

© В.Г. КОЛОТУША, 2013

В.Г. Колотуша

БОЛЬОВИЙ СИНДРОМ В ПЛЕЧЕЛОПАТКОВІЙ ДІЛЯНЦІ: ДЕЯКІ АСПЕКТИ ВИКЛАДАННЯ ДЛЯ ЛІКАРІВ ЗАГАЛЬНОМЕДИЧНОЇ ПРАКТИКИ

Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика

Вступ. Біль в плечелопатковій ділянці (ПЛД) є частою причиною звернення хворих до різних фахівців: неврологів, терапевтів, ортопедів, ревматологів та лікарів загальномедичної практики, які здійснюють надання первинної медичної допомоги хворим з больовим синдромом (БС). Зважаючи на поліетіологічність, розмаїття клінічних проявів БС в ПЛД, а також певні диференціально-діагностичні труднощі дуже важливим є висвітлення вищезазначених питань на циклах удосконалення лікарів.

Мета. Підвищення рівня знань лікарів загальномедичної практики з питань особливостей етіології, патогенезу, клініки, діагностики та диференціальної діагностики БС в ПЛД, що сприятиме обранню оптимальної діагностично-лікувальної тактики.

Матеріал і методи. В роботі розглянуті методологічні аспекти викладання питань етіопатогенетичних та клінічних особливостей больового синдрому в плечелопатковій ділянці, його діагностики та диференціальної діагностики лікарям загальномедичної практики.

Висновки. Дослідження та науково-методологічна розробка викладання питання БС в ПЛД є важливим аспектом програми підготовки лікарів загальномедичної практики на кафедрі неврології. Підвищення рівня знань лікарів з питань особливостей етіології, патогенезу, клініки, діагностики та диференціальної діагностики БС в ПЛД сприятиме обранню оптимальної діагностичної та лікувальної тактик.

Ключові слова: методологічні аспекти, больовий синдром, лікарі загальномедичної практики.

ВСТУП

Біль в плечелопатковій ділянці (ПЛД) є частою причиною звернення хворих до різних фахівців: неврологів, терапевтів, ортопедів, ревматологів. Розповсюдженість больового синдрому (БС) в ПЛД серед дорослого населення варіює в залежності від віку і складає 4-7% у людей молодого та середнього віку до 15-20% у пацієнтів у віці 60-70 років. Висока соціальна значущість даної проблеми обумовлена частою тимчасовою або тривалою втратою працездатності осіб молодого та середнього віку та погіршенням якості життя в зв'язку з обмеженням функції верхньої кінцівки.

Зважаючи на те, що болі в ПЛД можуть бути обумовлені багатьма причинами, а ефективність лікування залежить від правильного розуміння етіопатогенетичних засад страждання, вчасного встановлення діагнозу та призначення

оптимального комплексу діагностично-лікувальних заходів актуальним є висвітлення даного питання як мультидисциплінарної проблеми. Враховуючи те, що саме лікарі загальномедичної практики здійснюють надання первинної медичної допомоги хворим з БС, дуже важливим є висвітлення вищезазначених питань на циклах удосконалення лікарів.

Мета роботи: підвищення рівня знань лікарів загальномедичної практики з питань особливостей етіопатогенезу, клініки, діагностики та диференціальної діагностики БС в ПЛД, що сприятиме обранню оптимальної діагностично-лікувальної тактики.

МАТЕРІАЛ І МЕТОДИ

На прикладі аналізу особливостей клініки БС в залежності від етіопатогенезу ураження структур ПЛД наведено підходи до діагностики та диференціальної діагностики захворювань даної ділянки, застосування яких сприятиме підвищенню рівня знань лікарів загальномедичної практики з питань особливостей етіопатогенезу, клініки, діагностики та диференціальної діагностики БС в ПЛД.

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Хворі зі скаргами на біль в ПЛД звертаються до лікарів різного профелю, зокрема до лікарів загальномедичної практики, які повинні швидко з'ясувати основні можливі етіологічні фактори та патогенетичні механізми розвитку больового синдрому у конкретного пацієнта та провести диференціальну діагностику з метою уточнення діагнозу, призначивши оптимальний комплекс параклінічних методів обстеження.

Викладення питань діагностики та диференціальної діагностики доцільно почати з ретельного аналізу скарг та опису пацієнтом клінічних симптомів, уточнюючи локалізацію, характер та динаміку БС.

Слід зазначити, що плечелопаткова ділянка має складну анатомічну будову і складається з численних структурних елементів, які можуть стати джерелом больової імпульсації. Іннервація структури ПЛД відбувається за рахунок шийних спинномозкових нервів, що утворюють плечове сплетіння, а отже, розташованих в ділянці шиї та можуть ушкоджуватись при різних патологічних процесах в шийному відділі хребта й м'яких тканинах шиї. Отже, різноманітні БС в ПЛД можуть бути обумовлені пошкодженням арторпериартикулярних та невральних структур. Також важливо підкреслити існуючий складний зв'язок між структурними утвореннями ПЛД та іншими системами організму, що є основою розвитку БС в ділянці плеча у відповідь на патологічний процес, що виник на віддаленні. Наприклад, БС в ділянці плеча може бути пов'язаний з різними серцевими захворюваннями – ішемічною хворобою серця, міокардіодистрофією, захворюваннями легень, в тому числі онкологічними, з діафрагмальною грижею, захворюваннями жовчного міхура, дисфункцією сфінктера Одді, захворюваннями жіночої статеві сфери, тощо. БС в ділянці лопатки може бути зумовлений інфарктом міокарда, дивертикулярною хворобою з локалізацією в дванадцятипалій кишці, аднекситом. Крім того, біль може носити психогенний характер.

Характер БС певною мірою залежить від структур, що залучені в патологічний процес, а його динаміка від етіологічних чинників. В процесі збору анамнезу необхідно надати можливість пацієнту описати біль своїми словами, а потім задати спеціальні питання, спрямовані на з'ясування додаткових особливостей болю, що сприятиме встановленню причини болю.

Так, для ураження кісток характерним буде локалізований пульсуючий ниючий, постійний біль, що може підсилюватись при рухах (згинанні чи розгинанні руки), іноді при перкусії. Важливо наголосити на особливостях динаміки БС при ураженні кісток пухлинного чи метастатичного ґенезу, зокрема в ПЛД. Характер початкових болів при метастазах в проксимальний відділ плечової кістки (найбільш часта локалізація) може бути подібний до такого, що виникає при загостренні шийного остеохондрозу. Слід зауважити, що інтенсивність болю при метастатичному ураженні поступово підсилюється; почавшись, він вже не зникає. Особливу увагу слід звертати на посилення цього ґенезу болю при фізіотерапевтичних процедурах, які подекуди призначають при хибному діагнозі дегенеративно-дистрофічних захворювань ПЛД (плече лопатковий периартроз, дистрофічні зміни обертальної манжетки плеча, артрози акроміально-ключичних та акроміально-плечових зчленувань), а також на появу або посилення нічних болів.

Для ураження м'язів характерні глибинні болі, що підсилюються при натисканні та розтягненні м'язів, локалізуються в окремих зонах, як правило постійні. Характерною ознакою ураження м'язів є підсилення БС при їх скороченні під час активних рухів. Особливу увагу слід приділити міофасціальному БС, що часто виникає в ПЛД і проявляється локальним та віддзеркаленим болем, джерелом якого є міофасціальна тригерна точка. Біль може бути локальним в ділянці ущільненого м'яза, або віддзеркаленим в іншу ділянку тіла. Найчастіше тригерні точки (ТТ), що викликають БС в ПЛД, локалізуються в дельтоподібному, малому круглому, надостному, підостному, підлопатковому, ромбоподібному та драбинчастому м'язах. Больові відчуття можуть провокуватись активацією ТТ при травмі, різкому перевантаженні, фізичній перевтомі, прямому ушкодженні чи переохолодженні м'язу. За умов відсутності провокуючих факторів БС може зникнути, а активні ТТ переходять в латентний стан. Отже, для діагностики МБС необхідно дотримуватись певних критеріїв: скарги на регіональний біль, локальне ущільнення в м'язі, що містить ділянку підвищеної чутливості при пальпації якої виникає характерний патерн віддзеркаленого болю, що може бути відтворений, обмежений обсягу рухів, пов'язаних з функцією ураженого м'яза. Додатковими критеріями можуть бути зменшення больових відчуттів при розтягуванні м'яза, або при ін'єкції в ТТ, рухова реакція при пальпації ТТ, або проколи її голкою.

БС в ПЛД нерідко пов'язаний з ураженням структур периферичної нервової системи, зокрема корінців шийних спинномозкових нервів (С5, С6, С8), здебільшого при різноманітних ураженнях шийного відділу хребта. Корінцевий больовий синдром характеризують виражені стріляючі болі в ділянці дерматома відповідно до зони іннервації та супроводжуються

рефлекторними, чутливими та руховими порушеннями. Ураження плечового сплетіння зустрічаються часто і можуть проявлятися різноманітними клінічними синдромами, в тому числі і БС, в залежності від локалізації та характеру ураження. Нерідко БС супроводжує невротатії різного ґенеза окремих нервів. Також необхідно звернути увагу на можливість виникнення БС в ділянці плеча при ураженні центральної нервової системи, зокрема після перенесених порушень мозкового кровообігу з вогнищем в ділянці таламуса, при пухлинах спинного мозку, шийній мієлопатії. Слід відмітити деякі відмінності БС при ураженні різних нервових структур. Так, невротатичний біль, що виникає внаслідок пошкодження структур периферичної чи центральної нервової системи описується як «удар електричного току», може бути пекучим, таким, що стріляє, проколює, свердлить, коле, часто супроводжується відчуттям оніміння. При невротатії деяких нервів, зокрема надлопаткового, біль може бути тупим, носити глибинний характер, локалізуватись в глибині плечового суглоба, в над- та підостному м'язах, вздовж верхнього краю лопатки, іррадіювати по латеральному краю лопатки та вздовж променевого краю передпліччя.

Плечові плексопатії, що супроводжуються БС в ПЛД мають велику кількість етіологічних чинників, а саме: травматичних (зустрічаються найчастіше), метастатичних (переважно при раку молочної залози), паранеопластичних (у хворих з лімфогранулематозом), після променевої терапії. Окремо можна виділити ідеопатичну невралгічну аміотрофію Персонейджа – Тернера, що уявляє собою плечовий плексит або множинний неврит та характеризується інтенсивним болем в плечі, що гостро виникає та іррадіює в руку, спину та шию.

Слід також приділити увагу ураженню плечового сплетіння, а саме його нижнього стовбура, внаслідок патологічних процесів в ділянці верхньої апертури грудної клітки: аномалії розвитку – шийне ребро, деформація I ребра, опущення ключоводібного відростка лопатки; м'язово-тонічних синдромах – синдром переднього драбинчастого м'яза, малого грудного м'яза; післятравматичних ускладнень – хлистова травма; верхівкового раку легень. Відмічається характерна динаміка БС: спочатку з'являються болі в ділянці плеча, лопатки або грудної стінки. Пізніше болі іррадіюють в ділянку ліктьового суглоба, потім в передпліччя та кисть. Часто відмічається гіперестезія шкіри або відчуття холоду. М'язова атрофія відмічається у всіх сегментах верхньої кінцівки, але особливо виражена в ділянці кисті. При ураженні симпатичного стовбура з'являється синдром Бернара – Горнера (птоз, міоз, енофтальм).

Проводячи диференціальну діагностику ураження периферичної нервової системи, необхідно враховувати, що основною клінічною ознакою плечової плексопатії є неврологічний дефіцит, що свідчить про ураження більш чим одного спинномозкового корінця або периферичного нерва.

Ураження периартикулярних тканин, що супроводжуються БС складає значну частину патологічних процесів в ПЛД. До цієї групи патологічних станів відносять адгезивний капсуліт (АК), ушкодження обертальної манжетки плеча (ОМП), субакроміальний синдром зіткнення, або імпінджмент-синдром. Незважаючи на відмінності механізмів формування кожного з синдромів,

всі вони мають деякі спільні риси: характерними ознаками є больовий синдром, обмеження рухів в плечовому суглобі різного ступеня виразності. Однак, слід зазначити деякі клінічні відмінності. Для АК характерні нічні болі в передній та середній дельтоподібній ділянці, що посилюються при рухах руки, а також обмеження активних і пасивних рухів в плечовому суглобі у всіх напрямках за виключенням згинання. Для ураження ОМП, в основі якого лежить надрив сухожилків м'язів, що її формують, характерний біль, локалізований тільки в ділянці плечового суглоба, що посилюється при відведенні плеча до 30 градусів та його зовнішній ротації та носить тупий характер, зменшується або зникає в стані спокою. Характерною ознакою ураження м'язів, що формують ОМП є обмеження активних рухів при збереженні пасивних. Для імпінджмент-синдрому характерна болючість при відведенні руки в діапазоні 60-120 градусів.

Отже, БС є універсальною реакцією на ушкодження різних тканин і супроводжує різноманітні за етіологією патологічні процеси. Тому, важливо знати особливості больових проявів при ураженні різних структур ПЛД з метою застосування оптимальних алгоритмів обстеження і лікування.

Не менш важливим є ретельний аналіз анамнестичних даних щодо виникнення та розвитку БС в ПЛД, супроводження його іншими симптомами та синдромами, а також з'ясування наявності актуальних та перенесених в минулому соматичних захворювань.

Клініко-параклінічне обстеження пацієнтів з БС в ПЛД окрім ретельного аналізу скарг та анамнезу повинно включати неврологічне, ортопедичне, лабораторне та інструментальне обстеження. Рентгенологічне дослідження плечового суглобу є обов'язковим в алгоритмі обстеження пацієнтів з даною патологією. За необхідності уточнення характеру та ступеню пошкодження кісток, сухожилків, виявлення гематом в місці їх розриву рекомендується виконання КТ. Для діагностики захворювань периартикулярних структур серед найбільш інформативних методів є їх ультразвукове дослідження. МРТ плечових суглобів дозволяє виявити дрібні ушкодження м'якотканинних структур як плечового суглоба так і периартикулярної ділянки. Важливим методом, що дозволяє уточнити локалізацію та характер ураження структур нервової системи є електронейроміографія. Таким чином, підхід до обстеження та лікування хворого зі скаргами на біль в ПЛД має включати не тільки ретельний анамнестичний аналіз та фізикальне обстеження, але й залучення за необхідності фахівців різного профілю: неврологів, ортопедів, онкологів, терапевтів, що дозволяє реалізувати мультидисциплінарний підхід у вирішенні цього складного клінічного завдання.

ВИСНОВКИ

Дослідження та науково-методологічна розробка викладання питання больового синдрому в плечелопатковій ділянці є важливим аспектом програми підготовки лікарів загальнономедичної практики на кафедрі неврології.

Підвищення рівня знань лікарів загальнономедичної практики з питань особливостей етіології, патогенезу, клініки, діагностики та диференціальної діагностики БС в ПЛД сприятиме обранню оптимальної діагностичної та лікувальної тактик.

Література

1. Никифоров А С, Рабенко Л. С., Мендель О. И. Болевой синдром в плечелопаточной области: современные подходы к диагностике и лечению. Русский медицинский журнал. 2008, 16 (12).
2. Воронович И.Р., Пашкевич Л.А., Шпилевский И.Э., Голутвина Н.О., Воронович А.И. Новообразования костей плечевого пояса, грудины и ребер (диагностика, хирургические технологии). Пособие для врачей Минск «Бизнесофсет». 2010.
3. Пол У. Бразис, Джозеф К. Мэсдю, Хосе Биллер. Топическая диагностика в клинической неврологии. Пер. с англ.; Под общ. Ред. О.С. Левина. М. МЕД-пресс-информ. 2009.
4. Широков В.А. Боль в плече: патогенез, диагностика, лечение. 2-е изд., перераб. и доп. – М. МЕД-пресс-информ. 2012.

В.Г. Колотуша

Болевой синдром в плечелопаточной области: некоторые аспекты преподавания для врачей общемедицинской практики

**Национальная медицинская академия последипломного
образования имени П.Л.Шупика**

Введение. Боль в плечелопаточной области (ПЛО) является частой причиной обращения больных к разным специалистам: неврологам, терапевтам, ортопедам, ревматологам и врачам общей медицинской практики, которые осуществляют предоставление первичной медицинской помощи больным с болевым синдромом (БС). Принимая во внимание полиэтиологичность, разнообразие клинических проявлений БС в ПЛО, а также определенные дифференциально-диагностические трудности, очень важным является освещение вышеупомянутых вопросов на циклах усовершенствования врачей. Цель. Повышение уровня знаний врачей общей медицинской практики по вопросам особенностей этиологии, патогенеза, клиники, диагностики и дифференциальной диагностики БС в ПЛО, что будет способствовать избранию оптимальной диагностической и лечебной тактики.

Материал и методы. В работе рассмотрены методологические аспекты преподавания вопросов этиопатогенетических и клинических особенностей БС в ПЛО, его диагностики и дифференциальной диагностики врачам общей медицинской практики.

Выводы. Исследование и научно-методологическая разработка преподавания вопроса БС в ПЛО является важным аспектом программы подготовки врачей общей медицинской практики на кафедре неврологии. Повышение уровня знаний врачей по вопросам особенностей этиологии, патогенеза, клиники, диагностики и дифференциальной диагностики БС в ПЛО будет способствовать избранию оптимальной диагностической и лечебной тактик.

Ключевые слова: методологические аспекты, болевой синдром, врачи общей медицинской практики.

V. Kolotusha

Shoulder and scapula pain syndrome: some aspects of teaching for general practitioners

Shupyk National Medical Academy of Postgraduate Education

Introduction. Pain in the area of shoulder and scapula is the frequent reason for patients' visit to different experts including general practitioners who provide primary medical care to patients with a pain syndrome (PS). Given a lot of etiological factors, a variety of clinical manifestations of PS in the area of shoulder and scapula as well as certain differential and diagnostic difficulties it is of great importance to cover above-mentioned issues on advanced training courses.

Purpose. To increase knowledge level in general practitioners concerning features of etiology, pathogenesis, clinical finding, diagnostics and differential diagnostics of PS in the area of shoulder and scapula that will promote the optimal diagnostic and medical tactics.

Material and methods. The work covers methodological aspects of teaching etiological, pathogenetic and clinical features of PS in the area of shoulder and scapula, its diagnostics and differential diagnostics to general practitioners.

Conclusions. Research and methodological support for teaching issues of PS in the area of shoulder and the scapula is an important aspect of the program for training general practitioners in neurology department. Knowledge extension concerning features of etiology, pathogenesis, clinical finding, diagnostics and differential diagnostics of the PS in the area of shoulder and scapula will promote the selection of the optimal diagnostic and medical tactics.

Key words: methodological aspects, pain syndrome, general practitioners.

© О.В. КОПЧАК, 2013

О.В. Копчак

ВИКЛАДАННЯ МЕТОДИКИ ВИГОТОВЛЕННЯ ВКЛАДОК ДЛЯ ВІДНОВЛЕННЯ АНАТОМІЧНОЇ ФОРМИ ТА ФУНКЦІЇ ЗУБІВ ЛІКАРЯМ ПРАКТИЧНОЇ СТОМАТОЛОГІЇ (лекція)

**Національна медична академія післядипломної
освіти імені П.Л.Шупика**

Вступ. Лекція присвячена актуальній в стоматології проблемі відновлення анатомічної форми та функції зубів за допомогою вкладок.

Мета. З метою поглиблення знань фахівців з терапевтичної стоматології викладені методики виготовлення вкладок для відновлення анатомічної форми та функції зубів.