Министерство здравоохранения Республики Башкортостан

Башкирский центр медицинской профилактики

ГАУЗ Республиканский врачебно-физкультурный диспансер

**Плечелопаточный периартрит, восстановительное лечение**

Информационное письмо

для врачей общей лечебной сети

Подготовила Бадамшина Т.А., врач-рефлексотерапевт ГАУЗ РВФД

Уфа 2013

**Периартрит** это дегенеративное поражение сухожилий в месте прикрепления их к кости с последующим развитием реактивного воспаления в пораженном сухожилии и в близлежащих серозных сумках.

Поражение обусловлено тем, что сухожилия мышц, прикрепляющихся в области плечевого сустава, постоянно находятся в состоянии большого функционального напряжения (связанного с отведением и ротацией плеча), приводящего к раннему развитию в них дегенеративного процесса.

Основным этиологическим фактором являются макро- и микротравмы (спортивная, профессиональная). Причиной плечелопаточного периартрита довольно часто является шейный спондилез с наличием корешкового синдрома, что обусловливает нарушение трофики околосуставных тканей плеча и способствует развитию дегенеративного процесса. Во многих случаях плечелопаточный периартрит начинается без всякой видимой причины.

В развитии заболевания имеют значение некоторые предрасполагающие факторы: возраст старше 40 лет, охлаждение, длительное пребывание в сырости, наличие у больного ряда заболеваний - артроза, спондилеза, ишиаса, нервнопсихических нарушений, врожденных недостатков развития верхнего плечевого пояса.

Все эти изменения сопровождаются реактивным воспалением (тендинит, теносиновит и тендобурсит), а в дальнейшем возникает очаговая (иногда множественная) кальцификация сухожилия. Кальцификаты в одних случаях могут рассасываться, в других при разрыве сухожилия попадать в подакромиальную и поддельтовидную сумки, где развивается острый или хронический реактивный бурсит. При хроническом процессе может произойти слипание стенок сумки, что обусловливает затруднение движений в плече.

В дальнейшем болевая контрактура превращается в десмогенную, т.е. неспецифические воспалительные изменения поражают не только периартикулярную ткань, но и ряд околосуставных сумок, в том числе синовиальную оболочку сустава. Суставная капсула, пораженная спаечным процессом, сокращается и уменьшается в объеме. Развивается так называемое замороженное плечо, или адгезивный капсулит, который характеризуется ночными болями и почти полной утратой движений в плечевом суставе. Боли становятся мучительными, нарушают сон, иррадиируя на наружную поверхность плеча, область локтевого сустава, кисть.

Адгезивный капсулит наиболее тяжело поддается лечению. Гистологически при этом определяются асептическое воспаление периартикулярных тканей, уплотнение капсулы сустава и ее фиброзное перерождение. Макроскопически отмечается значительное количество спаек, как в самом суставе, так и в околосуставных образованиях и сумках. В результате полость плечевого сустава значительно уменьшается в объеме, суставная капсула становится настолько ригидной и болезненной, что активные и пассивные движения в суставе практически невозможны.

Может развиться также утолщение и сморщивание капсулы истинного плечевого сустава в месте контакта с сухожилиями коротких ротаторов плеча (ректрактильный, фиброзный капсулит), что значительно ограничивает подвижность плеча.

Возникают и вторичные изменения близлежащей костной ткани: уплотнение костной поверхности большого бугорка головки плеча, обызвествление подакромиальной сумки, небольшой остеофитоз в этой области акромиона.

Для больных пожилого возраста характерны сглаженность клинических проявлений, атипичность, ареактивность. Нарушение кровоснабжения периферических тканей при сердечной недостаточности, нарушениях ритма сердца при атеросклеротическом кардиосклерозе, пороках сердца, нейротрофические и двигательные расстройства на фоне атеросклеротической дисциркуляторной энцефалопатии, старческая слабость, мышечная дистрофия, нарушения психики затрудняют распознавание суставной патологии.

Прогрессирующий характер дегенеративно-дистрофических изменений суставов и параартикулярных тканей связан как со снижением и извращением процессов метаболизма, так и с недостаточностью кровоснабжения тканей из-за органического поражения сосудов (атеросклеротического, диабетического и др.)

**Прогноз** при периартритах обычно благоприятный. Постепенно наступает рассасывание очагов дегенерации и кальцификатов, исчезновение болей и восстановление подвижности конечности. В затянувшихся и упорных случаях образуются фиброзные сращения пораженных тканей и стойкая функциональная недостаточность.

При благоприятном течении процесса все эти патологические явления могут постепенно исчезнуть, в других случаях наблюдаются остаточные явления в виде хронического адгезивного бурсита и хронического фиброзного капсулита с исходом в приводящеротаторную контрактуру плеча при интактном истинном плечевом суставе.

При неэффективности всех методов консервативной терапии применяется хирургическое лечение.

**Лечение плечелопаточного периартрита**

Заболевание, как правило, неплохо поддается терапии. Существующие сегодня методы лечения позволяют хоть и не сразу, но полностью вылечить плечелопаточный периартрит практически в любой его форме.

Лечение желательно начинать как можно раньше, пока болезнь не запущена Учитывая склонность всех первичных периартритов к упорному и длительному течению, причиной которого является очень медленное рассасывание очагов дегенерации и кальцификатов, а также обычно продолжающуюся микротравматизацию сухожилия, необходимым условием правильного лечения является его длительность и настойчивость.

Основными методами лечения периартритов является разгрузка пораженного сухожилия, применение болеутоляющих и антивоспалительных медикаментозных средств, физических и бальнеологических методов, иногда и хирургического вмешательства.

Для создания покоя пораженному сухожилию применяется иммобилизация больной конечности. В легких случаях это достигается путем применения поддерживающих повязок (ношение руки на косынке), или специальных шин, ограничивающих подвижность конечности. После нескольких дней подобной иммобилизации может наступить выздоровление. В более тяжелых случаях применяется съемная гипсовая лонгета.

После уменьшения болей начинают осторожные легкие движения, сначала активные, а потом пассивные. Одновременно применяются анальгетики в обычных дозах.
При упорных болях производится инфильтрация пораженной области новокаином в сочетании с гидрокортизоном.

Обычный комплекс мероприятий для лечения этой патологии в поликлинических условиях (назначение средств нестероидной противовоспалительной терапии, лечебная гимнастика, изредка - блокады "по точкам" и некоторые другие неинвазивные методы) часто бывает недостаточен. Болевые ощущения в плече сохраняются примерно у половины больных, способствуя развитию мышечной контрактуры, что в значительной мере нарушает функцию конечности и трудоспособность.

Сначала нужно постараться устранить причину заболевания, когда это возможно. Например, если развитию периартрита способствовало смещение межпозвонковых суставов, обязательно проводят мануальную терапию, устраняющую такое смещение. При нарушениях кровообращения в плече, вызванном инфарктом миокарда или операцией на молочной железе, назначают специальные ангиопротективные препараты, улучшающие кровообращение.

Лечение собственно сухожилий плеча можно начать с дозированного точечного мышечносухожильного воздействия на тригерные точки. Иногда этих средств может оказаться достаточно при легкой форме заболевания.

Хороший эффект дают компрессы с димексидом или бишофитом. (Однако в острой стадии болезни бишофит использовать нельзя).

Физические методы лечения (ультразвук, фонофорез гидрокортизона, синусоидальные токи и пр.) оказывают хорошее обезболивающее действие и улучшают кровообращение.

При затянувшемся хроническом течении показаны общие радоновые и сероводородные ванны.

В некоторых случаях хорошо помогает лазер, а еще лучше — криотерапия (лечение местным замораживанием). Криотерапия не только способствует усилению кровотока, но и делает связки более мягкими, пластичными.

        Многим больным очень хорошо помогает лечение медицинскими пиявками (гирудотерапия). Гирудин слюны пиявки снимает отёк, уменьшает боль, восстанавливает кровообращение в поврежденных связках, сухожилиях, мышцах и суставе. Обычно за 5 - 6 сеансов гирудотерапии можно существенно улучшить состояние больного плечелопаточным периартритом. Но здесь есть одно неблагоприятное обстоятельство — по каким-то непонятным причинам, именно у больных плечелопаточным периартритом пиявки особенно часто вызывают аллергию. В такой ситуации курс гирудотерапии отменяется, и пациент переходит к другим процедурам.

      Для усиления эффекта    физиотерапию нужно сочетать с другими лечебными мероприятиями — постизометрической релаксацией и специальными упражнениями, направленными на улучшение подвижности капсулы сустава.

       Постизометрическая релаксация (ПИР) является одним из наилучших методов лечения плечелопаточного периартрита. За двенадцать - пятнадцать лечебных сеансов можно вылечить до 90% больных даже с самым запущенным периартритом. И можно ускорить процесс лечения, если сочетать постизометрическую релаксацию с криотерапией, лечебным массажем, мягкой мануальной терапией (методом мобилизации сустава), точечным воздействием на тригерные точки плеча.

     Лучшим методом предотвращения блокады плеча при хроническом плечелопаточном периартрите является систематическая лечебная гимнастика, применяющаяся в течение нескольких, месяцев. В лечении плечелопаточного периартрита очень большое значение имеет время - при аккуратной (до слабых болей) специальной лечебной гимнастике при плечелопаточном периартрите в течение полугода - года наступает восстановление движения в суставе.

По достижении увеличения безболезненной амплитуды движений начинаются активные резистивные упражнения для пораженной конечности, цель которых - достижение максимального отведения и наружной ротации плеча. Для увеличения силы мышц больным предлагаются упражнения с отягощением и резиновым бинтом. Полное восстановление объема движений и подавление болевого синдрома происходит примерно у 70 проц. пациентов в среднем через 4-5 недель. У некоторых пациентов в той или иной мере могут сохраняться болевой синдром и контрактура и особенно страдать наружная ротация в позиции крайнего отведения (суммарный дефицит объема движений колеблется в пределах от 20 до 80о). Еще у 10-15% больных могут иметь место рецидивы болей и контрактуры в области пролеченного плечевого сустава, как в ранние сроки, так и в течение нескольких лет.

Основными методами борьбы с рефлекторной контрактурой являются тепловые процедуры и лечебная гимнастика. Рефлекторным ограничение подвижности сустава называется потому что вызывается оно болевым рефлексом. В качестве источника тепла можно использовать грелку или мешочек с теплым песком. Гимнастические упражнения проводятся вначале при фиксированной больной руке при помощи косынки и мягкого валика, вставленного в подмышечную впадину. Если болевой синдром резко выражен при плечелопаточном периартрите, упражнения начинают спустя 10—15 мин после приема таблетки обезболивающего средства. В противном случае из-за боли будет усиливаться тугоподвижность в плечевом суставе (рефлекторная контрактура).

Назначаются упражнения для суставов кисти, лучезапястного и локтевого суставов. Вначале гимнастические упражнения проводят лежа. В последующем, когда боли уменьшатся, комплекс упражнений можно комбинировать, выполняя лежа, сидя и стоя. Упражнения должны заканчиваться расслаблением соответствующей группы мышц. Число упражнений подбирается строго индивидуально.

Массаж. При плечелопаточном периартрите необходимо проводить массаж или самомассаж шейной области, верхней конечности и плечевого сустава, чтобы предупредить развитие ограничения подвижности сустава, то есть рефлекторную контрактуру. В легких случаях может быть применен легкий массаж конечности с обходом пораженного участка и только при стихании болей. Для лечения плечелопаточного периартрита, массаж сочетают с мягкой мануальной терапией и специальной работой с измененными болезнью мышцами, связками и самой суставной капсулой.

Прежде всего, специалисты работают с шейно-грудным остеохондрозом, как базой, на фоне которой развивается плечелопаточный периартрит. Таким образом, восстанавливается нормальная проводимость нервных импульсов, идущих по спинномозговым нервам к плечу.

Дальше уделяются внимание самому плечевому суставу. С помощью мануальной терапии восстанавливают его подвижность и плавно растягивают сокращенную суставную капсулу.

А дальше работа переходит на мышцы, участвующие в движениях плечевого сустава. При помощи специальных постизометрических техник мануальной терапии, снимается мышечный тонус, ликвидируются уплотнения (триггерные пункты) в сухожилиях и мышцах, восстанавливается их нормальная функция.

Специальные упражнения, направленные на восстановление подвижности капсулы плечевого сустава, могут дополнить, а в ряде случаев даже заменить лечение постизометрической релаксацией.

После лечебной физкультуры при плечелопаточном периартрите для борьбы с тугоподвижностью в плечевом суставе рекомендуется проводить **лечение положением** (конечность на какое-то время фиксируется в определенном положении). С этой целью больной ложится на коврик на полу. Больная рука, выпрямленная в локте, направлена в сторону на максимально возможный угол отведения в плечевом суставе и фиксируется с помощью 2—3 мешочков с песком весом 300—500 г. Они подкладываются под кисть, предплечье, а в некоторых случаях и плечо. В положении отведения рука удерживается сначала несколько минут, а затем и до получаса (с учетом максимальной переносимости). Затем больной поднимается и сидя или стоя делает потряхивающие движения одной или сразу двумя опущенными руками одновременно (в течение 30—40 сек.).

Необходимо каждый раз, проводя это упражнение, отмечать примерный угол отведения руки, а также продолжительность ее удержания в положении отведения. Эти показатели должны увеличиваться с каждым упражнением или через 2—3 упражнения (в зависимости от болевых проявлений).

Лечение положением следует проводить в начале 1 раз в день, а спустя примерно неделю (в зависимости от степени выраженности болевого симптома) его можно проводить утром и вечером. Практика показывает, что при выполнении лечебной гимнастики и лечения положением удается добиться полного восстановления движений в плечевом суставе. В тех случаях, когда шейный остеохондроз проявляется болями в области сердца, необходимо обязательно обратиться к врачу, который порекомендует необходимый курс лечения.

Лечение плечелопаточного периартрита имеет некоторые особенности. Первая и главная особенность заключается в обязательном ограничении двигательной активности руки в острый период заболевания, иммобилизации согнутой в локте руки с помощию косынки или специальных приспособлений. Такое положение конечности необходимо сохранять в течение недели и днем и ночью, лишь иногда освобождаясь от перевязи. Больному следует ориентироваться на свое самочувствие. От повязки следует отказаться лишь тогда, когда без нее болей не станет.

Таким образом, создание покоя для больной руки будет способствовать заживлению повреждения в сухожилии надостной мышцы в случае его травмы и предотвращению дальнейшего его растяжения при потере мышцей массы, как это бывает при остеохондрозе шейного отдела. Быстрое восстановление мышцей утерянной функции предупредит образование патологических связей с окружающей сустав тканью и, следовательно, избавит от дополнительного продолжительного лечения. Поэтому щадящий режим с первых дней болезни может стать единственным лечебным мероприятием, способным привести к выздоровлению в самые короткие сроки.

После завершения лечения покоем, и уменьшения болей, необходимо направить усилия на восстановление полного объема движений.

Следует отметить, что «чистые» плечелопаточные периартриты в поликлинической практике редки. Часто они сочетаются с шейным остеохондрозом (синдром «шея – плечо», синдром «плечо – кисть», брахиальный плексит) или расцениваются как последствия ушиба плечевого сустава, что еще в большей степени затрудняет поиск эффективных методов воздействия на источник болей и тугоподвижности. В таком случае лечение может длиться неделями и месяцами.

В таких случаях для лечения синдрома плечелопаточного периартрита следует применять комплекс мероприятий, в основе которых лежит современное понимание патогенеза этого заболевания, который в значительной мере обусловлен анатомо-биомеханическими особенностями строения сустава.