

# ПОРУШЕННЯ ФУНКЦІЙ ПЛЕЧОВОГО СУГЛОБА ПРИ СИНДРОМІ КОМПРЕСІЇ ХРЕБТОВОЇ АРТЕРІЇ: ДІАГНОСТИКА, ХІРУРГІЧНЕ ЛІКУВАННЯ

Дибкалюк С.В., Герцен Г.І., Зоргач В.Ю.

*Національна медична академія післядипломної освіти ім. П.Л. Шупика,  
кафедра ортопедії і травматології №1,  
Київська міська клінічна лікарня №8, Київ*

Синдром хребткової артерії традиційно асоціюється з ішемічними порушеннями у вертебро-базиллярному басейні. У класифікації МКХ-10 дану нозологічну одиницю віднесено до рубрики захворювань скелетно-м'язової системи.

**Мета роботи** – об'єктивізувати патогенетичний зв'язок між специфічними порушеннями функцій верхньої кінцівки, що виникають внаслідок позиційної компресії хребткової артерії (ХА).

**Матеріал і методи.** Під нашим спостереженням знаходився 121 хворий, середній вік  $49 \pm 2,3$  роки. 38 хворих надійшло з діагнозом адгезивний капсуліт плечового суглоба (М 75.0), 26 хворих – з діагнозом синдром стиснення ротаторів плеча (М75.1), 19 хворих – з діагнозом неврологічна аміотрофія (G54.5), а 38 пацієнтів – з діагнозом синдром грудного виходу.

Клінічну оцінку функцій верхньої кінцівки проводили за шкалою Shoulder Score Index (Richards R. et al., 1994). Усім хворим виконана УЗДГ брахіоцефальних артерій з визначенням змін об'ємного кровотоку в ХА, що виникали в різних положеннях верхньої кінцівки.

**Результати та їх обговорення.** Середній бал порушення функцій верхньої кінцівки у хворих становив  $58,4 \pm 0,76$  ( $p < 0,01$ ,  $n = 121$ ). Для хворих було характерно:

- амплітуда активних рухів у верхній кінцівці змінювалась залежно від положення голови, тулуба, контрлатеральної кінцівки, просторової зміни положень тулуба – кінцівок статичного та динамічного характеру;
- позитивний вплив на функцію верхньої кінцівки мали тункусно-гангліонарні блокади шийно-грудного рівня;
- блокади в області плеча не покращували функціональний стан верхньої кінцівки.

При рентгенологічному та ультразвуковому обстеженні області плечового суглоба було визначено:

- деформуючий артроз – 37 хворих;
- осифікуючий тендиніт надосного м'яза – 24 хворих;
- калькульозний капсуліт – 12 хворих;
- ключично-акроміальний остеоартроз – 42 хворих;
- плямистий остеопороз – 31 хворий;
- потовщення ротаторної манжетки плеча – 38 хворих.

На момент максимального посилення дії обмежувального фактора, коли продовження активного руху за заданою траєкторією ставало неможливим, на УЗДГ ХА реєструвалось 3-5 кратне зниження показників об'ємного кровотоку по ХА. Коефіцієнт рангової кореляції між ступенем порушення функції верхньої кінцівки за шкалою Richards R. et al. (1994) та кратністю змін об'ємного кровотоку по ХА становив  $0,92 \pm 0,0037$  ( $p < 0,001$ ). Хірургічне лікування було спрямоване на усунення позиційної міотеногенної компресії ХА в скелетно-вертебральному каналі.

За результатами хірургічного лікування ми отримали:

- відмінні результати  $87,4 \pm 3,7\%$ , ( $n = 74$ ,  $p < 0,01$ );
- добрі результати  $65,7 \pm 2,8\%$ , ( $n = 47$ ,  $p < 0,01$ ).

При контрольному УЗДГ-дослідженні через 3 місяці після операції показники об'ємного кровотоку залишались стабільними при зміні положення верхньої кінцівки.

## Висновки:

- порушення функції верхньої кінцівки при синдромі компресії ХА мають позиційний компенсаторно-захисний, рефлекторно-обмежувальний характер;
- екстравазальна декомпресія ХА призводить до усунення впливу положення верхньої кінцівки на об'ємний кровотік по ХА й, відповідно, до клінічного покращення функції верхньої кінцівки.