

А.В. Королев, Д.О. Ильин

КЛИНИЧЕСКОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ ПЛЕЧЕВОГО СУСТАВА

УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКОЕ ПОСОБИЕ

Министерство образования и науки РФ

Рекомендовано ФГАУ «Федеральный институт развития образования»
в качестве учебно-методического пособия для использования в учебном
процессе образовательных организаций, реализующих программы
дополнительного профессионального образования по специальности
31.08.66 «Травматология и ортопедия»

Регистрационный номер рецензии 355 от 09 октября 2017 года



Москва
ИЗДАТЕЛЬСКАЯ ГРУППА
«ГЭОТАР-Медиа»
2018

2. ЖАЛОБЫ

В клинической практике пациенты чаще всего предъявляют жалобы на следующие состояния или их различную комбинацию:

- боль;
- ограничение подвижности;
- нестабильность в суставе.

2.1. Боль в плечевом суставе

1. Острая боль и невозможность движений в плечевом суставе, возникшие и сохраняющиеся сразу после травмы, говорят о возможности вывиха в плечевом суставе или перелома костей плечевого пояса. В этом случае в экстренном порядке необходимо выполнить рентгенографию плечевого сустава в прямой проекции для исключения этих состояний, во многих случаях требуются дополнительные обследования — магнитно-резонансная томография и компьютерная томография. Клинически важно оценить наличие или отсутствие признаков повреждения нервов, артерий и вен, при необходимости выполнить ультразвуковую доплерографию сосудов верхней конечности [7, 61].
2. Боль является ведущим симптомом при следующих ортопедических заболеваниях в области плечевого сустава: субакромиальный импинджмент-синдром, частичные разрывы сухожилий вращательной манжеты, патология сухожилия длинной головки бицепса, патология акромиально-ключичного сустава [1, 11, 47]. При этих состояниях не наблюдается ограничения объема движений и слабости мышц вращательной манжеты плеча.
3. При острых субакромиальном, субдельтовидном и субключевидном бурситах, обострении кальцифицирующего тендинита, а также адгезивном капсулите наряду с выраженным болевым синдромом имеется ограничение объема как активных, так и пассивных движений в плечевом суставе.
4. Полнослойные разрывы вращательной манжеты обуславливают прежде всего слабость активных движений в плечевом суставе [21, 37, 48], а болевой синдром может быть менее выраженным. Хроническая нестабильность в плечелопаточном суставе также не сопровождается выраженным болевым синдромом.

По локализации, характеру, условиям возникновения и эффективным способам устранения боли в плечевом суставе можно ориентировочно предположить ее причину.

2.1.1. Локализация боли

Пациенты могут локализовать болевые ощущения в переднем, латеральном и заднем отделах области плечевого сустава (рис. 1).

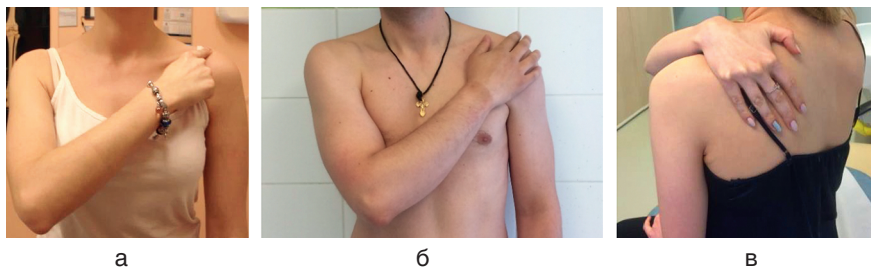


Рис. 1. Локализации боли: а — передняя область сустава; б — латеральная область сустава; в — задняя область сустава

- А. Боль в переднем отделе сустава может локализоваться в области межбугорковой борозды, клювовидного отростка и АКС, кроме того, болезненные ощущения могут исходить из области передних волокон дельтовидной мышцы. Дальнейшие клинические тесты — нагрузки сухожилия бицепса, АКС и компрессии субклювовидного пространства — помогут в уточнении диагноза [9, 11, 41].
- Б. Боль в латеральном отделе чаще всего связана с субакромиальным импинджментом, разрывами надостной и подостной мышц, субакромиальным и субдельтовидным бурситами, кальцифицирующим тендинитом сухожилия надостной мышцы, она также может иррадиировать в область локтевого сустава и кисти.
- В. Боль в заднем отделе может быть обусловлена воспалением задней капсулы при адгезивном капсулите, задней нестабильностью в плечевом суставе, нейропатией надлопаточного нерва, дискинезией лопатки и мышечно-тоническими синдромами.

При описании жалоб пациента выявляется симптом пальца, когда пациент точно локализует область болезненных ощущений (обычно это АКС, реже тендинопатия бицепса и бурсит субклювовидного пространства [60]), и симптом ладони, когда боль разлитая и точная ее

локализация пациентом невозможна. В данной ситуации необходимо дифференцировать причину боли — проблемы с субакромиальным пространством или плечелопаточным суставом (рис. 2).



Рис. 2. Симптомы: а — ладони; б — пальца

2.1.2. Характер, интенсивность и условия возникновения боли

1. Ноющая, глубокая, диффузного характера боль, сохраняющаяся в покое:
 - а) адгезивный капсулит;
 - б) обострение кальцифицирующего тендинита сухожилий вращательной манжеты;
 - в) субакромиальный и субдельтовидный бурсит.

Этот болевой синдром усиливается в ночное время, пациент ищет и часто меняет положение для сна, не может спать на соответствующем боку.

2. Острая боль, возникающая при ротационных движениях:
 - а) тендинопатия, нестабильность сухожилия длинной головки бицепса;
 - б) свободные тела.
3. Острая боль, возникающая при отведении, активности выше горизонтального уровня:
 - а) обострение артроза и нестабильность АКС;
 - б) субакромиальный импинджмент-синдром;
 - в) синдром SLAP (Superior Labrum Anterior Posterior).

Наиболее интенсивный болевой синдром возникает в острой фазе адгезивного капсулита и при обострении кальцифицирующего тендинита — глубокая ноющая боль, усиливающаяся в ночное

время и несколько ослабевающая при движениях в плечевом суставе [4, 52].

Острая, очень интенсивная боль в переднем отделе плечевого сустава при ротационных движениях характерна для патологии сухожилия длинной головки бицепса [24, 29].

Интенсивность болевого синдрома

Интенсивность болевого синдрома целесообразно оценивать по визуальной аналоговой шкале. При этом целесообразно выяснить минимальный и максимальный уровень болевых ощущений, колебания уровня боли в зависимости от времени суток, нагрузки или каких-либо движений.

2.2. Ограничение движений в плечевом суставе

Ключевыми понятиями при описании ограничения движений в плечевом суставе являются псевдопаралич и контрактура.

Псевдопаралич — ограничение объема активных движений при сохранном (или намного превышающем) объеме пассивных движений. Характерен для несостоятельности вращательной манжеты [26, 37, 51]. Проявлениями псевдопаралича являются:

- 1) для надостной мышцы — симптом падающей руки: пациент не может удержать отведенную руку в заданном положении (рис. 3);
- 2) для подостной мышцы — external rotation lag sign (симптом отсутствия активной наружной ротации, симптом калитки): пациент не может удержать руку в положении максимальной наружной ротации, тест выполняется в положении приведения конечности (рис. 4);
- 3) для малой круглой мышцы — тест hornblower: пациент не может выполнить наружную ротацию в плечевом суставе при отведении конечности на 90° (рис. 5);
- 4) для подлопаточной мышцы — положительные тесты Наполеона, bear-hug, lift-off.

Контрактура — ограничение объема и активных, и пассивных движений.

Комбинированная многоплоскостная контрактура — ограничение движений во всех плоскостях — наблюдается при адгезивном капсулите, артрозе плечелопаточного сочленения, остром субакромиальном бурсите, обострении кальцифицирующего капсулита, воспалительных заболеваниях плечевого сустава системного и инфекционного генеза (рис. 6).

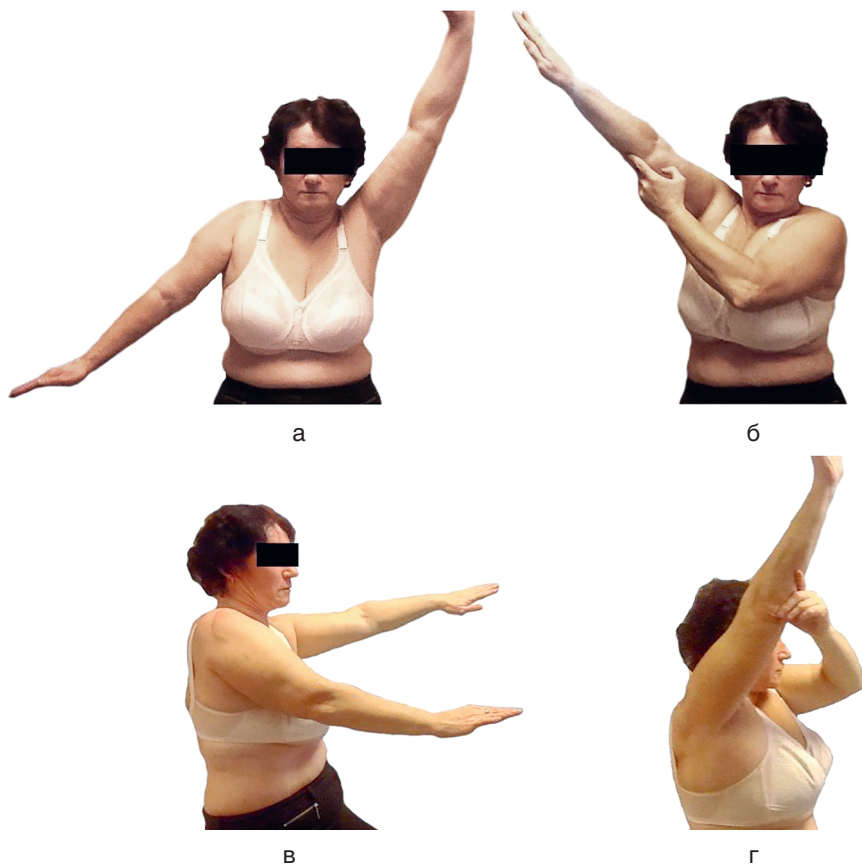


Рис. 3. Псевдопаралич надостной мышцы: а — ограничение активного отведения в плечевом суставе; б — полный объем пассивного движения в плечевом суставе с поддержкой здоровой рукой; в — ограничение активного сгибания в плечевом суставе; г — полный объем пассивного сгибания с поддержкой здоровой рукой

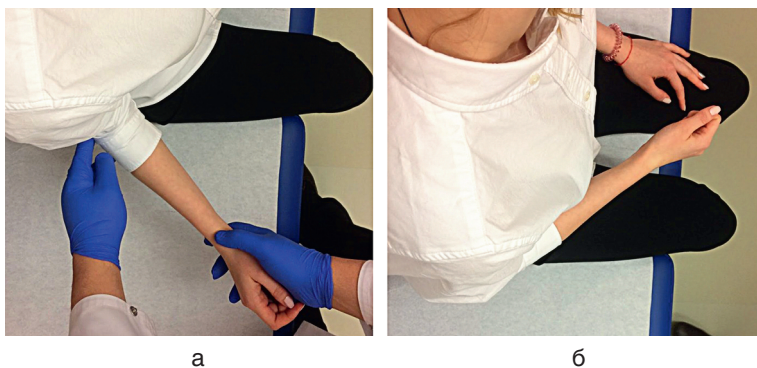


Рис. 4. Симптом external rotation lag sign: а — полный объем пассивной наружной ротации; б — при отсутствии поддержки положение наружной ротации не удерживается, происходит внутренняя ротация в плечевом суставе



Рис. 5. Тест hornblower: а — пациент подносит кисть к губам за счет наружной ротации в плечевом суставе — признак состоятельности малой круглой мышцы; б — пациент подносит кисть к губам за счет сгибания в плечевом и локтевом суставах — малая круглая мышца несостоятельна

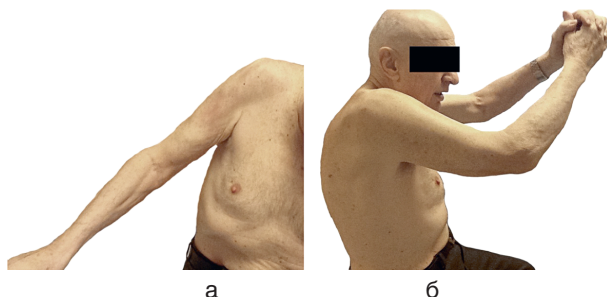


Рис. 6. Комбинированная контрактура в плечевом суставе: а — ограничение отведения; б — ограничение сгибания

Ограничение наружной ротации — стянутость, утолщение передней капсулы сустава, ткани ротаторного интервала (рис. 7, б, в, г).

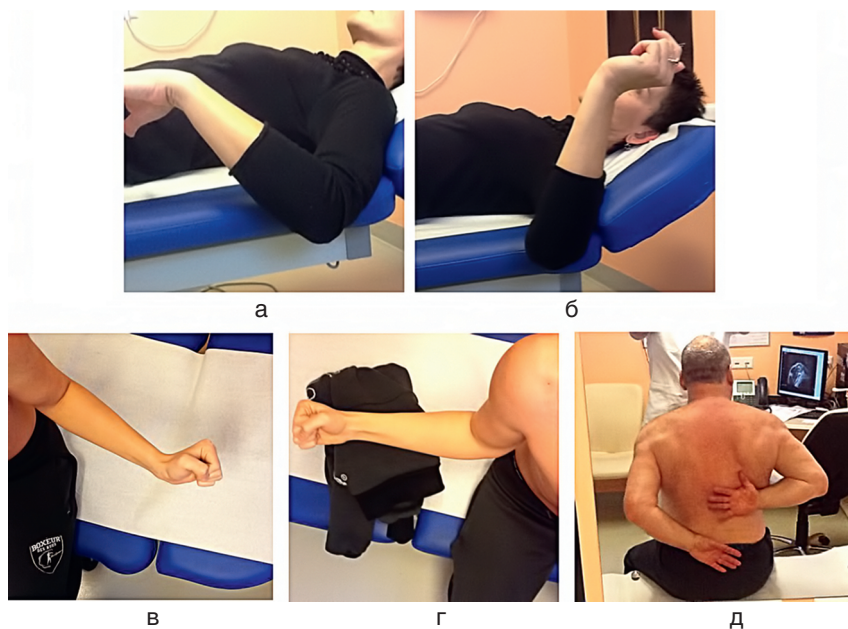


Рис. 7. Ротационная контрактура: а, б — ограничение внутренней и наружной ротации при отведении в плечевом суставе на 90° ; в — ограничение наружной ротации в приведенном положении конечности; г — нормальный объем наружной ротации в противоположном плечевом суставе у того же пациента; д — сравнение внутренней ротации при заведении руки за спину у одного и того же пациента (снимок через зеркало)

Ограничение внутренней ротации — стянутость, утолщение задней капсулы (см. рис. 7, а, д).

Ограничение отведения — стянутость, утолщение нижней капсулы плечевого сустава.

Синдром Glenohumeral Internal Rotational Deficit — ограничение внутренней ротации при избыточной наружной — развивается у представителей бросковых видов спорта (бейсбол, волейбол, гандбол). Для выполнения максимально сильного и точного броска или удара по мячу таким спортсменам требуется максимальная наружная ротация, при многократных повторениях бросковых движений (наружная ротация + отведение на 90°) задняя порция нижней гленоумеральной связки и задняя капсула постоянно пребывают в укороченном, сокращенном состоянии. Если при этом спортсмен регулярно не выполняет упражнения на растягивание этих структур (sleeper stretch), это состояние закрепляется, и формируется синдром Glenohumeral Internal Rotational Deficit (рис. 8).

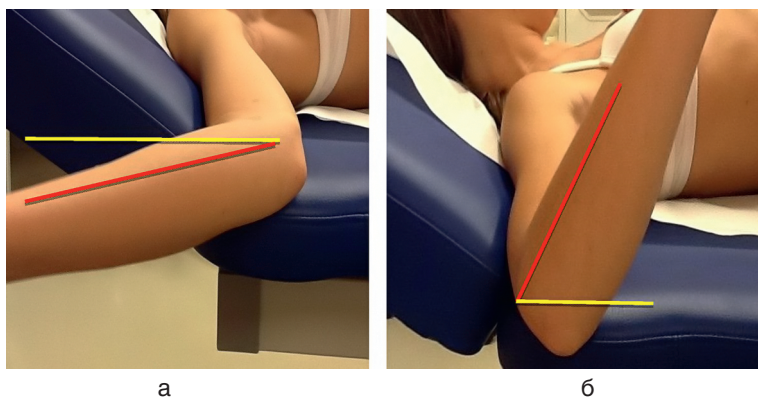


Рис. 8. Синдром Glenohumeral Internal Rotational Deficit: а — избыточная наружная ротация в положении отведения на 90° ; б — ограничение внутренней ротации при отведении на 90° (желтым цветом отмечен нормальный объем ротации, красным — клиническая ситуация пациентки с синдромом Glenohumeral Internal Rotational Deficit)

2.3. Нестабильность в плечевом суставе

При выявлении жалоб на нестабильность следует получить ответы на следующие вопросы [14, 19, 22].

1. Наличие и характер первичной травмы. При отсутствии травматического события следует подозревать наличие гиперэластичности

соединительной ткани и мультидирекциональную (многоплоскостную) нестабильность (multidirectional instability).

2. При наличии первичной травмы — оценка ее механизма (см. раздел «Анамнез»): высоко- или низкоэнергетическая, прямой или непрямой механизм. Для более редких задних вывихов характерен высокоэнергетический прямой механизм повреждения (сильный удар в область плечевого сустава спереди, падение с высоты).
3. Время, прошедшее между первичным вывихом и его устранением, метод устранения вывиха — под местной (вывих был устранен легко или с трудом) или общей анестезией. При пребывании головки плеча в положении вывиха более 5 ч (суммарно после первичного и последующих вывихов) высока вероятность значимых костных повреждений головки плечевой кости и гленоида.
4. Количество вывихов, характер и условия возникновения самого первого и последних из них, что дает представление о функциональной значимости нестабильности плечевого сустава для пациента.

2.4. Снижение функциональных возможностей верхней конечности

Жалобы на снижение функциональных возможностей верхней конечности характерны для профессиональных спортсменов, занимающихся бросковыми видами спорта, пациентов с высокой нагрузкой на верхнюю конечность выше горизонтального уровня (over-head activity). Описан синдром мертвой руки (dead arm syndrome), когда сила, скорость, точность броска мяча (подачи, удара по мячу) профессионального спортсмена резко снижаются и не позволяют ему выступать на высоком уровне. При этом острого эпизода травмы может не быть. Такого рода жалобы чаще всего обусловлены повреждением SLAP, частичными неполнослойными повреждениями вращательной манжеты (PASTA — Partial Articular Side Tendon Avulsion), дегенеративными изменениями бицепса, развившимися на фоне избыточной наружной ротации при ограниченной внутренней ротации в плечевом суставе (синдром Glenohumeral Internal Rotational Deficit), а также дискинезией лопатки [SICK (Scapular malposition, Inferior medial border prominence, Coracoid pain and malposition, and dysKinesis of scapular movement) scapula] [10, 11, 30, 31].