

4. Маркин С. П. Влияние нарушений сна на эффективность восстановительного лечения больных, перенесших инсульт // Рос. мед. журн. – 2008. – Т. 16, № 12. – С. 1677–1681.
5. Сажин А. Ф., Ансаров Х. Ш., Курушина О. В. Реабилитация пациентов с ишемическим инсультом – терапевтическая стратегия // Лекарственный вестник. – 2013. – № 1. – С. 49.
6. Шахпаронова Н. В., Кадыков А. С., Кашина Е. М. Реабилитация больных, перенесших инсульт. Восстановление двигательных, речевых, когнитивных функций // Трудный пациент. – 2012. – № 11.

ПОСТИНСУЛЬТНЫЕ АРТРОПАТИИ, КЛИНИКА, ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЯ

Х. Ш. Ансаров, О. В. Курушина, А. Е. Барулин, Е. А. Куракова, И. Е. Гордеева

Кафедра неврологии, нейрохирургии, с курсом медицинской генетики, курсом неврологии, мануальной терапии и рефлексотерапии ФУВ ВолГМУ

В литературе постинсультные трофические изменения суставов и окружающих их тканей описываются под различными терминами: «рефлекторная симпатическая дистрофия», «синдром плечо – кисть», «регионарный болевой синдром». Артропатия с неврологической точки зрения – это поражение суставов, обусловленное первичным поражением нервной системы. В неврологической практике врачи чаще всего сталкиваются с артропатиями, развившимися у пациентов после инсульта и у пациентов, страдающих сирингомиелией. Развитие артропатий может приводить к образованию контрактур, при которых объем активных и пассивных движений в суставе резко ограничивается из-за выраженного болевого синдрома, что препятствует восстановлению движений, замедляет скорость восстановления. Наиболее часто, у 20–40 % больных с постинсультными парезами, в первые 4–5 недель после инсульта возникают артропатии плечевого сустава («синдром болевого плеча»). В среднем у 15 % больных с постинсультными гемипарезами наблюдаются артропатии и в других суставах: в основном – пальцев рук и лучезапястных суставах, у части больных – локтевого сустава, у небольшого количества больных – артропатии распространяются на суставы паретичной ноги. Иногда артропатия

возникает в 2 суставах, как, например, при синдроме Стейнброекера. Развиваются такие артропатии в среднем в течение первых двух месяцев после инсульта.

У 60 % больных артропатии сочетаются с мышечными атрофиями паретичных конечностей которые развиваются в первые 2–3 месяца после инсульта и в дальнейшем, как правило, не прогрессируют.

Для постинсультных артропатий характерна припухлость в области суставов, деформации их, болезненность при движениях, они локализуются преимущественно в суставах пальцев паретичной руки, лучезапястном и плечевом суставах, реже наблюдаются постинсультные артропатии локтевых, коленных и голеностопных суставов. По данным некоторых исследователей, развитие постинсультных артропатий не связано ни с иммобилизацией пораженной конечности, ни с мышечной спастичностью, ни с выпадением чувствительности.

Наряду с изменениями суставов в виде заметной деформации суставных поверхностей, ограничением подвижности в них и болями при движении, отмечаются выраженные изменения окружающих мягких тканей, кожи и костей. Нередко появляются подушкообразные отеки на тыльной и ладонной стороне кисти (синдром «отечной кисти»),

частично переходящие на дистальный отдел предплечья.

Синдром «болевого плеча». Наиболее часто, у 20–40 % больных с постинсультными парезами, в первые 4–5 недель после инсульта возникает «синдром болевого плеча». В большинстве случаев развитие «синдрома болевого плеча» связано с выхождением головки плеча из суставной впадины из-за растяжения суставной сумки под действием силы тяжести паретичной руки. Ведущим механизмом болевого синдрома при этом в области плечевого сустава является перерастяжение капсулы, наступающее вследствие паралича мышц и ослабления корсетирующей функции плечевого сустава. По-видимому, может иметь значение и расстройство мышечно-суставного чувства и нарушение афферентного контроля, встречающиеся почти у трети больных, перенесших инсульт. Наибольшая болезненность возникает при ротации и отведении руки. На рентгеновских снимках и при клиническом исследовании в этих случаях удается обнаружить выхождение головки из суставной щели даже через несколько лет после инсульта.

Однако в некоторых случаях механизм развития иной и по своей клинической характеристике напоминает так называемый «плечелопаточный периартрит».

Плечелопаточный периартроз. Плечелопаточный периартроз у постинсультных больных чаще всего развивается постепенно, в течение нескольких недель или месяцев. Реже отмечается острое развитие боли (1–3 дня). Клинически плечелопаточный периартроз проявляется двумя ведущими синдромами: болью и контрактурами. Боль локализуется преимущественно в плечевом суставе, надплечье, плече, лопатке и шее, усиливается в ночное время и при изменении погоды, а также при движении в плечевом суставе, особенно при отведении руки или при ее закладывании за спину. Для плечелопаточного периартроза (артропатии) характерно также наличие болезненных зон. Вторая группа симптомов связана с contractu-

рами мышечно-связочного аппарата в области плечевого сустава. Это приводит к резкому ограничению отведения руки в сторону и вверх, вперед и вверх, при заведении руки за спину, за голову или при ротации. Маятникообразные движения в суставе в небольшом объеме всегда сохраняются. Клиника заболевания, в особенности болевого синдрома, свидетельствует о вовлечении в патологический процесс нервных вегетативных образований как на сегментарном, так и на регионарном уровне.

При периартрозе лучшие результаты достигаются с помощью комбинированной терапии, при этом важно воздействие на зоны фибропластических уплотнений и мышечных контрактур таких процедур, как: массаж, акупунктура, фармакопунктура, ультразвуковая терапия.

Синдром «плечо – кисть». Другой разновидностью постинсультных артропатий является синдром «плечо – кисть» (синдром рефлекторной симпатической дистрофии, невровазкулярная дистрофия верхней конечности, синдром Стейнброкера). Синдром «плечо – кисть» описан американским врачом О. Steinbrocker. Он характеризуется болью в мышцах и суставах верхней конечности, ограничением подвижности в плечевом суставе с последующим присоединением вегетативно-трофических нарушений в области кисти и лучезапястного сустава (диффузных болей в руке, диффузного отека кисти, вазомоторных изменений кожи кисти и пальцев), гиперестезией и повышенной температурой тела, иногда отечностью и цианозом кисти. При неблагоприятном течении заболевания постепенно могут развиваться контрактуры суставов, остеопороз костей, а также атрофические изменения мышц, кожи, подкожной клетчатки.

Заболевание обычно развивается постепенно. Вначале возникают боли в области надплечья, кисти и плечевого сустава. Боль, чаще всего имеет ноющий, ломящий характер, плохо купируется анальгетиками. В дальнейшем присоединяется болезненное

ограничение объема движений в плечевом суставе. Особенно болезненно отведение руки в сторону и ее внутренняя ротация. Развивается болезненная тугоподвижность плечевого сустава, затем поражение кисти (боль и отек). Возможен и обратный порядок развития. Иногда нарушения в области плечевого сустава и кисти развертываются самостоятельно. Больные испытывают жестокую боль в плече. Она сосредоточена в мышцах, надкостнице и других тканях и не поддается воздействию анальгетиков. Другим важным симптомом является контрактура мышц плечевого и лучезапястного суставов, а также кисти. В клинической картине заболевания наряду с мышечно-тоническими нарушениями на первый план выступают вегетативно-сосудистые расстройства.

Дистальные вегетативные нарушения представлены разнообразными сосудистыми и трофическими феноменами, такими, как гипергидроз, акроцианоз, пузырьки на коже, покраснение ладонной поверхности кисти, истончение кожи, трофические нарушения ногтей и волос, уплотнение подкожной жировой клетчатки, повышение температуры кожи, дистальный отек. Характерным является феномен плотного ограниченного отека кожи и подкожной клетчатки тыла кисти со сглаженностью контуров пальцев. Кожа той области блестящая и гладкая, плотно натянутая, сухая с мелким шелушением. Со временем присоединяются мышечные атрофии, флексорная контрактура пальцев, остеопороз кисти (атрофия Зудека). Мышечная атрофия кисти, вазомоторные нарушения в ней без рентгенологических признаков остеопороза формируют синдром Холдена. Присоединение к рефлекторной дистрофии Зудека феномена отека кисти характеризуется как синдром Оппенгеймера.

Учитывая вышеизложенное, различают три стадии процесса: боли (I), уплотнений (II) и атрофии (III).

Первая стадия (3–6 месяцев) – стадия боли. Для нее характерны боль в плече и кисти, напряжение мышц надплечья, ограниче-

ние подвижности в плечевом суставе, тугоподвижность кисти и пальцев. Возникает выраженный отек кисти, переходящий на нижнюю часть предплечья. Пассивное и активное сжатие пальцев кисти в кулак сопровождается болью. Отек кисти ярко выражен иногда переходит на нижнюю часть предплечья. Часто наблюдается акроцианоз.

Вторая стадия (3–6 месяцев) – стадия уплотнений. Боли и отек уменьшаются, но ткани кисти становятся плотными, возникают трофические расстройства. Наблюдается похолодание кисти и пальцев. На рентгенограммах кисти признаки остеопороза.

Третья стадия (от нескольких месяцев до нескольких лет) – стадия атрофии. Тугоподвижность плеча и пальцев (плечевого, лучезапястного и суставов пальцев кисти), переходят в необратимую контрактуру. Нарастают мышечные атрофии, остеопороз, понижение температуры кожи кисти. Дистрофические изменения затрагивают мышечный, костный и связочный аппарат. Развивается диффузный остеопороз костей кисти (костная дистрофия Зудека), элементы остеосклероза.

Лечение синдрома Стейнброекера преимущественно симптоматическое – анальгетики, нестероидные противовоспалительные препараты, глюкокортикоиды, антиконвульсанты, антигистаминные и противоотечные средства, иглорефлексотерапия, проводимые на фоне ЛФК. Для профилактики рекомендуется избегать полного обездвиживания после инфаркта миокарда, инсульта или травмы. Блокады передней лестничной мышцы и звездчатого узла новокаином в сочетании с ганглиоблокаторами (ганглерон, пентамин, бензогексоний), чередование фонофореза гидрокортизона с электрофорезом никотиновой кислоты, внутримышечное введение витаминов группы В, прозерина по определенной схеме.

Постинсультные артропатии других суставов руки. В среднем у 15 % больных с постинсультными гемипарезами наблюдаются артропатии и других суставов: в основном – пальцев руки и лучезапястного сустава,

у части больных локтевого сустава, у небольшого количества больных – артропатии распространяются на суставы паретичной ноги. Развиваются артропатии в среднем в течение первых двух месяцев после инсульта.

При артропатиях часто поражаются не только суставы, но и окружающие их кожа и ткани. Кожа истончена, сухая, блестящая, шелушится. Кожные складки в местах сгибов и над суставами сглажены. Подкожная клетчатка утолщена, иногда появляются подушкообразные отеки на тыльной и ладонной поверхности кисти – «синдром отечной кисти».

Развитие артропатии центрального генеза наступает в среднем через 1–3 месяца после инсульта, в то время как изменения в плечевом суставе, вследствие растяжения суставной сумки, возникает раньше.

Особенности реабилитации больных с постинсультными артропатиями.

В НИИ неврологии РАМН разработан комплекс мероприятий по уменьшению выраженности болевого синдрома и улучшению состояния трофики пораженных суставов при постинсультных артропатиях. В качестве противоболевого лечения используются методы обезболивающей элек-

троимпульсной терапии: средствами выбора являются: чрезкожная стимуляционная анальгезия, диадинамические и синусоидально-модулирующие токи, импульсная магнитотерапия. Для улучшения состояния трофики суставов и окружающих их тканей применяется теплотечение (парафино- или озокеритотерапия), вакуумный или турбулентный массаж, анаболические гормоны (ретаболил 1,0 мл внутримышечно 1 раз в 7–10 дней, курс 5–6 инъекций).

Лучшие результаты наблюдаются в тех случаях, когда лечение проводится в самом начале развития болевого синдрома, то есть когда появляется небольшая припухлость в области сустава, нерезкая болезненность при движениях (активных и пассивных) и при давлении.

Вместе с тем в неврологической практике часто наблюдаются так называемые «запущенные» случаи, когда на ранних этапах развития артропатий вышеуказанные методы не применялись, вследствие чего развились контрактуры и выраженный болевой синдром. Это обуславливает необходимость дальнейших исследований по реабилитации больных с постинсультными артропатиями.

ЛИТЕРАТУРА

1. Ансаров Х. Ш. Оценка существующих методов диагностики болевых синдромов у пациентов, перенесших ОНМК, применяемых в реальной практике // Российский журнал боли. – 2014. – Т. 42, № 1. – С. 100.
2. Ансаров Х. Ш., Курушина О. В., Барулин А. Е., Гордеева И. Е. Основные методы лечения постинсультных болевых синдромов // Лекарственный вестник. – 2016. – № 1. – С. 30–34.
3. Ансаров Х. Ш., Курушина О. В., Барулин А. Е., Куракова Е. А. Цефалгии в остром периоде инсульта // Российский журнал боли. – 2015. – № 1. – С. 84.
4. Барулин А. Е., Курушина О. В. Лечение постинсультной спастичности (шаг за шагом) // РМЖ. – 2014. – Т. 22, № 10. – С. 732–735.
5. Гордеева И. Е., Ансаров Х. Ш., Барулин А. Е. Дифференциальная диагностика основных форм цервикокраниалгий // Российский журнал боли. – 2015. – № 1 (44). – С. 120–121.
6. Кадыков А. С. Реабилитация после инсульта. – М.: Миклош, 2003. – С. 176.
7. Колоколова А. М., Колоколов О. В., Стародубова А. В. Лечение и профилактика дорсопатий и артропатий у больных, перенесших инсульт // РМЖ. – 2014. – № 10. – С. 739.
8. Курушина О. В., Барулин А. Е. Жизнь после инсульта: как быть и что делать? // Русский медицинский журнал. – 2013. – Т. 21, № 16. – С. 826–830.
9. Курушина О. В., Барулин А. Е., Ансаров Х. Ш. Боль в остром периоде инсульта // Российский журнал боли. – 2013. – № 1 (38). – С. 69.