

Біль у ділянці плеча: що ховається за діагнозом періартрит?

Цьогоріч у вересні в Одесі пройшла міжнародна неврологічна конференція «XII Нейросимпозіум», у межах якої були висвітлені актуальні питання сучасної неврології. Представляємо до вашої уваги огляд доповіді лікаря-невролога, професора кафедри пропедевтики внутрішньої медицини № 2, засновника та співголови ГО «Всеукраїнська організація лікарів-профпатологів та лікарів медицини праці», д. мед. н. Сергія Геннадійовича Сова.

Поширеність та причини виникнення болю в ділянці плеча

У своїй доповіді професор С.Г. Сова привернув увагу лікарів до поширеної проблеми болю в ділянці плеча, з якою пацієнти звертаються до широкого кола лікарів різного фаху: ортопедів, травматологів, ревматологів, неврологів та лікарів загальної практики. У 70% осіб біль у ділянці плеча з'являється принаймні раз на життя, частіше у працездатному віці — 35–65 років. Рівень первинного звернення досить високий і становить 14,7/1000 пацієнтів/рік (Cadogan et al., 2011). Причина такого болю у більшості випадків полягає в особливостях та інтенсивності фізичних навантажень — спортивних і професійних (Широков, 2012; Smith et al., 1992).

Висока частота ураження ділянки плеча зумовлена анатомічними особливостями будови плечелопаткового сполучення, а саме:

- найбільша серед усіх суглобів амплітуда рухів у плечовому суглобі;
- низька конгруентність суглобових поверхонь лопатки та головки плечової кістки;
- наявність суглобової хрящової губи;
- велика за розміром суглобова капсула, до якої кріпиться сухожилля надостного м'яза та довгої головки біцепсу;
- відсутність внутрішньосуглобових зв'язок;
- складність біомеханічної системи, яка поєднує верхню кінцівку з тулубом.

Введений ще 1872 р. S. Duplay термін «плечелопатковий періартрит» досі зустрічається в медичних заключеннях. Але сьогодні цей діагноз вважається збиральним анахронізмом, оскільки включає широку групу захворювань навколосуглобового апарату, до якої відносяться: ураження манжети коротких (надостного, підостного, малого круглого, підлопаткового м'язів) та довгих ротаторів плеча (двоголового, дельтоподібного, великого круглого м'язів, найширшого м'яза спини), бурсити (субакроміальний, субдельтоподібний, підсухожилковий сумки великого круглого м'яза тощо), ураження зв'язок і сухожилів (лігаментити, тендиніти, етензити).

Основні аспекти діагностики

Рутинний алгоритм діагностики передбачає збір скарг та анамнезу, враховуючи біль, порушення біомеханіки рухів, слабкість, тривалість захворювання, умови виникнення й посилення болю, попередні лікувальні заходи та їхню ефективність тощо. Огляд включає оцінку атрофії м'язів, наявності ознак запалення, деформації, симетрії кінцівок, вертикальних та горизонтальних топографічних ліній, біомеханіки м'язових ланцюгів у статичній та динамічній. Крім того, необхідно проводити пальпацію (наявність гіпертонусу, больових та тригерних точок, структурних порушень, патологічних зміщень) і клінічний скринінг із використанням специфічних клінічних тестів для первинної ідентифікації уражених структур.

Лабораторне обстеження передбачає загальноклінічну лабораторну оцінку, ревмопроби, аналіз функції щитоподібної залози, специфічних маркерів системних хвороб, мінерального обміну, генетичне тестування та ін., а інструментальне — різні види візуалізації, денситометрію, електронейроміографію тощо. Важливо також виконувати пункційні техніки (Garving et al., 2017; Широкова, 2012).

Доповідач підкреслив, що попереднє встановлення топічного діагнозу стає можливим

при проведенні первинного клінічного скринінгу вже на першому візиті до лікаря. Тому далі у своїй доповіді він зупинився на методиках діагностики найпоширеніших уражень навколосуглобових тканин, які супроводжуються симптоматикою болю в області плеча.

Було продемонстроване клінічне тестування м'язів ротаторної манжети, наведені діагностичні критерії ураження ключично-акроміального сполучення, «синдрому зіткнення» і «синдрому замороженого плеча», SLAP-синдромів та уражень периферичної нервової системи. Важливо зауважити, що запорукою ефективної терапії больової симптоматики у ділянці плеча є раннє встановлення топічного діагнозу та визначення етіопатогенетичних механізмів розвитку захворювання.

Оптимальна терапія

Основними принципами лікування болю в області плеча є:

- індивідуалізований підхід, який має ґрунтуватися на визначенні етіології та топіки уражених структур;
- залежно від встановленого діагнозу — забезпечення функціонального спокою верхньої кінцівки, або навпаки — раннє призначення кінезіотерапії та лікувальної фізкультури, постізометричної релаксації м'язів, лікувального масажу та ін.;
- використання у гострому періоді захворювання патогенетичної протизапальної та анальгетичної терапії, як-то анестетики, нестероїдні протизапальні препарати (НПЗП), глюкокортикостероїди, а також ад'ювантних фармакологічних засобів (міорелаксантів, антиконвульсантів).

- при певних нозологіях позитивні результати отримані від застосування плазмо-, рефлексо-, фізіо- та бальнеотерапії за відсутності значущого ступеня доказовості цих методів на тепер;
- хірургічне лікування при первинному грубому структурному пошкодженні періартикулярних тканин та неефективності консервативного лікування (за показанням).

Додавання міорелаксантів у схему лікування м'язово-скелетного болю є світовою практикою, оскільки вони допомагають розірвати патологічне коло «біль — м'язовий спазм — ішемія — біль». Представником цієї групи ад'ювантних засобів є тіоколікозид (Тійозид® компанії Nobel) — міорелаксант центральної дії з плейотропним анальгетичним ефектом, який є напівсинтетичним похідним колхіцину (природного протизапального глікозиду квіткового насіння *Superba gloriosa*). Препарат проявляє селективну афінність до рецепторів ГАМК і гліцину та забезпечує міорелаксуючий ефект переважно на супраспінальному рівні.

Ефективність тіоколікозиду підтверджено багаторічним європейським досвідом використання та накопиченими на даний час результатами досліджень, частину яких наведено у доповіді. Так, порівняння приймання 8 мг тіоколікозиду двічі на добу із 75 мг прегабаліну перед сном у 40 пацієнтів засвідчило однакову ефективність знеболення. Втім саме у групі тіоколікозиду, на відміну від прегабаліну, не спостерігалось побічного прояву у вигляді підвищеної сонливості (Shah et al., 2016).

У межах іншого дослідження із залученням 60 хворих тіоколікозид виявився дієвішим, ніж тізанідин за всіма критеріями порівняння та не викликав седації (Ketenci et al., 2005). У клінічному випробуванні

R. Lanfranchi et al. (2015) періартикулярне введення тіоколікозиду показало ефективність у лікуванні болю при різних нозологічних формах плечелопаткового періартрити.

Додавання тіоколікозиду до стандартних НПЗП при симптоматичному лікуванні м'язово-скелетного болю підвищує ефективність лікування та знеболення (Aksoy et al., 2002). Порівняння комбінації 8 мг тіоколікозиду + 800 мг/добу етодолаку із 300 мг толперизону + 800 мг етодолаку засвідчило суттєве зниження частоти виникнення сонливості та значно вищу ефективність у групі тіоколікозиду (Gorg et al., 2003).

Також, як відзначав С.Г. Сова, у гострому періоді м'язово-скелетного болю обов'язковим компонентом патогенетичної терапії є призначення препаратів із групи НПЗП, серед яких добре зарекомендував себе етодолак (Етол Форт® компанії Nobel). Він відноситься до помірно селективних інгібіторів циклооксигенази-2 (ЦОГ-2), у зв'язку з чим, окрім високого анальгетичного та протизапального потенціалу, характеризується сприятливим профілем кардіоваскулярної та гастроінтестинальної безпеки, що на прикладі наявних досліджень продемонстрував доповідач.

Встановлено, що етодолак діє у чотири рази швидше за диклофенак та знеболює вже через 30 хв. За даними Американської



С.Г. Сова

асоціації зі спондилоартриту (SAA), анальгетична дія 600 мг етодолаку еквівалентна 150 мг диклофенаку, 200 мг ацеклофенаку, 90 мг еторикоксибу та 15 мг мелоксикаму.

Висновки

Таким чином, біль у ділянці плеча є поліетіологічним симптомом, за яким ховається широкий спектр нозологій. Прищільна увага до нюансів клінічної картини, застосування специфічних клінічних тестів та допоміжних методів діагностики дозволяє вчасно встановити діагноз на ранніх стадіях розвитку хвороби. Сучасним стратегіям лікування гострої фази м'язово-скелетного болю відповідає комбінація центрального міорелаксанта зі знеболювальною активністю Тійозид® (тіоколікозид) у дозі 8 мг двічі на добу протягом семи днів постіль та помірно селективного інгібітора ЦОГ-2 із групи НПЗП Етол Форт® (етодолак) по 400 мг двічі на добу.

Підготувала **Маргарита Марчук**



Етол ФОРТ

Етодолак 400 мг; 14 та 28 таблеток

Для купірування гострого болю^{1,2}

Діє через 30 хвилин^{1,3}

1 таблетка 400 мг 1-2 рази на добу¹

Тійозид

Тіоколікозид 8 мг; 20 таблеток

Рух без спазму!¹

Міорелаксант центральної дії з протизапальним та знеболюючим ефектами^{1,2}

НОВИНКА

NOBEL

¹ Матеріал на основі даних з інформації для пацієнта в частині «Показання для застосування». Лікування больових контрактур м'язів при патології спинного мозку. Корота інструкція для медичного застосування препарату Етол Форт: 1 таблетка містить 400 мг етодолаку. Етодолак — НПЗП, має анальгетичні, протизапальні та жарознижувальні властивості. Етодолак має помірну селективність щодо ЦОГ-2. При застосуванні внутрішньо етодолак швидко і практично повністю абсорбується з шлунково-кишкового тракту. По 1 таблетці 4 рази на добу. Показання до застосування: больовий синдром різного походження, невіддалене та довготривале лікування остеоартриту, ревматоїдного артрити (подострого та хронічного курсів). Тобачки ді. Біль у кінцівках, запир. товща. Р. н. № 659/UA/3962/01/01 від 20.08.2020. Корота інструкція для медичного застосування препарату Тіозид: 1 таблетка містить тіоколікозиду 8 мг. Міорелаксант з центральним механізмом дії. Максимальна концентрація досягається протягом 30 хвилин. Показання: Симптоматичне лікування больових контрактур м'язів при патології спинного мозку. Побічні реакції: Агітаційний стан, запир. товща. Спосіб застосування та дози: Для дітей 12 років і старше: 1 раз на добу до 15 мг, до 7 років: по 7 мг. Р. н. № 659/UA/3962/01/01 від 27.12.2019. Література: 1. Інструкція для медичного застосування препарату Етол Форт. 2. Moayeri M, et al. Clinical Response to Etodolac in the Management of Pain. National Institute of Rheumatology, Montevideo. 3. Paul W. Baasart, Podiatry Med. Vol 97, № 2, Feb 1995. 4. Інструкція для медичного застосування препарату Тіозид. 5. Review of the toxicology, pharmacokinetics and pharmacodynamics of tiocolchicoside, a GABA_A receptor muscle relaxant with antinflammatory and analgesic action. J. M. Antognoni. Published 1987 Medscape. Повна інформація, в тому числі про можливі побічні ефекти, наведена в інструкції для медичного застосування препаратів Етол Форт та Тіозид. Інформація для фахівців медицини та фармацевтів, а також для поширення на семінарах і конференціях з медичної тематики. За додатковою інформацією звертайтеся в представництво компанії Нобель в Україні. 04210, Київ, просп. Петра Сагієвського, 51/5, тел.: (044) 5802084, www.nobel.com.ua