Авторы Кель А.А, Кель Н.В. с 1992 по 2013 г. наблюдали более 200 пациентов с атипичным течением ПП на фоне усталостных деформаций позвоночника отмечали что хроническая усталость, сопровождающаяся политональным истощением в эмоциональной сфере на второй стадии СИБ приводит к снижению функционирования грудных симпатические ганглиев.

В результате снижается позможность отладного и своевременного усиления гемодинамики в активно работающих двигательных сегментах, что приводит к разрастающемуся дискомфорту в них с развитием болевого синдрома и вторичным органичениям активных движениях. Одной из наиболее чувствительных зон при поражении верхнегрудных симпатических ганглиев является постуральный мышечный аппарат плечевого пояса. Механика плечевого сустава предусматривает перманентный динамический контроль со стороны мышц вращательной манжеты для постоянного удерживания центрации головки плечевой кости по отношению к суставной поверхности лопатки. Снижение функциональных возможностей этих мышц при необходимости их функциональности в условиях добавочного кровотока приводит к защитному изменению тонуса всей манжеты только для удержания сустава от травмирующего смещения. Это состояние клинически проявляется как одно из форм ПП. НПВС, совместно или без стероидных и миолитических препаратов Мидокалм, Сирдалуд здесь необоснованны и мало эффективны. Правильной интерпретации помогает проба Боголепова: при усиленном ритмичном сжатии кулака длительно сохраняется мраморная бледность и синюшность кисти. Авторы делают вывод, с которым мы в РДА не можем согласиться, о том, что описываемая клиническая ситуация требует специализированного пособия и оценки возможности эффективности использования медикаментозных средств. Нам видится что значимая часть из 200 описанных пациентов имела соматизированную депрессию, которая не лечилась психиатром своевременно, что приводило к фармакорезистентности при лечении ПП и верхней грудной формы СИБ. Лечили от другого диагноза поэтому и получили невосприимчивость к препаратам.