

Для коментарів чи іншого зворотного зв'язку заповніть форму:
[форма зворотного зв'язку щодо цієї версії настанови](#)

Версія цього документу для друку: <http://guidelines.moz.gov.ua/documents/2918?id=ebm00405&format=pdf>

Настанови на засадах доказової медицини.
Створені DUODECIM Medical Publications, Ltd.

Настанова 00405. Розлади ротаційної манжети плечового суглоба

Автор: Martti Vastamäki
Редактор оригінального тексту: Jukka Pekka Jousimaa
Дата останнього оновлення: 2018-08-09

Основні положення

- Спокій, навчання пацієнта та нестероїдні протизапальні засоби — те, чого достатньо для лікування в більшості випадків уражень ротаційної манжети, що супроводжуються болем.
- Тривалі запальні процеси лікують за допомогою ін'єкцій глюкокортикоїдів.
- Слід виявляти розрив ротаційної манжети. Для досягнення гарного результату великі розриви слід оперувати впродовж кількох місяців після травми.

Епідеміологія

- Найбільш поширеною патологією, що вражає ділянку плечового суглобу, є синдром ротаційної манжети, в який входить тендиніт ротаційної манжети; в 90% випадків подразнюється надостна зв'язка (надостний тендиніт).
- Дана патологія особливо поширена в людей віком 40–50 років.
- Більшість проблем плечового суглобу в працездатному віці мають походження з ротаційної манжети.

- Синдром ротаційної манжети провокується напруженням. Для людей, які зазвичай не сильно навантажують плечові суглоби, навіть значні зусилля під час прибирання оселі можуть стати причиною тривалих проблем з плечовими суглобами.
- Дана патологія також може бути результатом повторюваного напруження.
- Причинами хронічних тендинітів в багатьох випадках є дегенерація та дисциркуляторні розлади сухожилля та його защемлення між акроміоном та дзьобо-акроміальною зв'язкою.
- У випадках, коли біль в плечі з'являється без попередньої травми в анамнезі, для оцінки патологічного стану важливим є вік пацієнта.
 - У людей молодше 30 років хронічні патології плеча часто виникають внаслідок надмірної слабкості (нестабільності) суглобу.
 - У людей середнього віку причиною синдрому ротаційної манжети є защемлення сухожилля під акроміоном (імпіджмент-синдром).
 - У людей старше 50–55 років біль найчастіше є результатом розриву ротаційної манжети.
- Щодо обстеження плечового суглобу див.

Настанова 00404 [Огляд плечового суглоба].

Вибір методу лікування

Таблиця Т1. Вибір лінії лікування сухожильних розладів плеча. Джерело: Finnish Current Care guideline The tendon disorders of the shoulder (Фінські рекомендації по поточному догляду за сухожильними розладами плеча), 2014.

	Неповний розрив сухожилля	Повний розрив сухожилля
Первинно консервативне лікування	Тендинопатія	Невеликий (< 1 см) повний розрив, якщо обсяг активних рухів не зменшений
	Неспецифічний субакроміальний біль	Розрив, асоційований з дегенерацією (у пацієнтів старшого віку)
	Частковий розрив	Зміни на звичайній рентгенограмі у вигляді артрозу значного ступеня
		На звичайній рентгенограмі простір між головкою плечової кістки та акроміоном значно зменшується
		На МРТ голівка розірваного сухожилля знаходиться на рівні або медіально по відношенню до гленоїдальної западини лопатки

	Неповний розрив сухожилля	Повний розрив сухожилля
		Значна жирова атрофія м'язу відірваного сухожилка на МРТ
Має бути показане хірургічне лікування		Повні розриви внаслідок нещасних випадків (якщо збережений повний обсяг активних рухів, очікується невеликий розрив)
		Призначення консервативного лікування не дає результатів при розривах, асоційованих з дегенерацією, особливо у людей працездатного віку.

Синдром ротаційної манжети та імпіджмент

- Синдром ротаційної манжети є найбільш поширеною патологією плеча у людей віком 35–50 років. Він спричиняє подразнення тканин плечового суглобу (переважно ротаційної манжети) та оточуючої синовіальної сумки.
- Тканини запалюються та набрякають, як наслідок — можливо вже і так стиснений суглоб стискається ще більше і, особливо при відведенні руки, між кістками та зв'язками залишається мало місця для м'яких тканин.
- Відведення руки стає утрудненим, турбує ниючий біль вночі, що змушує пацієнта прокидатися, особливо коли він/вона спить на ураженій кінцівці.
- Прояви синдрому ротаційної манжети можуть погіршуватись під час навантаження, і відсутність відповіді на будь-яку терапію замикає хибне коло.

Лікування [доказ 04796 | C] [доказ 05287 | B] [доказ 06506 | C]

- Первинне лікування складається із щадного режиму та нестероїдних протизапальних засобів.
- Кріотерапія зазвичай полегшує біль, в той час як фізичні вправи та теплова терапія чинять подразнювальну дію. Фізіотерапія часто посилює біль у плечі.
- У нетяжких випадках часто достатньо того, що пацієнт є проінформованим про причину патології. Важливо пояснити механізм за допомогою анатомічної моделі і показати, як відведення руки спричинює здавлення подразненого надостного сухожилля об край акроміона.

- Пацієнту рекомендують уникати рухів, що спричиняють біль, і розповідають, що такий стан зазвичай минає самостійно через декілька тижнів або місяців.
- Під час наступного візиту можна ввести під акроміон ін'єкцію з 1 мл глюкокортикоїду тривалої дії і 4 мл місцевого анестетика [доказ 04219] [В]. Ін'єкція може бути повторена 1–3 рази.
- Полегшення режиму праці, принаймні тимчасово, зменшує тривалість відпустки через хворобу.
- При хронічному перебігу патології також буде корисною лікувальна фізкультура [доказ 04279] [С] і розтяжка під наглядом фізіотерапевта. В лікування слід включити тренування плечово-лопаткового поясу.
- Якщо впродовж 6–12 місяців не отримано результату, в найбільш важких випадках слід розглянути хірургічне лікування.

Техніка ін'єкції при надостному тендиніті [доказ 07119] [В]

- Використовуючи тонку голку, бажано довжиною 6–8 см, введіть в субакроміальну сумку 1 мл глюкокортикоїду тривалої дії і 4 мл місцевого анестетику.
- Пропальпуйте задній латеральний край акроміона: необхідне для ін'єкції місце знаходиться на декілька сантиметрів допереду. Позначте місце ін'єкції, наприклад, натиснувши відкритим наконечником кулькової ручки, і добре промийте шкіру. Направте голку крізь ротаційну манжету тангенціально по відношенню до нижньої поверхні акроміона, в напрямку субакроміальної сумки. Кінець голки знаходиться в потрібному місці, тобто в сумці, якщо можливо спорожнити шприц без застосування значного тиску. Не намагайтеся зробити ін'єкцію внутрішньосуглобово, так як ця патологія не вражає суглобові тканини.
- Через декілька хвилин після ін'єкції пацієнт може відмітити, що відведення руки полегшилось. Скажіть пацієнту, що ефект від місцевого анестетику триває лише кілька годин, а ефект глюкокортикоїду, якщо такий буде, з'явиться лише через кілька днів.
- Якщо необхідно, ін'єкцію можна повторити через кілька тижнів.

Кальцифікуючий тендиніт

- Іноді синдром ротаційної манжети включає накопичення кальцію в сухожиллі, і така патологія називається кальцифікуючий тендиніт.

- Кальцій зазвичай накопичується в надостному сухожиллі як результат функціонування специфічних клітин. Як таке, подібне накопичення кальцію не є дегенеративним процесом. У фазі накопичення кальцій чітко і ясно видно на рентгенограмі. Через місяці або декілька років він стає м'якшим і виглядає як дифузне утворення на рентгенограмі, потім спонтанно резорбується.
- Симптоми кальцифікуючого тендиніту схожі на такі при імпіджменті. У фазі резорбції біль може бути значним.
- Якщо область кальцифікації велика, для лікування можна розглядати метод пункції товстою голкою та відсмоктування кальцинатів, проте він не є доведеним методом лікування. Також може допомогти місцева ін'єкція глюкокортикоїду.
- Кальцій проривається в суглоб чи синовіальну сумку раптово, виникає сильний біль, що називається "кальцинуючий артрит" або "бурсит" і триває протягом 2–3 днів.
 - Пацієнт тримає уражену руку щільно біля тулуба і потребує високих доз анальгетиків.
 - Під час нападу гострого болю в плечі при кальцифікуючому тендиніті найкраще допомагає кріотерапія з використанням пакету з льодом чи гелем. Найбільш ефективним лікуванням є субакроміальна ін'єкція глюкокортикоїду з місцевим анестетиком.

Акроміопластика [доказ 1b6014 B]

- Може бути показана при імпіджменті, якщо симптоми тривають більше 6 місяців, консервативна терапія неефективна і пацієнт не може працювати.
- Якщо можливість працювати зберігається, варто спостерігати за станом протягом року, так як ця патологія має тенденцію спонтанно оздоровлюватись.
- Під час акроміопластики в плечовому суглобі створюється більше місця за рахунок видалення кісткової та м'яких тканин.
- Зазвичай проводиться артроскопічно.
- Після процедури рука іммобілізується косинковим ("рука-до-тулуба") биндом на 1 тиждень.
- Вправи за типом маятника починають в перший день після операції, пасивне підймання руки вперед і вбік починають через 1–2 тижні, а активні вправи — через 2–3 тижні.

Розрив ротаційної манжети

- Повний розрив сухожилля може виникнути як наслідок дегенерації або може бути результатом раптової травми як у дегенеративному, так і в здоровому сухожиллі. Розрив внаслідок дегенерації або старіння може бути навіть абсолютно безсимптомним, принаймні на початковій стадії. Якщо розрив спричинений травмою, причиною зазвичай є падіння на плече або на витягнуту руку.
- У людей старше 45 років вивих плеча часто спричиняє розрив ротаційної манжети.
- Розрив майже постійно локалізується в ділянці надостного сухожилля і поширюється назад, до ділянки сухожилля підостного м'язу, і, рідше, вперед до підлопаткової ділянки, або в обох напрямках.

Симптоми

- Симптоми включають біль та зменшення об'єму рухів та сили верхньої кінцівки. Особливо ослаблюються відведення руки та її зовнішня ротація.
- Типовий травматичний розрив ротаційної манжети пацієнт описує як раптовий біль та іноді чутний тріск під час падіння, підйому важкого вантажу або прийняття удару в область плеча.
- Рухи плеча обмежуються, а підйом руки вище рівня плечового суглобу стає неможливим. Пацієнт може продовжувати працювати, проте через 24 години біль стає настільки інтенсивним, що пацієнт звертається по допомогу.
- Турбує ниючий біль вночі. Легкий рух в суглобі може полегшити біль.
- Біль може іррадіювати в зап'ястя або шию.

Діагностика

- Під час клінічного обстеження виявляють зменшення об'єму активних рухів у плечі. Часто пацієнти не можуть підняти руку вище рівня плечового суглобу, в той час як обсяг пасивних рухів зазвичай нормальний.
- Пацієнт уникає болю при піднятті руки за допомогою лопатки, таким чином уникаючи руху в плечовому суглобі, тобто при цьому уражається плечово-лопатковий пояс.

- Об'єм рухів у суглобі може бути нормальним, якщо розрив маленький.
- Сила відведення та зовнішньої ротації плеча оцінюється у порівнянні зі здоровою рукою; розрив завжди спричиняє слабкість.
- За підозри щодо обширного розриву перед операцією діагноз верифікується УЗД [доказ B] або за допомогою МРТ.

Лікування

- На початку — консервативна терапія, якої часто достатньо при малих розривах.
- Слід розпізнавати обширні розриви і направляти пацієнта на хірургічне лікування якомога раніше. Нормальна сила відведення плеча виключає обширний розрив.
- Найбільш важливі методи терапії для зменшення болю та набряку включають кріотерапію та фізичні вправи на плечово-лопатковий пояс.
- У випадку малих, болючих розривів, у лікуванні імпіджменту і, як наслідок, болю, може допомогти ін'єкція глюкокортикоїду.
- Якщо біль, зменшення об'єму рухів і слабкість досі спричиняють помітні обмеження після 1–2 місяців консервативної терапії, слід розглянути хірургічне втручання.
- Затримка операції більше ніж на 6 місяців призводить до погіршення результату.
- Відвідна (абдукційна) шина або відвідна підставка є корисною після операції з приводу обширного розриву.
- Пацієнту слід починати пасивну мобілізацію вдома через 2 тижні після операції, при цьому, як і раніше, носити шину.
- Мобілізація починається після 3–5 тижнів іммобілізації з підняття руки з підставки.
- Остаточний результат одержується через 6 місяців після операції.
- Наразі відновлення ротаційної манжети проводиться як ендоскопічна хірургічна процедура, а не відкритим методом.
- Лише в обмеженій кількості пацієнтів результатом хірургічного втручання був повністю здоровий, не болючий, не обмежений в рухах плечовий суглоб з відновленням нормальної сили. Результати оперативного лікування можуть також бути успішними і у пацієнтів літнього віку.

Критерії для оперативного втручання

- Пацієнти до 50 років
 - Конкретна травма, значне зменшення об'єму відведення до рівня плечового суглобу, явна слабкість: операція призначається настільки швидко, наскільки можливо, бажано протягом першого місяця
- Особи віком 50–60 років
 - На початку — фізіотерапія, анальгетики, ін'єкція глюкокортикоїдів, спокій (за необхідності, залежно від професії); якщо симптоми залишаються важкими через 2–3 місяці — операція
 - Конкретна травма, зменшення об'єму рухів та сили, біль, відсутність позитивної динаміки через 3–4 тижні: операція після спостереження протягом цього часу
- Особи старше 60 років
 - Зменшення сили та об'єму рухів, консервативна терапія неефективна після 2–3 місяців
 - Важкий біль, відсутність відповіді на консервативну терапію — операція через 6 місяців, навіть якщо обсяг рухів та сила є задовільними; причиною зазвичай є малий та легко відновлюваний розрив.
- Особи старше 70 років
 - Операція показана лише у випадку, якщо пацієнт активний, є конкретна травма і пацієнт не має важкої атрофії ості; або є тяжкий біль, що не полегшується при консервативній терапії, рухи та сила слабкі і немає важкої атрофії ості; також можливе застосування паліативної хірургії.

Пов'язані ресурси

- Кокранівські огляди [пов'язані 00264] Disorders of the rotator...
- Інші огляди доказових даних [пов'язані 00264] Disorders of the rotator...
- Література [пов'язані 00264] Disorders of the rotator...

Настанови

- [Настанова 00404](#). Огляд плечового суглоба.

Доказові огляди Duodecim

- [Доказовий огляд 04796](#). Acupuncture for shoulder pain .
Дата оновлення: 2005-09-10
Рівень доказовості: C
Резюме: There is insufficient evidence on acupuncture in shoulder pain. It may have little effect on pain in short term.
- [Доказовий огляд 05287](#). Extracorporeal shock wave therapy for tendonitis of the rotator cuff.
Дата оновлення: 2006-10-25
Рівень доказовості: B
Резюме: High-energy extracorporeal shock wave therapy (ESWT) focused on the calcific deposit appears to be effective in the treatment of calcific rotator cuff tendonitis whereas low-energy ESWT for patients with non-calcific RC tendonitis appears to be ineffective.
- [Доказовий огляд 06506](#). Topical glyceryl trinitrate for rotator cuff disease.
Дата оновлення: 2009-11-30
Рівень доказовості: C
Резюме: Topical glyceryl trinitrate may slightly improve pain among patients with acute symptoms of rotator cuff disease.
- [Доказовий огляд 04219](#). Subacromial corticosteroid injections for rotator cuff disease.
Дата оновлення: 2008-11-17
Рівень доказовості: B
Резюме: Subacromial corticosteroid injection for rotator cuff disease appears to provide some short-term improvement in pain and range of motion compared to placebo.
- [Доказовий огляд 04279](#). Physiotherapy interventions for shoulder pain.
Дата оновлення: 2003-10-02
Рівень доказовості: C
Резюме: Physiotherapy and mobilization may be effective for rotator cuff disease. Ultrasound may be effective only in adhesive capsulitis.
- [Доказовий огляд 07119](#). Image-guided versus blind glucocorticoid injection for shoulder pain.
Дата оновлення: 2013-02-19
Рівень доказовості: B
Резюме: There appears to be no advantage in terms of pain, function, shoulder range of motion or safety, of ultrasound-guided glucocorticoid injection for shoulder disorders over either landmark-guided or intramuscular injection.
- [Доказовий огляд 06014](#). Surgery for rotator cuff disease.
Дата оновлення: 2008-05-27
Рівень доказовості: B
Резюме: There appears to be no significant differences in outcome between open or arthroscopic subacromial decompression and active non-operative treatment for impingement. Also, there appears to be no significant differences in outcome between arthroscopic and open subacromial decompression although arthroscopic decompression may be associated with earlier recovery.

- [Доказовий огляд 05555](#). Ultrasonography for rotator cuff tears.

Дата оновлення: 2014-07-24

Рівень доказовості: B

Резюме: Ultrasound examination appears to be moderately accurate in detecting full-thickness rotator cuff tears, and it may be more cost-effective than MRI.

Авторські права на оригінальні тексти належать Duodecim Medical Publications, Ltd.

Авторські права на додані коментарі експертів належать МОЗ України.

Published by arrangement with Duodecim Medical Publications Ltd., an imprint of Duodecim Medical Publications Ltd., Kaivokatu 10A, 00100 Helsinki, Finland.

Ідентифікатор: ebm00405 Ключ сортування: 020.005 Тип: EBM Guidelines

Дата оновлення англomовного оригіналу: 2018-08-09

Автор(и): Martti Vastamäki Редактор(и): Jukka Pekka Jousimaa Лінгвіст(и)-консультант(и) англomовної версії: Kristian Lampe
Видавець: Duodecim Medical Publications Ltd Власник авторських прав: Duodecim Medical Publications Ltd

Навігаційні категорії

EBM Guidelines Physical medicine Surgery Orthopaedics

Ключові слова індексу

mesh: teres minor muscle mesh: Shoulder Joint mesh: calcified bursitis mesh: Shoulder Impingement Syndrome
mesh: Acromion mesh: supraspinatus muscle mesh: calcified arthritis mesh: subacromial bursitis mesh: acromioplasty
mesh: infraspinatus muscle mesh: Pain mesh: calcific shoulder tendinitis mesh: subscapular muscle mesh: Tendons
mesh: Shoulder mesh: rotator cuff rupture mesh: rotator cuff mesh: steroid-injections mesh: supraspinatus tendinitis
icpc-2: L92 speciality: Orthopaedics speciality: Physical medicine speciality: Surgery