

# **Ուսագոտու ախտահարման համախտանիշներ**

## **Բազկային վերստպաթիա**

Բազկային հյուսակը առաջանում է C5-Th1, որոշների մոտ C4-Th2 նյարդարմատներով: Վերանրակային փոսի շրջանում C5 և C6 նյարդարմատները ձևավորում են հյուսակի վերին առաջնային խուրձը, C7-ը միջին առաջնային խուրձը, C8 և Th1 նյարդարմատները ստորին առաջնային խուրձը: Խրձերից յուրաքանչյուրը բաժանվում է առաջնային և հետին ճյուղերի: Բոլոր երեք հետին ճյուղերը միավորվում են, ստորանրակային փոսի շրջանում կազմելով հետին երկրորդային խուրձը, որից առանձնանում են անուղթային և ճաճանչային ներվերը: Ստորին խրձի առաջային ճյուղը դառնում է միջային երկրորդային խուրձ և սկիզբ է տալիս ծղիկային ներվին և միջնական ներվի մի մասին: Վերին և միջային առաջնային խրձերը դառնում են կողմնային երկրորդային խուրձ, որից սկսվում են մաշկա-մկանային ներվը և միջնական ներվի մնացած մասը: Առաջնային խրձերը անցնում են առաջնային և միջին սանդղածև մկանների միջև վերանրակային փոս, որտեղ ձևավորում են երկրորդային խրձերը, որոնք էլ ստորանրակային զարկերակի հետ անցնում են անրակի և առաջին կողի միջով, կրծքավանդակի վերին բացվածքի միջով և անցնելով փոքր կրծքամկանի ջլի տակով մտնում են անուղթային փոս: Եթե հյուսակը վնասվում է անրակից վերև, ախտահարվում են առաջնային խրձերը, իսկ անրակից ներքև՝ երկրորդային խրձերը:

*Բազկային հյուսակի ամբողջական ախտահարումը* արտահայտվում է վերին վերջույթի և ուսագոտու մկանների թուլությունով, զգացողության բացակայությամբ, ռեֆլեքսների անհետացումով, վեգետատիվ խանգարումներով: *Հյուսակի վերին մասի ախտահարումը՝* C 5-C 6 նյարդարմատներ, վնասումը բերում է ձեռքի պրոքսիմալ մասի պարալիչի ( **Էրբ-Դյուշենի պարալիչ** ), որը բնութագրվում է բիցեպսի, դելտայածև մկանի, թիակային, ռոմբածև, բազկա- ճաճանչային մկանների թուլությամբ և ատրոֆիայով: Ուսը ախտահարման կողմում իջած է, ձեռքը պտտված է ներս և բացված է արմնկում, ձեռքի զատումը և արմնկային ծալումը խիստ դժվարացած է, այն ժամանակ, որ դաստակի շարժումները լրիվ ծավալով են: Իջած է

զգացողությունը բազկի դրսային մասում: Էրբ-Պյուշենի պարալիչի պատճառ շատ հաճախ լինում է ծննդաբերական տրավման, ներալգիկ ամիոտրոֆիան, նարկոզի ժամանակ, վերանրակային փոսում պոզիցիոն սեղմումը:

*Հյուսակի ստորին մասի ախտահարում C 8- Th 1 նյարդարմատներ , տուժվում են ձեռքի դիստալ հատվածները, (**Պեժերին-Կյուլմակեի պարալիչ**)* : Այս դեպքում նկատվում է դաստակի ատրոֆիկ պարեզ, զգացողության խանգարում բազկի և նախաբազկի ներսային մակերեսին, Հորների համախտանիշ: Պատճառը շատ հաճախ կարող է լինել ձեռքի ձգումը գատված վիճակում, օրինակ, ընկնելուց կամ վիրահատության ժամանակ անութային փոսում, թոքի գագաթի ուռուցքի ճնշման կամ ինֆիլտրացիայի հետևանքով՝ Պանկոստի համախտանիշ, հյուսակի սեղմումը պարանոցային ողով կամ շարակցահյուսվածքային ձգանով՝ կրծքավանդակի վերին բացվածքի համախտանիշ :

Դիագնոստիկ մեծ նշանակություն ունի կրծքավանդակի ուենտգեն հետազոտությունը, էրբ կարող ենք հայտնաբերել թոքի գագաթի ախտահարումները, առաջին կամ երկրորդ կողի գլխիկի ձևափոխվածությունը, <<պարանոցային կող>>՝ յոթերորդ պարանոցային կողի հիպերտրոֆիկ լայնական ելուն: Հյուսակի ախտահարման էՄԳ մարկեր կարող է ծառայել մկանների դեներվացիան առնվազն երկու ներվից կամ երկու պարանոցային նյարդարմատից:

### **Վնասվածքային բազկային պլեքսոպաթիա**

Կարող է առաջանալ հյուսակի վնասման, ձգման կամ ճնշման հետևանքով: Հյուսակի ճնշումը ավելի հաճախ հանդիպում է բազկի հողախախտերի ժամանակ, ավելի քիչ անրակի կամ առաջին կողի կոտրվածքների, կամ ոսկրային կոշտուկի առաջացման ժամանակ: Հյուսակը կարող է վնասվել վիրահատության ժամանակ (ստերնոտոմիա, թորակոտոմիա), նաև նարկոզի ժամանակ ձեռքի սխալ դիրքի հետևանքով, ենթաանրակային երակի կաթետերիզացիայի ժամանակ: Շատ հաճախ երեխաների մոտ հյուսակը վնասվում է ծննդաբերության ժամանակ

(ակուշերական պարալիչ): Վնասումից հետո հարկավոր է բուժել կոնսերվատիվ 4-6 ամիս, որից հետո ցուցված է վիրաբուժական միջամտություն:

**Ողնուղեղային նյարդարմատների պոկում (avulsio)** տրակցիոն-ձգումային վնասվածքների ժամանակ տեղի է ունենում նյարդարմատի պոկում ,որի ժամանակ անհրաժեշտ է անհապաղ վիրաբուժական միջամտություն:Կլինիկորեն ունենում ենք ինտենսիվ ցավի պարոքսիզմներ, Հորների համախտանիշ, միելոպաթիայի նշաններ, համակարգչային տոմոգրաֆիայի վրա կեղծ մենինգոցելե, պարավերտեբրալ մկաններում դեներվացիոն փոփոխություններ , առանց սենսոր փոփոխության էՆՄԳ-ում:

**С 5-6 նյարդարմատի համախտանիշ**, հիմնականում միջողնային դիսկի միջային, միջային-հետին ճողվածքների ճնշման հետևանք են: Հիվանդները ունենում են գլխի հարկադրական դիրք: Արտահայտվում է, թմրածությունով, պարեսթեզիաներով, ցավերով պարանոցում, գլխի շարժումների խիստ սահմանափակումով, ցավերը և պարեսթեզիան տարածվում են դեպի բուժ մատը, ճաճանչային ներվի ուղղությամբ ( С 6 ): Գլխի հետ թեքումը առաջացնում է սուր, ողնաշարի ուղղությամբ հոսանքանման ցավի:

**Կրծքավանդակի վերին ապերտուրայի համախտանիշ**

Առաջանում է ենթաանրակային անոթների և բազկային հյուսակի ճնշումից վերին ապերտուրայի, կրծքավանդակի բացվածքի մակարդակին,առաջին կողի և անրակի միջև: Համախտանիշը հաճախ առաջանում է բազկային հյուսակի ստորին մասի սեղմումից բնածին ֆիբրոզ ձգանով, վերջինս յոթերորդ պարանոցային ողի լայնական ելուններից անցնում է դեպի առաջին կողի առաջային սանդղածև մկանի թմբիկը: Հաճախ այս սինդրոմը առաջանում է երիտասարդ կամ միջին տարիքի կանանց մոտ: Ցավը տեղակայվում է ուսի շրջանում, կրծքավանդակում, պարանոցում, վերանրակային շրջանում: Հիվանդները հաճախ գանգատվում են այրող բնույթի ցավերից, նախաբազկի և դաստակի միջային մասի պարեստեզիաներից, այրող ցավերից, ինչը հիշեցնում է ծղիկային ներվի ախտահարման կլինիկան: Զննման ժամանակ հայտնաբերում ենք մկանային թուլություն և ատրոֆիա հիպոթենար , միջոսկրային մկաններում :

**Նեոպլաստիկ պլեքսոպաթիա** հաճախ առաջանում է թոքի կամ կրծքագեղձի ուռուցքների ժամանակ, հազվագյուտ - լիմֆոմայի, սարկոմայի, մելանոմայի: Հյուսակը ենթարկվում է ճնշման կամ կարցինոմատոզ ինֆիլտրացիայի: Արտահայտվում է ուժեղ ցավերով, ուսագոտու շրջանում, դեպի արմուկներ, ծղիկային ճառագայթումով:

**Ճառագայթային պլեքսոպաթիա** առաջանում է մի քանի ամսից- մի քանի տարի հետո, որպես ճառագայթման բարդություն: Առավել բնորոշ են անկման սիմպտոմները, ցավային ախտանիշը թույլ է արտահայտված:

**Իդիոպաթիկ բազկային պլեքսոպաթիա (նևրալգիկ ամիոտրոֆիա , Պերսոնեյջ- Թերների համախտանիշ)** առավել ախտահարում է վերին խուրձը , ենթադրաբար առևտոհմուն ծագման: Կարող է առաջանալ ինֆեկցիաներից հետո- ցիտոմեգալովիրուսային, էնտերովիրուսային, կամ վակցինացիայից հետո, դիֆտերիա, քուբեշ, փայտացում, ծննդաբերությունից հետո, վնասվածքից կամ վիրահատությունից հետո:

**Առաջային սանդղածև մկանի համախտանիշ**

Առաջային սանդղածև մկանները սկսվում են C 3-C 4 պարանոցային ողերի լայնական ելուններից և կայնում են առաջին կողին: Ներվավորվում են C 5-C 7 նյարդարմատներից, բազկային հյուսակի ստորին ցողունից: Կծկվելով գլուխը թեքում են իրենց կողմը, իսկ երկու կողմից գլուխը թեքում են առաջ: Ախտահարման ժամանակ հիվանդը նշում է դիֆուզ ցավեր, պարեսթեզիաներ, հատկապես գիշերային, ձեռքում, սկսվում են ուսից, ապա տարածվում են մինչև մատները, պարեսթեզիաները մնում են , նույնիսկ երբ ցավերը անցնում են: Խորը ներշնչի ժամանակ հիվանդը ծանրություն է զգում ուսագոտում և վերջույթում, այդ նույն ժամանակ կարող ենք ունենալ ճաճանչային զարկերակի վրա պոլլսի լեցունության թուլացում կամ անհետացում, հիվանդը ձեռքը բարձրացրած չի կարող աշխատացնել:

Ռենտգեն նկարի վրա հաճախ ունենում ենք լրացուցիչ կող, անրակի դեֆորմոցիա, ողնաշարի պարանոցա-կրծքային հատվածի սկոլիոզ: Կատարում ենք տեստ- իջեցնում է ուսը և ձեռքը պտտում, ճաճանչային զարկերակի վրա պոլլսը անհետանում է, : Ուսը հետ և ներքև առաջանում է ձեռքի ակրոցիանոզ և թմրածություն:

## **Միջին սանդղածև մկանի համախտանիշ կամ ցերվիկո-սկապուլալգիա կամ նևրալգիկ ամիոտրոֆիա**

Միջին սանդղածև մկանը սկսվում է C 2- C 7 ողերից և ամրանում է առաջին կողին, ներվավորվում է C 2-C 7-ից:

Կլինիկայում ունենք ցավեր թիակում և վերանրակային շրջանում ,մի քանի օրից ցավերը անցնում են, առաջանում է ամիոտրոֆիա նույն տարածքում -ատրոֆիաներ առաջային ատամնածև մկանում, թիակը դառնում է թևանման:

**Ուսա-թիակային պերիարթրոիտը** կլինիկական համախտանիշ է, բնորոշ ուսային ցավերով և շարժումների սահմանափակումով, կարկամածուլթյամբ, որոնք բացատրվում են բորբոքային և դեգեներատիվ փոփոխություններով երկրորդ ուսային հողի ջլերում և ջլաբուկոցում, այն ժամանակ, երբ հիմնական հողի ռենտգեն հետազոտությունը նորմայից շեղումներ չի հայտնաբերում: Համախտանիշի պաթոգենեզում մեծ տեղ է տրվում երկրորդ ուսային հողի կառուցվածքային միավորների` վերփշային, ստորփշային մկանների ջլերի, փոքր կլոր մկանի և ենթաթիակային մկանի, երկգլուխ մկանի ջլերի, ինչպես նաև ենթաակրոմեալ,դելտայածև, երկգլուխ մկանների ջլափակեղների մեջ առաջացած նեկրոզի օջախներին, որի հետևանքով առաջանում են լրիվ կամ մասնակի պատռվածքներ, ինչպես նաև կալցիֆիկացիաներ: Սրանք մաշվածության պրոցեսներ են, արտահայտվում են 40 տարեկանից հետո, սակայն գտնվում են լատենտ շրջանում և որոշակի բացասական ազդող ֆակտորների առկայությամբ ` վնասվածք, ցուրտ, գերծանրաբեռնվածություն, ստրես, գումարվում է բորբոքումը և առաջանում է կլինիկական արտահայտությունը` ուսի ցավային համախտանիշ:

Երբեմն առաջանում է սուր ցավային ուս ` բորբոքումը տարածվում է դեպի առաջին հող և առաջանում է ֆիբրոզ, որի ժամանակ ունենում ենք ուսի բլոկ: Լինում է առանձին ջլերի պատռվածքներ, հատկապես պտտող մկանների ծածկի, առաջանում է ուսի կեղծ պարալիչ:

Ուսա-թիակային պերիարթրոիտը հանդիպում է նաև այլ հիվանդությունների ժամանակ` Պարկինսոնի հիվանդության, հեմիպլեգիաների, հեմիպարեզների, գանգուղեղային վնասվածքների, սրտամկանի ինֆարկտի, գագաթային տուբերկուլյոզի ժամանակ,

ռեֆլեկտոր ճանապարհով նաև ներկրծքավանդակային վիրահատություններից հետո ( թորակոտոմիա, թորակոպլաստիկա):

Պետք է ընդգծել սիմպատիկ պերտուրբացիայի կարևորությունը:

Կլինիկորեն տարբերում ենք 4 ձև

1. Ուսա- թիակային հասարակ ցավային համախտանիշ
2. Ուսա- թիակային սուր համախտանիշ
3. Ուսի բլոկի համախտանիշ
4. Ուսային կեղծ կաթվածի համախտանիշ

**Ուսա- թիակային հասարակ ցավային համախտանիշ** կամ անվանում են նաև

Հասարակ ցավային չանկիլոզացնող պերիարթրիտ

Հետևանք է 2 ընդհանուր ջլերի, հատկապես վերփշային մկանի և բիցեպսի ջլերի դեգեներատիվ, երբեմն կալցիֆիկացված ախտահարման:

Հիվանդը գանգատվում է ուսային շրջանի չափավոր ցավից, հատկապես որոշակի շարժումների ժամանակ ( հագնվելիս, սանրվելիս, սափրվելիս) կամ ծանրություններ բարձացնելիս: Ցավերը անհանգստացնում են հիվանդին հատկապես գիշերը, որոշակի դիրքում: Օբեկտիվ որոշում ենք ակտիվ և պասսիվ շարժումների ծավալը,զատում, ներքին և արտաքին պտույտ, տեղայնացնում ենք ցավային զոնաները, կետերը: Բոլոր շարժումները հնարավոր են, չնայած մի փոքր սահմանափակ են ցավի պատճառով:

Տեստային հրահանգներ` 1.-ծեռքը զատել, 2.- արմնկային հողում 90 աստիճանով ծավալած ձեռքը մոտեցնել ծոծրակին, 3.-գոտկատեղին: Հիվանդը հրահանգները կատարում է մինչև 45 աստիճան, ապա կանգ է առնում ցավի պատճառով,որից հետո կարողանում է շարունակել շարժումը մյուս ձեռքի օգնությամբ: Կոչվում է զսպանակի նշան, խոսում է վերփշային մկանի ջլի վնասման մասին, որը այտուցվելով, ուռչում-բարձրանում է և դժվարանում է անցումը միջակրոմեալ-տուբերոզիտար դեֆիլեով:

Պալպացիան.-ուներում ենք ցավային կետեր, կախված ախտահարման անատոմիական օբյեկտից:

Առաջա-արտաքին գոնայրում սուբակրոմեալ ցավոտ կետը, կլինիկայում ունենում ենք զսպանակի նշանը ձեռքի գատման ժամանակ:

Մեծ բազկային թմբիկի մոտ վերփշային մկանի ամրացման տեղում:

Ուսի առաջային մասում երկգլուխ մկանի ջլին համապատասխան, ցավը ուժեղանում է կախված ձեռքի արագացված դեպի ներս պտույտից, ցավոտ է նաև գատումը:

Պրոգնոզը մի քանի շաբաթից ցավը ինքնուրույն կամ բուժումից հետո անցնում է կամ անցնում է հաջորդ համախտանիշին:

**Ուսա- թիակային սուր ցավային համախտանիշ** կամ սուր ուսա- թիակային պերիարթրիտ

Դեբյուտը՝ սուր, ուժեղ ցավեր և վերին վերջույթի թուլություն: Ախտաբանական անատոմիան՝ ենթակրոմեալ-դելտայածև ջլաբունոցի սուր տենդինիտ կամ բուրսիտ: Կլինիկորեն շատ ուժեղ, անտանելի ցավեր, որոնք սրանում են գիշերը, հիվանդին խանգարում են քնել, ուսի ցանկացած շարժումը խիստ ցավոտ է: Երբեմն ցավը ճառագայթում է դեպի ծոծրակը կամ վերանրակային փոսը, իսկ ավելի հաճախ ճաճանչային ներվի ուղղությամբ: Օբյեկտիվորեն հայտնաբերվում է ուսի շրջանում ջերմաստիճանի բարձրացում, թեթև այտուց, ուսահոդի առաջա-արտաքին շրջանում ուռածություն: Ակտիվ բոլոր շարժումները անհնար են ուժեղ ցավի և կոնտրակտուրայի պատճառով: Պասսիվ շարժումները՝ աննշան, նմանվելով հոդի լրիվ բլոկի: Ամենացավոտ շարժումը աբդուկցիան է, որը սահմանափակվում է մինչև 45 աստիճան, տվյալ դեպքում անկյունը առաջանում է ավելի շատ թիակի, քան հոդի շարժումով: Ձեռքի գատումը առավել դժվարացած է համակցված ռետրոպուլսիայի և արտաքին կամ ներքին պտտման հետ հիվանդը՝ չի կարողանում ձեռքը ծոծրակին կամ գոտկատեղին տանել: Ընթացքը ռեցիդիվող է:

### **Ուսահոդի բլոկի համախտանիշ**

Հանդիպում է բավական հաճախ, սկսվում է չափավոր ցավերով ուսահոդում, գիշերային սրացումներով, այս շրջանում կարող է դիագնոզվել որպես պարզ ուս-թիակային ցավային համախտանիշ, սակայն հիվանդության զարգացման ընթացքում դանդաղ, բայց

պրոգրեսիվ շարժումները սահմանափակվում են, ցավը աստիճանաբար վերանում է, առաջանում է շարժումների լրիվ կամ մասնակի կորուստ: Հիվանդը մեծ դժվարություններ է ունենում ընթացիկ, ամենօրյա գործնեություն մեջ (սանրվել, հագնվել), ինչպես նաև որոշ մասնագիտական գործնեությունում: Ախտաբանական կառուցվածքում ունենում ենք ռետրակտիլ կապսուլիտ, գլենո-ուսային հոդի կապսուլայի բորբոքում, որը հետագայում անցնում է ֆիբրոզի: Օբեկտիվ հայտնաբերվում է ակտիվ և պասսիվ բոլոր շարժումների զգալի, խիստ սահմանափակում, հետաքար այստեղ հարցը չի գնում ցավային սահմանափակման, այլ կապսուլայի օրգանական ախտահարման, հատկապես աբդուկցիայի և արտաքին պտտման խիստ սահմանափակման՝ ոչ թե մկանային կոնտրակտուրա, այլ ֆիբրոզ արգելք:

Ընթացքը երկարատև է, առանց բուժման՝ ամիսներ, տարիներ , կայուն մնացորդային երևույթներով, ընդհուպ հաշմանդամության առաջացումով:

Ինչքան շուտ սկսվի բուժումը, այնքան պրոգնոզը բարենպաստ է:

**Պսևդոպարալիտիկ ուսահոդ** առաջանում է սպոնտան, կամ պտտական մկանների ջլերի մասսայական տրավմատիկ պատռումից : Կլինիկորեն ունենում ենք ձեռքի շարժումների բացակայություն, ձեռքի բարձրացումը ակտիվ անհնար է, իսկ պասսիվը ինչ-որ փոքր չափով պահպանված է: Սա շարժման սահմանափակման ֆունկցիոնալ ձևն է և կարող է շարունակվել նույնիսկ այն ժամանակ, երբ ցավը- սկզբում ինտենսիվ, հետո աստիճանաբար թուլանում է՝ անհետանում: Սա շարժումների սահմանափակման ոչ թե ցավային, այլ ֆունկցիոնալ ձևն է, պտտող մկանների ջլերի լուրջ վնասվածքների, պատռման հետևանք: Ռենտգեն հետազոտությունը քիչ ինֆորմատիվ է, պետք է դիֆերենցել սեպտիկ արթրիտից—մարմնի ջերմաստիճանի բարձրացում, արյան ընդհանուր պատկերի փոփոխություն, պարանոցա-ուսային ներալգիաներից: