

Литау Владислав Юрьевич

бакалавр, старший преподаватель

магистрант

ГБУЗ Московской области «Московский областной

научно-исследовательский клинический институт

им. М.Ф. Владимирского»

магистрант

ФГБОУ ВО «Российский университет спорта «ГЦОЛИФК»

г. Москва

Ермолаева Юлия Анатольевна

канд. пед. наук, доцент

ФГБОУ ВО «Российский университет спорта «ГЦОЛИФК»

г. Москва

DOI 10.21661/r-574868

МЕТОДОЛОГИЯ ОЦЕНКИ ФУНКЦИИ ПЛЕЧЕВОГО СУСТАВА У ПАЦИЕНТОВ С ПОСТИНСУЛЬТНЫМ БОЛЕВЫМ СИНДРОМОМ В ПРАКТИКЕ СПЕЦИАЛИСТА ПО ФИЗИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ

***Аннотация:** в статье представлены данные по эпидемиологии, патофизиологии и клинической оценке пациентов с постинсультной болью в плече. На основании анализа литературных данных и собственного клинического опыта определен оптимальный и достаточный набор диагностических тестов, которые целесообразно использовать в практике специалиста по физической реабилитации для составления индивидуальной программы восстановления пациента.*

***Ключевые слова:** инсульт, постинсультная боль в плече, физическая реабилитация, клинические тесты.*

Введение. Острые нарушения мозгового кровообращения (ОНМК), их последствия и осложнения являются одной из наиболее важных проблем современного здравоохранения. Основной вклад в развитие инвалидности после инсульта вносят неврологические последствия в виде моторных симптомов, нарушений

речи, координации, глотания, функции тазовых органов. Нередко наблюдаются психозомоциональные постинсультные осложнения, такие как депрессия, тревожные и когнитивные расстройства. При этом для многих пациентов, перенесших ОНМК, характерно развитие постинсультного болевого синдрома, который значительно ухудшает общее состояние и прогноз [7; 9].

Одним из последствий инсульта, дезадаптирующих пациентов, является болевой синдром в крупных суставах, чаще локализующийся в плечевом суставе парализованной руки – так называемая постинсультная боль в плече, распространенность которой варьирует от 16 до 80% в зависимости от особенностей исследования. Несмотря на то, что данное осложнение инсульта не является жизненно значимым, оно существенно снижает качество жизни пациента и препятствует адекватному восстановлению здоровья [6].

Определены следующие факторы риска боли в плече: слабость в верхней конечности и тяжесть инсульта, сенсорные нарушения, положительные ревмопробы, спастичность, поражения правого полушария, низкий показатель индекса Бартел. К неврологическим причинам постинсультной боли в плече можно отнести комплексный региональный болевой синдром, центральную постинсультную боль, повреждение плечевого сплетения и изменение мышечного тонуса в паретичной конечности, чувствительные агнозии, неглект-синдром, когнитивные нарушения, депрессию. Пациенты часто недооценивают степень боли в плече, так, почти у 40% постинсультных пациентов, отрицавших боль в плече, впоследствии при детальном осмотре были выявлены боли, даже у пациентов без признаков зрительного или соматосенсорного негллекта [7].

Имеются данные о том, что спустя 3 месяца после инсульта у 56% пациентов сохраняется менее 70% объема наружной ротации и у 42% – менее 90% объема сгибания [8]. Этот дефицит может сохраняться у 30–66% пациентов спустя 6 месяцев после инсульта, негативно влияя на общее состояние и приводя к депрессии, снижению качества жизни [4].

Несмотря на значительное количество работ, посвященных данной теме и отражающих интерес исследователей в вопросах постинсультных болевых

синдромов, проблемы методологии оценки функционального состояния плечевого сустава и мышц плеча до сих пор остаются актуальными.

Целью исследования являлись обзор и оценка сравнительной эффективности различных способов верификации функции плечевого сустава у пациентов с болью в плече после инсульта. Проведены обзор литературных источников и анализ результатов собственного практического опыта (23 пациента).

Важно отметить, что детальный анализ жалоб пациента и выявление особенностей болевого синдрома дают существенную информацию для понимания морфологической основы, этиологии повреждения и дифференциальной диагностики.

Так, для патологии вращательной манжеты плеча характерна разлитая тупая боль в верхненаружном отделе плеча (в области дельтовидной мышцы, под акромионом, около бугорка плечевой кости, иногда с иррадиацией до локтя). Боль, как правило, возникает после значительных или непривычных физических нагрузок, усиливается при подъеме руки вверх. Превышение объема пассивных движений над активными свидетельствует о поражении сухожилий вращательной манжеты или двуглавой мышцы плеча. Характерно избирательное ограничение подвижности в пораженной мышце, при сохранности (на ранних стадиях) объема пассивных движений [2].

Появление боли при отведении руки на $60\text{--}120^\circ$ свидетельствует о повреждении сухожилия надостной мышцы и/или субакромиальной сумки, появление боли при подъеме руки вверх на уровне $160\text{--}180^\circ$ указывает на патологию ключично-акромиального сустава. Для поражения подостной и малой круглой мышц характерно усиление боли в верхнем отделе плеча при проведении пробы на сопротивление активной наружной ротации плеча. Для адгезивного капсулита характерна боль ноющая, постоянная, усиливающаяся при лежании на пораженной стороне. Боль усиливается при наружной ротации, отведении руки, заведении ее за спину. Плечо на пораженной стороне приподнято. При наклоне вперед объем движения в плечевом суставе не увеличивается. Отведение руки осуществляется не в плечевом суставе, а за счет лопаточно-реберного соединения – при попытке отведения руки менее чем на 60° начинается ротация лопатки [2].

Что касается собственно предмета исследования – то есть объективной клинической оценки функционального состояния плечевого сустава и периартикулярных мышц, то в литературе описаны более 16 тестов и проб, используемых, в том числе, у пациентов с постинсультной болью. Некоторые авторы полагают, что постинсультную боль в плече можно успешно диагностировать, используя всего 3 теста: тест Нира, заведение руки за голову и различие более 10° между пассивной внешней ротацией в плечевом суставе на здоровой и пораженной стороне. В сочетании с жалобами на умеренную боль в покое диагностическая чувствительность данной совокупности тестов в отношении постинсультной боли в плече составляет 96,7% [5].

Важно отметить, что при анализе функции плечевого сустава и периартикулярных мышц у пациентов с постинсультной болью в плече в первую очередь необходимо оценить следующие патологические проявления: потерю внутренней ротации плеча; нарушения лопаточно-грудного ритма, снижение силы и выносливости лопаточной группы мышц; наличие приобретенной передней нестабильности плечевого сустава.

В связи с этим, с учетом сложности и мультифакториальности механизмов, лежащих в основе боли в плече после инсульта, на основании литературных данных и собственного опыта, считаем необходимым и целесообразным проведение следующих дополнительных диагностических тестов: тест R. Hawkins и J. Kennedy, тест Хитрова, тест Джоуба, тест Спурлинга.

R. Hawkins и J. Kennedy описали импиджмент-тест, при котором рука пациента должна быть согнута кпереди на 90° . Затем принудительно осуществляется внутренняя ротация плеча, при этом провоцируется насильственный контакт сухожилия надостной мышцы с передним краем клювовидно-акромиальной связки, что вызывает болевую реакцию у пациента [1].

Тест (симптом) Хитрова – диастаз между акромиальным отростком лопатки и большим бугорком плеча при потягивании приведенного плеча книзу. Исследование симптома Хитрова выполняют в положении сидя, рука пациента расположена вдоль туловища. Исследователь тянет локоть вниз с целью измерения физиологического расстояния между акромионом и головкой плечевой кости. Расстояние в 1 см

оценивают в 1 балл, 1–2 см – 2 балла, более 2 см – в 3 балла. Три балла свидетельствуют о нестабильности плечевого сустава в нескольких направлениях [3].

Тест Джоуба (тест «пустой банки») позволяет определить наличие субакромиального синдрома и является положительным при возникновении боли в процессе создания сопротивления рукам, поднятым и ротированным внутрь в плоскости лопатки [3].

Тест Спурлинга используется для дифференциальной диагностики шейной радикулопатии, которая проявляется болью в области надплечья и плеча. Исследователь кладет руку на голову пациента и просит его произвести разгибание в шейном отделе позвоночника и одновременно ротировать голову в сторону боли. После этого исследователь производит давление рукой на голову пациента. Возникновение или усиление боли в области плеча свидетельствует о возможной шейной радикулопатии [5].

Таким образом, в результате сравнительной оценки эффективности диагностического использования функциональных тестов была определена оптимальная батарея (чувствительность – 98%), позволяющая не допустить ошибки при обследовании пациента и максимально индивидуализировать реабилитационный процесс.

Список литературы

1. Имамединова Г.Р. Алгоритм клинического исследования суставов верхних конечностей (плечевой сустав) / Г.Р. Имамединова // РМЖ. Ревматология. – 2016. – №2. – С. 59–64. – EDN WAIGUX
2. Исайкин А.И. Причины и лечение боли в плече / А.И. Исайкин, А.А. Черненко // Медицинский совет. – 2013. – №12. – С. 20–26. – EDN RVERPHZ
3. Мельникова Е.А. Боль в плече после инсульта: теоретические и практические аспекты диагностики, лечения и реабилитации / Е.А. Мельникова, К.В. Морозов, И.М. Рудь // Доктор.Ру. – 2018. – Т. 153, №9. – С. 23–30. – DOI 10.31550/1727-2378-2018-153-9-23-30. – EDN VMCTDM
4. Пизова Н.В. Боль после инсульта и реабилитация (клиническое наблюдение) / Н.В. Пизова, Н.А. Пизов, М.С. Мареев // РМЖ. Медицинское обозрение. – 2023. – Т. 7, №10. – С. 672–679. – DOI 10.32364/2587-6821-2023-7-10-10. – EDN YVUILT

5. Самарцев И.Н. Современные представления о дифференциальной диагностике и лечении пациентов с болью в области плеча / И.Н. Самарцев, С.А. Живолупов, А.Ю. Емелин [и др.] // РМЖ. – 2017. – №9. – С. 564–571. – EDN ZIEGUV
6. Усанова Е.В. Формирование синдрома болевого плеча в остром периоде полушарного ишемического инсульта / Е.В. Усанова, Е.А. Ковражкина, Л.В. Губский // Известия высших учебных заведений. Поволжский регион. Медицинские науки. – 2016. – Т. 39, №3. – С. 145–157. – DOI 10.21685/2072-3032-2016-3-16. – EDN XBVMXJ
7. Усова Н.Н. Постинсультный болевой синдром: проблема, которую не замечают / Н.Н. Усова // Neurology and Neurosurgery Eastern Europe. – 2024. – Т. 14, №2. – С. 270–281.
8. Andrews A.W. Decreased Shoulder Range of Motion on Paretic Side After Stroke / A.W. Andrews, R.W. Bohannon // Physical Therapy. – 1989. – №9 (69). – P. 768–772.
9. Klit X.H. Central post-stroke pain: clinical characteristics, pathophysiology, and management / X.H. Klit, N.B. Finnerup, T.S. Jensen. – Lancet Neurol, 2009. – №9 (8). – P. 857–68.