

Л Е К Ц И Я

ся» окружающей костной тканью и, таким образом, могут не выявляться при рентгенографии, но обнаруживаются при МРТ.

Особенностью анатомического строения кистей и стоп является наличие множества различных по строению структур, тесно связанных между собой и выполняющих различные функции. Окруженные фасциальными влагалищами сухожилия занимают среди них немаловажное место, хотя, с точки зрения диагностики РА, их поражение *per se* не является значимым и не входит в критерии диагностики. Однако в связи с тем что изменения в сухожилиях мышц могут быть важны для дифференциальной диагностики РА, а также вносят свой вклад в развитие скованности в

суставах и часто сопровождают описанные ранее синовиты, мы считаем важным упомянуть и об этой диагностической возможности МРТ — визуализации поражений сухожилий (см. рис. 8).

До последнего времени не существовало единых подходов к оценке выраженности тендинитов/теносиновитов. Тендинит при МРТ определяется как усиление сигнала в T₁-режиме после введения контрастного вещества. Магнитно-резонансный (МР) сигнал оценивается в зонах, окружающих сухожилия мышц-сгибателей и мышц-разгибателей, с учетом синовитов. Развитие тендинитов является неблагоприятным фактором прогноза функционального состояния суставов кистей и фактором риска деструктивного поражения суставов.

Консервативная ревмоортопедия: позвоночник (часть IV)

В.П. Павлов

НИИ ревматологии РАМН, Москва

Рассматриваются вопросы диагностики, консервативного лечения поражений шейного и поясничного отделов позвоночника при ревматоидном артрите (РА) и остеоартрите (ОА). Разработана оригинальная методика консервативных мероприятий у больных РА и ОА с поражением шейного отдела и модифицированная методика лечения боли в нижней части спины (БНЧС). В качестве профилактики рецидивов БНЧС использован принцип «помоги себе сам».

Ключевые слова: спондилез, артроз, цервикалгия, боль в нижней части спины, межпозвонковый диск.

Контакты: *Вадим Петрович Павлов pafon1@yandex.ru*

CONSERVATIVE ORTHOPEDIC RHEUMATOLOGY: THE VERTEBRAL COLUMN (Part IV)

V.P. Pavlov

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

This part considers the diagnosis and medical treatment for cervical and lumbar spinal lesions in rheumatoid arthritis (RA) and osteoarthritis (OA). The author has developed an original procedure for medical measures for patients with RA and OA with cervical spinal lesion and a modified procedure for the management of lower back pain (LBP). The help-himself principle is used to prevent recurrent LBP.

Key words: spondylosis, arthrosis, cervicalgia, lower back pain, intervertebral disk.

Contact: *Vadim Petrovich Pavlov pafon1@yandex.ru*

Консервативное лечение

поражений шейного отдела позвоночника при ревматоидном артрите (РА) и остеоартрозе (ОА)

Поражения шейного отдела позвоночника не редко встречаются при РА и ОА — наиболее распространенных ревматических заболеваниях.

Сложность анатомо-физиологических и биомеханических взаимоотношений шеи обуславливает особенности поражения шейного отдела позвоночника при воспалительных и дегенеративных хронических заболеваниях, характеризующихся не только болью, но и в ряде случаев неврологическими явлениями, нарушениями кровообращения головного мозга, мышечно-спастическими синдромами.

Шейный отдел позвоночника включает в себя 7 позвонков. С₁ — это кольцо, состоящее из передней и

задней дуг, соединяющихся между собой развитыми костными массами с овальными суставными ямками на верхней поверхности, сочленяющимися с затылочной костью. Снизу позвонок имеет плоские суставные ямки для сочленения с С₁₁. На поверхности передней дуги имеется бугорок, задней — ямка для сочленения с зубовидным отростком С₁₁. С₁₁ — осевой, сверху от тела позвонка отходит зубовидный отросток, вокруг которого по оси вращается атлант вместе с черепом. Тела С_{11–VII} постепенно расширяются книзу. Позвоночное отверстие (вместилище спинного мозга) по очертаниям напоминает треугольник. Суставные отростки позвонков короткие, стоят косо. Остистые отростки постепенно удлиняются и до С_{VI} расщеплены на концах, образуя слабый наклон книзу. Поперечные отростки направлены в стороны, имеют спереди глу-

Л Е К Ц И Я

бокие борозды — ложе для спинного нерва. Передний бугорок C_1 называется каротидным, так как рядом с ним проходит общая сонная артерия. Поперечные отростки образуются из двух отростков — переднего (рудиментарного реберного) и заднего (собственно поперечного), ограничивающих отверстия, через которые проходят позвоночная артерия, вена и симпатические сплетения.

Суставы шейного отдела позвоночника. Дугоотростчатые (межпозвонковые) сочленения образуются между верхними суставными отростками нижележащих позвонков и нижними суставными отростками вышележащих позвонков. Суставная сумка отдельного сустава укрепляется по краю суставного конца. Суставная полость в сочленениях шейного отдела позвоночника расположена практически горизонтально. Эти плоские суставы имеют синовиальную оболочку и называются «суставами Люшки», (по имени автора, впервые их описавшего).

Срединный атлантоосевой сустав образуется между задней поверхностью передней дуги атланта и зубовидным отростком осевого позвонка. Задняя суставная поверхность зубовидного отростка образует сустав с поперечной связкой атланта. Этот сустав лишен синовиальной оболочки.

Между телами шейных позвонков располагаются межпозвонковые диски, представляющие собой хрящевую ткань в виде концентрически расположенных волокон. В центре диска находится пульпозное ядро, которое можно сравнить с гидравлическим устройством. При нагрузке, ударе, толчке пульпозное ядро смягчает действие внешней силы. При сгибании позвоночника ядро смещается в противоположную сторону.

Источником постоянной нагрузки на шейный отдел позвоночника и межпозвонковые диски является голова. В результате нагрузки и перегрузки определенных сегментов межпозвонковых дисков, например при работе, сопряженной с длительными фиксированными сгибаниями головы, а также под влиянием возрастного фактора, пола в межпозвонковых дисках развиваются дегенеративные изменения — уменьшается высота тел позвонков в результате дегидратации, снижается их эластичность, что приводит к дефициту амортизационных свойств. В патологический процесс вовлекаются связочный аппарат шейных позвонков и мышцы шеи. Клинически это может проявляться развитием компрессионных и мышечно-спастических синдромов.

Шейный отдел позвоночника обладает наибольшей подвижностью. Экстензионно-флексорная подвижность более всего выражена на уровне C_{IV-V} и C_{V-VI} . Основную ротационную функцию выполняет атлантоаксиальный сегмент. Именно в этой области возникают дегенеративные и воспалительно-деструктивные изменения связочного аппарата шеи при физических перегрузках.

Из других особенностей анатомии шейного отдела позвоночника можно указать на крючковидные отростки, которые сформированы боковыми стенками тел позвонков с унковертебральными суставами Люшки. Эти крючковидные выросты совместно с дугоотростчатками суставами определяют движения во фронтальной плоскости (сгибание — разгибание) и придают шейному отделу стабильность при боковых наклонах.

Анатомической особенностью этого отдела является локализация позвоночной артерии, проходящей через отверстия в поперечных отростках от C_{I-VI} , в непосредственной близости от костной поверхности, суставов, дисков, крючковидных отростков. Артерия имеет важное значение для кровоснабжения головного мозга, в частности его основания. Любые воспалительные или дегенеративные изменения в указанных анатомических образованиях могут влиять на кровоток в этой артерии.

Движения в трех пространственных плоскостях — фронтальной, сагитальной и по оси — обеспечиваются так называемым карданным сочленением, состоящим из 6 суставов, в том числе и краниоцервикальных сочленений.

Сложный мышечный и связочный аппарат шеи осуществляет четкую координированную двигательную функцию головы и шеи, в результате чего возможны пространственная ориентация головы, поддержание физиологического лордоза шейного отдела позвоночника. Мышечный дисбаланс шейных мышц в результате патологических изменений в суставах, хрящах и других анатомических структурах может выпрямить физиологически обусловленную кривизну лордоза шейного отдела позвоночника вплоть до прямой линии и даже вызвать ретроверсию дуги шейного отдела выпуклостью кзади. Мышцы шеи, находящиеся в постоянном перенапряжении, могут быть источником болевых импульсов.

В клинической практике нередко рефлекторные нейродистрофические и мышечно-спастические синдромы области шеи, руки и грудной клетки, сосудистые расстройства, корешковые, а также спинальные синдромы. Необычайно интенсивные и продолжительные болевые синдромы обуславливаются также особенностями анатомического строения шеи, прежде всего наличием в ее структуре элементов вегетативной нервной системы. Парасимпатические нервные стволы связаны со спинным мозгом через плечевое сплетение, спинномозговые узлы и задние спинномозговые шейные нервы. Симпатические волокна соединяются с шейными спинномозговыми нервами через верхнешейный и звездчатый симпатические узлы, соединительные ветви также идут из позвоночных нервов.

У больных ОА поражения шейного отдела позвоночника клинически чаще всего проявляются симптоматикой, характерной для остеохондроза (диско-

Л Е К Ц И Я

патия). При этом заболевании межпозвонковые диски претерпевают дегенеративно-дистрофические изменения с вовлечением в процесс подлежащей костной ткани. Позвонковые тела деформируются, развиваются боковые остеофиты, которые могут быть причиной компрессии прилежащих сосудов и нервных волокон. Выраженные явления остеохондроза могут осложняться нестабильностью сегментов позвоночного столба шеи, а также нарушениями продольной оси в виде листезов, что усугубляет компрессию сосудисто-нервных структур, в том числе и со стороны остеофитов, особенно задних углов тел позвонков, которые пролабируют в межпозвонковые отверстия.

При РА как системном поражении соединительной ткани теоретически следовало бы предположить вовлечение в патологический процесс синовиальной оболочки в унковертебральных суставах Люшки по типу синовитов, артритов. Но, по нашим данным, ни у одного больного РА с поражением шейного отдела позвоночника не выявлено рентгенологических признаков, типичных для этого заболевания. Это имеет значение для выработки лечебной тактики у подобной категории пациентов.

Анализ собственного клинического материала (27 больных РА и 27 ОА с поражением шейного отдела позвоночника) показал, что основной жалобой пациентов является боль в области шеи. Интенсивность боли оценивалась по 10-сантиметровой шкале ВАШ самим больным. По характеру боль различалась: периодическая или постоянная, локализуемая в определенных участках шеи с иррадиацией в разных направлениях. Боль наблюдалась в боковых или задних отделах шеи, иногда она переходила на надплечье, плечо, предплечье и кисть. Боль может локализоваться также в затылочной области, в верхней половине грудной клетки. Следует различать боль мышечную, корешковую (особо интенсивная) и смешанную — мышечно-корешковую.

Мы не отметили значительной разницы в частоте и интенсивности болевого синдрома в зависимости от диагноза РА или ОА. Так, интенсивность боли до 5 см была у 12 пациентов с РА и 13 — с ОА, от 6 до 10 см — соответственно у 15 и 14.

Следует обращать внимание на локализацию боли непосредственно в области плечевых суставов, что мы наблюдали у 15 больных РА и 2 ОА. Эта боль расценена у больных РА как частное проявление системного воспалительного заболевания, у 2 пациентов с ОА боль была обусловлена изменениями, характерными для ОА, что подтверждено при рентгенологическом исследовании. По характеру боль при РА была спонтанной, а при ОА возникала и усиливалась при движении в плечевых суставах и ручном труде.

Другие болевые ощущения и жалобы были связаны с нейроциркуляторными изменениями, например боль в области глазных яблок: РА/ОА соответственно —

6/6, ухудшение зрения — 12/10, шум в ушах — 17/15, головокружение — 13/17, ухудшение памяти, раздражительность, плаксивость — 13/11. Все больные жаловались на нестабильность АД.

При клиническом обследовании больных обнаруживались синдромы, развитие и формирование которых напрямую связано с поражением шеи: при РА преобладали мышечно-спастические синдромы — 21 больной (при ОА — 11), а при ОА — компрессионно-спинальные и компрессионно-сосудистые — 4 и 12 больных (при РА — 2 и 5) соответственно.

Приводим клинические проявления мышечно-спастических и компрессионно-сосудистых синдромов при этих двух заболеваниях.

Синдром малой грудной мышцы (синдром Райта). Сочетание боли в области малой грудной мышцы и акропарестезии, побледнения и трофических нарушений кисти, обусловленных сдавлением сосудов подмышечной области, стволов плечевого сплетения. Мы наблюдали этот синдром у 5 больных РА и 8 ОА.

Синдром передней лестничной мышцы (синдром Наффцигера). Сочетание боли в шее, надплечье и руке по локтевой стороне, периферического пареза руки в дистальных отделах с болезненностью при пальпации в местах прикрепления передней лестничной мышцы, ослаблением пульса на лучевой артерии и в подключичной части плечевого сплетения.

Межлопаточный болевой синдром определялся по наличию умеренно выраженной боли в указанной области.

Плечелопаточные периартриты обнаруживались в 3 раза чаще при ОА по сравнению с РА, и наоборот, артриты плечевого сустава, грудинно-ключичного и ключично-акромиального сочленений определялись только у пациентов с РА. Так, они были обнаружены у 12, 17 и 14 наших больных соответственно.

Важнейшим методом диагностики поражений шейного отдела позвоночника при РА и ОА является рентгенологическое исследование. Стандартные проекции — прямая и боковая — дают общее представление о наличии и степени выраженности изменений позвоночного столба шейного отдела. По данным рентгенологического исследования артрит в суставах Люшки отсутствовал, в половине наблюдений имело место поражение переднего срединного атлантоосевого сустава. Вероятно, при РА поражается соединительная ткань капсульно-связочных структур этого сочленения, что приведет к их частичной деструкции. Данный феномен определяется с помощью функционального рентгеновского снимка в боковой проекции шеи при максимально согнутом положении головы. Измеряют параметры атлантоокципитального сустава. Измерение идет от задней поверхности зубовидного отростка С_{II} до передней поверхности дуги атланта — С_I. В норме ширина щели этого сустава равна 2—3 мм. Расшире-

Л Е К Ц И Я

Рентгенологические признаки (в %) РА и ОА в шейном отделе позвоночника у обследованных

Рентгенологические признаки	РА	ОА
Выпрямление физиологического лордоза	65	56
Снижение высоты межпозвонковых дисков	70	81
Остеохондроз	70	81
Остеофитоз передних отделов тел позвонков	40	38
Остеофитоз тел позвонков	55	62
Деформирующий спондилез	40	38
Артроз латеральных атлантоосевых суставов	50	42

ние щели от 3 до 12 мм рассматривается как подвывих сустава. У 10 наших пациентов с РА определялись подвывихи сустава: расширение щели сустава от 4 до 11 мм. Подвывихи этого сустава могут развиваться и в ранней стадии поражений шейного отдела позвоночника [1, 2].

Выявленные подвывихи атлантоокипитального сочленения у 10 больных РА были предметом особого внимания при выборе индивидуальных лечебно-восстановительных программ, поскольку прогрессирование подвывихов может явиться причиной повреждения спинного мозга с тяжелыми, вплоть до летального исхода, последствиями [3]. У 3 больных РА наблюдалось анкилозирование тел позвонков. Обызвествление хрящей гортани, нестабильность в результате листезов отмечены соответственно у 3 и 4 больных РА и у половины пациентов с ОА; патологическая подвижность шейного отдела и остеофитоз задних углов — у 2 и 5 больных РА и у половины при ОА.

Приводим рентгенологические признаки РА и ОА, выявленные в шейном отделе позвоночника у больных (см. таблицу).

Остеопороз имелся у 55% больных РА и рассматривался как характерный симптом этого заболевания. Постменопаузальный остеопороз у женщин с ОА обнаружен в 62% случаев.

Неврологическое обследование необходимо для выявления соответствующего компонента болевого синдрома с целью дифференциальной диагностики истинного плечелопаточного периартрита и цервикобрахиалгии как следствия вовлечения в процесс плечевого сплетения.

У больных РА и ОА с поражениями шейного отдела позвоночника и жалобами на головные боли, головокружение, изменение зрения необходимо оценивать состояние кровоснабжения головного мозга. Мы установили повышение скорости кровотока в экстракраниальных артериях (общая и внутренняя сонные, позвоночная и подмышечная). Это свидетельствовало о спастическом состоянии кровеносных сосудов под влиянием

воспалительных или деструктивных процессов. Сдавление сосудов возможно также в результате мышечно-тонических спазмов или механических причин, например при нестабильности шейного отдела позвоночника.

Приводим методики консервативного лечения больных РА и ОА с поражением шейного отдела позвоночника, разработанные в НИИ ревматологии РАМН.

Методика лечения больных РА с поражениями шейного отдела позвоночника. Поражение шейного отдела позвоночника при РА устанавли-

вают на основании жалоб больного на упорные цервикалгии, наличия остеопороза, нестабильности, спондилолистеза, подвывихов, реже анкилозов тел позвонков.

Необходимо распределить больных на две группы: РА с высокой активностью и РА с низкой или умеренной активностью.

- У больных РА с высокой активностью заболевания и поражениями шейного отдела позвоночника, выраженным болевым синдромом на фоне адекватной антиревматической терапии проводят длительное лечение положением с помощью шейного стабилизатора (по 2 ч 4 раза в день), иглорефлексотерапии (ИРТ), блокад триггерных зон новокаином-глюкокортикоидными коктейлями. После снижения активности заболевания, уменьшения боли назначают этапное лечение в виде щадящей мануальной терапии (постизометрическая релаксация и пассивная баррельная мобилизация). Противопоказаниями к мануальной терапии являются выраженный остеопороз, нестабильная гипермобильность и вертебробазиллярная недостаточность. Основными лечебными факторами являются лечение положением и длительное ношение шейного стабилизатора. Важно помнить, что обязательным составным элементом методики является медикаментозное лечение РА.

- Больным РА с умеренной и низкой активностью заболевания и преобладанием дистрофических изменений межпозвонковых дисков по клинко-рентгенологическим данным с учетом остеопороза той или иной степени выраженности показана более щадящая комплексная терапия, чем при ОА. Она включает в себя адекватную терапию РА, ИРТ, ношение шейного стабилизатора (по 30 мин 6 раз в день), а также щадящие методы мануальной терапии без использования жестких техник. Эффективность такого лечения сохраняется в течение 3 мес. Для продления эффекта необходимо длительное наблюдение больных после выписки из стационара в условиях поликлиники.

Методика лечения больных с дистрофическими изменениями межпозвонковых дисков шейного отдела позвоночника. На основании клинко-рентгенологиче-

Л Е К Ц И Я

ских данных следует подразделить больных с поражениями шейного отдела позвоночника и наличием дистрофических изменений межпозвонковых дисков на две группы: больные с выраженным болевым синдромом; больные с умеренными или слабыми болями и функциональной тугоподвижностью шейного отдела позвоночника.

- У больных с выраженным болевым синдромом по типу цервикалгии или цервикобрахиалгии следует использовать шейный стабилизатор по 1 ч 3—5 раз в день, ИРТ, направленную на мышечную релаксацию, анальгетики, локальную терапию глюкокортикоидами (ГК), актовегин внутривенно и постизометрическую релаксацию для мышечного расслабления и купирования боли.

- Больным с умеренными и слабыми болями с функциональной тугоподвижностью шейного отдела, мышечно-тоническим, спастическим синдромами, дисбалансом поструральной мускулатуры, наличием триггерных зон следует назначать мануальную терапию в полном объеме, ИРТ, массаж с последующим подключением ЛФК; ношение шейного стабилизатора при выраженном спастическом или миотоническом синдроме. Положительный лечебный эффект этой методики сохраняется до 5 мес. Для поддержания хороших результатов показано длительное наблюдение пациентов и повторный курс лечения в поликлинике (ИРТ, ЛФК под контролем специалиста, коррекция при необходимости медикаментозной терапии с возможным дополнительным назначением локальной терапии ГК, массаж воротниковой зоны).

Отметим, что оригинальность нашей методики в отличие от общепринятых методик заключается в этапном подходе при выборе комплексного лечения в зависимости от вида патологии с выделением двух групп больных, а также наблюдении в поликлинике для продления достигнутого эффекта.

Боль в нижней части спины (Low back pain) —

БНЧС: причины, клиника, диагностика, консервативная терапия

Синдром БНЧС широко распространен в мире. Им страдает от 40 до 80% населения. Ежегодная заболеваемость достигает 5%. Наиболее часто БНЧС регистрируется у людей 30—60 лет [4, 5].

Источником боли в позвоночнике могут быть мышцы, связки, надкостница отростков, наружные отделы фиброзного кольца межпозвонкового диска, синовиальная оболочка межпозвонковых суставов.

Исследования в области патогенеза БНЧС выявили взаимосвязь этого синдрома с процессами старения и последующими дегенеративными процессами в межпозвонковых дисках, в которых изменяется структура протеогликанов типа фибромодулина и люмисана, повышается концентрация катепсина G в фиброзном кольце диска.

Механизм развития БНЧС происходит по трем вариантам: а) периферической сенситизации; б) неврологической эктопии; в) центральной сенситизации. Провоцирующими факторами *первого варианта* БНЧС являются травма, инфекция, в результате которых увеличивается возбудимость периферических ноцицепторов. При травме спины (первичный очаг болевых импульсов) высвобождаются провоспалительные медиаторы — простагландины, брадикинины, — участвующие в периферической сенситизации. *Второй вариант* БНЧС развивается при повреждении нерва или корешка (травма, ишемия в результате компрессии), что вызывает болевой импульс. В дальнейшем происходит снижение порога возбудимости сенсорных нейронов, появляются спонтанные участки эктопической импульсации. Боль является радикулярной или нейропатической, трудно поддающейся лечению. Аналогичный механизм боли выявляется при давлении грыжевого выпячивания межпозвонкового диска (спинального ганглия) на межпозвонковые корешки. *Третий вариант* БНЧС характеризуется увеличением функциональных цепей в спинном и головном мозге, в результате чего происходит усиление болевого импульса при возникновении болевого раздражения. Травма спинного мозга или инсульт также активизируют центральную сенситизацию.

Эти три формы сенситизации являются защитной реакцией организма от дальнейшего повреждения.

При диагностике БНЧС учитываются два типа факторов риска: некорректируемые — пол, возраст, наследственность и корректируемые, в том числе статодинамические перегрузки (неудобные позы, метеофакторы, несоблюдение правил при выполнении тех или иных видов работ и др.; игнорирование занятий физкультурой, низкая физическая активность, резкое изменение физической нагрузки или эпизодические физические перегрузки у лиц, ведущих малоподвижный образ жизни; нарушение осанки (сколиоз, кифосколиоз, сутулость); частые простудные заболевания, болезни печени, желудочно-кишечного тракта, ожирение (индекс массы тела $>25 \text{ кг/м}^2$); злоупотребление алкоголем, курение.

Принимаются во внимание и психогенные факторы, (например, неудовлетворенность своей работой), которые могут влиять на возникновение и развитие БНЧС.

По-видимому, в происхождении и развитии БНЧС играет роль наследственность. Так, выявляется ассоциация локусов A, B и DR HLA с фенотипическими проявлениями поясничного остеохондроза. Антигены HLA A3, B7, B40 считаются маркерами раннего остеохондроза, а к маркерам-протекторам остеохондроза относятся HLA A4 и A11.

Найдены убедительные доказательства взаимосвязи БНЧС с возрастным фактором и изменениями мышечной активности. Причинами БНЧС могут так-

Л Е К Ц И Я

же служить изменения гормонального статуса у женщин (менструальный цикл, беременность, постменопауза) и остеопороз [6].

Различают острое (до 3 нед), подострое (3—12 нед) и хроническое (>12 нед) течение БНЧС. Учитывают также локализацию и характер боли, например, локальная (рефлекторная, проекционная) корешковая боль обнаруживается при невропатиях седалищного нерва, пояснично-крестцового сплетения. Боль может быть и психогенной (психалгия). Локальная боль имеет постоянный характер, диффузная распространяется в области позвоночника. Характер боли может меняться в зависимости от положения тела. Отраженная боль (проекционная) иррадирует в поясничную и крестцовую область. Радикулярные боли отличаются простреливающим характером, но могут быть также ноющими, тупыми, разной интенсивности в зависимости от положения тела. Движения могут резко усилить интенсивность боли и менять ее характер (режущая, острая). Боль зачастую иррадирует по направлению к коленному суставу. Боль усиливается при кашле, чихании, натуге.

Особую роль в генезе БНЧС отводят миофасциальному фактору, который проявляется спазмом и напряжением мышц и появлением участков гипертонуса в виде болезненных уплотнений, а также триггерных точек, и функциональному состоянию глубоких мышц поясничной области, которое оценивают с помощью электромиографии [7]. При диагностике БНЧС необходимо исключать злокачественные новообразования, травмы (например, падение с высоты роста у пожилых).

При наружном обследовании обращают внимание на двигательные нарушения конечностей, наличие парестезии или анестезии в области большого вертела; исследуют тонус анального сфинктера, определяют ограничения движений в поясничном отделе позвоночника, чувствительность позвонков, неврологические симптомы, наличие лихорадки.

При диагностике БНЧС рентгенографию позвоночника используют ограниченно и лишь при следующих показаниях: возраст ≥ 50 лет; наличие достоверной травмы и двигательных нарушений; уменьшение массы тела неясной этиологии (4 кг за полгода); подозрение на анкилозирующий спондилит; злоупотребление алкоголем; температура тела $>37,8^{\circ}\text{C}$; неэффективность терапии >1 мес; длительное лечение БНЧС.

Методика лечения БНЧС, используемая ревмоортопедами НИИ ревматологии РАМН.

Лечебно-восстановительные мероприятия проводятся в зависимости от вида БНЧС.

- Мышечно-тонический синдром диагностируют на основе определения пораженной мышцы. Лечение грушевидного синдрома приведено в разделе «Вторичный трохантерит». При выявлении пораженных паравертебральных мышц показаны 1—3 паравертебраль-

ные новокаин-дипроспановые блокады на стороне поражения с 2—3-недельными интервалами (в зависимости от продолжительности эффекта от терапии ГК).

- При радикулитах спинномозговых корешков L_{IV-V}, L_V—S_I проводят новокаин-дипроспановую локальную терапию, в результате которой интенсивность боли, как правило, уменьшается.

Радикулопатия с выпадением диска в остром периоде давностью несколько часов

Больному с внезапно возникшей БНЧС следует немедленно прекратить работу и возвратиться домой. Рекомендуется лечь на ковер и попытаться найти позу, в которой интенсивность боли уменьшается, например на боку, спине, животе, с согнутыми или выпрямленными ногами, и пробыть в таком положении 0,5—1 ч в зависимости от индивидуальной переносимости. Одновременно с этим необходимо принять максимальную дозу НПВП. При выборе оптимального анальгетика основными критериями были достаточный обезболивающий и противовоспалительный эффект при максимальной безопасности препарата. Одним из наиболее часто назначаемых НПВП больным с БНЧС является мелоксикам (Амелотекс), в частности его инъекционная форма. Ее использование позволяет добиться быстрого, уже в течение первого часа после внутримышечного введения, анальгетического эффекта. Кроме того, в отличие от многих других инъекционных форм НПВП оптимальная длительность анальгетического действия мелоксикама (Амелотекса) позволяет применять препарат всего 1 раз в сутки. Следует отметить, что мелоксикам, сопоставим с неселективными в отношении ЦОГ 2 препаратами по эффективности и при этом характеризуется меньшей частотой развития побочных эффектов [10].

Также следует принять мочегонное (фуросемид, лазикс) с целью уменьшения отека пораженного спинномозгового корешка. После окончания лечения положением больной должен походить по комнате 15—20 мин, массируя поясничную область (если эта манипуляция не увеличивает интенсивность боли). Лечение положением и ходьбу последовательно повторяют 3—5 раз в течение дня. Дозированные нагрузки в виде ходьбы и лечение положением на стуле для разгрузки поясничного отдела позвоночника рекомендуют и другие авторы [8, 11]. Далее пациенту нужно объяснить, что он не должен спать в той малоболезненной позе, которую определил, так как длительное положение во время сна в одной позе может вызвать ишемию сдавленной части туловища и обострение БНЧС. Рекомендуется менять положение тела во время сна, который, как правило, бывает поверхностным из-за боли.

На следующий день проводят прежнее лечение на фоне приема НПВП. Кроме того, в программу восстановительного лечения включают растяжение позвоночника. Больному рекомендуют держаться за верхнюю кромку открытой двери комнаты обеими руками

АМЕЛОТЕКС® 15

МЕЛОКСИКАМ



Амелотекс® —
и боль уходит

15 мг/1,5 мл №3
15 мг/1,5 мл №5



Отпускается по рецепту врача.

Имеются противопоказания, перед применением ознакомьтесь с инструкцией.

Регистрационный номер: ЛСР-004199/08

 **cotex**

Л Е К Ц И Я

и свободно свешивать обе ноги (при высоком росте — сгибать ноги в коленях), чтобы достигнуть эффекта растяжения. Время растяжения — не более 2—5 с. Если во время этой процедуры больной ощущает заметное уменьшение интенсивности боли в поясничном отделе, то это косвенно указывает на компрессию спинно-мозгового корешка.

Дополнительно рекомендуют растирания болезненной зоны спины мазями с НПВП.

Такая методика лечения радикулопатии, в том числе с выпадением диска, позволяет купировать БНЧС за 8—12 ч, реже — за 1—2 нед. Более длительное течение БНЧС вопреки лечению требовало проведения магнитно-резонансной томографии и консультации нейрохирурга относительно возможного оперативного лечения.

Инструкция «Помоги себе сам» для профилактики рецидивов БНЧС

В домашней аптечке больных с БНЧС должен быть набор современных НПВП и анальгетиков (мелоксикам, диклофенак, дикломелан, найз, нимулин, залдиар и др.), мочегонных (фуросемид, лазикс), а также миорелаксантов.

Во время беседы с больным и практических занятий врач объясняет, как правильно выполнять некоторые действия: поднимать груз с пола на высоту; поворачивать туловище, особенно во время сидения на стуле; контролировать правильную осанку (выработка стереотипа правильной осанки). Больному также рекомендуют при возникновении БНЧС своевременно использовать приведенную выше методику лечения; вести здоровый образ жизни (запрет курения, алкоголя, в том числе пива), спать не менее 8 ч в сутки, поддерживать необходимый уровень физической активности (утренняя гимнастика и ежедневный комплекс ЛФК, адекватный БНЧС и возрасту больного, плавание, соразмерные физические нагрузки).

Для профилактики рецидивов БНЧС следует использовать ортез в виде пояса и классическую обезболивающую терапию [10].

Неэффективность консервативной терапии, особенно при поражении шейного отдела позвоночника, должна служить поводом для оперативного лечения, даже в раннем периоде заболевания [12].

Таким образом, основной жалобой у пациентов с РА и ОА с поражением шейного отдела позвоночника была мышечная, корешковая (особенно интенсивная) и мышечно-корешковая боль. Спонтанная боль чаще наблюдалась при РА, а при ОА она возникала при движениях плечевого пояса и ручной работе.

Обнаружена прямая взаимосвязь мышечно-спастических синдромов с РА и компрессионно-сосудистых с ОА.

Подвывихи атлантоокципитального сочленения (от 4 до 11 мм по ширине суставной щели) выявлены у 1/3 больных РА, при ОА их не наблюдалось.

Рентгенологические симптомы спондилеза, артроза атлантоосевых суставов, остеопороза, выпрямления физиологического лордоза, снижения высоты межпозвонковых дисков отмечены практически в равных соотношениях при этих заболеваниях с поражением шейного отдела позвоночника.

Кровоснабжение головного мозга позвоночной и каротидными артериями у больных РА и ОА характеризовалось повышением скорости кровотока в результате шеечно-тонического спазма сосудов, а также нестабильности шейного отдела позвоночника.

Разработанная оригинальная методика консервативного лечения поражений шейного отдела позвоночника у пациентов с РА и ОА позволила добиться положительного эффекта продолжительностью 3 и 5 мес соответственно. С помощью модифицированной методики лечения БНЧС острый приступ в ряде случаев удавалось купировать за 8—12 ч.

Л И Т Е Р А Т У Р А

1. Kmothe R., Wiesener L., Ruther W. Therapy of cervical rheumatoid arthritis. *Z Rheumatol* 2004 Aug; 63(4):303—11.
2. Kothe R, Wiesner L., Ruther W. Rheumatoid arthritis of the cervical spine. Current concepts for diagnosis and therapy. *Orthopede* 2002 Dec; 31(12):1114—22.
3. Heyde C.E., Weber U., Kayser R. Instability of the upper cervical spine due to rheumatism. *Orthopede* 2006 Mar; 35(3):270—87.
4. Воробьева О.В. Боль в нижней части спины: алгоритм, диагностика, терапия. Spinet.ru/public/sprav_3.php
5. Подчуфарова Е.В. Хронические боли в спине: патогенез, диагностика, лечение. medinf.ru/article/22/11541
6. Поворознюк В.В и др. Современные аспекты профилактики постменопаузально-го остеопороза и боли в спине. www/rusnauka.com/smd_снопo/3_povoroznjuk
7. Macdonald D., Moseley G.L. Why do some patients keep hurting their back? Evidence of ongoing back muscle dysfunction during remission from recurrent back pain. *Pain* 2009 Jan 29.
8. Makhssous M. et al. Biomechanical effects of sitting with adjustable ischial and lumbar support on occupational low back pain: evaluation of sitting load and back muscle activity *BMS Musculoskelet. Disord* 2009 Feb 5; 10(1):17.
9. Rasmussen-Barr E. et al. Graded exercise for recurrent low-back pain: a randomized, controlled trial with 6—12, and 36-month follow-up. *Spine* 2009 Feb 1; 34(3):221—8.
10. Chen Y.-F., Jobanputra P., Barton P. et al. Cyclooxygenase-2 selective non-steroidal anti-inflammatory drugs (etodolac, meloxicam, celecoxib, rofecoxib, etoricoxib, valdecoxib and lumiracoxib) for osteoarthritis and rheumatoid arthritis: a systematic review and economic evaluation. *Health Technology Assessment* 2008;12(11).
11. Calmels P. et al. Effectiveness of a lumbar belt in subacute low back pain: an open, multicentric, and randomized clinical study. *Spine* 2009 Feb 1; 34(3):215—20.
12. Wolfs J.E. et al. Rationale and design of The Delphy Trial P 1(RCT)2: International randomized clinical trial of rheumatoid cranio-cervical treatment, an intervention-prognostic trial comparing «early» surgery with conservative treatment. [ISRCTN6555076841]. *BMS Musculoskelet Disord* 2006 Feb 16;7:14.