

**КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ БРАХИАЛГИИ У БОЛЬНОГО
С РАЗЛИЧНЫМИ ПОРАЖЕНИЯМИ СТРУКТУР ОБЛАСТИ ПЛЕЧА**

Сергей Геннадьевич Степнёв¹, Рашид Асхатович Алтунбаев²

¹Городская клиническая больница № 5, г. Казань, ул. Ш. Камала, д. 12, *stepnev_s@mail.ru*,

²Казанский государственный медицинский университет, кафедра неврологии и реабилитации, 420012, г. Казань, ул. Бутлерова, 49

Реферат. Представлено клиническое наблюдение брахиалгии с различными поражениями структур области плеча. На фоне соматического неблагополучия у больного выявлены вертебральные, невральные, миофасциальные нарушения, а также поражение периартикулярных тканей области левого плечевого сустава, каждый из которых вносил негативный вклад в болезненную дисфункцию плечевого сустава и, кроме того, путем рентгенологического исследования обнаружены дегенеративные изменения в области левого плечевого сустава и шейного отдела позвоночника.

Ключевые слова: брахиалгия, миофасциальный триггерный пункт, шейный остеохондроз, периартикулярные проявления.

**КУЛБАШЫ СТРУКТУРАЛАРЫ ТӨРЛЕЧ•
ЗАРАРЛАНГАН АВЫРУДАГЫ БРАХИАЛГИЯГ•
КЛИНИК КҮЗ•ТҮ**

Сергей Геннадиевич Степнёв¹,
Р•шит • с•х•т улы Алтунбаев²

¹№ 5 ш•?•р клиник больницасы, Казан ш•h•ре, Ш. Камал урамы, 12, *stepnev_s@mail.ru*, ²Казан д•үл•т медицина университеты, неврология һ•м реабилитация кафедрасы, Казан ш•h•ре, Бутлеров урамы, 49

Кулбашы структуралары төрлеч• зарарлану күз•телг•н брахиалгияне клиник тикшерү т•кдим ител•. Төрле соматик тайпылыш шартларында авыруда вертебраль, невраль, миофасциаль бозылышлар, шулай ук сульяз и•башындагы периартикуляр тукымаларны• зарарлануы ачыклана. Боларны• һ•ркайсы и•баш дисфункциясен• тагын да тиск•рер•к т•эсир ясыт. Моннан тыш, рентгенологик тикшеренүл•р юлы бел•н сульяз и•башта һ•м умырткалыкны• муен өлешенд• дегенератив үзг•решл•р барлыкка килү д• ачыкланган.

Төп төшенч•л•р: брахиалгия, миофасциаль триггер пункты, муен остеохондрозы, периартикуляр күренешл•р.

**CLINICAL OBSERVATION OF SHOULDER PAIN IN A
PATIENT WITH DIFFERENT LESIONS OF SHOULDER
STRUCTURES**

Sergei Gennadievich Stepnev¹, Rashid Askhatovich Altunbaev²

¹Municipal Clinical hospital №5, Kazan, Sharif Kamal street, 12, *stepnev_s@mail.ru*, ²Kazan State Medical University, chair of neurology and rehabilitation, Kazan, Butlerov street, 49

A clinical case of a patient with shoulder pain, caused by different lesions of shoulder structures, is presented. The patient

had some somatic troubles. And also there were revealed vertebral, neural, myofascial infringements, as well as periarticular tissue's lesion in the area of the left humeral joint. Each of which made a negative contribution to painful dysfunction of a humeral joint. Except for that, degenerative changes were found with the help of radiological researches in the field of the left humeral joint and a cervical department of a backbone.

Key words: shoulder pain, myofascial trigger point, cervical osteochondrosis, periarticular manifestations.

Ни один трудовой процесс не может обойтись без участия плечевого сустава [1]. Проблема боли в плече актуальна для врачей многих специальностей, а для невролога обусловлена наличием зачастую интенсивного болевого синдрома при отсутствии травмы и ярких общих (лихорадка, слабость) и местных (отек, гиперемия кожи) проявлений заболевания, тенденцией к хроническому течению болевых проявлений, наличием иррадирующих болей, частым их сочетанием с болями в шейном отделе позвоночника [1, 5, 7, 8].

Разнообразие причин, вызывающих болевые ощущения в области плеча, предопределяет сложность их диагностики и лечения. Брахиалгию в целом может вызвать патологический процесс, локализованный в любой точке, — от спинного мозга до дистальных отделов конечностей. Главная особенность хронического брахиалгического синдрома заключается в том, что он зачастую клинически неотделим от алгических синдромов в шее и плече. Это может быть обусловлено прежде всего тем, что эти болевые феномены могут быть проявлениями поражения невральных структур шейно-надплечной области, а также наличием местного патологического процесса в области плеча и верхней конечности. Местные изменения

могут ограничиваться суставом, его капсулой или ближайшими сухожилиями, мышцами и нервами [3, 5].

Приводим клинический случай сочетанного поражения различных структур области плеча.

Больной Ф. 66 лет, столяр. Доставлен в одну из больниц города службой скорой помощи с направительным диагнозом: ОНМК. При поступлении больной жаловался на острую боль во всех пальцах левой кисти, чувство ползания мурашек и онемение в течение 6 месяцев в области левого плеча, боли, ощущения тугоподвижности и ограничение активных движений в левом плечевом суставе при отведении и сгибании, а также на хронические боли в шейном отделе позвоночника с рецидивирующим течением и обострением до 2 раз в год. В 2005 г. он перенес неосложненный острый инфаркт миокарда с поражением переднебоковой стенки левого желудочка.

тельные средства без явного улучшения. В начале сентября 2008 г. больной отметил уменьшение боли в левом плечевом суставе, однако сохранялись «хруст» при отведении и в меньшей степени при сгибании, а также ограничение движения из-за тугоподвижности.

Ночью с 19.09 на 20.09.08 г. появились острые боли ноющего, жгучего характера во всех пальцах левой кисти. Бригадой скорой помощи больного госпитализировали в неврологическое отделение.

В неврологическом статусе: при внешнем осмотре в положении стоя левое плечо выше правого при отсутствии у больного сколиотической деформации позвоночника. При сгибании верхних конечностей в плечевом суставе наблюдается отстояние внутреннего края лопатки слева. Черепно-мозговые нервы интактны.

Диапазон функциональных возможностей плечевых суставов представлен на рисунке.

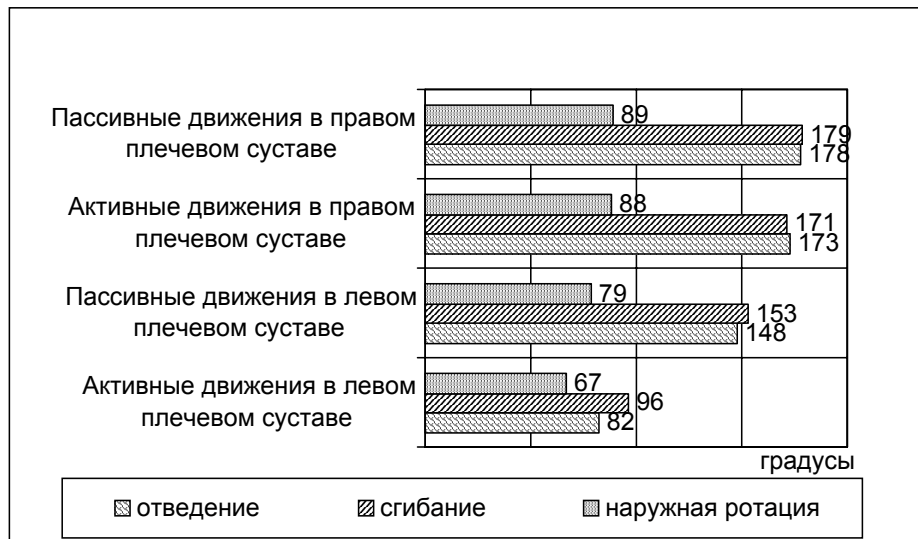


Рис. Сравнительная характеристика объемов активных и пассивных движений в плечевых суставах (в градусах).

Считает себя больным с января 2006 г., когда получил ушиб мягких тканей левого плечевого сустава в результате падения на вытянутую левую конечность, без повреждения костных структур. На фоне проведенного лечения противовоспалительными средствами отметил регресс болевого синдрома, а в последующем стал замечать ограничение активных движений в левом плечевом суставе при отведении и сгибании левого плеча из-за болевого синдрома, которые сопровождалась «хрустом» в определенном положении руки. Эти симптомы имели прогрессирующее течение. С марта-апреля 2006 г. стали беспокоить ощущения ползания мурашек и онемение в области левого плеча, усиливавшиеся в вечернее и ночное время, а также при физической нагрузке. Для обезболивания использовались простые и комбинированные анальгетики, нестероидные противовоспалитель-

ные средства. Объем разгибания, внутренней ротации не были нарушены. Имелись ограничение активных и пассивных движений в левом плечевом суставе, прежде всего активного отведения, сгибания и наружной ротации, а также заметное превышение объема пассивных движений над активными. В рефлекторной сфере имелись признаки периферического пареза в виде угасания рефлексов в левой верхней конечности, при сохранности их с другой стороны.

При оценке мышечной силы распределение периферического пареза в мышцах левой руки проявлялось следующим образом: дельтовидная мышца — 3,5 балла, передняя зубчатая мышца — 3,5, надостная мышца — 3,0, двуглавая мышца плеча — 4,0, локтевого сгибателя кисти и локтевой порции глубокого сгибателя пальцев — 3,5, мышцы, приводящей большой палец, — 4,0. При пальпации отмечались легкая гипотония и

гипотрофия в проксимальных мышечных группах и первого межпальцевого промежутка.

Наблюдалось западение надостной и подостной ямок на стороне поражения, а также формирование крыловидной лопатки слева, при вытягивании руки вперед как результат поражения волокна C_5 , C_6 в составе плечевого сплетения. Боли усиливались при попытке отведения руки в пределах $60-120^\circ$ (симптом Дауборна) и при наружной ротации (попытке причесаться), что свидетельствовало о вовлеченности в дегенеративный процесс сухожилия надостной и подостной, малой круглой мышц.

Для количественной оценки полученных при исследовании данных был применен индекс мышечного синдрома (ИМС) [6], который позволяет учитывать тонус мышц, гипотрофии, количество пальпируемых болезненных узелков, болезненность, продолжительность болезненности, степень иррадиации боли при пальпации. ИМС составил в сумме 16 баллов, т.е. третью, тяжелую степень мышечных расстройств, сказывающихся на движениях в левом плечевом суставе.

Выявилось снижение болевой и тактильной чувствительности в наружной области плеча, предплечья и всей кисти с явлениями аллодинии в указанных зонах. Глубокая чувствительность также подверглась изменению: мышечно-суставная гипестезия отмечалась при пассивных движениях в пястно-фаланговых, лучезапястном суставах в пораженной конечности; вибрационная чувствительность была снижена в области шиловидного отростка локтевой кости левой верхней конечности.

С учетом наличия сопутствующей цервикалгии был оценен вертебральный статус с помощью коэффициента скованности шейного отдела позвоночника (КСШП) [4], который составил 9,1 (норма — 6,0), что свидетельствовало об ограниченных возможностях движений в шейном отделе.

Миофасциальный болевой синдром был представлен наличием активных и латентных миофасциальных триггерных пунктов (МТП) [9], диагностика которых проводилась на основе признаков: воспроизводимости боли, ответной реакции больного при пальпации триггеров. Активные МТП, которые представляли для больного наибольший дискомфорт, выявлены в трапециевидной, большой грудной и дельтовидной мышцах на больной стороне, со спонтанно воспроизводимой болью, а также при пальпации мышц с характерной двигательной реакцией. Латентные МТП обнаруживались по наличию локального уплотнения с гиперчувствительным участком в пределах уплотнения, отсутствию отраженной боли и локального судорожного ответа, при этом наиболее часто встречались в трапециевидной, большой и малой грудных, передней и средней лестничных мышцах с обеих сторон.

Рентгенограмма левого плечевого сустава показывала склероз, неровность контуров большого бугорка плечевой кости, сужение суставной щели, краевые разрастания, субхондральный склероз суставных поверхностей акромиально-ключичного сочленения. На рентгенограммах шейного отдела позвоночника определялись сглаженность шейного лордоза и снижение высоты межпозвонковых дисков в сегментах C_4-C_5 , C_5-C_6 , C_6-C_7 , нестабильность C_3 , C_4 позвонков со сдвигом тел кзади на 2 мм. Визуализировались задние и передние экзостозы тел C_5 , C_6 позвонков до 2 мм, унковертебральный артроз преимущественно в сегментах C_4-C_5 , C_5-C_6 , C_6-C_7 , что соответствовало 4 стадии остеохондроза по Зеккеру.

Для оценки состояния периферических нервов применялась стимуляционная электромиография, которая выявила нарушение проведения по моторным волокнам левого подмышечного нерва (в виде асимметрии М-ответа *m.deltoideus* 6,1 мВ слева и 10,9 мВ справа), отсутствие проведения по сенсорным волокнам левого лучевого нерва, а также признаки локтевого туннельного синдрома слева (в виде снижения скорости проведения импульса в средней его части до 42 м/с при норме $56 \pm 5,3$ м/с).

Хроническое прогрессирующее течение сенсомоторных расстройств в области левого плеча и кисти с выраженным алгическим компонентом на фоне тугоподвижности левого плечевого сустава позволили исключить у больного острое нарушение мозгового кровообращения.

С учетом анамнеза и клинической картины заболевания, рентгенологических данных был выявлен ряд нарушений, наиболее значимыми из которых явились следующие:

1. Миофасциальные нарушения с миодистоническими проявлениями регионарных мышц плеча, окружающих плечевой сустав: большой грудной, малой грудной, подостной, большой круглой, трапециевидной и дельтовидной, передней и средней лестничных мышц, которые определяли существенный вклад в структуру болевого синдрома области плеча.

2. Вертебральные нарушения, представленные в виде выраженных ограничений подвижности позвоночно-двигательных сегментов шейного отдела позвоночника, как результат дегенеративно-дистрофических изменений костно-хрящевых образований шейного отдела, выявленные клинически и рентгенологически, что оказалось фактором для компримирования корешковых нервов, а также дистрофического поражения периартикулярных тканей плечевого сустава.

3. Поражение периартикулярных тканей плечевого сустава (которому способствовал ушиб мягких тканей левого плеча), проявлявшееся ограничением как активных, так и пассивных движений, прежде всего отведения, сгибания и наружной ротации плеча с болезненными явлениями в местах прикрепления

сухожилий мышц (надостной, постной и малой круглых мышц) и связок к костным выступам (большой и малый бугорки плечевой кости, акромион, клювовидный отросток). Рентгенограммы зафиксировали дегенеративно-дистрофические изменения большого бугорка и рядом расположенного акромиально-ключичного сочленения.

4. Поражение невралных структур многофакторного характера, наиболее существенным из которых было механическое воздействие травмирующего фактора, дистрофически-дегенеративных измененных структур шейного отдела позвоночника, напряженных передней и средней лестничных мышц и поражения периферических нервов, что отразилось сенсомоторными нарушениями в клинической картине и подтвердилось результатами стимуляционной электромиографии.

На фоне комплексного лечения, направленного на различные звенья патогенеза поражения невралных и мышечных структур, связочно-сухожильного аппарата плечевого и акромиально-ключичного суставов, с применением анальгетиков, средств для улучшения микроциркуляции, нейропротективных препаратов, локального введения новокаина в смеси с глюкокортикоидными препаратами появилась положительная динамика в виде регресса болевого синдрома, увеличения объема как пассивных, так и активных движений в левом плечевом суставе.

Таким образом, у больного на фоне травматического повреждения тканей сустава двухлетней давности имелся обширный круг поражений невралных, мышечных структур, шейного отдела позвоночника и связочно-сухожильного аппарата плечевого сустава, что

обусловило наличие в клинической картине различных симптомокомплексов в левой верхней конечности, каждый из которых вносил негативный вклад в болезненную дисфункцию плечевого сустава.

ЛИТЕРАТУРА

1. Зулкарнеев, Р.А. Болезненное плечо, плече-лопаточный периартрит и синдром «плечо-кость» / Р.А. Зулкарнеев. — Казань: Издательство Казанского университета, 1979. — С.19.
2. Попелянский, Я.Ю. Ортопедическая неврология: Руководство для врачей / Я.Ю. Попелянский, 3-е изд. — М.: МЕДпресс-информ, 2003. — С. 259.
3. Солоха, О.А. Боль в области плечевого сустава: подход невролога // *Consilium medicum*. — 2004. — №2. — С. 92—95.
4. Попелянский, А.Я. Диагностика и лечение цервикальных вертебральных синдромов. — Казань, 1979. — 10 с.
5. Табеева, Г.Р. Брахиалгии // *Consilium medicum*. — 2001. — №5. — С. 12—14.
6. Хабиров, Ф.А. Мышечная боль / Ф.А. Хабиров, Р.А. Хабиров. — Казань, 1995. — С. 58—59
7. Miniaci, A. Rotator cuff evaluation: imaging and diagnosis / A. Miniaci, D. Salonen // *Orthop Clin North Am*. — 1997. — № 1 — S. 43—58.
8. Paul, A. Cervical spine magnetic resonance imaging in primary care consumers with shoulder pain: a case-control study// A. Paul, M. Lewis, J. Saklatvala, Iain McCall, M. Shadforth, P. Croft, E. Hay // *Annals of the Rheumatic Diseases*. — 2007. — № 10. — S. 363—1368.
9. Simons, D.G. Myofascial pain and dysfunction. The trigger point manual / D.G. Simons, J.G. Travell, L.S. Simons. — Williams & Wilknie, 1999. — Vol.1. — 1038 p.

Поступила 21.01.09.

