

# ПЛЕЧЕЛОПАТКОВИЙ БОЛЬОВИЙ СИНДРОМ (ПЛБС) ЯК ПРОЯВ ПАТОЛОГІЇ ГРУДНОГО ВІДДІЛУ ХРЕБТА

Котульський І.В., Куценко В.О., Дуплій Д.Р., Яковенко С.М.

ДУ “Інститут патології хребта та суглобів ім. проф. М.І.Ситенка НАМНУ” м. Харків

**Мета роботи:** Дослідити особливості клінічних проявів та результатів інструментальних обстежень у хворих з ПЛБС, що розвивається на тлі патології грудного відділу хребта, і обґрунтувати методи його консервативного лікування.

**Матеріали і методи:** Проведено аналіз результатів обстежень і лікування 58 хворих віком від 17 до 76 років з ПЛБС, що протікав у формі вегеталгій або ж їх комбінацій з проєкційним чи іррадіюючим болем. Всі пацієнти пройшли сонографічне, електроміографічне та рентгенографічне обстеження. У 14 з них була проведена КТ- або МРТ-діагностика.

**Результати та їх обговорення:** Щодо варіантів розвитку больового синдрому пацієнти розділялись на 2 групи. У осіб першої групи больові відчуття в ділянці плечового суглоба і верхньої кінцівки розвивались на протязі 1-2 днів. Найчастіше їх початок відмічали вранці після сну або ж після різких зрушень верхньої частини тулуба довкола вертикальної осі (падіння на витягнуту руку, різкий ривок за верхню кінцівку тощо). В цій групі переважали молоді особи (середній вік  $33,6 \pm 8,3$  роки). При клінічному обстеженні на ранній стадії ПЛБС у них не відмічалось обмежень рухів в плечовому суглобі, болючості м'яких тканин в верхній кінцівці, але часто була локальна болючість паравертебрально, на рівні IV – VII грудних хребців. Інструментальні методи дослідження в цих випадках, як правило, не виявляли відхилень ні в структурних, ні в функціональних показниках з врахуванням скарг (вегеталгії), анамнезу (гострий початок ПЛБС), наявності локальної односторонньої паравертебральної болючості, відсутності об'єктивних ознак патологічних змін в тканинах верхньої кінцівки та в хребті, у цих хворих діагностували функціональний блок в результаті ротаційного підвивиху грудного хребця. Підтвердженням цього діагнозу було припинення больових відчуттів в верхній кінцівці після мануального усунення підвивиху хребця. За нашими спостереженнями така маніпуляція, як правило, буває одноразовою і рідко вимагає свого повторення.

В другій групі пацієнтів вегеталгічні болі в в верхній кінцівці розвивались поступово з наростанням їх інтенсивності впродовж тижнів і місяців. За віком такі хворі відносились до середньої і старшої групи. В анамнезі у 4 з них відмічалась травма верхньогрудного відділу хребта. При рентгенологічному обстеженні у всіх були виявлені ознаки остеохондрозу хребта, найбільш виражені в грудному відділі. При сонографічному обстеженні у 53,5 % пацієнтів були виявлені ознаки тенозиту та тендинозу сухожилків ротаторної манжети плечового суглоба та субакроміальний конфлікт (більш за все пов'язаний з больовим синдромом). При електроміографічному обстеженні спостерігали зниження біоелектричної активності дельтоподібного, надостьового м'язів та круглого пронатора плеча.

Найкращі результати консервативного лікування такої форми ПЛБС за нашими спостереженнями досягаються паравертебральними блокадами з введенням кортикостероїдів (дипроспан, флостерон) в зоні пальпаторної болючості.

**Висновки:** Етіологічним чинником плечелопаткового больового синдрому з проявами вегеталгії можуть бути структурні зміни в грудному відділі хребта, які обумовлюють іритацию прегангліонарних симпатичних волокон і розвиток проєкційного болю в верхній кінцівці.

В работе изложены результаты обследования и лечения 58 пациентов с вегеталгическим и комбинированным плечелопаточным болевым синдромом. Авторы обосновывают первичную роль структурных нарушений в грудном отделе позвоночного

столба при этой патологии. Рассматривается 2 варианта болевого синдрома и соответствующие им способы консервативного лечения.

The paper presents the results of examination and treatment of 58 patients with vegetalgic painful shoulder syndrome. The authors substantiate the primary role of structural infraction in the thoracic spine at this pathology. Is considered 2 versions of painfulsyndromeand corresponding methods of conservative treatment.