

А.А. Фирсов^{1*}, В.И. Шмырёв²¹ ФГБОУ ВПО «Российский университет дружбы народов», кафедра клинической и социальной гериатрии, г. Москва² ФГУ «Учебно-научный медицинский центр» УД Президента РФ, кафедра неврологии, г. Москва

БОЛЬ В ПЛЕЧЕЛОПАТОЧНОЙ ОБЛАСТИ: КЛИНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ

Резюме

Боль в плечелопаточной области является актуальной проблемой на протяжении многих десятилетий. В статье рассмотрены клинические аспекты диагностики и лечения боли в плечелопаточной области, в частности применения в консервативной терапии болевого синдрома наряду с НПВП нейротропных комплексов Мильгамма.

Ключевые слова: боль в плечелопаточной области, дегенеративные изменения в позвоночнике, Мильгамма.

Abstract

The problem of pain in the glenohumeral region is an urgent problem for many decades. The article describes the clinical aspects of diagnosis and treatment of pain in the glenohumeral region, particularly in the application of conservative treatment of pain along with nonsteroidal anti-inflammatory drugs neurotropic complexes Milgamma.

Key words: pain in the area of glenohumeral, degenerative changes in the spine, Milgamma.

КТ — компьютерная томография, МРТ — магнитно-резонансная томография, НПВП — нестероидные противовоспалительные препараты.

Боль в плечелопаточной области — весьма распространённое явление, и провоцирующих его факторов достаточно много. Основные причины боли в плечелопаточной области можно сгруппировать следующим образом: дегенеративные заболевания позвоночника, дегенеративные и дистрофические изменения плечевого сустава, травматические повреждения шеи и плечевого сустава, инфекции, опухоли и отражённые боли при заболеваниях внутренних органов, боли при фибромиалгии и психогенные боли [5].

Вся боль в плечевом суставе подразделяется на четыре вида: острая, сильная, резкая и ноющая. Характер боли и её тяжесть в значительной степени зависит от причины возникновения. Острые и сильные симптомы требуют немедленной медицинской помощи. Острая боль может свидетельствовать об обострении, воспалении в сухожилиях и мышцах (тендинита), быть признаком артроза или артрита в стадии обострения, воспаления нервных окончаний (неврита). Сильные болевые ощущения также могут говорить об ущемлении грыжи межпозвоночных дисков. Наиболее опасной считается острая боль в левом плечевом суставе, т.к. такой симптом может указывать на развивающийся инфаркт миокарда или приступ стенокардии.

Тремя основными причинами, вызывающими сильную боль в плечевом суставе, обычно являются: трав-

ма, воспалительный процесс в самом суставе и сухожилии или нервных окончаниях (при межпозвоночной грыже).

При травме сначала появляется отёчность в зоне повреждения, а спустя несколько минут возникают сильные болевые ощущения. Резкая боль в плечевом суставе может быть спровоцирована травмой; её причиной также может стать стремительное развитие процесса воспаления в тканях, суставной сумке либо сухожилиях. Причиной подобной боли могут быть артрит в стадии обострения, капсулит, тендинит. Признаком хронического воспалительного процесса в плечевом суставе или в сухожилиях может быть ноющая боль. Кроме того, это может быть свидетельством более угрожающих заболеваний (инфаркт миокарда или стенокардия). Чувство ноющей боли часто связано с перенапряжением мышц плеча. Это случается на усиленных тренировках или при выполнении однообразной физической работы.

При болях в плече часто используют термин болевой синдром плечелопаточной области. Такое состояние может быть вызвано различными факторами, включая внутренние нарушения, травмы, растяжения и пр. Сама по себе боль мало о чём говорит, прежде всего необходимо установить причину её возникновения, и только тогда можно будет назначить правильное эф-

* Контакты. E-mail: afirs67@mail.ru. Телефон: (966) 073-46-25

фективное лечение. Боль в плечелопаточной области — это очень распространённый вид жалоб, который встречается на протяжении жизни практически у каждого человека. Чаще всего это связано с поражением шейного отдела позвоночника и плечевого сустава. Дегенеративные изменения в этом отделе позвоночника встречаются у 49,2% взрослого населения, что свидетельствует не только о медицинской, но и социальной значимости данной проблемы [4–6].

Несмотря на значительные успехи, достигнутые в последние годы в диагностике и лечении остеохондроза шейного отдела позвоночника, многие задачи остаются нерешёнными и требуют дальнейшего анализа. Вертеброгенные заболевания шейного отдела являются одной из частых причин временной, а иногда и стойкой потери трудоспособности. Актуальность этой проблемы остаётся высокой на протяжении многих десятилетий [1, 2, 9].

Боль вследствие патологии шейного отдела позвоночника вызывается сдавлением спинномозговых корешков, их приводящих или отводящих сосудов, а также дурального мешка с его содержимым (шейным отделом спинного мозга и сосудистыми сплетениями). Компрессия данных структур может вызываться грыжей диска, реже протрузией, диско-остеофитным комплексом или гипертрофией фасеточных суставов. Такие же последствия может вызывать спондилолистез (т.е. «соскальзывание» соседних позвонков друг относительно друга — как стабильное по величине, так и с нестабильностью). В отдельных случаях возможны и другие причины радикуло(миело)патии, в том числе травмы позвоночника, инфекционные и онкологические заболевания. Более редкими причинами шейной радикулопатии бывают опоясывающий герпес, сахарный диабет, экстра- и интраспинальные опухоли, васкулиты, саркоидоз, которые могут быть исключены при тщательном общем и неврологическом осмотре, но иногда лишь с помощью дополнительных методов исследования [4, 5].

При остеохондрозе шейного отдела позвоночника в ответ на раздражение рецепторов тканей, иннервируемых поражённым позвоночным сегментом, возникают не только мышечно-тонические, но и вазомоторные и нейродистрофические реакции. Выраженность и качество вегетативных вазомоторных реакций, равно как и их локализация, естественно, не могут не оказывать влияния на течение заболевания. Они сказываются не только на отёке в корешке, но и на вегетативных функциях конечности, в частности, на развитии нейроостеофиброза.

Таким образом, не только локально-механические, но и нервнорегулирующие процессы сказываются на течении как позвоночных, так и внепозвоночных патологических процессов при остеохондрозе и, следовательно, на развитии заболевания вообще. Все перечисленные «внутренние» механизмы течения остеохон-

дроза развёртываются в условиях определённых средовых влияний, а потому могут изменяться под влиянием статокINETических перегрузок, температурных, эмоциональных, инфекционно-токсических, лечебных и других воздействий [5, 14].

Компрессионный корешковый синдром на уровне С6 проявляется нарушением чувствительности в участке кожи, получающем иннервацию от его волокон. Этот участок охватывает пространство от шеи и надплечья до первого пальца кисти поражённой конечности. Чувствительные нарушения проявляются в виде боли, парестезии, затем развивается гипестезия. В патологический процесс также вовлекается двуглавая мышца плеча, что проявляется её слабостью и гипотрофией, снижением сухожильного рефлекса. Компрессионное поражение корешка шейного отдела спинного мозга на уровне С7 также проявляется нарушением чувствительности в виде боли и парестезии в участке, получающем иннервацию от волокон этого корешка. В данном случае нарушение чувствительности локализуется в области от шеи и надплечья до второго и третьего пальцев кисти поражённой верхней конечности.

Болевой синдром часто захватывает область лопатки с поражённой стороны. Отличительной особенностью компрессионного поражения корешка С7 является атрофия и слабость трёхглавой мышцы плеча, а также снижение или полное исчезновение рефлекса с её сухожилия. Одновременное компрессионное поражение шейных корешков С6 и С7 проявляется гипотрофией мышц предплечья и кисти. Особенно страдают мышцы, расположенные в области тенора. Поражение других корешков шейного отдела спинного мозга встречается редко, примерно в 10% случаев возможно развитие двусторонней симптоматики. При данной патологии иногда появляются симптомы вегетативных расстройств. К ним относятся вегето-сосудистые нарушения, миалгии и симпаталгии. В случае поражения шейных корешков с левой стороны болевой синдром может имитировать приступ стенокардии. Течение заболевания может осложняться присоединением сосудистой недостаточности вертебро-базиллярной системы, а также спинномозговыми расстройствами [1, 2, 5, 9].

МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Клинический диагноз должен быть подтверждён результатами дополнительных методов исследования, включая:

- неврологическое и нейроортопедическое исследование;
- рентгенограмма шейного отдела и плечевого сустава (функциональные пробы);
- КТ (прицельная КТ отдельных позвонков);
- МРТ шейного отдела;
- электронейромиография;
- вызванные потенциалы.

Рентгенография шейного отдела позвоночника позволяет выявить снижение высоты межпозвонковых дисков, склероз замыкательных пластин, гипертрофию суставных отростков, остеофиты, неравномерное сужение позвоночного канала. На снимках в боковой проекции может быть обнаружено сужение межпозвонковых отверстий. Основная цель рентгенографии шейного отдела — исключить объёмные образования, спондилит, остеопороз.

Выявить грыжу диска можно с помощью КТ и особенно МРТ. В то же время КТ лучше выявляет стеноз межпозвонкового отверстия, остеофиты, оссификацию задней продольной связки. Однако при интерпретации данных визуализации важно учитывать, что примерно у 2/3 лиц, никогда не испытывавших боли, эти методы исследования выявляют те или иные изменения в позвоночнике, нередко на нескольких уровнях. У 57% обследованных, не имеющих боли в шее, обнаруживаются грыжа диска, в 26% случаев — стеноз позвоночного канала, у 7% — нейровизуализационные признаки сдавления спинного мозга.

В некоторых случаях требуется проведение электромиографии. Суть этого метода состоит в изучении проведения электрического тока по нервам к мышцам.

Данные электронейромиографии редко имеют практическую значимость при вертеброгенной радикулопатии, но иногда важны в дифференциальной диагностике с поражением периферического нерва или сплетения. Скорость проведения возбуждения по двигательным волокнам у пациентов с радикулопатией обычно остаётся нормальной даже при выявлении слабости в поражённом миотоме, т.к. только часть волокон в пределах нерва оказывается повреждённой.

Если поражено более 50% двигательных аксонов, отмечается снижение амплитуды М-ответа в мышцах, иннервируемых поражённым корешком. Для вертеброгенной радикулопатии особенно характерно отсутствие F-волн при нормальной амплитуде М-ответа с соответствующей мышцей. Скорость проведения по чувствительным волокнам при радикулопатии также остаётся нормальной, поскольку поражение корешка (в отличие от поражения нерва или сплетения) происходит проксимальнее спинномозгового ганглия.

Некоторую ценность в дифференциации радикулопатии и поражении периферических нервов имеют данные игольчатой электромиографии. Например, для радикулопатии С7 характерны признаки денервации в трёхглавой мышце плеча, тогда как соседние мышцы, иннервируемые из прилежащих сегментов (например, двуглавая мышца плеча, иннервируемая корешком С6, и разгибатель указательного пальца, иннервируемый корешком С8), остаются интактными [2, 7].

СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ

Большинство болей в спине хорошо поддаются лечению консервативными методами [1, 2, 3, 4]. При выборе терапевтического подхода важно правильно оценить факторы риска и возможные осложнения имеющихся методов лечения индивидуально для каждого пациента. В основном используется комплексный подход с применением лекарственных и нелекарственных методов.

К нелекарственным методам лечения относят: соблюдение режима (тепло и покой), ортопедическую терапию, лечебную физкультуру, физиотерапию, мануальную терапию. Большое количество исследований, посвящённых терапии острого и хронического болевого синдрома в шее, свидетельствуют о хорошем терапевтическом эффекте методов мобилизационной физиотерапии и/или мануальных манипуляций и ЛФК. Сочетание этих методик даёт особенно хорошие результаты.

Определённую пользу приносит добавление психотерапевтических воздействий. Эффективность акупунктуры, тракционных и электростимуляционных методов оказалась менее очевидной и требует доказательных исследований. Раннее начало мобилизационной физиотерапии и своевременное возвращение к нормальной физической активности после травматических воздействий являются хорошей профилактикой развития хронического болевого синдрома.

Основой консервативной терапии болевого синдрома являются НПВП, которые оказывают как анальгезирующее, так и противовоспалительное действие, столь важное с точки зрения механизмов развития болевого синдрома. НПВП должны применяться с начала развития заболевания; при интенсивной боли предпочтительнее парентеральное введение. Выбор препарата определяется соотношением его эффективности и безопасности.

Одним из потенциальных резервов повышения эффективности консервативной терапии радикулопатии может быть применение витаминов группы В. Антиноцицептивный и противовоспалительный эффекты витаминов группы В подтверждены экспериментально на моделях химически и термически индуцируемой боли.

Показано, что витамин В₁ самостоятельно или в комбинации с витаминами В₆ и В₁₂ способен тормозить прохождение болевой импульсации на уровне задних рогов и таламуса. Проведённые О.С. Левиным (2009) клинические исследования эффективности комплекса витаминов В (в форме препарата Мильгамма, компания «Вёрваг Фарма») у пациентов с дискогенной радикулопатией свидетельствуют о том, что Мильгамма может потенцировать обезболивающий

эффект НПВП и способствовать более быстрому регрессу болевого синдрома, эффективно воздействуя на невропатический компонент боли. При этом добавление к 10-дневному курсу внутримышечного введения Мильгамма 14-дневного курса перорального приёма драже Мильгамма композитум может способствовать более полному проявлению терапевтического потенциала препарата не только в краткосрочной, но и в среднесрочной перспективе.

Хорошо известна нейротропность витаминов группы В, которые существенным образом влияют на процессы в нервной системе (обмен веществ, метаболизм медиаторов, передачу возбуждения). Доказано воздействие высоких доз витаминов группы В на регенерацию повреждённых нервов. Бенфотиамин способствует ремиелинизации через активацию фосфолипазы-А, следствием чего является чрезмерный гидролиз эфиров жирных кислот, а также оказание влияния на жидкую субстанцию миелиновых оболочек. Одновременное применение тиамин, пиридоксина и цианкобаламина стимулирует аксоплазматическую часть транспорта структурных элементов мембраны или миелиновой оболочки. Этот эффект нейротропных витаминов особенно важен при радикулопатии, поскольку компрессия корешка нарушает аксоплазматический ток.

Клинический опыт показывает, что парентеральное использование комбинации тиамин, пиридоксин и цианкобаламина хорошо купирует боль, нормализует рефлекторные реакции, устраняет нарушения чувствительности. Проведено более 90 исследований, показавших клиническое улучшение при применении витаминов группы В у пациентов с острыми болями в спине [3].

Во многих работах подчёркивается, что как комбинация, так и раздельное применение витаминов В₁, В₆ и В₁₂ обладает анальгезирующим эффектом. Возможное анальгетическое действие витамины оказывают непосредственно на болевые рецепторы и натриевые каналы повреждённых мембран чувствительных волокон. Мильгамма композитум может способствовать редукции невропатического компонента боли не только в краткосрочной, но и в среднесрочной перспективе. Кроме того, при лечении острой радикулярной боли комбинация витаминов группы В с НПВП более эффективна и безопасна, чем монотерапия НПВП [3, 7, 8].

В остром периоде показана иммобилизация шеи с помощью мягкого или полужёсткого воротника (прежде всего в ночное время), срок которой должен быть ограничен несколькими днями. Рефлексотерапия может применяться как в острой фазе, так и на более поздних этапах ведения больного. В последующем проводятся постепенная мобилизация шеи, постизометрическая релаксация, физиотерапевтические процедуры, лечебная гимнастика. В подострой и хронической

фазах особенно важны физические методы лечения, прежде всего лечебная гимнастика, массаж, рефлексотерапия, бальнеотерапия. При хроническом болевом синдроме необходим комплексный психофизиологический подход, учитывающий значение как периферических, так и психологических факторов в происхождении боли.

Особое место в борьбе с болями в плечелопаточной области занимает профилактика их появления или обострения. Правильная организация ежедневной физической активности, рабочего места, спортивные занятия должны подбираться индивидуально для каждого пациента.



Список литературы:

1. *Веселовский В.П.* Практическая вертеброневрология и мануальная терапия. Рига, 1991. С. 30–145.
2. *Воробьёва О.В.* Цервикальная радикулопатия: диагностика и терапия // Эффективная фармакотерапия. Неврология и психиатрия. 2012. № 2.
3. *Данилов А.Б.* Применение витаминов группы В при болях в спине: новые анальгетики? // РМЖ. 2008. Т. 16. Спецвыпуск. С. 35–39.
4. *Левин О.С.* Диагностика и лечение боли в шее и верхних конечностях // РМЖ. 2006. № 9. С. 713–719.
5. *Кузнецов В.Ф.* Вертеброневрология. Клиника, диагностика, лечение заболеваний позвоночника. Минск: «Книжный дом», 2004. 604 с.
6. *Левин О.С.* Диагностика и лечение неврологических проявлений остеохондроза позвоночника // Consilium medicum. 2004. № 6. С. 547–554.
7. *Левин О.С.* Современные подходы к диагностике и лечению боли в спине. М., 2006.
8. *Левин О.С., Мосейкин И.А.* Комплекс витаминов группы В в лечении дискогенной пояснично-крестцовой радикулопатии // Журнал неврологии и психиатрии им. Корсакова. 2009. № 10. С. 30–35.
9. *Попелянский Я.Ю., Штульман Д.Р.* Боли в шее, спине и конечностях. Под ред. Н.Н. Яхно, Д.Р. Штульман / Болезни нервной системы. М.: Медицина, 2001. С. 293–316.
10. *Khan T.A., Ahmad A., Haider I.Z.* Treatment of acute lumbago; low dose diclofenac sodium with vitamin B complex compared with diclofenac alone // Professional Med. J. 2008. Vol. 15. P. 440–444.
11. *Lehto I.J., Terti M.O., Komu M.E.* et al. Age-related MRI changes at 0.1 T in cervical discs in asymptomatic subjects // Neuroradiology. 1994. Vol. 36, № 1. P. 49–53.
12. *Matsumoto M., Fujimura Y., Suzuki N.* et al. MRI of cervical intervertebral discs in asymptomatic subjects // J. Bone Joint Surg. Br. 1998. Vol. 80, № 1. P. 19–24.
13. *Ma D.J., Gilula L.A., Riew K.D.* Complications of fluoroscopically guided extraforaminal cervical nerve blocks. An analysis of 1036 injections // J. Bone Joint Surg. Am. 2005. Vol. 87, № 5. P. 1025–1030.
14. *Miyaguchi M., Nakamura H., Shakudo M.* et al. Idiopathic spinal cord herniation associated with intervertebral disc extrusion // Spine. 2001. Vol. 26, № 9. P. 1090–1094.

Авторы заявляют, что данная работа, её тема, предмет и содержание не затрагивают конкурирующих интересов.

Авторы и редакция выражают благодарность компании «Вёрвар Фарма».