

КРАТКИЕ СООБЩЕНИЯ

ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С СИНДРОМОМ «ЗАМОРОЖЕННОЕ ПЛЕЧО»

**Ф.А. ЭССАМИ, Ф.Л. ЛАЗКО, Н.В. ЗАГОРОДНИЙ, В.В. ЛЯЛИНА,
М.А. АБДУЛХАБИРОВ, М.Х. ЭЛЬГАДИ, Б. БАХДЖАН**

Кафедра травматологии и ортопедии РУДН. Москва, 117198, ул. Миклухо-Маклая, д.8.
Медицинский факультет

«Замороженное плечо» (адгезивный капсулит) уникальное явление, приводящее к потере трудоспособности, вплоть до инвалидизации больных. Термин «замороженное плечо» был предложен в 1872 году Дюплеем (Duplay), который в медицинской литературе описывается разными названиями: «адгезивный капсулит» (Pasteur, 1932 г.), «замороженное плечо» (Codman, 1934), тендовагениит длинной головки бицепса (Neviaser, 1945 г.), «идиопатическое замороженное плечо» (Wiley, 1991).

В настоящее время в медицинской литературе наиболее признанным термином является термин «замороженное плечо» (frozen shoulder), хотя в поликлинической практике врачи упрощено обозначают это состояние как «плечелопаточный периартрит».

Несмотря на то, что эту проблему изучают более 120 лет, до сих пор невыясненным остается этиопатогенез данного синдрома. Существуют разные теории, объясняющие возникновение этого синдрома:

- Капсулярная теория: ведущей причиной возникновения «замороженного плеча», по данным Pasteur (1932 г.), Lundberg (1969 г.), является массивный спаечно-фиброзный процесс, приводящий к деформации внешности сустава и уплотнению капсулы.

- Иммунологическая теория: сторонники этой теории считают, что основной причиной первичного «замороженного плеча» является аутоиммунное заболевание, вырабатывающее аутоантитела против клеток, располагающихся в области вращательной манжеты (Codman, 1934, Neviaser, 1945).

- Эндокринная теория: И. Иванов и Б. Иванова на основании выявления антигена HLA-B27 у группы больных с «замороженным плечом» соотносят этот синдром с заболеванием щитовидной железы и сахарным диабетом в сочетании с кардиоваскулитом.

- Дегенеративная теория: Older и Macnab полагали, что главной причиной данного синдрома является дегенеративные изменения сухожилия и капсулы сустава, что в свою очередь приводит к аваскулярным изменениям мышц и сухожилий вращательной манжеты плечевого сустава.

Мы придерживаемся последней теории, ибо распространение дегенеративных изменений на сухожилия вращательной манжеты приводило к болям и ограничениям объема движения в плечевом суставе. Потеря движения происходит из-за «сжимания» и утолщения связок, капсулы и других структур поддержки плеча. Это «сжимание» и утолщение (fibrosis) приводит к ограничению движения и резкому снижению функции в плечевом суставе.

В развитии «замороженного плеча» мы различаем три стадии. Первая стадия - острая (замораживающаяся) - длилась около четырех месяцев и характеризовалась значительной болью, плохим сном и существенным функциональным ухудшением функции сустава. Большинство пациентов ощущали, что плечо становится все более и более жестким и болезненным со временем. Вторая стадия - прогрессивно напрягающаяся - характеризовалась прогрессированием с еще большим ухудшением состояния плечевого сустава. Заключительная стадия характеризовалась постепенным восстановлением анатомо-функциональных дви-

жений в зависимости от проведенного лечения либо ограничением движений в суставе. Полный курс лечения может длиться от года до двух лет.

Причины «замороженного плеча» до сих пор остаются неясными. К счастью, «замороженное плечо» не часто сочетается с артритом или другими патологиями плечевого сустава.

Консервативное лечение мы применяли у 47 больных на первой стадии развития «замороженного плеча». В комплекс консервативного лечения было включено введение кислорода в поддельтовидное пространство, массаж и ЛФК. При этом, под акромиальное пространство вводили картизон и другие стероидные препараты (целистон, флорестон, метипред, трикорт, дипомедрол, декадрон, киналог или дипроспан) по 1мл два раза в течение одного месяца. Если после двукратных введений стероидных препаратов не наблюдалось улучшения, последующие введения, по нашим наблюдениям, не улучшали результатов лечения. В этом случае больным рекомендовалось оперативное лечение.

Хирургическое лечение мы применяли у 67 больных с синдромом «замороженное плечо». Лечение заключалось в редрессации плечевого сустава (артролиз) на операционном столе, до угла 110° отведения. После редрессации плечевого сустава мы проводили полное удаление субакромиальной сумки (бурсэктомия) с последующим «сбриванием» нижней латеральной поверхности акромиона (субакромиальная декомпрессия). После операции в положении отведения под углом 90° рука была фиксирована на отводящей шине в течение двух суток для соблюдения покоя. На третьи сутки после операции больным проводили пассивные движения в плечевом суставе. После этого больные проходили физиотерапевтическое лечение, ЛФК, электростимуляцию мышц плечевого сустава и массаж. Положительные результаты лечения у 65 больных позволяют нам рекомендовать применение артроскопии при лечении больных с синдромом «замороженное плечо».

TREATMENT OF PATIENTS WITH SYNDROME «FROZEN SHOULDER»

**F.A. ESSAMI, F.L. LASKO, N.V. ZAGORODNI, V.V. LYALINA,
M.A. ABDULKHABIROV, M.X. ELGADI, B. BAKHTGAN**

*Department of Traumatology and Orthopedics RPFU (Moscow, 117198. M-Maklaya st
8. Medical faculty.*

Frozen shoulder: Unique situation, in which there is a loss of function, leading to invalidity of the patients. Term frozen shoulder was discovered in 1872 by Duplay, which is known by many names in the medical literature: (adhesive capsulitis) «Pasteur 1932.r». (Idopathic frozen shoulder) «Willy -1991.r». (Frozen shoulder) «Codman- 1934.r». (Tendoveginitis of caput longus of biceps) «Neviaser- 1945.r»

The aim of our work included to get good results. To confirm a diagnosis of frozen shoulder we used the following methods X ray, MRI, U/S of the shoulder.

We used a conservative treatment in a group of 47 patients, and operative treatment in a group of 67 patients. After our positive operative treatment in a second group of patients, we advise to do arthroscopy in the treatment of the frozen shoulder.