

БОЛЬОВИЙ СИНДРОМ ТА ФУНКЦІОНАЛЬНІ РОЗЛАДИ ПЛЕЧОВОГО СУГЛОБА В ПРАКТИЦІ СІМЕЙНОГО ЛІКАРА

©Ю. О. Грубар¹, М. Ю. Грубар²

Тернопільський національний медичний університет імені І. Я. Горбачевського МОЗ України¹
КНП «Тернопільська обласна клінічна лікарня» ТОР²

РЕЗЮМЕ. Біль у плечовому суглобі є третьою із найпоширеніших причин звертань пацієнтів з патологією опорно-рухового апарату до первинної ланки медичної допомоги. Різноманітність форм патології викликає труднощі з клінічною діагностикою, показаннями до інструментальних методів обстеження, оцінкою отриманих результатів та вибором лікувальної тактики, особливо на первинній ланці медичної допомоги.

Мета – оцінити результати клінічного обстеження і діагностичних заходів, спрямованих на визначення патології періартикулярних тканин ділянки плечового суглоба, та розробити алгоритм послідовності дій лікаря загальної практики – сімейної медицини в діагностиці патології періартикулярних тканин плечового суглоба.

Матеріал і методи. В ортопедично-травматологічному відділенні КНП «Тернопільська обласна клінічна лікарня» ТОР за період з 2013 до 2021 р. проведено обстеження та лікування 362 пацієнтів із патологією періартикулярних тканин плечового суглоба.

Результати. Патологію ротаторної манжети плеча виявлено в 138 (38,12 %) пацієнтів, адгезивний капсуліт у 92 (25,42 %) хворих; у 74 (20,44 %) пацієнтів діагностовано кальцифікуючий тендиніт плеча, тендопатія сухожилка двоголового м'яза плеча була в 23 (6,36 %) пацієнтів. Інша патологія плечового суглоба виявлена у 35 (9,67 %) пацієнтів.

Висновки. Обстеження пацієнта з патологією періартикулярних тканин плечового суглоба повинно будуватися за наступним алгоритмом: ретельний збір анамнезу; детальне вивчення скарг пацієнта; аналіз причин больового синдрому; аналіз причин рухових розладів. Огляд таких пацієнтів необхідно проводити ретельно, він повинен бути порівняльним, з застосуванням специфічних провокаційних тестів.

КЛЮЧОВІ СЛОВА: плечовий суглоб; обертова манжета плеча; адгезивний капсуліт; ушкодження сухожилка довгої головки біцепса; діагностика; лікування; реабілітація.

Вступ. Історичний розвиток уявлення про патологію тканин ділянки плечового суглоба є цікавою сторінкою в історії медицини. У 1872 році Duplay S. запропонував термін «periarthritus humero-scapularis» з метою характеристики синдрому, який проявлявся скутістю рухів та хронічним болем у ділянці плечового суглоба, що виникав після травми, пов'язуючи даний патологічний стан з адгезією субакроміальної бурси [9]. В 1934 р. Codman E. запровадив термін «заморожене плече», описавши дане захворювання як таке, що «важко пояснити з точки зору патології, важко діагностувати та складно лікувати» [6]. У гістологічному дослідженні, опублікованому в 1945 році, Neviaser J. вперше дану патологію описав як «адгезивний капсуліт», вказавши на той факт, що в основі патології лежать запальні і фіброзні зміни капсули суглоба [18]. Ряд авторів для клінічної характеристики захворювань, що пов'язані з патологією тканини плечового суглоба, почали застосовувати такі терміни як «дисфункція плечового суглоба», «больові синдроми ділянки плеча», які не могли претендувати на застосування в якості нозологічних форм. У 1996 році Buchbinder R. зазначив, що спроби класифікації патології періартикулярних тканин плечового суглоба як «вавилонське змішання мов, що дає мало користі для тих, хто діагностує вказану патологію» [3].

Таким чином, під горезвісною назвою «плечо-лопатковий періартрит» травматологи, невропатологи, ревматологи, сімейні лікарі почали приховувати незнання причин болю та рухових розладів у плечовому суглобі, і наслідком стали численні діагностичні помилки, шаблонність у лікуванні та консерватизм щодо випадків, котрі, без сумніву, вимагають оперативного лікування [1].

За оцінками, поширеність болю в плечі становить від 16 % до 26 % серед працездатного населення [4]. Це третя за частотою причина звертань пацієнтів з патологією опорно-рухового апарату до первинної ланки медичної допомоги із поширеністю протягом життя до 70 % [13, 15, 16].

Не дивлячись на певну неузгодженість діагностичної термінології, відсутність загальноєвропейських критеріїв діагностичної ефективності та низьку специфічність багатьох тестів у патології м'яких тканин плечового суглоба, в міжнародній класифікації хворіб МКХ-10 (1993 рік) виділяють такі ураження плеча (M75): адгезивний капсуліт; ураження ротаторної манжети плеча; тендиніт двоголового м'яза плеча; кальцифікуючий тендиніт плечового суглоба; імпіджмент-синдром плеча; бурсит плеча та інші ураження плеча.

Така різноманітність форм патології очевидно викликає труднощі з клінічною діагностикою, показаннями до інструментальних методів діаг-

Огляди літератури, **оригінальні дослідження**, погляд на проблему, випадок з практики, короткі повідомлення
ностики, оцінкою отриманих результатів а отже й з вибором лікувальної тактики, особливо на первинній ланці медичної допомоги.

Мета – оцінити результати клінічного обстеження і діагностичних заходів, спрямованих на визначення патології періартикулярних тканин ділянки плечового суглоба. На основі отриманих даних розробити алгоритм дій лікаря загальної практики – сімейної медицини в діагностиці патології періартикулярних тканин плечового суглоба.

Матеріал і методи дослідження. В ортопедично-травматологічному відділенні КНП «Тернопільська обласна клінічна лікарня» ТОР за період з 2013 до 2021 р. проведено обстеження та лікування 362 пацієнтів із патологією періартикулярних тканин плечового суглоба. Патологію обертової манжети плеча діагностовано в 138 (38,12 %) пацієнтів, адгезивний капсуліт – у 92 (25,42 %) хворих; у 74 (20,44 %) пацієнтів виявлено кальцифікуючий тендиніт плеча, тендопатія сухожилка двоголового м'яза плеча діагностована в 23 (6,36 %) пацієнтів. Інша патологія плеча виявлена у 35 (9,67 %) осіб. Середній вік пацієнтів становив (46,6±1,6) років. Чоловіків було 215 (59,40 %), жінок – 147 (40,60 %). У 219 (60,82 %) осіб патологічний процес первинно виник у правому плечовому суглобі, у 109 (30,12 %) – в лівому плечі. У 34 (9,39 %) пацієнтів у процесі обстеження патологію виявлено в обох суглобах. Самостійно звернулося 212 (58,56 %) хворих. Скерування для консультативного заключення від сімейних лікарів отримали 78 (21,54 %) хворих, невропатологів – 21 (5,80 %) пацієнт, хірургів – 14 (3,88 %) осіб. Від інших спеціалістів – 37 (10,22 %) пацієнтів. Понад 65 % хворих дали незадовільну оцінку попередньо проведеної діагностиці та лікуванню. Провідними скаргами у вказаних категорій пацієнтів (95 % пацієнтів) були больовий синдром різної інтенсивності та порушення обсягу рухів у плечовому суглобі.

Результати й обговорення. Діагноз при патології періартикулярних тканин плеча має бути прагматичним і ґрунтуватися на клінічній оцінці, яка групує пацієнтів відповідно до найпоширеніших проявів патології. Занадто складний підхід до діагностики навряд чи покращить її якість та раннє лікування в первинній ланці медичної допомоги. Найпоширенішими причинами болю в плечі є патологія ротаторної манжети, адгезивний капсуліт, тендопатія сухожилка довгої головки двоголового м'яза плеча та кальцифікуючий тендиніт, причому класифікація цих розладів заснована насамперед на результатах аналізу анамнезу захворювання, скаргах пацієнта та використанні клінічних тестів.

Коротка клінічна характеристика окремих нозологічних форм патології плечового суглоба

Адгезивний капсуліт (заморожене плече) – клінічний діагноз, у якому анамнез та фізикальне обстеження мають вирішальне значення. Важливо підтвердити характерні ознаки стану, оцінити ступінь його тяжкості та виключити інші системні або місцеві причини патології за відсутності строгих діагностичних критеріїв. Це захворювання вражає 2 % загальної популяції [17]. Воно рідко трапляється у віці до 40 років, пік захворюваності припадає на вік 50–60 років. Жінок уражає частіше, ніж чоловіків [12]. Цукровий діабет – це захворювання, яке найчастіше асоціюється із замороженим плечем. Хворі на діабет мають 10–20 % ризику розвитку замороженого плеча протягом усього життя [20]. Для даної патології характерною ознакою є стадійність перебігу. На I стадії недуга проявляється різким болем у районі ураженого суглоба, причиною якого є виражений запальний процес у капсулі суглоба. Біль має наростаючий дифузний характер. Він турбує пацієнтів більше одного місяця, його інтенсивність зростає в нічний час, що заважає сну і є ключовою діагностичною ознакою. Тривалість цієї стадії звичай становить 2–3 місяці.

Під час II стадії запальний процес поступово слабшає, зате в результаті адгезії капсули виникає характерна скутість рухів у плечі. Пацієнт не може піднімати високо руку, причому найбільше страждає зовнішня ротація. Тривалість цієї стадії коливається від 4 до 12 місяців та залежить від обраного лікування. Якщо воно ефективне, то настає наступний етап. В III стадії відзначаються поступове відновлення обсягу рухів у суглобі, зменшення болю та відновлення працездатності. Тактика консервативного лікування адгезивного капсуліту залежить від стадії захворювання. Основу консервативного лікування хворих на адгезивний капсуліт складає терапія нестероїдними протизапальними засобами, м'язовими спазмолітиками центральної дії, використання внутрішньосуглобових дістензійних ін'єкцій в комплексі з системою активної дозованої реабілітації.

Пошкодження обертальної манжети плеча. У дорослих ушкодження обертальної манжети є найпоширенішою патологією сухожилкових структур плечового суглоба. За статистикою, від 6 % до 30 % дорослих у віці 40–60 років мають симптоми її ушкодження [7, 10]. Пошкодження обертальної манжети плеча характеризуються втратою анатомічної цілісності сухожилків надостного, підостного, малого круглого ротатора та підлопаткового м'язів [5]. Ці м'язи стабілізують головку плечової кістки та запобігають її зміщенню при рухах у плечолопатковому суглобі. Крім того, вони забезпечу-

Огляди літератури, **оригінальні дослідження**, погляд на проблему, випадок з практики, короткі повідомлення

ють обертальні рухи в плечі у всіх напрямках. Основним клінічним проявом пошкоджень обертової манжети плеча є відсутність або порушення активного відведення верхньої кінцівки зі стійким больовим синдромом у ділянці плечового суглоба. Відсутність рухів викликає виникнення привідної та ротаційної контрактури у плечовому суглобі. Для пошкодження обертової манжети плеча найдостовірнішою є триада симптомів. Це відсутність активного відведення верхньої кінцівки, симптом **Joub** і симптом **Leclerk**. Симптом **Joub** позитивний у 30,4 % пацієнтів. При виконанні тесту для виявлення цього симптому хворий відводить обидві кінцівки до горизонтального положення (при наявності привідної контрактури – до можливого кута відведення). У такому положенні дослідник натискає на верхню частину обох передпліч. Симптом вважається позитивним при різко вираженому болю в проекції кріплення обертальної манжети плеча, відсутності протидії прикладеному зусиллю дослідника, що свідчить про наявність її ураження. Симптом **Leclerk** (рис. 1) позитивний у 21,7 % пацієнтів. При спробі відвести плече пацієнт включає м'язи плечового пояса, піднімаючи надпліччя вгору.



Рис. 1. Симптом **Leclerk** при пошкодження обертальної манжети плеча.

Лікування ушкоджень обертової манжети передбачає як консервативну, так і оперативну тактику. Консервативне лікування зазвичай призначають при тендопатіях обертальної манжети плеча [21]. Воно включає *кріотерапію* для зменшення запалення та больового синдрому. Лід можна прикладати до верхньої та зовнішньої поверхонь плеча на 15–20 хвилин кожні чотири-шість годин. *Спокій* – зменшення навантаження в цілому знижує больовий синдром. *Зменшення запалення* – використання нестероїдних протизапальних препаратів (ібупрофен, вольтарен). Доза препарату, тривалість застосування обирається індивідуально. Лікувальна фізкультура є ефективним засобом в період відновлення, основним завданням якого є усунення дисбалансу між м'язовими гру-

пами, що виник у процесі захворювання [8]. При розривах обертової манжети показане оперативне втручання [19, 14]. Сьогодні більшість оперативних втручань при розриві обертової манжети плеча проводять під артроскопічним контролем.

Тендопатія біцепса. Первинний тендиніт сухожилка довгої головки біцепса становить близько 5 % випадків патології м'яких тканин плечового суглоба. Даний вид патології зазвичай діагностується у молодих спортсменів, які займаються бейсболом, волейболом, гімнастикою та плаванням [2, 11]. Пацієнти з тендинопатією біцепса зазвичай відчують біль у передній частині плеча, який посилюється вночі. Біль може посилюватися при підніманні руки, потягуванні або повторюваній тязі над головою. Симптоми тендинопатії зазвичай розвиваються повільно, хоча вони можуть початися раптово у випадку розриву сухожилка довгої головки біцепса. Він проявляється раптовим болем, тріском, появою набряку та гематоми по передній поверхні плечового суглоба. У частини пацієнтів з'являється специфічне здуття в середній третині плеча – так званий симптом Папая (рис. 2).



Рис. 2. Симптом Папая при розриві проксимальної частини сухожилка довгої головки біцепса.

Після розриву сухожилка біль у плечі зменшується, іноді повністю зникає. Розрив проксимальної частини сухожилка довгої головки біцепса викликає зниження м'язової сили на 25 % [23, 22]. В таких випадках пацієнтам працездатного віку рекомендується оперативне втручання – тенodes біцепса.

Отже, *діагностика патології періартикулярних тканин плечового суглоба повинна ґрунтуватися на таких принципах:* ретельний збір анамнезу; детальне вивчення скарг пацієнта; аналіз причин больового синдрому; аналіз причин рухових розладів (схема 1).



Схема 1. Принципи діагностики патології періартикулярних тканин плечового суглоба.

Під час збору анамнезу необхідно звертати увагу на таке.

- Початок, характеристику та функціональний вплив болю на плечовий суглоб; встановити функціональну домінуючість кінцівки; наявність болю у стані спокою чи під час рухів; наявність нічного болю; чи впливає біль на позу під час сну; чи є біль у шийному відділі хребта, грудній клітці чи протилежній кінцівці?

- Гостра травма в анамнезі, біль у плечі пов'язаний з його нестабільністю (травматичний або звичний вивих суглоба);

- Заняття спортом (спортсмен передових досягнень, спортсмен-любитель, аматор)?

- Чи мають місце дані про ураження інших суглобів?

- Звернути увагу на наявність симптомів системного захворювання (лихоманка, втрата ваги,

висипання, респіраторні симптоми)?

- Визначити наявність супутніх захворювань (цукровий діабет; інсульт; захворювання органів дихання, центральної або периферичної нервової системи; шлунково-кишкового тракту, нирок; ішемічної хвороби серця; псоріазу)?

- Уточнити досвід пацієнта щодо медикаментозного чи іншого методу лікування даної патології, встановити наявність побічних реакцій.

Аналіз скарг пацієнта дозволяє зробити попередній висновок про можливу локалізацію пошкодженої структури. Типовою скаргою при пошкодженні сухожилків, які формують обертову манжету плеча, є біль при виконанні певного виду рухів, який іррадіює по зовнішній поверхні плеча. Характер ураження тканин ділянки плечового суглоба можна встановити за клінічними ознаками (табл. 1).

Таблиця 1. Характер ураження тканин ділянки плечового суглоба за клінічними ознаками

Ознака	Артрит	Ураження обертової манжети плеча
Характер больового синдрому	Постійний, як у стані спокою, так і під час рухів	Виникає при певних рухах
Локалізація болю	Локалізація болю	Локальний, пацієнт вказує точку максимального болю
Активні та пасивні рухи	Обмеження обсягу як активних, так і пасивних рухів	Зменшення обсягу активних рухів при збереженні пасивних
Характер набряку	Визначається дифузний випіт у суглобі, може бути позитивним симптомом флюктуації»	Асиметрія в ділянці суглоба, зв'язок набряку з конкретною бурсою, сухожилковою піхвою

У процесі встановлення діагнозу необхідно враховувати чіткі діагностичні критерії (схема 2).

В процесі діагностики пацієнта необхідно ретельно оглянути: шию, пахвову западину та грудну стінку: провести оцінку діапазону рухів шийного відділу хребта; оглянути надпліччя, плечові суглоби на наявність набряків, атрофії та деформації (рис. 3).

Провести пальпацію груднино-ключичного, акроміально-ключичного та плечолопаткового суглобів на предмет болю, набряку, місцевого підняття температури та можливої крепітації. Порівняти силу, стабільність і діапазон рухів (актив-

них, пасивних, та рухів з опором) обох плечових суглобів.

1. Обсяг пасивних рухів оцінюють, попросивши пацієнта нахилитися вперед та розслабити м'язи рук. Дослідник без участі пацієнта визначає весь обсяг рухів.

2. Обмеження зовнішньої ротації досліджують при притиснутих до грудної клітки руках та зігнутих до кута 90° у ліктьових суглобах.

3. Обмеження внутрішньої ротації оцінюють попросивши пацієнта дістати остисті відростки хребта великими пальцями, як можна вище завівши руки за спину.

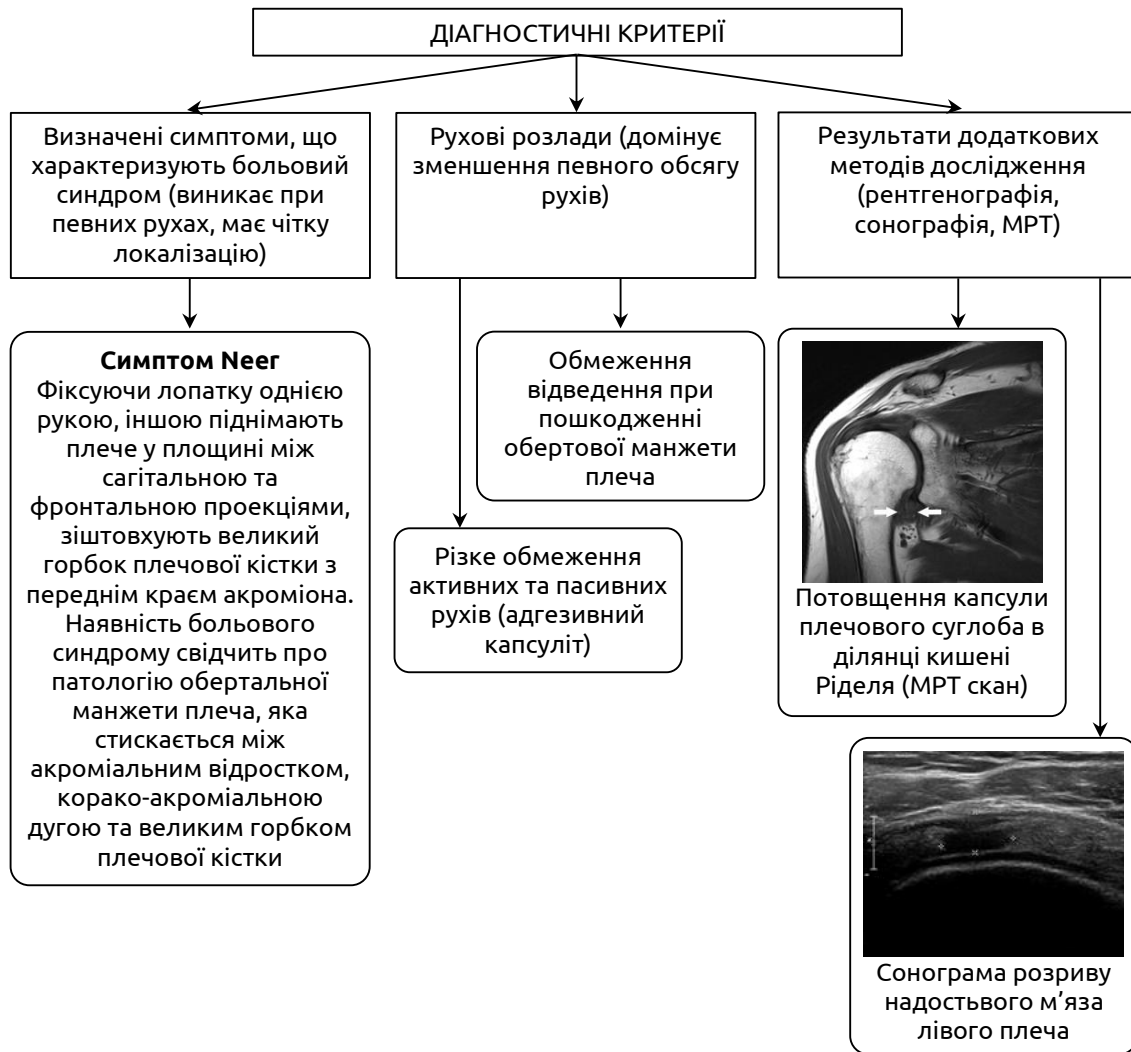


Схема 2. Діагностичні критерії для встановлення діагнозу при патології періартикулярних тканин плечового суглоба.



Рис. 3. Атрофія м'язів задньої поверхні лівого надпліччя при адгезивному капсуліті.

Провести ряд простих провокаційних тестів: **тест «болючої дуги»**. Проводиться оцінка болючих сегментів дуги, яку описує пацієнт хворою рукою під час активного її відведення до стикання рук над головою. Виділяють: а) *симптом середньої болючої дуги* (відведення від 70° до 120°), який є характерним для патології підакроміаль-

ного простору, у тому числі і обертальної манжети плеча; б) *симптом верхньої болючої дуги* (відведення понад 160°) характерний для патології акроміально-ключичного зчленування. Провести тест «*пасивного зовнішнього обертання*». Він призначений для оцінки цілісності надостьового та підостьового м'язів. Пацієнт сидить, лікоть пасивно згинається до 90 градусів, а плече утримується під кутом 20 градусів у площині лопатки в положенні майже максимального зовнішнього обертання. Якщо пацієнт може утримати це положення, це свідчить про негативний результат тесту. При позитивному тесті пацієнт не зможе втримати кінцівку в цьому положенні. **Тест Hawkins** (тест на патологію сухожилка довгої головки біцепса): пацієнт згинає лікоть до 90 градусів, а лікар піднімає плече пацієнта до 90 градусів і ставить передпліччя в нейтральне положення. Підтримуючи руку, плечова кістка повертається всередину. Тест позитивний, якщо наявний біль у

Огляди літератури, **оригінальні дослідження**, погляд на проблему, випадок з практики, короткі повідомлення біципітальній борозні. Корисним маневром для оцінки шийного відділу хребта є *тест Spurling's*. Шийний відділ хребта пацієнта вирівнюють, а голову повертають у бік ураженого плеча. Потім на хребет дають осьове навантаження. Поява болю

в плечі або руці пацієнта вказує на можливу компресію нервового корінця шийного відділу хребта і вимагає подальшої оцінки стану шийного відділу хребта. Провести детальний аналіз причин больового синдрому (схема 3).



Схема 3. Аналіз причин больового синдрому.

Висновки. Обмеження рухів у плечовому суглобі та больовий синдром є симптомами пов'язаних між собою ряду патологічних станів, етіологія яких складна і багатофакторна. Така різноманітність форм патології викликає труднощі з клінічною діагностикою, показаннями до інструментальних методів діагностики, оцінкою отриманих результатів а отже й з вибором лікувальної тактики, особливо на первинній ланці медичної допомоги.

Визначення стану пацієнта з патологією періартикулярних тканин плечового суглоба повинна

будуватися за наступним алгоритмом: ретельний збір анамнезу; детальне вивчення скарг пацієнта; аналіз причин больового синдрому; аналіз причин рухових розладів. Огляд таких пацієнтів повинен бути ретельним та порівняльним з застосуванням специфічних провокаційних тестів.

Перспективи подальших досліджень. Розробити та впровадити алгоритм діагностичних та лікувальних заходів для окремих патологічних станів плечового суглоба, що можуть траплятися в практиці сімейного лікаря.

ЛІТЕРАТУРА

1. Сергієнко Р. О. Діагностика та лікування адгезивного капсуліту плечового суглоба: дис. канд. мед. наук: 14.01.21 / Р. О. Сергієнко. – АМН України. Інститут травматології та ортопедії. – К., 2006. – С. 170.
2. Biceps Disorder Rehabilitation for the Athlete: A Continuum of Moderate-to High-Load Exercises / D. Borms, I. Ackerman, P. Smets, G. V. den Berge, A.M. Cools // Am. J. Sports Med. – 2017. – Vol. 45 (3). – P. 642–650.

3. Classification systems of soft tissue disorders of the neck and upper limb: do they satisfy methodological guidelines? / R. Buchbinder, V. Goel, C. Bombardier, S. Hogg-Johnson // J. Clin. Epidemiol. – 1996. – Vol. 49. – P. 141–149.

4. A prospective study of shoulder pain in primary care: Prevalence of imaged pathology and response to guided diagnostic blocks / A. Cadogan, M. Laslett,

- Огляди літератури, **оригінальні дослідження**, погляд на проблему, випадок з практики, короткі повідомлення
- W. A. Hing [et al.] // *BMC Musculoskeletal Disorders*. – 2011. – Vol. 12. – P. 119.
5. Codding J. L. Natural History of Degenerative Rotator Cuff Tears / J. L. Codding, J. D. Keener // *Curr. Rev. Musculoskelet Med.* – 2018. – Vol. 11 (1). – P. 77–85.
6. Codman E. A. The Shoulder: Rupture of the Supraspinatus Tendon and Other Lesions in or About the Subacromial Bursa / E. A. Codman // Thomas Todd Co. – 1934.
7. Dang A. Rotator Cuff Disease: Treatment Options and Considerations / A. Dang, M. Davies // *Sports Med. Arthrosc. Rev.* – 2018. – Vol. 26 (3). – P. 129–133.
8. Reliability of Common Provocative Tests for Shoulder Tendinitis / R. Doxey, M. S. Thiese, K. T. Hegmann // *J. Occup. Environ. Med.* – 2018. – Vol. 60 (12). – P. 1063–1066.
9. Duplay S. De la périarthrite scapulo-humérale et des raideurs de l'épaule qui en sont la conséquence / S. Duplay // *Arch. gén Méd.* – 1872. – Vol. 2. – P. 513–542.
10. Full-thickness rotator cuff tear prevalence and correlation with function and co-morbidities in patients sixty-five years and older / E. V. Fehringer, J. Sun, L. S. VanOeveren [et al.] // *J. Shoulder Elbow Surg.* – 2008. – Vol. 17 (6). – P. 881–885.
11. Management of Biceps Tendon Pathology: From the Glenoid to the Radial Tuberosity / R. M. Frankm, E. J. Cotter, E. J. Strauss [et al.] // *J. Am. Acad Orthop Surg.* – 2018. – Vol. 26 (4). – P. 77–89.
12. The pathology of frozen shoulder / G. C. Hand, N. A. Athanasou, T. Matthews [et al.] // *J. Bone Joint Surg [Br.]*. – 2007. – Vol. 89-B. – P. 928–933.
13. Shoulder pain prevalence by age and within occupational groups: a systematic review / C. J. Hodgetts, C. Leboeuf-Yde, A. Beynon [et al.] // *Arch. Physiother.* – 2021. – Vol. 11. – P. 24.
14. Full-thickness rotator cuff tears: what is the rate of tear progression? A systematic review / C. A. Kwong, Y. Ono, M. J. Carroll [et al.] // *Arthroscopy*. – 2019. – Vol. 35. – P. 228–234.
15. Prevalence and incidence of shoulder pain in the general population: a systematic review / J. J. Luime, B. W. Koes, I. J. M. Hendriksen [et al.] // *Scand. J. Rheumatol.* – 2004. – Vol. 33 (2). – P. 73–81.
16. Margham T. Musculoskeletal disorders: time for joint action in primary care / T. Margham // *J. Gen. Pract.* – 2011. – Vol. 61 (592). – P. 657–658.
17. The efficacy of physiotherapy interventions in the treatment of adhesive capsulitis: A systematic review / P. Nakandala, I. Nanayakkara, S. Wadugodapitiya [et al.] // *J. Back Musculoskelet Rehabil.* – 2021. – Vol. 34 (2). – P. 195–205.
18. Neviasser J. S. Adhesive capsulitis of the shoulder: a study of the pathological findings in peri-arthritis of the shoulder / J. S. Neviasser // *J. Bone Joint Surg.* – 1945. – Vol. 27. – P. 211–222.
19. Surgical treatment of rotator cuff tears after 65 years of age: a systematic review / B. M. Silva, A. Cartucho, M. Sarmento [et al.] // *Acta. Med. Port.* – 2017. – Vol. 30. – P. 320–329.
20. Prevalence of symptoms and signs of shoulder problems in people with diabetes mellitus / S. J. Thomas, C. McDougall, I. D. Brown [et al.] // *J. Shoulder Elbow Surg.* – 2007. – Vol. 16. – P. 748–751.
21. Management of Rotator Cuff Injuries in the Elite Athlete / L. J. Weiss, D. Wang, M. Hendel [et al.] // *Curr. Rev. Musculoskelet Med.* – 2018. – Vol. 11 (1). – P. 102–112.
22. Arthroscopic Surgical Techniques for the Management of Proximal Biceps Injuries / B. C. Werner, R. E. Holzgreffe, S. F. Brockmeier // *Clin. Sports Med.* – 2016. – Vol. 35 (1). – P. 113–118.
23. Wilk K. E. The Painful Long Head of the Biceps Brachii: Nonoperative Treatment Approaches / K. E. Wilk, T. R. Hooks // *Clin. Sports Med.* – 2016. – Vol. 35. – P. 75.

REFERENCES

1. Serhienko, R.O. (2006). *Diagnostyka ta likuvannya adhezyvnoho kapsulitu plechovoho suhloba: Dys. kand. med. nauk: 14.01.21 / AMN Ukrainy; Instytut travmatolohiyi ta ortopediyi [Diagnosis and treatment of adhesive capsulitis of the shoulder joint: Dis. Cand. honey. Sciences: 14.01.21 – Academy of Medical Sciences of Ukraine; Institute of Traumatology and Orthopedics]*. Kyiv [in Ukrainian].
2. Borms, D., Ackerman, I., Smets, P., Van den Berge, G., & Cools, A.M. (2017). Biceps Disorder Rehabilitation for the Athlete: A Continuum of Moderate-to High-Load Exercises. *Am. J. Sports Med.*, 45 (3), 642-650. DOI: 10.1177/0363546516674190.
3. Buchbinder, R., Goel, V., Bombardier, C., & Hogg-Johnson, S. (1996). Classification systems of soft tissue disorders of the neck and upper limb: do they satisfy methodological guidelines? *J. Clin. Epidemiol.*, 49, 141-149. DOI: 10.1016/0895-4356(95)00519-6.
4. Cadogan, A., Laslett, M., Hing, W.A., McNair, P.J., & Coates, M.H. (2011). A prospective study of shoulder pain in primary care: Prevalence of imaged pathology and response to guided diagnostic blocks. *BMC Musculoskeletal Disorders*, 12, 119. DOI: 10.1186/1471-2474-12-119.
5. Codding, J.L., & Keener, J.D. (2018). Natural History of Degenerative Rotator Cuff Tears. *Curr. Rev. Musculoskelet Med.*, 11 (1), 77-85. DOI: 10.1007/s12178-018-9461-8.
6. Codman, E.A. (1934). The Shoulder: Rupture of the Supraspinatus Tendon and Other Lesions in or About the Subacromial Bursa. *Thomas Todd Co.*
7. Dang, A., & Davies, M. (2018). Rotator Cuff Disease: Treatment Options and Considerations. *Sports Med. Arthrosc. Rev.*, 26 (3), 129-133. DOI: 10.1097/JSA.000000000000207.
8. Doxey, R., Thiese, M.S., & Hegmann, K.T. (2018). Reliability of Common Provocative Tests for Shoulder Tendinitis. *J. Occup. Environ. Med.*, 60 (12), 1063-1066. DOI: 10.1097/JOM.0000000000001430.
9. Duplay, S. (1872). De la périarthrite scapulo-humérale et des raideurs de l'épaule qui en sont la conséquence. *Arch. gén Méd.*, 2, 513-542.
10. Fehringer, E.V., Sun, J., VanOeveren, L.S., Keller, B.K., & Matsen 3rd, F.A. (2008). Full-thickness rotator cuff tear prevalence and correlation with function and co-morbidities in patients sixty-five years and older. *J. Shoulder Elbow. Surg.*, 17 (6), 881-885. DOI: 10.1016/j.jse.2008.05.039.

Огляди літератури, **оригінальні дослідження**, погляд на проблему, випадок з практики, короткі повідомлення

11. Frank, R.M., Cotter, E.J., Strauss, E.J., Jazrawi, L.M., & Romeo, A.A. (2018). Management of Biceps Tendon Pathology: From the Glenoid to the Radial Tuberosity. *J. Am. Acad. Orthop Surg.*, 26(4), 77-89. DOI: 10.5435/JAAOS-D-17-00085.
12. Hand, G.C., Athanasou, N.A., Matthews, T., & Carr, A.J. (2007). The pathology of frozen shoulder. *J. Bone Joint Surg. [Br.]*, 89-B, 928-933. DOI: 10.1302/0301-620X.89B7.19097.
13. Hodgetts, C.J., Leboeuf-Yde, C., Beynon, A., & Walker, B.F. (2021). Shoulder pain prevalence by age and within occupational groups: a systematic review. *Arch. Physiother.*, 11, 24. DOI: 10.1186/s40945-021-00119-w.
14. Kwong, C.A., Ono, Y., Carroll, M.J., Fruson, L.W., More, K.D., Thornton, G.M., & Lo, I.K.Y. (2019). Full-thickness rotator cuff tears: what is the rate of tear progression? A systematic review. *Arthroscopy*, 35, 228-234. DOI: 10.1016/j.arthro.2018.07.031.
15. Luime, J.J., Koes, B.W., Hendriksen, I.J.M., Burdorf, A., Verhagen, A.P., Miedema, H.S., & Verhaar, J.A.N. (2004). Prevalence and incidence of shoulder pain in the general population: a systematic review. *Scand. J. Rheumatol.*, 33(2), 73-81. DOI: 10.1080/03009740310004667.
16. Margham, T. (2011). Musculoskeletal disorders: time for joint action in primary care. *Br. J. Gen. Pract.*, 61(592), 657-658. DOI: 10.3399/bjgp11X601541.
17. Nakandala, P., Nanayakkara, I., Wadugodapitiya, S., & Gawarammana, I. (2021). The efficacy of physiotherapy interventions in the treatment of adhesive capsulitis: A systematic review. *J. Back Musculoskeletal Rehabil.*, 34(2), 195-205. DOI: 10.3233/BMR-200186.
18. Neviasser, J.S. (1945). Adhesive capsulitis of the shoulder: a study of the pathological findings in periartthritis of the shoulder. *J. Bone Joint Surg.*, 27, 211-222.
19. Silva, B.M., Cartucho, A., Sarmiento, M., & Moura, N. (2017). Surgical treatment of rotator cuff tears after 65 years of age: a systematic review. *Acta. Med. Port.*, 30, 320-329. DOI: 10.20344/amp.8307.
20. Thomas, S.J., McDougall, C., Brown, I.D., Jabeeroo, M.C., Stearns, A., Ashraf, R., ..., & Kelly, I.G. (2007). Prevalence of symptoms and signs of shoulder problems in people with diabetes mellitus. *J. Shoulder Elbow Surg.*, 16, 748-751. DOI: 10.1016/j.jse.2007.02.133.
21. Weiss, L.J., Wang, D., Hendel, M., Buzzerio, P., & Rodeo, S.A. (2018). Management of Rotator Cuff Injuries in the Elite Athlete. *Curr. Rev. Musculoskeletal Med.*, 11(1), 102-112. DOI: 10.1007/s12178-018-9464-5.
22. Werner, B.C., Holzgrefe, R.E., & Brockmeier, S.F. (2016). Arthroscopic Surgical Techniques for the Management of Proximal Biceps Injuries. *Clin. Sports Med.*, 35(1), 113-118. DOI: 10.1016/j.csm.2015.08.001.
23. Wilk, K.E., & Hooks, T.R. (2016). The Painful Long Head of the Biceps Brachii: Nonoperative Treatment Approaches. *Clin. Sports Med.*, 35, 75. DOI: 10.1016/j.csm.2015.08.012.

PAIN SYNDROME AND FICTIONAL DISORDERS OF THE SHOULDER JOINT IN THE PRACTICE OF A FAMILY DOCTOR

©Yu. O. Hrubar¹, M. Yu. Grubar²

I. Horbachevsky Ternopil National Medical University¹

Communal non-profit enterprise "Ternopil Regional Clinical Hospital" of Ternopil Regional Council²

SUMMARY. Shoulder pain is on the third place of the most common pathology cases which cause application to the primary care. The variety of forms of the pathology causes difficulties with clinical diagnosis, indications for instrumental methods of examination, interpretation of the results and the choice of treatment methods, especially in primary care.

The aim – to evaluate the results of clinical and diagnostic examinations that determining the soft tissue pathology of the shoulder joint. Objectives of the study – to develop an algorithm of actions of a general practitioner of family medicine in the diagnosis of pathology of periarticular tissues of the shoulder joint.

Material and Methods. In the orthopedic and traumatology department of the «Ternopil Regional Clinical Hospital» TOR for the period from 2013 to 2021 conducted examination and treatment of 362 patients with pathology of the periarticular tissues of the shoulder joint. Pathology of the rotator cuff of the shoulder was found in 138 (38.12 %) patients, adhesive capsulitis in 92 (25.42 %) patients; Calcifying shoulder tendinitis was found in 74 (20.44 %) patients, and biceps tendonitis in 23 (6.36 %) patients. Another pathology of the shoulder joint was found in 35 (9.67 %) patients.

Conclusions. Examination of the patient with pathology of the periarticular tissues of the shoulder joint should be based on the following algorithm: careful collection of anamnesis; detailed study of patient complaints; analysis of the causes of pain; analysis of the causes of motor disorders. Examination of such patients should be performed carefully, it is also should be comparable to the use of specific provocative tests.

KEY WORDS: shoulder joint; rotating shoulder cuff; adhesive capsulitis; long biceps tendon damage; diagnosis; treatment; rehabilitation.

Отримано 22.04.2022

Електронна адреса для листування: YuHrubar@gmail.com