

Миотендинит области плечевого сустава

П.Л. Жарков

Российский научный центр рентгено-радиологии

Боли в области плечевого сустава — явление далеко не редкое. Интенсивность их в острых случаях бывает такова, что больные по несколько суток не могут найти положения, уменьшающего боль, не могут лечь и, естественно, спать, вынуждены сидеть или ходить, баюкая “разламывающуюся” руку. Нередко боль отдает в плечо, предплечье, кисть. Это состояние носит множество разных названий: плече-лопаточный периартрит, плече-лопаточный периартроз, синдром плечо—рука, синдром плечо—кисть и так далее.

Шведский хирург С. Sandström в 1937 г. оперировал таких больных в остром периоде и обнаружил асептическое воспаление в оболочке (перитендинеуме) дистрофически измененных сухожилий мышц, прикрепляющихся к большому бугорку плечевой кости и в прилежащих к сухожилиям участках мышц. Он со-

вершенно точно назвал эту патологию **миотендинитом**.

Как показали наши исследования (П.Л. Жарков, В.А. Талантов, Б.Д. Юдин, 1983), дистрофические изменения сухожилий и связок проходят несколько стадий. Вначале участок сухожилия у места прикрепления к кости замещается хрящом, в результате чего его прочность снижается и неловкое резкое движение или перегрузка может привести к повреждению этого участка. Поскольку любое повреждение любой ткани сопровождается воспалением с пролиферативным и экссудативным компонентами, то это приводит к острому или подострому болевому синдрому. Эта стадия в первые две недели рентгенологически ничем себя не проявляет. Если интенсивные боли продолжают свыше двух-трех нед, что часто бывает при неправильном лечении, то через 3—4 нед развивается быстро нарастающий остеопороз в области большого бугорка, а затем и всего наружного отдела головки плечевой кости. Диагноз в этой фазе дистрофических изменений ставится на основании клинической картины и анамнеза. В настоящее время изменения некоторых сухожилий мышц могут быть определены с помощью УЗИ и МРТ. Легче всего они выявляются в сухожилии надостной мышцы, где измененный участок, как правило, ошибочно трактуется как разрыв сухожилия (М.Г. Диваков и др., 1999; Али Бен Салем Шаях, 2004).

При умеренно выраженном болевом синдроме больные жалуются на резкое ограничение движений в плечевом суставе из-за болезненности, особенно при подъеме руки и заведении ее за спину.

В следующей фазе, независимо от того, проявила себя первая стадия клинически или нет, хрящевой участок обызвествляется и постепенно трансформируется в кость. В фазе обызвествления на рентгенограммах определяются известковые включения у бугорков плечевой кости, в фазе окостенения — остеофиты на поверхностях бугорков (рис. 1). Рент-



Рис. 1. Рентгенограмма плечевого сустава пациентки 42 лет. Окостенение сухожилий мышц в области большого бугорка плечевой кости — тендиноз (стрелка).

генологически определяемые обызвествления и окостенения сухожилий, не проявляющие себя клинически, С. Sandström назвал **тендинозом**.

Неправильное лечение нередко ведет лишь к уменьшению интенсивности болевого синдрома и переводит острое заболевание в хроническое. При обращении больных через 4–6 мес от начала заболевания на рентгенограмме можно обнаружить выраженный остеопороз в области большого бугорка плечевой кости, который часто принимают за воспалительную или опухолевую деструкцию. При резко выраженном остром болевом синдроме местный остеопороз может развиваться в течение 1,5–2 нед. Примером может служить следующее наблюдение.

Больная Т., 52 лет, была направлена в Центр с диагнозом остеогенная саркома плечевой кости. Жалуется на нестерпимые боли в области правого плечевого сустава, невозможность найти для руки более или менее приемлемое положение. Вынуждена в течение последних двух недель спать только сидя.

Боль в области правого плечевого сустава возникла четыре месяца назад, периодически нарастала, но резко обострилась две недели назад, когда пациентка пыталась удержаться при торможении троллейбуса. С тех пор боль не утихала, анальгетики лишь на короткое время притупляли ее.

При осмотре: правая рука согнута в локтевом суставе, плечо приподнято. Пациентка поддерживает правую руку в этом положении левой рукой. Мышцы надплечья и плеча гипотоничны. Активные движения в правом плечевом суставе невозможны, пассивные ротационные и сгибательные движения возможны при медленном их проведении. Резко болезненная точка выявлена при пальпации передней поверхности головки плечевой кости под акромиальным отростком.

На рентгенограмме правого плечевого сустава, сделанной в поликлинике по месту жительства (рис. 2), определяется выраженное разрежение костной структуры в области большого бугорка и наружного отдела головки плечевой кости, на фоне которого виден участок плотной кости. Суставные хрящи полностью сохранены, о чем свидетельствует нормальная ширина суставной щели. Разрежение кости было истолковано как опухолевая деструкция, а уплотненный участок — как опухолевое костеобразование, характерное для остеогенной саркомы. С этим диагнозом



Рис. 2. Рентгенограмма плечевого сустава пациентки 52 лет. Плечевая кость в прямой проекции. Выраженное разрежение костной структуры в наружном отделе головки плечевой кости, на фоне которого — участки костеобразования, расцененного как опухолевое.



Рис. 3. Рентгенограмма той же плечевой кости в боковой проекции. Участки окостенения за пределами кости, в сухожилии двуглавой мышцы плеча.

больная и была направлена в Центр рентгено-радиологии.

При рентгенографии плечевой кости во второй, взаимно перпендикулярной проек-

ции (а это возможно в положении стоя даже при острейшем болевом синдроме) “опухоловое костеобразование” оказалось участком обызвествленного сухожилия двуглавой мышцы плеча (рис. 3).

Противовоспалительная физиотерапия в течение недели сняла острый болевой синдром, а кинезитерапия (лечение движением) в течение последующих трех недель полностью его ликвидировала.

Как видно из приведенного примера, диагностическая ошибка была обусловлена нарушением обязательного требования – исследования любого отдела скелета как минимум в двух проекциях. Для получения максимальной информации при рентгенографии в прямой проекции больного ставят спиной к вертикальному штативу с поворотом на исследуемую сторону так, чтобы лопатка плашмя легла на штатив. Для обеспечения правильного положения плечевой кости в строгой проекции следует согнуть руку в локтевом суставе до 90° и направить предплечье точно на окно рентгеновской трубки. Чтобы исключить наложение изображения акромиального отростка на головку плечевой кости, трубку следует наклонить от головы к ногам на 15–20°.

Для получения изображения плечевой кости в строго боковой проекции необходимо согнутое предплечье повернуть наружу на 90°

так, чтобы оно легло на вертикальный штатив. Если такой поворот руки болезненен, то повернуться может и сам больной.

Таким образом, для правильной диагностики патологии области плечевого сустава необходимо:

1) выяснение в анамнезе связи начала заболевания с неловким движением, резким напряжением мышц или физической перегрузкой;

2) обязательное правильное клиническое (особенно пальпаторное) обследование больного;

3) обязательная рентгенография плечевого сустава **в правильных укладках в двух взаимно перпендикулярных проекциях.**

Список литературы

1. *Али Бен Саем Шаях.* МР-диагностика повреждений вращательной манжеты плечевого сустава. Сб. статей V научно-практической конф. М. 2004, С. 22–26.
2. *Диваков М.Г., Аскерко Э.А., Гончаров В.В., Марчук В.П.* Магнитно-резонансная картина плечевого сустава при патологии ротаторной манжеты. *Новости лучевой диагностики.* 1999. № 3. С. 24–26.
3. *Жарков П.Л., Талантов В.А., Юдин Б.Д.* Клинико-рентгенологическая и морфологическая характеристика тендиноза области большого вертела бедренной кости. *Ревматология.* 1983. № 3. С. 52–56.
4. *Зеденидзе Г.А., Жарков П.Л.* Методики рентгенологического и радиологического исследования позвоночника и крупных суставов. Ташкент. Медицина. 1979.

Объявляется подписка на книгу Издательского дома Видар-М

Рентгенодиагностика позвоночника для мануальных терапевтов. Том I

Системный анализ рентгенограмм позвоночника.

Рентгенодиагностика аномалий развития позвоночника

Орел А.М.

В практическом руководстве для мануальных терапевтов, врачей восстановительной медицины, рентгенологов обобщен многолетний опыт сотрудничества автора-рентгенолога с мануальными терапевтами. В работе освещены проблемы лучевой диагностики с точки зрения мануальной терапии. Представлен метод системного анализа рентгенограмм позвоночника. Особое внимание уделено клиническим аспектам применения метода системного анализа рентгенограмм позвоночника в практике мануальной терапии: отражены методики экспресс-диагностики пространственного положения структур краниовертебральной зоны, позвоночника и крестца, описаны способы распознавания, регистрации, хранения и передачи данных об индивидуальных характеристиках позвоночника каждого больного. Описаны основные противопоказания к мануальной терапии, диагностируемые на обычных рентгенограммах позвоночника. Дается алгоритм анализа рентгенограмм для исключения заболеваний позвоночника, противопоказанных к лечению методами мануальной терапии. Представлены классификации, рентгенологические проявления и особенности диагностики аномалий развития позвоночника в практике мануальной терапии. Показаны возможности и перспективы метода системного анализа рентгенограмм позвоночника для совершенствования лучевой диагностики в мануальной терапии и в восстановительной медицине. Книга иллюстрирована большим количеством рентгенограмм, схем, рисунков и таблиц.

Для мануальных терапевтов, вертебологов, врачей восстановительной медицины, рентгенологов, врачей ЛФК, специалистов по биомеханике и системотехнике.

Выход в свет – 4-й квартал 2005 г.

Цена подписки – 330 руб.