

ЛІКУВАННЯ ПЛЕЧОЛОПАТКОВОГО ПЕРИАРТРИТУ

Міняєва О.І.

Мукачівська центральна районна лікарня

В літературі різних років видань описується етіологія, патогенез, клініка, лікування плечолопаткового периартриту (ПЛП). Що стосується питання етіології, патогенезу цього захворювання серед вчених, лікарів нема єдиної думки. ПЛП вважається поліетіологічним захворюванням, причиною якого є повторні мікротравми сухожилок, порушення обміну речовин (напр., ожиріння), шийний остеохондроз, нейрорефлекторні судинні порушення, інфекції (грип), а також певне значення мають супутні захворювання внутрішніх органів (хронічний бронхіт, плеврит, туберкульоз, гіпертонічна хвороба, атеросклероз, ішемічна хвороба серця, гастрит, холецистит, виразкова хвороба шлунка та дванадцятипалої кишки та ін.) [1, 4, 6, 11].

Проте в питаннях лікування плечолопаткового периартриту серед авторів існує єдина думка. Для лікування ПЛП в період максимальних болів рекомендується обмеження рухів у плечовому суглобі (використовується підвішуюча пов'язка). Одночасно призначають нестероїдні протизапальні препарати в терапевтичних дозах, в окремих випадках - глюкокортикостероїди, міорелаксанти (скутаміл - С або мікодалм), а при нестерпних болях - наркотичні анальгетики. У частини хворих покращення досягається місцевими ін'єкціями 1% розчину новокаїну, глюкокортикостероїдів (20-40 мг кеналогу). Рекомендуються також фізіотерапевтичні процедури (електрофорез новокаїну, фонофорез гідрокортизону, рентгенівське опромінювання суглобу), лікувальна фізкультура [5, 8, 9, 10, 11].

Мета дослідження: відпрацювати лікування плечолопаткового периартриту, виходячи із встановленого взаємозв'язку його з патологією шлунково-кишкового тракту.

МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ.

Обстежено 38 хворих на плечолопатковий периартрит. 12 пацієнтів пов'язували біль в плечовому суглобі з травматичним ураженням. Відповідно їм проводилося лікування нестероїдними протизапальними препаратами (індометацин, ортофен і т.д.), глюкокортикостероїдами (преднізолон, метипред перорально,

каналог місцево на уражений суглоб), фізіотерапевтичними процедурами (електрофорез 5% розчином новокаїну, фонофорез гідрокортизону), голкорексфлексотерапія.

Інші 26 хворих не пов'язували болі в ділянці плечового суглобу з травматичним ураженням. Частина цих пацієнтів попередньо лікувалася у ревматологів, травматологів, невропатологів, але загальноприйняте лікування протизапальними, обезболюючими препаратами бажаного результату не принесло. При місцевому введенні новокаїну зменшувалася біль, але рухомість в суглобі не покращувалася.

При комплексному обстеженні цієї категорії хворих (загальні та біохімічні аналізи крові та сечі, електрокардіографія, рентгенологічне дослідження органів грудної порожнини, шлунково-кишкового тракту, дуоденальне зондування, фіброгастродуоденоскопія, ультразвукове дослідження органів черевної порожнини та ін.) виявлена різноманітна патологія з боку внутрішніх органів та систем: гіпертонічна хвороба, ішемічна хвороба серця, атеросклероз, бронхіальна астма, цукровий діабет та ін. При цьому у кожного з хворих досліджена патологія шлунково-кишкового тракту (хронічний гастрит, дуоденіт, холецистит, жовчо-кам'яна хвороба, панкреатит, гепатит).

Хворим проводилося консервативне лікування виявленої патології, і поряд з цим спостерігався перебіг плечолопаткового периартриту.

РЕЗУЛЬТАТИ ВЛАСНИХ ДОСЛІДЖЕНЬ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ.

При детальному обстеженні хворих на плечолопатковий периартрит виявлені патології з боку шлунково-кишкового тракту були різноманітними у кожного пацієнта: хронічний гастрит поєднувався з дуоденітом, холецистит - з панкреатитом і дуоденітом, гепатит - з холециститом і т.д. Але загальним для всіх обстежених був хронічний дуоденіт. Хронічний дуоденіт - запалення слизової оболонки 12-палої кишки - може бути первинним та вторинним.

Причинами первинного дуоденіту є спадкова схильність, аліментарні порушення, інфікування пілоричним гелікобактером слизової оболонки шлунка, інфекційні захворювання органів травлення (вірусний гепатит, кишкові інфекції, глистні інвазії та ін.), а вторинного - ендогенні, гуморальні, гормональні, метаболічні впливи з боку інших органів та систем (шлунка, підшлункової залози, печінки, жовчних шляхів), які функціонально пов'язані з 12-палою кишкою [2].

Під впливом перерахованих факторів у слизовій оболонці 12-палої кишки розвиваються запально-дистрофічні та атрофічні зміни, порушується місцевий імунітет, внаслідок подразнення лімфоцитопетліального бар'єра слизової оболонки з включенням механізмів аутоімунної агресії.

Запалення слизової оболонки 12 - палої кишки викликає набряк дуоденального соска, що веде до порушення відтоку, функції, а потім і до запальних змін в підшлунковій залозі і жовчних шляхах [2].

Виходячи з питань етіології, патогенезу захворювань шлунково-кишкового тракту (хронічного дуоденіту, холециститу, панкреатиту, гепатиту), які є безпосередньою причиною плечолопаткового периартриту, хворим проводилося лікування. Всім пацієнтам надавалися певні рекомендації щодо дієти: із раціону необхідно виключити продукти, які подразнюють слизову оболонку шлунка та 12-палої кишки і збуджують секрецію соляної кислоти (жарені м'ясні, рибні та грибні блюда, приправи, спеції, міцний чай, каву та ін.), перевагу надавати продуктам, які мають виражені буферні властивості, - відварне м'ясо, риба, білий хліб, сухе печиво та ін.

Із медикаментозної терапії хворим призначалися блокатори H₂-рецепторів гістаміну (ранітідин 0.15 г, квамател 0.02 г на добу), тому що саме субтерапевтичні дози цих препаратів, за даними досліджень останніх років, позитивно впливають на тонус блукаючого нерву, мікроциркуляцію, місцевий імунітет в слизовій оболонці шлунка та 12-палої кишки [7].

Разом з блокаторами H₂ - рецепторів гістаміну використовувалися M - холіноблокатори (препарати беладонни - бесалол, беластезін по 1 табл. 2-3 рази на добу). Саме при комбінації блокаторів H₂ - рецепторів гістаміну та M - холіноблокаторів швидко ліквідується спазм сфінктера загального жовчого протока, в результаті чого покращується відток жовчі та соку підшлункової залози у 12-палу кишку.

Для посилення відтоку жовчі призначалися жовчогінні засоби (відвари жовчогінних трав, алахол по 1 таблетці 2-3 рази в день).

В комплексному лікуванні використовували гепатопротектори (Лів-52, Карсил по 1 табл. 3 рази в день), в результаті чого нормалізувалася функція печінки, а хворі відмічали загальне покращення стану.

При вираженому больовому синдромі призначався електрофорез 5% розчином новокаїну на уражений суглоб.

Запропоноване лікування проводилося у хворих на плечолопатковий периартрит при латентному перебігу захворювань шлунково-кишкового тракту. При наявності загострення виразкової хвороби або при виражених клінічних проявах гастриту, холециститу, панкреатиту лікування проводилося із застосуванням терапевтичних доз препаратів, але обов'язковим було комбіноване призначення блокаторів H₂ - рецепторів гістаміну, M - холіноблокаторів і жовчогінних препаратів.

Нестероїдні, стероїдні протизапальні препарати хворим не призначалися, лікувальна фізкультура не проводилася.

При дотриманні всіх рекомендацій у хворих на 3-4 день лікування збільшувався об'єм рухів у плечовому суглобі, а на 7-10 день у 21 хворого (80%) біль припинився, у 6 (20%) - значно зменшився, працездатність пацієнтів відновлювалася.

ВИСНОВКИ.

1. У хворих на плечолопатковий периартрит виявлені одне або кілька захворювань шлунково-кишкового тракту (хронічний гастрит, дуоденіт, холецистит, панкреатит, гепатит).

2. Адекватне лікування цих захворювань викликає зникнення симптомів ППД. При цьому обов'язковим є комплексне призначення блокаторів H2 - рецепторів гістаміну, M - холіноблокаторів, жовчогінних засобів: при латентному перебігу захворювань - в субтерапевтичних дозах, а при виражених клінічних проявах - в середніх терапевтичних.

3. Нестероїдні протизапальні препарати та глюкокортикостероїди застосовувати не потрібно.

ЛІТЕРАТУРА

1. Астапенко М.Г., Эрялис П.С. Внесуставные заболевания мягких тканей опорно-двигательного аппарата.- М.: Медицина, 1975.- 125 с.
2. Гончарик И.И. Болезни желудка и кишечника: Справ. пособие.- Мн.: Выш. шк., 1994.- 160 с.
3. Григорьев П.Я., Яковенко Э.П. Диагностика и лечение хронических болезней органов пищеварения.- М.: Медицина, 1990.- 379 с.
4. Зулкарнеев Р.А. "Болезненное плечо", плечелопаточный периартрит и синдром "плечо - кисть".- Казань: Изд-во Казан. ун-та, 1979.- М., 1987.- С. 28-36.
5. Кириллова Р.А. Диагностика и лечение плечелопаточного периартрита // Врачеб. дело.- 1986.- № 9.- С. 15-17.
6. Котенко В.В., Ланшалов В.А. Посттравматическая дистрофия руки.- М.: Медицина, 1987.- 125 с.
7. Мойсеенко В.О. I Український конгрес гастроентерологів // Лікар. справа. Врачеб. дело.- 1996.- № 3.- С. 173-174.
8. Справочник по ревматологии / Под ред. В.А. Насоновой [сост. Я.А. Сигидин].- 2-е изд., перераб. и доп.- Л.: Медицина, 1983.- 240 с.
9. Скорогляд А.В., Сакалов Д.А., Серегин Г.И., Ленкова Н.А. // Проводниковые блокады в комплексном лечении плечелопаточного периартрита // Ортопедия, травматология и протезирование.- 1990.- № 5.- С. 10-13.
10. Тузлуков А.П., Горбатовская Н.С. О лечении плечелопаточного периартрита // Ортопедия, травматология и протезирование.- 1990.- № 3.- С. 59-60.
11. Чепой В.М. Диагностика и лечение суставов.- М.: Медицина, 1990.- 304 с.

SUMMARY

TREATMENT OF DUPLAY'S DISEASE

Minyaeva O.I.

The Central regional hospital of Mukachevo

It has been established direct interconnection between duplay's disease and pathology of a digestive tract.

Adequate treatment of duodenit, ulcer, cholecystit, hepatit, pancreatit causes disappearance of duplay's disease symptoms.