трубников В.Ф. Руководство по ортопедии, травматологии. — М.: Медицина, 1968. — Т.3. — С. 255-266.
6. Bamji A.N., Erhardt C.C., Price T.R., Williams P.L. The painful shoulder: can consultants agree? // British Journal of Rheumatology. — 1996. — №35. — P. 1172-1174.
7. Dinnes J., Loveman E., McIntyre L., Wazungh N. The effectiveness of diagnostic tests for the assessment of shoulder pain due to soft tissue disorders: a systematic review // Health Technol. Assess. — 2003. — №7 (29). — P. 161-166.
8. Evans A.J., Jensen M.E., Kip K.E. et al. Vertebral compression fracture: pain reduction and improvement in functional mobility after percutaneous polymethyl-metacrylate vertebroplasty-retrospective report of 245 cases // Radiology. — 2003. — №226. — P. 366-372.
9. Feng S., Guo S., Nobuhara K., Hashimoto J., Mimori K. Prognostic indicators for outcome following rotator cuff tear repair // Journal of Orthopaedic Surgery. — 2003. — №11 (2). — P. 110-116.
10. Malhi A.M., Khan R. Correlation between clinical diagnosis and arthroscopic findings of the shoulder // Postgraduate Medical Journal. — 2005. — №81. — P.657-659.
11. Uthoff H.K., Sarkar K. The effect of aging on the soft tissues of the shoulder. — In: F.A.Matsen 3d, F.H.Fu, R.J.Hawkins ed. The Shoulder: a balance of mobility and Stability. — Rosemont: American Academy of Orthopaedic Surgeons, 1993. — P. 269-278.
12. Yamanaka K., Fukuda H., Hamada K., Nakajima T. Histology of the supraspinatus tendon with reference to rotator cuff tears. — In: D.F.Gazielly, P.Gleyze, T.Thomas editors. — The Cuff. New York: Elsevier, 1997. — P. 15-18.

О.І.Швець. *Хворобливе плече як прояв хронічного рецидивуючого нейродистрофічного синдрому. Луганськ, Україна.*

Ключові слова: нейродистрофічний синдром, плечолопатковий періартроз, хворобливе плече.

Проведено аналіз клініко-анамнестичних проявів і лікування 386 хворих з хворобливим плечем віком від 28 до 66 років. Умовно виділені три групи хворих. 1 група – 196 (51%) хворих з дифузним болем, який окрім плечового суглоба охоплював надпліччя і шийний відділ хребта. 2 група – 138 (36%) хворих з переважно локальним болем у больових точках плечового суглоба. 3 група – 52 (13%) хворих з попередньою травмою плечового суглоба в анамнезі. Проведення селективних вертебральних блокад з літичною сумішшю розвантажувальних мануальних маніпуляцій на шийному відділі хребта призводили до стійкого позитивного ефекту. Часті розриви ротаторів плеча і довгої головки двоголового м'яза без значної травми свідчать про дегенеративно-дистрофічні зміни в сухожилково-капсулярному апараті плеча, причиною яких у більшості випадків є шийний остеохондроз. Наведено 15-річне спостереження перебігу хвороби на собі з проявами шийного остеохондрозу, множинними розривами сухожилок ротаторів на правому плечі і сухожилок довгих головок двоголового м'яза з обох боків, якому автор дав визначення «хронічно рецидивуючий нейродистрофічний плечолопатковий періартроз з множинними розривами сухожилок».

A.I.Shvets. *Painful shoulder as manifestation of chronic recurrent neurodystrophic syndrome. Lugansk, Ukraine.*

Key words: neurodystrophic syndrome, shoulder-scapulae peryarthrosis, painful shoulder.

The results of clinical manifestation and treatment of 386 patients with shoulder-scapulae peryarthrosis aged 28-66 years were analyzed. All cases were divided in 3 groups. I group included 196 (51%) patients with diffuse pain, localized beside shoulder joint at supra-shoulder, cervical and shoulder region. II group included 138 (36%) patients with pain located mainly in shoulder joint. III group included 52 (13%) patients with previous trauma of shoulder joint. Selective spinal injection with lytic composite and manual therapy of cervical spine resulted in stable positive effect. Frequent tendon ruptures of shoulder rotators, long caput of muscle biceps without considerable injury testify to degenerative-dystrophic changes in tendocapsulae complex of shoulder joint and caused in majority of cases by cervical osteochondrosis. Author described 15 years observation of clinical course with manifestations of cervical osteochondrosis, multiple rupture of tendons of shoulder rotators of the right joint and tendons of caput longus muscle biceps of both shoulders, provided on the author himself and named «chronic recurrent neurodystrophic shoulder-scapulae peryarthrosis accompanied by multiple ruptures of tendons».

Надійшла до редакції 23.10.2010 р.