

ОСТРЫЙ БОЛЕВОЙ СИНДРОМ В ОБЛАСТИ ПЛЕЧЕВОГО СУСТАВА

С.А. Караулов, В.П. Бойков, проф., Е.М. Караулова, К.С. Чермаков

Чувашский государственный университет им. И.Н. Ульянова,
Институт усовершенствования врачей Минздравсоцразвития Чувашской Республики, Чебоксары
E-mail: sk_cheb63@mail.ru

Представлены клинические признаки болевого синдрома в плече-лопаточной области, указаны причины возникновения алгических проявлений в области плечевого сустава, даны рекомендации по оказанию первой помощи и лечению.

Ключевые слова: болевой синдром, плечевой сустав, первая помощь.



Плечо осуществляет движение в 3 плоскостях с диапазоном 360°, причем в движении участвует не только сам плечевой сустав, но 2 близлежащих: акромиально-ключичный и грудино-ключичный. Кроме того, имеется функциональный лопаточно-реберный сустав: он не имеет сочленяющихся суставных поверхностей, но при движении, например при отведении плеча, лопатка поворачивается относительно туловища. Без этой составляющей отведение плеча было бы возможно не более чем на 90°.

Для понимания возможных причин возникновения болевого синдрома необходимо учитывать особенность расположения мышц. Плечевой сустав окружен капсулой, в которую вплетаются сухожилия: сверху головку плеча «обнимает» надостная

мышца, спереди – подлопаточная, сзади – подостная и малая круглая мышцы. Они образуют вращательную манжету плеча. Их задачи – центрация головки плеча относительно суставной впадины лопатки и натяжение капсулы сустава при движениях. Крупные и более поверхностно-расположенные мышцы плечевого пояса (большая и малая грудные, дельтовидная, двуглавая мышца плеча и т.д.) выполняют силовой компонент движения. При развитии патологии в любой из мышц (либо их сухожилий) возникает нарушение функции, сопровождающееся болью. Кроме этого, вокруг плечевого сустава расположено более 9 слизистых сумок, воспаление которых тоже даст болевой синдром с нарушением функции.

Все вышеперечисленное до недавнего времени обозначали термином «плечелопаточный периартроз». Предлагалось множество его классификаций, но ни одна из них не отражает в полной мере многообразие форм и сочетаний патологии плечевого сустава. В Международной классификации болезней 10-го пересмотра (1995) все периартикулярные поражения области плечевого сустава представлены в виде отдельных нозологических форм [1, 2], в основном соответствующих классификации, предложенной Т. Thornhill, 1989:

- тендинит мышц вращательной манжеты (с указанием конкретной мышцы);
- тендинит двуглавой мышцы плеча;
- кальцифицирующий тендинит;
- разрыв (частичный или полный) сухожилий мышц области плечевого сустава;
- ретрактивный капсулит.

Данная классификация дополняется синдромом столкновения плеча. Эта патология известна в международной литературе как *impingement syndrome* – комплексное поражение расположенных под акромионом структур, в том числе субакромиально-субдельтовидной сумки. Описанные проявления относятся к дегенеративно-дистрофическим изменениям с сопутствующим реактивным воспалением капсулы сустава или окружающих плечевой сустав слизистых сумок.

Другая группа болей в плечевом суставе – проявления системных заболеваний: ревматоидный артрит, болезнь Бехтерева и др. В этом случае плечевой сустав страдает наряду с другими (коленными, тазобедренными, суставами позвоночника и т.д.).

И, наконец, травматические повреждения вносят свою лепту в распространенность болевого синдрома указанной локализации. Среди повреждений, вызванных травмой, необходимо выделить: переломы костей (плеча, анатомической и хирургической шеек, большого и малого бугорков, головки, лопатки, ключицы); вывихи (головки плеча, акромиального и грудинного

концов ключицы); разрывы мышц и сухожилий; ушибы мягких тканей. Эта патология подробно описана в соответствующих руководствах [1, 3–5, 6–10].

Боль плечевого сустава может вызываться компрессией нервных корешков на шейном уровне ($C_{iv}-C_v$). Сдавление вызывается грыжевым выпячиванием диска или костными разрастаниями суставных отростков позвонков.

Как видим, причин возникновения болевого синдрома области плечевого сустава много, чем и обусловлены разные подходы к лечению.

В таблице представлены клинические признаки при болевом синдроме плечевого сустава.

Клинические признаки при болях в области плечевого сустава в зависимости от причины боли

№ п/п	Причина	Анамнез	Характер боли	Пальпация, движения	Инструментальные и лабораторные исследования
1	2	3	4	5	6
1	Плече-лопаточный периартроз	Развивается постепенно в течение нескольких недель, часто – без видимой причины	Локализуется по наружной поверхности плечевого сустава, часто иррадирует в область локтевого сустава и плечелучевую мышцу; возможны ночные боли	Участки болезненных мышечных уплотнений большинства мышц плечевого пояса	Рентгенограмма плечевого сустава – изменения соответственно возрасту; на УЗИ плечевого сустава: утолщение или истончение (при длительном течении процесса) сухожилия надостной мышцы с микроразрывами; может наблюдаться воспаление слизистых сумок
2	Системные заболевания	Обострение резкое, характерна сезонность (весной и осенью)	Страдают несколько суставов	Болезненность в проекции пораженных суставов, слизистых сумок	Рентгенография: при начальных признаках заболевания изменений может не быть, в далеко зашедших случаях – картина выраженного артроза; при лабораторных исследованиях – повышение СОЭ, положительная реакция на С-реактивный белок, повышение ревматоидного фактора
3	Травматические повреждения	Факт травмы	–	–	–
3.1	Перелом костей плечевого пояса	–	Локализуется в области перелома на фоне выраженного отека и наличия кровоподтеков мягких тканей; усиливается при пальпации, попытке движений; локализация и усиление при осевой нагрузке	Пальпация усиливает болевой синдром, могут наблюдаться крепитация костных отломков, их патологическая подвижность	На рентгенограмме – нарушение целостности одной из костей плечевого пояса
3.2	Вывихи	Факт травмы	–	–	На рентгенограмме – нарушение конгруэнтности суставных поверхностей
3.2.1	Вывих плеча	Факт травмы	В области плечевого сустава, на фоне вынужденного положения конечности, деформации плечевого сустава	Активные движения плеча отсутствуют, пружинящее сопротивление при попытке осуществления пассивных движений	

1	2	3	4	5	6
3.2.2	Вывих акромиального конца ключицы	Факт травмы	В области акромиально-ключичного сочленения	Синдром клавиши, болезненность при нажатии на ключицу; активные движения болезненны, ограничены	
3.3.1	Разрыв сухожилия длинной головки двуглавой мышцы плеча	Резкое сгибание предплечья с нагрузкой	Болевой синдром, умеренный в области межбугорковой борозды	При попытке активного сгибания предплечья длинная головка собирается в «желвак» в нижней трети предплечья	На УЗИ – прерывание (или отсутствие) контура сухожилия длинной головки двуглавой мышцы плеча в месте разрыва
3.3.2	Разрыв сухожилия надостной мышцы	Резкое отведение плеча с отягощением	Усиливается при попытке отведения плеча	Активное отведение плеча возможно не более чем 90° (вместе с лопаткой), пассивное в свежем случае не ограничено, болезненно	На УЗИ – прерывание (или отсутствие) контура сухожилия надостной мышцы в месте разрыва, окружающая гематома
4	Компрессия шейных нервных корешков	Часто после переохлаждения, резкого движения в шейном отделе позвоночника	Усиливается при наклоне головы в большую сторону	Движения в плечевом суставе страдают незначительно, при длительном процессе из-за присоединения вторичных изменений в мышцах плечевого пояса появляется боль при движении плеча	Электромиография верхних конечностей – нарушение проводимости по нервным корешкам; магнитно-резонансная томография – компрессия соответствующего корешка в шейном отделе позвоночника

Первая помощь и принципы лечения

Говоря о первой помощи, мы имеем в виду травматические и остро возникшие боли в плечевом суставе. Первая помощь включает в себя иммобилизацию, симптоматическую обезболивающую терапию. При остро возникшей травме необходима фиксация верхней конечности в функционально выгодном положении. При ушибах, разрывах сухожилий и мышц достаточна косыночная повязка, в случае вывиха плеча – фиксация плеча в том положении, в котором оно находилось в момент вывиха. При переломах костей плечевого пояса необходима гипсовая иммобилизация (или ее аналог) с захватом плечевого и локтевого суставов и лопатки, при переломах ключицы – повязка, обеспечивающая отведение обеих плечевых суставов (восьмиобразная повязка, кольца Дельбе и др.).

При болях, обусловленных компрессией шейных корешков, требуется фиксация шейного отдела позвоночника воротником Шанца (или другим полужестким воротником) на срок до 2–3 нед. При других вышеописанных болевых синдромах иммобилизация не требуется.

Специализированное лечение травматических повреждений проводится врачом-травматологом

и предусматривает применение как консервативных, так и оперативных методов. Разрывы сухожилий лечатся только оперативным путем с восстановлением их целостности (ушивание, пластика сухожилий).

При плечелопаточном периартрозе необходимо устранить все факторы, вызывающие болевой синдром: функциональные блокады суставов плечевого пояса, межпозвоночных суставов, участков болевых мышечных напряжений (триггерные зоны); купировать сопутствующее реактивное воспаление капсулы сустава и слизистых сумок с последующим восстановлением функции конечности. Лечение данной патологии занимаются врачи-мануальные терапевты.

При корешковом синдроме на фоне иммобилизации шеи воротником проводится лечение нестероидными противовоспалительными препаратами, новокаиновыми блокадами с глюкокортикоидами. При безуспешности консервативной терапии показано специализированное нейрохирургическое лечение, направленное на устранение компрессии корешка либо снижение проводимости болевого импульса по его чувствительным волокнам.

При ревматоидном артрите и других системных заболеваниях показана длительная (иногда – на протяжении всей жизни) терапия под контролем ревматолога.

Таким образом, несмотря на схожесть клинической картины при болях в плечевом суставе, причины болей весьма разнообразны. Только грамотная дифференциальная диагностика болевых синдромов может привести к положительным результатам лечения.

Литература

1. Анкин Л.Н., Анкин Н.Л. Травматология (европейские стандарты). – М.: МЕДпресс-информ, 2005. – 496 с.
2. Беленький А.Г. Патология плечевого сустава. Плечелопаточный периартрит. Прощание с термином: от призрачности – к конкретным нозологическим формам // Consilium medicum. – 2004; 6:2: 15–20.
3. Беленький А.Г. Боль в области плечевого сустава, связанная с патологией периартикулярных тканей // Consilium medicum. – 2005; 4: 4: 22–25.
4. Бойков В.П., Голенков А.В. Болевой синдром при повреждениях и заболеваниях тазобедренной области // Медицинская сестра. – 2011; 1: 48–51.
5. Бойков В.П., Чермаков К.С., Караулов С.А. и др. Болевой синдром при повреждениях и заболеваниях голеностопного сустава и стопы // Медицинская сестра. – 2013; 1: 28–30.

6. Кавалерский Г.М., Силин Л.Л., Гаркави А.В. Травматология и ортопедия. Учебник. – М.: Академия, 2008. – 624 с.

7. Корнилов Н.В. Травматология и ортопедия. Учебник для студентов медицинских вузов. – М.: Гиппократ, 2008. – 544 с.

8. Котельников Г.П., Краснов А.Ф., Мирошниченко В.Ф. Травматология. Учебник. – М.: Мед. информ. агентство, 2009. – 536 с.

9. Котельников Г.П., Мирошниченко В.Ф. Травматология. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011. – 288 с.

10. Травматология: национальное руководство / Под ред. Г.П. Котельникова, С.П. Миронова. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011. – 1134 с.

ACUTE PAIN SYNDROME IN THE SHOULDER JOINT

S.A. Karaulov; Prof. V.P. Boikov; E.M. Karaulova; K.S. Chermakov

I.N. Ulyanov Chuvash State University, Cheboksary

Institute for Postgraduate Training of Physicians, Ministry of Health and Social Development of the Chuvash Republic, Cheboksary

The paper presents the clinical signs of pain syndrome in the humeroscapular area, indicates the causes of algetic manifestations in the shoulder joint, and gives recommendations to render first aid and to treat.

Key words: pain syndrome, shoulder joint, first aid.

ХРОНИКА

Образовательные стандарты для медсестер

Аккредитационный совет по образованию (АСО) Европейской ассоциации операционных медсестер (European Operating Room Nurses Association – EORNA) способствует развитию образования в рамках региональной карты Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ).

На 6-й ежегодной конференции EORNA, проходившей под девизом «Рейс в будущее» в Лиссабоне, Ассоциация представила последние результаты гармонизации образовательных стандартов для операционных медсестер в Европе и за ее пределами.

За 3 года с момента основания АСО EORNA организовал свою работу в большинстве из 26 стран-членов EORNA и в 27 организациях, входящих в Ассоциацию. Членство в EORNA распространяется за пределы Европейского Союза и фактически следует региональной карте ВОЗ. На сегодня процесс расширения Ассоциации продолжается: Россия подала письменную заявку на членство, о желании присоединиться к Ассоциации заявили Мальта, Польша и Люксембург.

Для 60 тыс. медсестер, состоящих в организации, EORNA сформировала разностороннюю программу в области образования и профессионального развития, разработав Обязательный курс 2012 (Руководство по образованию для операционных медсестер), Профессиональные стандарты EORNA и Систему аккредитации АСО.

Не имеющая аналогов в Европе, аккредитационная система EORNA нацелена на улучшение и гармонизацию качества и стандартов ухода за пациентами хирургиче-

ских отделений во всех странах-членах Ассоциации. Внедрение системы аккредитации и образовательных стандартов позволит повысить мотивацию к более качественной работе в операционных, а также обеспечит лучшую безопасность пациентов с начала и до конца интраоперационного периода.

П. Доббельштайн, старший вице-президент и директор по региону EMEA (Европа, Ближний Восток и Африка) компании «Ansell Ltd.», оказывающей содействие EORNA в развитии деятельности АСО, заявил: «Непрерывное образование – это ключ к предоставлению качественных услуг в сфере здравоохранения, и мы рады стремлению EORNA предоставить сообществу медсестер, работающих в операционных, возможность продолжить образование, а также гармонизировать и улучшить качество хирургической помощи в Европе и за ее пределами».

Комментируя сегодняшний успех АСО, президент EORNA К. Хиггинс заявила: «АСО символизирует нашу готовность обеспечить каждого пациента безопасной, высококачественной сестринской помощью на европейском уровне. Несомненно, мы стремимся к установлению четких и последовательных стандартов аккредитации для повышения качества лечения и улучшения качества ухода за пациентом. Вводя и применяя на практике эти стандарты, мы можем преодолеть различия в уходе за пациентом, что гарантирует высочайшее качество сестринской помощи и повышенный уровень безопасности в операционных».