

УДК 617.572+617.571]-031:616.72-002-07-08:362.121

И. А. ПЕТУХОВ

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ПЛЕЧЕ-ЛОПАТОЧНОГО ПЕРИАРТРИТА В УСЛОВИЯХ ПОЛИКЛИНИКИ

Кафедра госпитальной хирургии (заведующий — профессор И. А. Петухов)
Витебского медицинского института

Плече-лопаточный периартрит в практике работы поликлинического врача встречается нередко. Однако, многие врачи плохо знакомы с этим заболеванием и часто обозначают его другими терминами (артрит плечевого сустава, артроз плечевого сустава, брахиальгия, миальгия, субдельтовидный бурсит, известковый бурсит, плексит и др.).

Плече-лопаточный периартрит — заболевание околосуставных мягких тканей плечевого сустава, оно характеризуется болями в области плечевого сустава, ограничением движений в суставе и наблюдается, как правило, у людей физического труда в возрасте старше 40 лет. По данным одних авторов, чаще болеют женщины, а по данным других — мужчины.

И. Л. Крупко считает, что плече-лопаточный периаартрит представляет собой сочетание двух процессов: реактивного травматического и асептического воспаления, которое развивается на фоне возрастных дистрофических изменений в параартикулярных тканях. По его данным, дегенеративные изменения возникают в основном в том участке капсулы плечевого сустава, где в нее вплетаются сухожилия надостной, подостной, малой круглой и подлопаточной мышц.

Предрасполагающими к заболеванию моментами являются: профессиональные факторы (работа, сопровождающаяся отведением в плечевом суставе, вследствие чего большой бугорок плечевой кости постоянно упирается в плечевой отросток лопатки), острая травма, ушибы плеча в прошлом, перенесенные острые инфекции (грипп, ревматизм, ангина), простудные факторы, и, возможно, нарушение минерального (кальциевого) обмена.

По клиническому течению плече-лопаточные периаартриты бывают острыми и хроническими. Острый периаартрит, как правило, возникает внезапно во время работы, иногда ночью. Появляются очень сильные боли в области плечевого сустава, лишаящие больного трудоспособности и сна. Иногда такие больные направляются в стационар в порядке неотложной помощи с подозрением на травматическое повреждение области плеча.

В поликлинику больные с острым плече-лопаточным периаартритом являются, бережно поддерживая прижатую к боковой поверхности грудной клетки больную конечность здоровой рукой. Больная рука пронирована в предплечье и согнута в локтевом суставе. Иногда имеется легкая сглаженность контуров плечевого сустава и ограниченная припухлость в области клювовидного отростка. Кожа может быть горяча на ощупь, но без гиперемии.

При поспешном и грубом исследовании отличить плече-лопаточный периаартрит от острого артрита плечевого сустава весьма трудно, вследствие резкой болезненности. Но при осторожном исследовании удастся выяснить, что нагрузка на плечевой сустав по оси конечности (со стороны локтя) и пальпация головки плеча в подкрыльцовой ямке безболезненны. Потягивание за согнутое предплечье не вызывает боли. Маятникообразные пассивные и активные движения плеча также безболезненны. Зато малейшая попытка отвести больную конечность от туловища вызывает резчайшую боль в области плечевого сустава, которая может иррадиировать в надплечье, шею, передне-внутреннюю поверхность плеча и пальцы. Ротация плеча также болезненна.

Хронический плече-лопаточный периаартрит возникает вследствие нелеченного или неправильно леченного острого периаартрита. При этом развивается контрактура плечевого сустава, зависящая от сращений и вторичных изменений в капсуле, сухожилиях и мышцах, окружающих сустав. В таких случаях больные жалуются на постоянные ноющие боли под плечевым отростком лопатки и по внутренней поверхности плеча, усиливающиеся при движениях, и резкое ограничение движений в плечевом суставе (невозможность одеть пальто, застегнуть лифчик, причесться, повязать галстук и т. д.). Следовательно, основным признаком периаартрита является болезненное отведение плеча.

Если осмотр больного производить со спины и при этом фиксировать лопатки, то определяется нарушение отведения плеча, которое при обычном осмотре незаметно или мало выражено, т. к. оно компенсируется соответствующими движениями лопатки. Иногда отмечается атрофия дельтовидной и лопаточной мышц. Болевые точки при этом непостоянны, так как боли при периаартрите являются рефлексогенными и нервные

стволы нечувствительны при давлении. Поэтому у таких больных не наблюдается чувствительных и двигательных расстройств.

При исследовании больных с подозрением на плече-лопаточный периартрит обязательна рентгенография. На рентгенограммах у большинства больных не отмечается костно-деструктивных изменений или имеется слабо выраженный остеопороз. У 20—25% больных при рентгенологическом исследовании определяются очаги кальцификации в периартикулярных тканях, так называемый *bursitis calcarea*.

У таких больных картина крови (СОЭ, лейкоциты) не изменяется.

Плече-лопаточный периартрит необходимо дифференцировать с повреждением сухожилия двуглавой мышцы (при таком повреждении болезненны только маятникообразные движения плеча), с отрывом сухожилия надостной мышцы лопатки (при осмотре определяется ступенчатая деформация в области наружного сегмента головки плеча), с артритом ключично-акромиального сочленения (наблюдается локальная болезненность при пальпации в области сочленения и при ротации плеча).

При лечении плече-лопаточного периартрита в остром периоде создается покой для конечности (иммобилизация косынкой или отводящей шиной), назначаются пирамидон, анальгин или их комбинация, иногда хороший эффект оказывают производные пирозолонового ряда (бутадион, реопирин); при сильных болях на ночь дают снотворные; назначаются соллюкс, УВЧ, ионогальванизация с 10%-ным раствором новокаина, парафиновые аппликации.

Рекомендуется также местное введение мелкокристаллической суспензии гидрокортизонацетата (1 мл гидрокортизона в сочетании с 10 мл 0,5%-ного раствора новокаина). Инъекция делается в околосуставные ткани в месте наибольшей болезненности. Рекомендуем после такой инъекции проведение интенсивных движений в плечевом суставе, так как боли в плечевом суставе уже через несколько часов значительно уменьшаются, а через 2—3 дня прекращаются. Инъекции гидрокортизона с успехом можно применять также и при отрыве большого бугра плечевой кости и при артрите ключично-акромиального сочленения. При таком лечении необходимо строго соблюдать правила асептики и вводить антибиотики.

При лечении хронических периартритов рекомендуются массаж, механотерапия, различные виды физиотерапии (соллюкс, УВЧ, ионогальванизации с новокаином, парафиновые или озокеритовые аппликации, торфо- и грязелечение). Некоторые авторы рекомендуют вводить в околосуставные ткани по 10 мл 0,5%-ного раствора новокаина ежедневно или через день (всего 10—12 инъекций). Н. Г. Свияженинова считает, что под влиянием таких инъекций улучшается не только общее состояние больного, но и исчезают известковые отложения в параартикулярных тканях. В некоторых случаях рекомендуется рентгенотерапия или даже насильственная редрессация под наркозом.

Велика роль лечебной физкультуры в лечении хронических плече-лопаточных периартритов. Необходимо в поликлинике, помимо назначения медикаментозного и физиотерапевтического лечения, разработать индивидуальный комплекс упражнений для плечевого сустава и научить больного его выполнять в течение длительного времени. В этом залог успеха лечения хронического плече-лопаточного периартрита плечевого сустава и профилактики последующих контрактур.