

ПОСТІНСУЛЬТНИЙ ГЛЕНОГУМЕРАЛЬНИЙ БІЛЬ

Т. М. Муратова, Д. М. Храмцов, С. А. Котов

*Одеський національний медичний університет;
м. Одеса, провул. Валіховський, 2; e-mail: clinika@ukr.net*

Метою дослідження була оцінка поширеності постінсультного гленогумерального болю й ефективності його діагностики та лікування в умовах Університетської клініки.

Показано, що біль в плечовому суглобі паретичної кінцівки реєструється у 28,3% пацієнтів під час перебування в стаціонарі та у 20,3% – впродовж перших тижнів після виписки. При контрольних відвідуваннях через 3 та через 6 місяців у 61,5% випадках був досягнутий задовільний клінічний ефект у вигляді зниження інтенсивності болю до $1,8 \pm 0,1$ балів, а у решти пацієнтів був досягнутий повний контроль над болем. Встановлено, що застосування профілактичних заходів дозволяє вдвічі зменшити число хворих з синдромом постінсультного гленогумерального болю.

Ключові слова: *гостре порушення мозкового кровообігу, постінсультний гленогумеральний біль, діагностика, лікування.*

Постінсультний гленогумеральний біль (ПГГБ) є найбільш частою формою постінсультного больового синдрому, її поширеність за даними різних авторів складає від 18 до 60% [1; 2; 4; 9; 11]. Цей стан не впливає на прогноз дожиття, але суттєво обмежує функціональні резерви для реабілітації [1; 2; 4; 12]. Пацієнти з болем відчують більший когнітивний та функціональний спад [2; 8; 13], стикаються із суттєвим зниженням якості життя [1; 2; 6], скаржаться на втому [2; 15], нерідко мають ознаки депресії [5].

Біль у плечовому суглобі паретичної кінцівки може виникати вже через 2-3 тижні після перших проявів інсульту [1; 2; 4; 16]. Основною причиною ПГГБ є вихід головки плечової кістки із западини суглоба під дією сили тяжіння за умов дисфункції м'язів паретичної кінцівки. Розвитку підввику сприяють неправильне позиціонування руки, недолік підтримки у вертикальному положенні, тракція за паретичну руку при переміщенні пацієнта [2; 14; 16].

Втім, у пацієнтів, які перенесли інсульт, біль у плечі може бути як проявом ортопедичної (капсуліт, сублюксація плечового суглоба, тендиніти, пошкодження ротаторної манжети, бурсити, «імпіджмент синдром»), так і власне неврологічної патології – у вигляді комплексного регіонарного больового синдрому, пошкодження плечового сплетіння,

проксимальних мононевропатій тощо [4; 14; 16]. Більшість публікацій свідчать про те, що у половині випадків причинами болю у плечі є адгезивний капсуліт (50%), рідше – розриви сухожиль м'язів обертаючої манжети, а також безпосередньо сублюксація плечової кістки. Можливе поєднання декількох механізмів альгогенезу.

Метою дослідження була оцінка поширеності постінсультного гленогуморального болю та ефективності його діагностики та лікування в умовах Університетської клініки.

Матеріали та методи

Дослідження виконане на базі інсультної служби неврологічного відділення Центру реконструктивної та відновної медицини (Університетська клініка) Одеського національного медичного університету (далі Університетська клініка) впродовж 2016–2018 рр. Обстежено 239 пацієнтів з ГПМК, у тому числі 217 – за ішемічним типом та 22 – за геморагічним. Обстеження та лікування здійснювалося відповідно до вимог наказу №602 від 03.08.2012 р. "Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги при ішемічному інсульті" [3].

Оцінка інтенсивності болю проводилася за допомогою 10-бальної візуально-аналогової шкали [10]. Із дослідження виключалися хворі з тяжким інсультом (NIHSS>15 балів) та порушеннями свідомості (ШКГ<15 балів) – всього 102 пацієнти, пацієнти з синдромом Герстмана (1 особа). Таким чином загальна вибірка для аналізу склала 138 хворих, серед яких переважали чоловіки (54,3%). У хворих із сенсорною афазією спілкування відбувалося за допомогою друкованих інструкцій та сигнальних карток [7].

Термін катамнестичного спостереження склав 6 місяців, контрольні візити проводилися на 3-му та 6-му місяці після маніфестації симптомів. Статистичну обробку проводили за допомогою програмного забезпечення Statistica 10.0 (Dell StatSoft Inc., США).

Результати дослідження

На момент надходження до стаціонару середній бал за шкалою NIHSS у хворих, включених у дослідження, склав $8,9 \pm 0,3$ балів. Середній термін перебування у стаціонарі склав $12,0 \pm 1,1$ діб. У 39 (28,3%) на етапі стаціонарного лікування реєструвалися прояви болю в плечовому суглобі. Цей стан був зареєстрований у 39 (28,3%) пацієнтів під час перебування в стаціонарі й у 28 (20,3%) – впродовж перших тижнів після виписки. В середньому біль з'являвся на 10–12 день перебування в стаціонарі ($10,9 \pm 0,2$ доба). Середній бал за NIHSS у цих пацієнтів склав $9,6 \pm 0,6$, тобто був статистично значно вищий, ніж у загальній вибірці. У хворих найчастіше зона інфаркту локалізувалася у правій гемісфері (23 з 39 або 59,0%). Середній індекс Бартел на момент виписки склав $1,5 \pm 0,2$ балів, біль за інтенсивністю оцінювався на рівні $6,4 \pm 0,3$ балів.

Ознаки набряку паретичної кінцівки були визначені у 19 (28,4%) хворих з ПГГБ.

Для лікування та реабілітації зазначеної групи хворих використовували тейпування, слінги, спеціальні ортези та засоби фізичної реабілітації. При контрольних відвідуваннях через 3 та через 6 місяців у 61,5% випадків був досягнутий задовільний клінічний ефект у вигляді зниження інтенсивності болю до $1,8 \pm 0,1$ балів, а у решти пацієнтів вдалося досягти повного контролю над болем.

В Університетській клініці широко застосовуються стратегії профілактики постінсультного болю в плечі, які включають наступні заходи: позиціонування кінцівки та захист плечового суглоба під час відпочинку, мобілізації, трансфери пацієнта; застосування слінгів та косинкових пов'язок, спеціальних ортезів, уникання надмірних за амплітудою рухів плеча, навчання пацієнта та його родичів прийомам профілактики ПБС. Є значний інтерес зміни у реєстрації випадків ПГГБ до та після моменту остаточного впровадження комплексу профілактичних заходів (рис. 1). В Університетській клініці з 2017 року працює фахівець із фізичної реабілітації, котрий у складі мультидисциплінарної програми визначає програму реабілітації. Його поява у штаті дозволила вдвічі скоротити число випадків ПГГБ, що реєструвалися під час перебування у стаціонарі та після виписки.

Основними медикаментозними засобами, які використовувалися нами для контролю болю, були прегабалін (до 300 мг на добу), габапентин (до 900 мг на добу), дулоксетин (до 60 мг на добу), кломіпрамін (до 37,5 мг на добу), а також нестероїдні протизапальні засоби. При вираженій спастичності призначали міорелаксанти (мідокалм, сірдалуд, тіоколікозид тощо). В окремих випадках призначали кортикостероїди, переважно при наявності лабораторно підтверджених ознак системної запальної реакції.

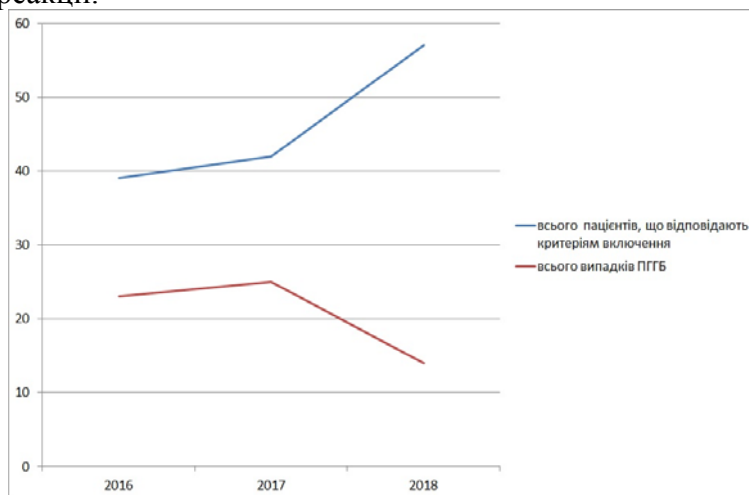


Рис. 1 Частота виявлення ПГГБ у хворих з ГПМК

При застосуванні комплексного лікування больового синдрому задовільний клінічний ефект досягався в усіх пацієнтів.

Ми вважаємо, що не лише вираження моторного дефіциту, але й невірне позиціонування ураженої кінцівки та плечового пояса, впливають на ймовірність розвитку ПГГБ. Оптимальне середньофізіологічне положення передбачає помірне згинання у плечовому суглобі, згинання у ліктьовому суглобі, помірна супінація кисті, розведення пальців. Під паретичну кінцівку підкладається подушка або м'який ортопедичний клін. Всі маніпуляції з позиціонування мають враховувати вимоги ергономіки тіла та повинні бути пристосовані до індивідуального комфорту. Використання слінгів поступається ефективності спеціальних ортезів, однак при вертикалізації вони дозволяють уникнути дислокації головки плечової кістки.

Запорукою ефективною профілактики ПГГБ на постгоспітальному етапі є навчання родичів хворого елементам фізіологічного позиціонування при здійсненні догляду за хворим.

Профілактика болю в плечовому суглобі включає проведення наступних заходів:

- дбайливе поводження з паретичною кінцівкою;
- коректне позиціонування пацієнта у ліжку з урахуванням біомеханіки плечового суглоба:
 - при положенні хворого на ураженому боці забезпечення виведення лопатки вперед;
 - при положенні хворого на здоровому боці – підтримка паретичної руки подушкою, ортопедичним кліном або підлікітником;
 - при положенні пацієнта на спині – підтримка плечового суглоба подушкою;
- уникнення тиску на паретичну руку при пересаджуванні й підйомі пацієнтів;
- ранній початок пасивної мобілізації паретичної кінцівки в межах фізіологічного обсягу рухів.

Стабільність плечового суглоба паретичної кінцівки зменшується, тому будь-які надмірні рухи при пасивній мобілізації або при спробах змінювати положення тіла хворого за рахунок тракції кінцівки [12] викликають повторні мікротравми плечового суглоба. Їх поява може викликати хронічний біль та ініціювати розвиток ненормальної сенсорно-симпатичної рефлекторної дуги, що призводить до сенсibiliзації нейронів у задньому розі спинного мозку. Таким чином, цей стан може змінювати механізми процесингу сенсорних стимулів аж до проявів ефекту суперсумації [2; 9].

Висновки:

1. Біль у плечовому суглобі паретичної кінцівки реєструється у 28,3% пацієнтів під час перебування в стаціонарі та у 20,3% – впродовж перших тижнів після виписки.

2. При контрольних відвідуваннях через 3 та через 6 місяців у 61,5% випадків був досягнутий задовільний клінічний ефект у вигляді зниження інтенсивності болю до $1,8 \pm 0,1$ балів, а у решти пацієнтів – повний контроль над болем.

3. Застосування профілактичних заходів дозволяє вдвічі зменшити число хворих з синдромом постінсультного гленогуморального болю.

Література

1. Аманова Э.О. Боль и повышение мышечного тонуса после инсульта как факторы снижения реабилитационного потенциала. Мультидисциплинарный подход к ведению пациентов / Э.О. Аманова, В.В. Ковальчук, Т. И. Миннуллин, Т. Н. Хайбуллин // Наука и здравоохранение. – 2016. – № 6. – С. 111–122.
2. Костенко Е.В. Постинсультные болевые синдромы: клинические аспекты, диагностические критерии, особенности терапии и реабилитационных мероприятий / Е.В. Костенко // Медицинский совет. – 2017. – № 17. – С. 63–71.
3. Наказ МОЗ України від 03.08.2012 № 602 "Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги при ішемічному інсульті http://old.moz.gov.ua/ua/portal/dn_20120803_602.html.
4. Ситнова М.А. Постинсультная боль в области плеча: патогенез, принципы лечения / М.А. Ситнова, О.Р. Есин Р.Г. Есин // Практическая медицина. – 2014. – № 2 (78). – С. 48–51.
5. Bair M.J., Robinson R.L., Katon W., Kroenke K.: Depression and pain comorbidity: a literature review. Arch Intern Med 2014; 163: 2433–2445.
6. Choi-Kwon S., Choi S.H., Suh M., Choi S., Cho K.H., Nah H.W., Song H., Kim J.S. Musculoskeletal and central pain at 1 year post-stroke: associated factors and impact on quality of life. Acta Neurol Scand. 2017 Apr; 135(4):419-425.
7. Darrigrand B., Dutheil S., Michelet V., Rereau S., Rousseaux M., Mazaux J.M. Communication impairment and activity limitation in stroke patients with severe aphasia. Disabil Rehabil. 2011;33(13-14):1169-78.
8. Delpont B., Blanc C., Osseby G.V., Hervieu-Bègue M., Giroud M., Béjot Y. Pain after stroke: A review. Rev Neurol (Paris). 2018 Dec;174(10):671-674.
9. Gombera M.M., Sekiya J.K. Rotator cuff tear and glenohumeral instability: a systematic review. Clin Orthop Relat Res. 2014 Aug; 472(8):2448-56.
10. Greenberg D.L. Evaluation and treatment of shoulder pain. Med Clin North Am. 2014 May; 98(3):487-504.
11. Harrison R.A., Field T.S. Post stroke pain: identification, assessment, and therapy. Cerebrovasc Dis. 2015; 39(3-4):190-201.

12. Luts V.V. Stroke and shoulder pain / V. V. Luts, M. M. Oros // Международный неврологический журнал. – 2014. – № 6 (68). – С. 47–51.
13. Moriarty O., McGuire B.E., Finn D.P.: The effect of pain on cognitive function: a review of clinical and preclinical research. Prog Neurobiol 2011; 93: 385–404.
14. Nadler M., Pauls M. Shoulder orthoses for the prevention and reduction of hemiplegic shoulder pain and subluxation: systematic review. Clin Rehabil. 2017 Apr; 31(4):444-453.
15. Treister A.K., Hatch M.N., Cramer S.C., Chang E.Y. Demystifying Post-stroke Pain: From Etiology to Treatment. PM R. 2017 Jan;9(1):63-75.
16. Yi Y., Lee K.J., Kim W., Oh B.M., Chung S.G. Biomechanical properties of the glenohumeral joint capsule in hemiplegic shoulder pain. Clin Biomech (Bristol, Avon). 2013 Oct; 28(8):873-8.

*Стаття надійшла до редакційної колегії 23.02.2019 р.
Рекомендовано до друку д.м.н., професором Матейком Г.Б.,
д.м.н., професором Кончею В.С. (м. Тернопіль)*

POST-INFLATED GLENOHUMERAL PAIN

T. M. Muratova, D. M. Khramtsov, S. A. Kotov

*Odesa National Medical University; Odesa, Valikhovsky lane, 2;
e-mail: clinika@ukr.net*

The aim of the study was to assess the prevalence of post-stroke glenohumeral pain and the effectiveness of its diagnosis and treatment in a university clinic. It was shown that pain in the shoulder joint of the paretic limb is recorded in 28.3% of inpatients and 20.3% during the first weeks after discharge. At controlled visits 3 and 6 months later, in 61.5% of cases, satisfactory clinical effects were achieved by reducing the intensity of pain to 1.8 ± 0.1 scores, and in the rest of the patients to achieve complete control of the pain. It was established that the use of preventive measures can reduce the number of patients with post-venous glomerular syndrome, moral pain.

Key words: *acute cerebrovascular accident, post-stroke glenohumeral pain, diagnosis, treatment.*