

Консервативная ревмоортопедия: ревматоидный артрит, анкилозирующий спондилит, остеоартроз, болезни мягких тканей (часть II)*

В.П. Павлов

НИИ ревматологии РАМН, Москва

Во II части статьи завершён раздел, посвящённый консервативным мероприятиям при ревматоидном артрите, и изложены принципы консервативной ревмоортопедии при анкилозирующем спондилите, остеоартрозе и болезнях мягких тканей.

Ключевые слова: консервативная ревмоортопедия, ревматоидный артрит, анкилозирующий спондилит, остеоартроз, болезни мягких тканей.

Контакты: Вадим Петрович Павлов rafon1@yandex.ru

CONSERVATIVE ORTHOPEDIC TREATMENT OF RHEUMATIC DISEASES: RHEUMATOID ARTHRITIS, ANKYLOSING SPONDYLITIS, OSTEOARTHROSIS, SOFT TISSUE DISEASES (PART II)*

V.P. Pavlov

Research Institute of Rheumatology, Russian Academy of Medical Sciences, Moscow

Part II of the paper completes the section on medical measures for rheumatoid arthritis and outlines the principles of conservative orthopedic treatment of rheumatic diseases: ankylosing spondylitis, osteoarthrosis, and soft tissue diseases.

Key words: conservative orthopedic treatment of rheumatic diseases, rheumatoid arthritis, ankylosing spondylitis, osteoarthrosis, soft tissue diseases.

Локтевой сустав

Довольно частое вовлечение локтевого сустава в патологический процесс при ревматоидном артрите (РА) имеет некоторые особенности. В результате перманентно текущего воспалительного процесса и болей в области локтевых суставов в коре головного мозга возникает доминанта защитной реакции, выражающаяся в формировании сгибательной контрактуры, а в последующем — в развитии тугоподвижности и даже анкилозировании суставов.

Значительное место в профилактике и лечении деформаций локтевого сустава отводится проведению локальной глюкокортикоидной терапии с последующим назначением лечебно-физкультурного комплекса (ЛФК) для ликвидации нестойкой в начальной стадии артрита сгибательной контрактуры локтевого сустава. В течение 1 года допустимы внутрисуставные инъекции глюкокортикоидов (ГК), не более 2—3 на курс лечения. Если артрит локтевого сустава плохо поддается консервативной терапии, следует рекомендовать хирургическое вмешательство — раннюю синовэктомию или в поздних стадиях артрита — дебридемент с резекцией головки лучевой кости.

При невозможности проведения хирургического вмешательства у больного прогрессирующим артритом локтевого сустава следует ориентировать его на формирование функционально выгодной позиции руки — нейтральное положение между внутренней и наружной ротацией. Минимальные движения в пределах 20—30° по дуге при нейтральном положении локтевого сустава более выгодны для жизненных потребностей пациента, чем тугоподвижность этого сустава в разгибательной позиции. Мы наблюдали больных РА с разгибательной контрактурой и тугоподвижностью локтевого сустава в пределах 10° по дуге. Такая деформация причиняла пациенту серьезные затруднения при приеме пищи, одевании и снятии одежды, езде в общественном транспорте. У больных были значительные трудности, связанные с личным туалетом.

С другой стороны, нами наблюдались пациенты с РА с двусторонними анкилозами локтевых суставов в выгодных позициях, т.е. под углом в 90°. Эти больные в целом были приспособлены к жизни и мало зависели от окружающих, а некоторые адаптировались к таким деформациям и благодаря удовлетворительной функции смежных суставов верхней конечности отказывались от хирургического лечения.

* Начало опубликовано в №1 за 2009 г.

Кисть и кистевой сустав

В общих чертах кисть и кистевой сустав являются сложным многофункциональным органом со своеобразием анатомического строения, обеспечивающим стабильность его структур за счет сбалансированного капсульно-связочного и сухожильно-мышечного аппарата. Причиной нарушения стабильности и развития различных форм деформаций может служить разрушение связок, суставных капсул, сухожилий и отдельных костей запястного отдела кисти. Например, разрушение треугольной связки служит причиной подвывиха кисти в дистальном лучелоктевом сочленении, разрушение ладьевидной кости в результате ревматоидного процесса влечет за собой искривление всей кисти, ее девиацию в ультарную сторону.

Данные примеры относятся к запущенным деформациям ревматоидной кисти и кистевого сустава, когда восстановительные консервативные мероприятия неэффективны. Материал, на основе которого будут рассматриваться вопросы консервативного лечения ревматоидной кисти и лучезапястного сустава, включает более ранние степени деформаций указанной локализации. Профилактические и лечебные мероприятия проводились на фоне антиревматической медикаментозной терапии, стандарты которой были приняты в НИИ ревматологии.

В задачу консервативной ревмоортопедии ревматоидной кисти входит коррекция деформации с помощью иммобилизации. Длительная и непрерывная иммобилизация для достижения этой цели у пациентов с ревматоидными кистями неприемлема. На примерах лечения с помощью постоянной гипсовой иммобилизации переломов кистей или руптур сухожилий можно убедиться, что даже у здоровых до травмы людей отмечаются значительные трудности при разработке фиксационной тугоподвижности пальцев кисти после снятия гипсовой повязки через 3—6 нед.

Длительная фиксация у ревматологических больных может вызвать фиброзное и даже костное анкилозирование пораженных суставов пальцев кистей. Для восстановительного лечения у больных с ревматоидными кистями используется принцип длительной прерывистой иммобилизации. Время собственно иммобилизации зависит от индивидуальной переносимости этой процедуры и, по нашим наблюдениям, не превышает 8—10 ч/сут.

Фундаментом, на основе которого разрабатывается индивидуальный комплекс консервативного лечения ревматоидной кисти, является адекватная антиревматическая медикаментозная терапия с локальной терапией ГК. В случаях торпидного течения заболевания и отсутствия должного влияния антиревматической терапии на общий, а также локальный воспалительный процесс развивается стойкий спазм внутренних мышц кистей с последующим их дисбалансом, лежащим в основе фиксированной деформации. Быстро наступающие деструктивные явления разрушают нежные структуры суставов кисти, в частности суставные капсулы, связки, сухожилия, нарушая их стабильность и позиционирование. Все это в совокупности приводит к необратимой, стойкой деформации. Пассивная коррекция может вывести кисть в нормальную позицию, но после прекращения

иммобилизации больной не удерживает кисть в нужной позиции из-за нарушенных анатомических взаимоотношений ее локомоторного аппарата. В связи с этим консервативная ревмоортопедия ревматоидной кисти эффективна лишь на ранних стадиях при условии относительной сохранности артикулярных структур и стихающем на фоне адекватной медикаментозной терапии ревматоидном процессе.

Наиболее результативным, по нашим данным, является консервативное лечение ультарной девиации кисти и лучезапястного сустава в I стадии деформации. Приводим классификацию ультарной девиации кисти и кистевого сустава по А. Зейфриду:

I стадия — пациент может активно корректировать кисть и кистевой сустав в физиологически нейтральной позиции;

II стадия — произвольная установка кисти и кистевого сустава в нейтральное положение невозможна, но пациент удерживает кисть в позиции, установленной врачом или им самим;

III стадия — пациент не удерживает кисть и кистевой сустав в нейтральной позиции, установленной самостоятельно или врачом;

IV стадия — выведение кисти и кистевого сустава в нейтральное положение невозможно.

Курсовое лечение ультарной девиации кисти и кистевого сустава может продолжаться до 2—3 лет. Сохранение хороших результатов консервативного лечения возможно при выполнении следующего лечебного комплекса.

ЛФК. Целью назначения лечебных физических упражнений как составной части лечебного комплекса консервативной ревмоортопедии является торможение быстро развивающейся амиотрофии кисти, а также уменьшение стойкого и длительного спазма червеобразных и межостных мышц. Все виды многократно повторяемых движений на сгибание и разгибание, сведение и разведение пальцев, отведения I пальца направлены как раз на лечение развивающихся и стойких деформаций ревматоидной кисти, а также на преодоление утренней скованности.

С целью профилактики или торможения ультаризации кисти и кистевого сустава пациенту рекомендуется методом самоконтроля выработать стереотип правильного положения кисти. Для этого больному разъясняют сущность патологии ультаризации, обучают приемам правильного положения кисти во время отдыха или выполнения некоторых бытовых действий. Например, больной сидит и контролирует положение кистей на коленях или на столе: они должны быть расположены на наружно-боковых поверхностях — «ребрах». То же положение кистей должно быть, если больной сидит за столом и держит на нем руки. Стереотип правильного положения кистей будет выработан в том случае, если у пациента в коре головного мозга закрепится доминанта опасности возможной деформации кисти при прогрессировании воспалительного процесса, но он сам может активно препятствовать развитию ультаризации кисти и лучезапястного сустава. Выработка и закрепление такого стереотипа происходят при длительном и постоянном самоконтроле пациента.

Л Е К Ц И Я

Трудотерапия — это назначение и выполнение определенных видов труда, прежде всего домашнего, в зависимости от вида деформаций ревматоидной кисти. В частности, при развитии сгибательной деформации пальцев кисти пациенту может быть рекомендована работа, связанная с разглаживанием ладонями чего-либо на столе (конвертов, листов бумаги). Письмо с помощью утолщенных карандаша, ручки как один из видов трудотерапии может препятствовать переразгибанию дистального межфалангового сустава II пальца кисти, а также тормозить развитие деформации типа «бутоньерки» того же пальца. Улучшение функции объемного и тонкого хватов кисти достигается при работе с посудой или предметами соответствующего размера. Особенно хорошо укрепляет ослабленные и атрофированные мышцы кисти лепка из пластилина.

Для профилактики определенных деформаций кисти необходимо помнить, что некоторые трудовые процессы могут формировать или усиливать начинающиеся деформации. Например, вязание крючком способствует ульнарзации кистей, как и чтение книги, которую пациент удерживает за боковые части. При этом необходимо следить за установками кистей пациента и при необходимости подобрать другие виды труда.

Средства и методики консервативной ревмоортопедии ревматоидной кисти — шинирование, аппаратную технику для активно-пассивных движений пальцев кистей, съемные гипсовые лонгеты, ортезы разного вида — необходимо назначать совместно с ортезистом.

Поздние (запущенные) стадии деформаций ревматоидной кисти лечат с помощью приведенных выше принципов и методов. Цель — приостановить прогрессирование существующих деформаций.

В заключение отметим, что адаптационные свойства кистей даже при наличии выраженной степени деформации настолько существенны, что больным доступны многие виды трудовой и особенно бытовой деятельности.

Развитие остаточной трудовой потенции, адаптация к бытовым условиям, использование приспособлений облегчающих, например, резку хлеба, мяса ножом, открывание двери ключом и др., также входят в задачи консервативной ревмоортопедии кисти.

В стационарах и поликлиниках для обучения больных с данной патологией необходима установка тренажерных стендов с бытовыми предметами, приспособлениями, устройствами, что позволит лучше адаптировать пациентов к повседневной жизни.

Анкилозирующий спондилит

Профилактика и лечение анкилозирующего спондилита (АС) включают три этапа: поликлиника — стационар — курорт. Благодаря своей эффективности эта система реабилитации может быть использована в качестве стандарта и в настоящее время, особенно на ранних стадиях заболевания. Именно ранняя диагностика, осуществляемая на поликлиническом, а при необходимости и на стационарном этапе, является основой успешных профилактических и лечебных мероприятий.

В нашей практике использование 3-этапной реабилитации позволяло больным долгие годы сохранять работоспособность. Тем не менее, профилактика и лечение типичных деформаций суставов и позвоночника остаются одной из трудных медико-социальных проблем.

Консервативное лечение ранних стадий шейного гиперлордоза и грудного гиперкифоза с помощью перидурального обезболивания с последующей этапной редрессацией пока не получило широкого распространения. Мы наблюдали всего 2 больных с выраженными деформациями шейно-грудного отдела позвоночника по типу «поза просителя». Они могли прямо смотреть только сидя в кресле. Этим больным проводили перидуральные инъекции анестетика на уровне $S_{II}-S_{IV}$ с постоянной суточной катетеризацией и периодическими (до 4—6 раз) вливаниями в перидуральное пространство 2 мл маркаина с попыткой мягкой этапной редрессации. Особого результата достигнуто не было. По всей вероятности, у пациентов была поздняя стадия АС. Необходимо устанавливать показания к этой методике в более ранней стадии.

В НИИ ревматологии отмечен лишь 1 случай успешного лечения сгибательно-приводящей контрактуры нижних конечностей при наличии ранней стадии коксита у молодой больной АС. Редрессацию проводили под общим обезболиванием. Сгибательно-приводящая контрактура нижних конечностей была полностью устранена. Больная свободно ходит в течение года. Необходимы дальнейшие наблюдения для оценки продолжительности эффекта.

В последние годы достигнуты успехи в профилактике и лечении типичных поражений опорно-двигательного аппарата при АС с помощью биологической терапии [1, 2], которая в сочетании с кинезитерапией позволяет предотвратить фиксированные деформации позвоночника и снизить потребность в их ортопедической коррекции [3].

Остеоартроз

В основе современного подхода к профилактике и лечению суставных поражений при остеоартрозе (ОА) лежит принцип единства биомеханической системы позвоночник — нижние конечности, состоящей из 24 суставов позвоночного столба и 22 — нижних конечностей. Например, при коксартрозе в патологический процесс неизбежно вовлекаются суставы поясничного отдела позвоночника, а болевой синдром иррадирует в область коленного сустава, что может являться причиной диагностической ошибки, особенно в раннем периоде заболевания.

Характерна взаимосвязь коленного сустава и сочленений стопы. Поражение I плюснефалангового сустава может способствовать смещению центра тяжести коленного сустава в латеральном направлении, поскольку в этом случае опора переносится на латеральные отделы стопы. Для удержания статики стопы и голени в нормальных соотношениях возникает мышечный дисбаланс, в результате которого развиваются энтезопатии, тендиниты, периартрит в виде синдрома «гусиной лапки» — симптомы дорентгенологической стадии гонартроза [4]. В качестве основного метода нехирургического лечения используют брейсы [5].

Поражение I плюснефалангового сустава (артроз, в том числе с вторичным реактивным синовитом) с течением времени влечет за собой уплощение продольного свода стопы, которое может усиливаться при последовательном вовлечении в процесс таранных суставов. Фор-

Л Е К Ц И Я

мирование plano-вальгусной установки стопы способствует смещению центра тяжести коленного сустава в медиальную сторону, в результате чего возникает перегрузка медиального отдела коленного сустава. Из-за неустраненной первичной причины нарушения статико-функционального состояния коленного сустава развивается асимметричный медиальный гонартроз [6].

Таким образом, больных с ранней, дорентгенологической стадией гонартроза необходимо обследовать с целью выявления возможной патологии смежных суставов — тазобедренного, голеностопного и сочленений стопы, требующей соответствующего лечения. В зависимости от вида установленной патологии используется коррекция плоскостопия, вальгусной, варусной установок стопы с помощью индивидуальных ортезов. Одновременно проводится терапия периартрита коленного сустава с применением локальной терапии ГК, разгрузки путем ортезирования или стабилизирующих повязок из эластичного бинта [7].

При I стадии гонартроза для облегчения фрикции сочлененных поверхностей коленного сустава назначают хондропротективную терапию (глюкозаминогликан, хондроитин сульфат) и внутрисуставные инъекции «протезов» синовиальной жидкости (ферматрон, синвиск).

Пациенты со II и более поздними стадиями гонартроза должны быть проконсультированы ортопедом для выявления показаний к оперативному лечению [8]. В ряде случаев используют диагностическую артроскопию для уточнения степени повреждения хряща и других мягкотканых структур коленного сустава. В частности, у больных со II стадией гонартроза при артроскопии иногда находят довольно выраженные очаговые изменения суставного хряща, что в сочетании с болевым синдромом и функциональной недостаточностью служит основанием для хирургического вмешательства. При невозможности проведения операции ограничиваются симптоматическим лечением с целью разгрузки конечности с использованием дополнительной опоры (трость, костыли) во время ходьбы с перерывами для кратковременного отдыха, а также торможения прогрессирования варусной позиции (своевременный ремонт стаптываемых каблучков обуви). Вторичный реактивный синовит, возникающий в результате перегрузки пораженных коленных суставов, можно в редких случаях купировать внутрисуставными инъекциями дипроспана (не более 1—2 инъекций в год). Более частые внутрисуставные инъекции ГК могут повредить суставной хрящ. Для уменьшения воспалительной реакции в коленном суставе лучше использовать стабилизацию сустава с помощью наколенников, повязок из эластичного бинта.

Болезни мягких тканей

Под термином «болезни мягких тканей» (БМТ) объединяют мягкотканые околоуставные ревматические поражения, локализующиеся в сухожилиях, их влагалищах, слизистых сумках, фасциях, апоневрозах. Это тендиниты, теносиновиты, тенобурситы, бурситы, лигаментиты, фасцииты, фиброзиты, которыми страдает 8% населения [9].

Этиология. Внесуставные поражения при воспалительных ревматических заболеваниях (РЗ) являются по сути клиническими локальными проявлениями основного заболевания и прежде всего РА, в меньшей степени — системной красной волчанки (СКВ), синдрома Рейтера и др. Самостоятельные виды БМТ — это локальные проявле-

ния, причиной которых в большинстве случаев служат профессиональные, бытовые, спортивные микротравмы. Дегенерацию мягкотканых околоуставных структур вызывают как длительные повторные движения, так и прямая травма тканей — сухожилий, связок, бурс.

Другой важной причиной развития некоторых видов БМТ являются нейрорефлекторные нарушения, изменяющие трофику мягкотканых образований, что особенно характерно при развитии таких видов данной патологии, как синдром «плечо — кисть» или плечелопаточные тендиниты, тендинозы, бурситы. На развитие некоторых видов БМТ влияют и эндокринные нарушения (ожирение, менопауза). Необходимо также отметить генетические факторы, играющие негативную роль в возникновении и развитии БМТ. Некоторые виды мягкотканых поражений могут быть вызваны охлаждением, а также очаговой инфекцией.

Патогенез БМТ. У больных с воспалительными РЗ внесуставные поражения мягких тканей являются, как уже было сказано, локальными проявлениями системного патологического процесса. У больных ОА, как и у здоровых, БМТ возникают первично в результате причин, приведенных выше.

Выделим некоторые особенности течения БМТ при воспалительных и дегенеративных РЗ. В зависимости от локализации внесуставных поражений при воспалительных РЗ отмечается их прогрессирующий характер с деструктивными явлениями, что приводит к развитию руптур сухожилий, разрывов капсул или склерозированию — терминальной стадии воспалительного процесса. Функция опорно-двигательного аппарата страдает при любой стадии внесуставного ревматизма.

Деструктивные явления сухожилий при воспалительных РЗ бывают настолько выраженными, что достаточно незначительных физических усилий для нарушения их целостности.

В ряде случаев говорят даже о спонтанном характере разрыва сухожильных структур, особенно у больных СКВ, в меньшей степени — у пациентов с РА.

Стадийность и прогрессирующий характер БМТ можно отметить также у больных ОА, например, тендиниты при эпикондилите локтевого сустава, тенобурсите области «гусиной лапки», сухожилия надостной и других мышц плечевого сустава. В раннем периоде БМТ использование адекватной терапии позволяет полностью купировать воспалительный процесс и восстановить функциональный статус. Поздние варианты БМТ требуют длительной терапии, подчас она малоэффективна. Например, разрывы сухожилия надостной мышцы могут возникать в результате достаточно выраженной прямой травмы плечевого сустава или при подъеме тяжести, а также при занятиях спортом. В таких случаях рекомендуется направлять больных на консультацию к ортопеду с целью установления показаний к оперативному лечению.

В нашей практике спонтанные разрывы кист типа Бейкера при гонартрозах встречались в единичных случаях в противоположность таковым у больных РА.

Рассмотрим особенности патогенеза, клиники и методов консервативной ревмоортопедии в зависимости от вида БМТ, которые наиболее часто встречаются в нашей практике.

Теносиновиты области кисти и кистевого сустава

Дорсальный теносиновит. Подобная локализация теносиновита характерна для поздних стадий РА. Клинически процесс характеризуется припухлостью мягкоэластической консистенции с довольно четкими границами, малоболезненной при пальпации. Кожа над областью поражения подвижна. Размеры его колеблются от величины фасолины или голубинового яйца до гигантских, занимающих всю дорсальную поверхность кисти и лучезапястного сустава. Внутри образования содержится желеобразная синовиальная масса, иногда с включениями, напоминающими рисовые зерна — плотноватые сгустки фибрина.

Теносиновит лечат локальными инъекциями ГК (дипроспан). Однако нередко мы наблюдали подкожные руптуры сухожилий разгибателей пальцев кисти вскоре после проведенной локальной терапии ГК. Причина разрывов не ясна. Возможно, что после уменьшения количества экссудата и более пациенты интенсивнее выполняли ручную работу, а неполноценные в механическом отношении сухожилия в результате деструктивного воздействия экссудата, содержавшего ФНО, ИЛ и другие медиаторы воспаления, разрывались даже при небольших физических нагрузках. В связи с этим мы рекомендовали больным с длительно протекавшим процессом теносиновэктомии с возможной реконструкцией поврежденных участков сухожилий.

Тендиниты сухожилий сгибателей кисти и области кистевого сустава встречаются у пациентов, у которых четко выявляется зависимость их возникновения от перегрузки, а также частых монотонных движений кисти в кистевом сочленении. Диагностике такой локализации теносиновита помогает УЗИ, при котором в ряде случаев выявляется экссудативный компонент.

Лечение — дипроспан в дозе 0,5 мл интравагинально с последующей стабилизацией кисти и кистевого сустава с помощью ладонной гипсовой лонгеты кисти и лучезапястного сустава на 2 нед.

Стенозирующий тендинит (trigger finger — «защелкивающий», пружинящий палец). Этот вид тендинита наблюдается чаще всего у больных РА, но может возникнуть и у здоровых людей, чья профессия связана с длительными перегрузками или постоянной микротравматизацией кистей. Причиной заболевания является рубцовое сужение фиброзных колец сухожильных влагалищ пальцев кистей. При ревматоидном процессе, помимо сужения фиброзных колец, в воспалительный процесс вовлекаются волокна сухожилий, в которых локализуются частицы организованных фибриновых сгустков в виде плотных депозитов. Они затрудняют прохождение сухожилия через фиброзное кольцо сухожильного влагалища, зачастую суженное. Больной испытывает значительные затруднения при сгибании и особенно разгибании пальцев, сопровождающихся очень болезненными щелчками. Значительный дискомфорт пациенты ощущают при одновременном поражении четырех пальцев кисти — II, III, IV и V, что практически затрудняет любую ручную работу.

Лечение — интравагинальные инъекции ГК (дипроспан, гидрокортизон).

Достаточно эффективна локальная терапия ГК при стенозирующим тендините в начальном периоде ОА. Локаль-

ные инъекции дипроспана в сочетании с шинированием пораженного пальца дают удовлетворительный результат на протяжении 6 мес [10].

Тендовагинит сухожилий сгибателей пальцев кисти

Волярный теносиновит сухожилий сгибателей пальцев клинически проявляется припухлостью пальцев с ладонной стороны мягкоэластической консистенции, малоболезненной при пальпации. Активные движения на сведение пальцев в кулак несколько затруднены и не достигают 100%.

Лечение — локальная терапия ГК с хорошими, иногда продолжительными (до 1 года) результатами. Вводят 0,2 мл дипроспана в место поражения и интравагинально в каждый (II—V) палец. Допускается двукратное введение ГК с недельным интервалом.

Киста Бейкера при воспалительных РЗ

Другое название кисты Бейкера — «подколенный бурсит». Малоболезненная припухлость в подколенной области, препятствует полному сгибанию коленного сустава. Мы не встречали больных с кистой Бейкера, осложненной нейрциркуляторными нарушениями. Другим осложнением подколенного бурсита является разрыв стенки кисты с излиянием экссудата в межмышечные пространства голени, иногда вплоть до пяточной области. Такие осложнения нередко принимают за тромбофлебит глубоких вен голени. В целях дифференциальной диагностики используют УЗИ, с помощью которого можно точно определить размеры кисты, толщину и целостность ее стенки, а также характер содержимого с отсутствием или наличием фибриновых сгустков.

Терапевтическое лечение, особенно гигантских застарелых кист с большим количеством фибриновых масс, неэффективно. В этих случаях пациентов направляют на хирургическую экстирпацию кисты.

Подколенные бурситы размером до 4 × 3 × 2 см не требуют лечения. В ранней стадии бурсита при маловязком без фибриновых сгустков экссудате можно произвести пункцию с эвакуацией содержимого с последующим введением ГК (дипроспан), но при этом достигается лишь временный успех. Для увеличения стабильности коленного сустава при кисте Бейкера малых или средних размеров можно рекомендовать повязку из эластичного бинта, а также наколенники, которые следует подбирать совместно со специалистами по ортезированию.

Заключение

Во II части статьи завершён раздел консервативной ревмоортопедии при РА и изложены ее принципы при АС, ОА и БМТ. Консервативные мероприятия, направленные на профилактику типичных деформаций позвоночника у больных АС, остаются малоэффективными, о чем свидетельствует и наш опыт. Перспективно использование биологической терапии с целью профилактики и лечения деформаций позвоночника при этом заболевании с учетом данных зарубежного опыта.

Принципы консервативной ревмоортопедии при ОА и БМТ включают применение современных хондропротекторов и нестероидных противовоспалительных препаратов, разгрузочных мероприятий (ортезы, брейсы, шинирование, дополнительная опора во время ходьбы, а также внутрисуставная терапия ГК). Подчеркнута взаимосвязь поражений элементов такой единой биомеханической системы, как нижняя конечность, что важно учитывать при планировании консервативного лечения [11].

1. Braun J. et al. Therapy of ankylosing spondylitis Part I: Conventional medical treatment and surgical therapy. Scand J Rheumatol 2005;34(2):97–108.
2. Kitchlin C. Newer therapeutic approaches: spondyloarthritis and uveitis. Rheum Dis Clin North Am 2006;32(1):75–90.
3. Borenstein D. Inflammatory arthritis of the spine: surgical versus nonsurgical treatment. Clin Orthop Relat Res 2006;443:208–21.
4. Ramsey D.K. et al. A mechanical theory for the effectiveness of bracing for medial compartment osteoarthritis of the knee. J Bone Joint Surg Am 2007;89(11):2398–407.
5. Pollo E.E. et al. Knee bracing for unicompart-ment osteoarthritis. J Am Acad Orthop Surg 2006;14(1):5–11.
6. Cole B.J. et al. Degenerative arthritis of the knee in active patients: evaluation and management. J Am Acad Orthop Surg 1999;7(6):389–409.
7. Krohn K. Footwear alterations and bracing as treatment for the knee arthritis. Curr Opin Rheumatol 2005;17(5):653–6.
8. Michalko W.M. et al. Controversies and tech- niques in the surgical management of patellofemoral arthritis. Instr Course Lect 2008;57:365–80.
9. Астапенко М.Г., Эрялис П.С. Внесуставные заболевания мягких тканей опорно-двигатель-ного аппарата. М.: Медицина, 1975.
10. Day C.S. et al. Basal joint osteoarthritis of the thumb: a prospective trial of steroid injec- tion and splinting. J Hand Surg (Am);29(2):247–51.
11. Singh G. Treatment options osteoarthritis. Surg Technol Int 2003;11:287–92.

Цервикалгия: ревматологические аспекты

Н.А. Шостак, Н.Г. Правдюк, Д.Н. Магомедова

ГОУ ВПО РГМУ Росздрава, Москва

Представлены ревматологические аспекты синдрома боли в шее, а также современный взгляд на ведение и лечение пациентов с цервикалгиями.

Ключевые слова: боль в шее, цервикалгия.

Контакты: Надежда Александровна Шостак shostakkaf@yandex.ru

CERVICALGIA: RHEUMATOLOGICAL ASPECTS

N.A. Shostak, N.G. Pravdyuk, D.N. Magomedova

Russian State Medical University, Russian Agency for Health Care, Moscow

The paper presents the rheumatological aspects of the neck pain syndrome and the current view of the management and treatment of patients with cervicalgias.

Key words: pain in the neck, cervicalgia.

Цервикалгия (боль в шее) является одним из наиболее часто встречающихся синдромов в клинической практике. По результатам популяционного исследования, проведенного среди жителей Дании в возрасте от 20 до 71 года ($n=34\ 902$), распространенность цервикалгий составила 32% с возрастным пиком в 35–45 лет [1].

Симптомы цервикалгий присутствуют в клинической картине целого спектра неврологических, ревматологических, терапевтических, травматологических и других заболеваний, дифференциальная диагностика которых подробно представлена в нашей предыдущей работе [2].

Наиболее распространенными причинами возникнове- ния болей в шее являются следующие.

- **Неспецифические причины:**
 - дисфункция дугоотростчатых суставов;
 - миофасциальный синдром (МФС).
- **Травма межпозвоночных суставов и дисков, мышц и связок, переломы и вывихи позвонков (в том числе «хлыстовая» травма).**
- **Ревматические заболевания:**
 - спондилез (включая протрузии и грыжи межпозвоночного диска – МПД) и артроз фасеточных суставов;
 - ревматоидный артрит (РА);
 - ювенильный хронический артрит;

- серонегативные спондилоартриты (анкилозирующий спондилит, псориатический артрит, артриты при воспалительных заболеваниях кишечника, синдром Рейтера);

- ревматическая полимиалгия;

- фибромиалгия;

- идиопатический диффузный гиперостоз скелета.

- **Инфекционные заболевания:**

- костей — остеомиелит, туберкулез (в том числе дисцит);
- иной локализации — шейный лимфаденит, полиомиелит, столбняк, опоясывающий герпес, менингит, менингизм, малярия, абсцесс глотки или заглоточного пространства.

- **Новообразования:**

- первичные;
- метастатические (15%);
- рак Панкоста (сдавление плечевого сплетения при раке верхней доли легкого);

- миелома;

- опухоль глотки или заглоточного пространства.

- **Эндокринные заболевания:**

- острый тиреоидит;

- болезнь Педжета.

- **Психогенная боль.**

- **Отраженная боль:**