

КАТЕТЕРИЗАЦИЯ ПОДДЕЛЬТОВИДНОГО ПРОСТРАНСТВА КАК СПОСОБ ПРОЛОНГАЦИИ ЛЕЧЕБНО-МЕДИКАМЕНТОЗНОЙ БЛОКАДЫ В КОНСЕРВАТИВНОМ ЛЕЧЕНИИ ПЛЕЧЕЛОПАТОЧНОГО СИНДРОМА

И.Л. Плеханов
ЧелГМА, г. Челябинск

Проведен анализ результатов консервативного лечения пациентов с дегенеративно-дистрофическими поражениями плечевого сустава и параартикулярных тканей. Целью работы является показать эффективность в купировании болевого эффекта и продуктивного восстановления объема движений с применением в комплексе консервативного лечения пролонгированных лечебно-медикаментозных блокад. Анализ результатов представлен на 89 клинических случаях пациентов с плечелопаточным синдромом.

Ключевые слова: плечелопаточный синдром, пролонгированная лечебно-медикаментозная блокада, катетеризация поддельтовидного пространства, дуга Дауборна.

Введение. Лечение плечелопаточного синдрома является актуальной проблемой. Значимость проблемы определяется распространенностью, полиэтиологичностью патологии и недостаточной эффективностью имеющихся методов лечения [6]. Это обуславливает поиск новых более эффективных способов лечения.

Первостепенно значимым в лечении плечелопаточного синдрома является купирование болевого эффекта и мышечного напряжения, что делает возможным дальнейшее применение методов реабилитации и быстрое увеличение движений в плечевом суставе [5].

Традиционное применение комплекса консервативного лечения, направленного на купирование болевого синдрома и восстановление объема движений: нестероидные противовоспалительные препараты, физиолечение, массаж, ЛФК, предусматривает длительный курс лечения до 6–8 недель и не всегда обеспечивает полное купирование боли в плечевом суставе, полного восстановления объема движений и нормальной функции плечевого сустава [4].

Известно, что применение лечебно-медикаментозных блокад, которые позволяют вводить анестетики, противовоспалительные и другие лекарственные препараты в патологический очаг, обеспечивает уменьшение болевой импульсации, что и способствует последующему увеличению объема движений [1, 2].

Практика показала, что однократное локальное введение лекарственного препарата при блокаде не позволяет купировать болевой синдром настолько, чтобы стало возможным активное применение лечебной физкультуры по восстановлению объема движений. Максимальный обезболиваю-

щий эффект по длительности соответствует времени действия анестетика и продолжается 2–4 часа. Часто необходимо повторное применение блокад, которые нередко негативно воспринимаются пациентом [3, 7].

Цель исследования – повысить качество консервативного лечения пациентов с плечелопаточным синдромом.

Материал и методы. За период с 2001–2009 гг. на базе Дорожной клинической больницы на станции Челябинск прошло стационарное и амбулаторное лечение более 120 пациентов с диагнозом плечелопаточный синдром. Методом свободной выборки отобраны для анализа 89 пациентов. Все представленные пациенты – это пациенты с дегенеративно-дистрофическими заболеваниями плечевого сустава и околосуставных тканей. Для всех пациентов было характерно ограничение движений и болевая реакция, разной степени выраженности и разной степени зависимости от характера движений. Для достижения однородности выборки исключена вертеброгенная патология, травмы, новообразования. Все пациенты разделены на две группы: основную группу и группу сравнения.

В первую группу (основную) вошли 36 пациентов с плечелопаточным синдромом в возрасте от 32 до 68 лет, которые проходили лечение с 2008 года. Мужчин было 23, женщин – 13. Пациенты I группы на догоспитальном этапе получали анальгетики, нестероидные противовоспалительные средства (НПВС), физиолечение, массаж, ЛФК. Эффект не удовлетворял пациентов. При госпитализации проводилась пролонгированная лечебно-медикаментозная блокада путем катетеризации поддельтовидного пространства, по разработанной нами методике (патент на изобретение № 2408394

«Способ лечения плечелопаточного синдрома» от 10.01.2011 г.), стандартным сосудистым катетером диаметром 1,2 мм. Катетер фиксировался кожным швом. Место ввода катетера в мягкие ткани изолировалось асептической повязкой. В качестве анестетика использовался 0,2 % ропивакаин (наропин), который вводился по 15,0–20,0 мл через канюлю катетера 2–4 раза в день в течение 3–5 дней. Продолжительность, кратность, одноразовый объем зависели от выраженности болевого синдрома, степени и вида контрактуры (альгическая или органическая). Курс госпитального этапа составил 3–5 дней, время установленного катетера. Более 5 суток оставлять катетер нецелесообразно ввиду того, что возрастает угроза септического воспаления в месте установки катетера, что повлечет отрицательный результат лечения. Всем пациентам перед удалением катетера вводились кортикостероиды (гидрокортизон, дексаметазон, дипроспан).

Вторую группу (группу сравнения) составили 53 пациента в возрасте от 36 до 72 лет, которые проходили лечение в период 2001–2007 гг. Мужчин было 32, женщин – 21. Пациенты II (сравнительной) группы на догоспитальном этапе получали НПВС, анальгетики, массаж, физиолечение, ЛФК – желаемый эффект не достигнут. При госпитализации проводилась новокаиновая лечебно-медикаментозная блокада с кортикостероидами (гидрокортизон, дексаметазон, дипроспан). Блокаде подвергались образования, которые отвечали за болевую реакцию и ограничение движений. Сразу после блокады проводились ЛФК, физиолечение, НПВС, анальгетики. Лечебно-медикаментозные блокады проводились 2–4 раза в зависимости от интенсивности болевой реакции. Курс стационарного лечения составлял 10–14 дней.

Пациенты обеих групп наблюдались в течение 1 года. Все пациенты обеих групп после стационарного лечения продолжили лечение на амбулаторном этапе. Общий срок лечения считался с момента нашего наблюдения или с момента непрерывного, медицински документированного, лечения.

Оценка эффективности лечения проводилась по двум критериям:

1) объем активных движений (дуга Дауборна):
– *отличный* результат – полный объем движений, 180°;

– *хороший* – 150–180°;

– *удовлетворительный* – > 90–150°;

– *плохой* – < 90°;

2) выраженность болевой реакции в покое, при активных и пассивных движениях:

– *отлично* – отсутствие болей при активных, пассивных движениях, физической нагрузке и в покое;

– *хорошо* – умеренная боль только при физической нагрузке, не влияющая на объем движений и силу конечности, в покое болей нет;

– *удовлетворительно* – боль имеет место при

активных движениях, при пассивных движениях боль отсутствует, отсутствие боли в покое;

– *плохо* – боль при пассивных и активных движениях, физические нагрузки невозможны, вследствие резкого усиления болевой реакции, в покое боли носят систематический характер.

Итоговая оценка результата лечения определялась как:

– *отлично* – полный безболезненный объем активных и пассивных движений, возможны физические нагрузки без ограничений, в покое болей нет;

– *хорошо* – полный безболезненный объем пассивных движений, активные движения 150–180°, болезненные в максимальном положении, физические нагрузки болезненные, но без ограничений данного объема движений, в покое болей нет;

– *удовлетворительно* – полный объем пассивных движений, движения болезненные, но без ограничений объема движений, объем активных движений 90–150°, болезненные в максимальном положении, физические нагрузки болезненные прямо пропорционально их увеличению, уменьшают объем активных движений, в покое боли носят периодический характер;

– *плохо* – неполный, болезненный объем движений, < 90°, физические нагрузки невозможны вследствие резкого усиления болевого эффекта, в покое боли носят систематический характер.

Результаты обсуждения. С первого введения местного анестетика начиналась интенсивная ЛФК по восстановлению объема движений, так как местный анестетик в данной концентрации в поддельтовидном пространстве значительно купирует проведение болевых импульсов, сохраняя при этом двигательную активность.

В первой группе (основной) в условиях стационара удалось получить следующие результаты:

– 27 пациентов (75 %*) достигли полного объема движений;

– 6 пациентов (16,5 %) – 150–170°;

– 3 пациента (8,5 %) – 90–130°.

Из 27 пациентов с полным объемом движений, только 18 (50 %) пациентов соответствовали оценке – *отлично*, 9 (25 %) пациентов – *хорошо*.

Из 6 пациентов только у 4 (11 %) пациентов по оценке боли – *хорошо*, у 2 (5,5 %) пациентов боль носила оценку – *удовлетворительно*.

У 3 пациентов, несмотря на увеличение объема движений, боли носили постоянный характер при активных движениях, усиливающихся при физической нагрузке и в покое – *плохо* (8,5 %).

Таким образом, в 50 % случаев удалось достигнуть полного клинического выздоровления, которые не требовали амбулаторного этапа лечения, а могли самостоятельно поддерживать достигнутый эффект от лечения. Вторая половина пациентов нуждалась в активном продолжении реабилитационного лечения для увеличения дос-

*Здесь и далее процентный вес в группе.

тигнутого положительного эффекта. Выраженный болевой эффект у 3 пациентов был обусловлен интенсивностью ЛФК.

В первой группе (основной) на амбулаторном этапе:

- 13 пациентов (36 %) достигли полного объема движений и отсутствие болевых проявлений – *отлично*. Амбулаторный этап составил 1–3 недели;

- 4 пациента (11 %) достигли полного объема движений, с болевыми проявлениями при движениях с физической нагрузкой, особенно, в максимальных положениях, в покое боли отсутствовали – *хорошо*. Амбулаторный этап составил 3–5 недель;

- 1 пациент (3 %) не достиг полного объема движений (150–160°), болевой эффект присутствует при всем объеме активных движений, пассивные движения безболезненные, физические нагрузки ограничены, в покое болей нет – *удовлетворительно*. Амбулаторный этап составил 5–7 недель.

Таким образом, из оставшихся 50 % пациентов, 13 % пациентов на амбулаторном этапе достигли максимального эффекта – клинического выздоровления, 11 % пациентов достигли полной функции сустава с умеренным болевым эффектом и 3 % пациентов отметили улучшение от лечения, но функцию сустава в полном объеме не восстановили.

I группа (основная) на диспансерном этапе (в течение года):

- 18 пациентов (50 %) – без рецидивов, в лечении, охранительном режиме не нуждались. Общий результат расценен как *отличный*;

- 9 пациентов (25 %) – самостоятельно соблюдали охранительный режим, избегая повышенных физических нагрузок. Общий результат по критериям расценен как *хороший*;

- 6 пациентов (16,5 %) лечились самостоятельно и амбулаторно без отрыва от производства, руководствуясь ранее изложенными рекомендациями. Общий результат по критериям расценен как *удовлетворительный*;

- 3 пациента (8,5 %) проходили повторное стационарное лечение и амбулаторное лечение. Только один пациент дал согласие на оперативное лечение ввиду неэффективности консервативного лечения. Общий результат, по критериям расценен как *плохой*.

Таким образом, 50 % всех пролеченных больных в течение 1 года не требовали лечения, 25 % больных требовали самоконтроля и не требовали медицинского вмешательства и 25 % больных требовали повторного медицинского лечения.

II группа (сравнительная) на стационарном этапе:

- 25 пациентов (47 %) достигли полного объема движений;

- 17 пациентов (32 %), 150–170°;

- 11 пациентов (21 %), 90–120°.

У 25 пациентов с полным объемом движений, только у 20 (37,5 %) боль в плечевом суставе ку-

пирована полностью в покое и при активных движениях – *отлично*, у 5 (9,5 %) пациентов умеренная боль при активных движениях присутствовала, особенно в максимальном положении, в покое болей нет – *хорошо*.

Из 17 пациентов только у 12 (21,5 %) в покое боли отсутствовали, при активных движениях с физической нагрузкой умеренные боли сохранялись, особенно в максимальном положении, пассивные движения безболезненные – *хорошо*, у 5 (10,5 %) пациентов сохранялись боли при пассивных движениях, особенно в максимальных положениях, в покое боли отсутствовали – *удовлетворительно*.

Из 11 пациентов только у 4 (7,5 %) боли носили постоянный характер при движениях, усиливающиеся при максимальном положении и физической нагрузке, в покое боли отсутствовали – *удовлетворительно*, у 7 (13,5 %) пациентов боли присутствовали постоянно и при движениях и в покое – *плохо*.

Таким образом, только у 37,5 % больных группы удалось на стационарном этапе добиться клинического выздоровления, которые не нуждались в амбулаторном этапе. Остальные, 62,5 % больных, нуждались в интенсивном амбулаторном лечении.

II группа (сравнительная) на амбулаторном этапе:

- 17 (32,5 %) пациентов достигли полного объема движений и отсутствие болевых проявлений – *отлично*. Амбулаторный этап составил 2–4 недели;

- 13 (24,5 %) пациентов достигли полного объема движений с болевыми проявлениями только при физических нагрузках, особенно, в максимальных положениях, в покое боли отсутствовали – *хорошо*. Амбулаторный этап составил 4–6 недель;

- 3 (5,5 %) пациента не достигли полного объема движений (140–150°), умеренный болевой эффект присутствует постоянно при активных движениях и в покое – *удовлетворительно*. Амбулаторный этап составил 6–8 недель.

Таким образом, в 30 % случаев сохраняется различной степени выраженности стойкий болевой эффект и, как следствие, ограничение движений.

II группа (сравнительная) на диспансерном этапе (в течение года):

- 28 (53 %) пациентов – без рецидивов, в лечении, охранительном режиме не нуждались. Результат – *отлично*;

- 13 (24,5 %) пациентов – самостоятельно соблюдали охранительный режим, избегая повышенных физических нагрузок. Результат – *хорошо*;

- 7 (13 %) пациентов лечились самостоятельно и амбулаторно без отрыва от производства, руководствуясь ранее изложенными рекомендациями. Результат – *удовлетворительно*;

- 5 (9,5 %) пациентов проходили повторное стационарное лечение и амбулаторное лечение. Три пациента дали согласие на оперативное лечение

ввиду неэффективности консервативного лечения. Результат – плохо.

Таким образом, 53 % пролеченных больных в течение 1 года не требовали лечения, 24,5 % больных требовали самоконтроля и не требовали медицинского вмешательства и 22,5 % больных требовали повторного медицинского лечения.

Проводя сравнительный анализ двух групп, можно сделать заключение, что пролонгирование лечебно-медикаментозных блокад путем катетеризации параартикулярных тканей является более эффективным способом адекватного обезболивания в комплексе консервативного лечения плечелопаточного синдрома.

Поддельтовидное пространство наиболее часто используется для проведения лечебно-медикаментозных блокад с введением местного анестетика, кортикостероидов, кислорода. Поддельтовидное пространство охватывает 2/3 поверхности капсулы плечевого сустава, а также образования, участвующие в функции сустава (сухожилие длинной головки бицепса, вращательная манжета, субакромиальная, субклювовидная сумки, сеть артериальных веточек подмышечной и надлопаточной артерий и одноименных нервов).

Более длительные сроки стационарного и амбулаторного лечения пациентов II (сравнительной) группы зависят от менее выраженного анальгетического эффекта лечебно-медикаментозных блокад на фоне интенсивного ЛФК. Поэтому, положительный результат возможен в более длительные сроки.

Выявлена закономерность, что чем быстрее купируется болевой эффект, тем быстрее восстанавливаются движения в суставе и, наоборот, чем быстрее и полнее восстанавливаются движения в суставе, тем менее выражена болевая реакция. Поэтому, быстрое, продуктивное восстановление функции сустава на стационарном этапе благоприятно сказывается на амбулаторном этапе и на конечном результате лечения.

При наблюдении в течение года за динамикой состояния пациентов не выявило существенных различий в продолжительности периода ремиссии.

Быстрое восстановление объема движений в плечевом суставе и обезболивающий эффект благо-

приятно воздействуют на психологический статус пациентов.

Выводы

1. Катетеризация поддельтовидного пространства является эффективным способом купирования болевой реакции и способствует быстрому увеличению объема движений.

2. Применение пролонгированной лечебно-медикаментозной блокады уменьшает сроки стационарного и амбулаторного лечения.

3. Быстрота восстановления объема движения и обезболивающего эффекта не влияет на продолжительность периода ремиссии.

Литература

1. Загреков, В.И. Влияние различных видов регионарных блокад на периферическую гемодинамику / В.И. Загреков // Вестник интенсивной терапии. – 2005. – № 5. – С. 171–175.

2. Коган, О.Г. Лечебные медикаментозные блокады при остеохондрозе позвоночника / О.Г. Коган, Б.Г. Петров, И.Р. Шмидт. – Новокузнецк.: Кемеровское кн. изд-во, 1988. – 126 с.

3. Локальная инъекционная терапия дигростаном болевых синдромов в шейном отделе позвоночника: метод. рекомендации / А.Ю. Нефедов, С.В. Никонов, С.П. Канаев и др. – М., 2010. – 19 с.

4. Мицкевич, В.А. нестабильность плечевого сустава / В.А. Мицкевич // Consilium medicum. Ревматология. – 2004. – Т. 6, № 2. – С. 87–92.

5. Никифоров, О.И. Плечелопаточный болевой синдром: современные подходы к диагностике и лечению / О.И. Никифоров, О.И. Мендель // Русский медицинский журнал. Ревматология. – 2006. – Т. 14, № 8. – С. 621–626.

6. Плечелопаточный болевой синдром: моногр. / С.П. Миронов, Е.Ш. Ломтаридзе, М.Б. Цыркунов и др. – Волгоград: Изд-во ВолгМУ, 2006. – 287 с.

7. Смоленский, А.В. Применение местных нестероидных противовоспалительных средств при дорсалгиях в спортивной медицине / А.В. Смоленский, В.И. Бойцов // Consilium medicum. Хирургия. – 2006. – Т. 8, № 2. – <http://www.consilium-medicum.com/magazines/magazines/cm/surgery/article/10261>

8. Ansbro, F.P. Method of continuous brachial plexus block / F.P. Ansbro // Am.J. Surg. – 1946. – Vol. 71. – P. 716.

Поступила в редакцию 11 февраля 2011 г.