

ЛЕКЦИИ

странности и тяжести Пс. Так, дебют артрита в пожилом возрасте обычно является благоприятным прогностическим признаком, заболевание не приводит к тяжелым деструктивным изменениям и нарушению функциональной способности опорно-двигательного аппарата. А если заболевание впервые возникло у мужчины молодого возраста, то оно часто сопровождается тяжелым течением артрита, распространенным Пс и атипичными его формами, а также многочисленными системными проявлениями. По степени нарушения качества жизни, стойкой утрате трудоспособности, тяжести течения и исходам ПсА не уступает РА и анкилозирующему спондилиту [13]. Эрозии суставных поверхностей выявляются у 47% больных ПсА уже в первые 2 года развития болезни. Смертность

при ПсА выше, чем в популяции (у мужчин — на 59% и у женщин — на 65%), а причинами летального исхода являются кардиоваскулярные заболевания, сопутствующие ПсА, нефропатии, метаболические нарушения, осложнения терапии, злокачественные новообразования.

Итак, ПсА имеет важное медицинское и социальное значение, поскольку приводит к ранней инвалидизации больных и требует значительных затрат на лечение. Прогресс в изучении патогенеза ПсА и создание новых лекарственных средств могут изменить и стратегию его терапии. Целью лечения ПсА является достижение ремиссии, а если ремиссия не достигнута, то нужно стремиться по крайней мере к снижению активности заболевания.

ЛИТЕРАТУРА

1. Молочков В.А., Бадюкин В.В., Альбанова В.И. и др. Псориаз и псориатический артрит. М.: Товарищество научных изданий КМК; Авторская академия, 2007;33–9.
2. Бадюкин В.В. Ревматология. Клинические лекции. Под ред. Проф. В.В. Бадюкина. М.: Литтерра, 2012;151–82.
3. Alenius G.M., Berglin E., Rantapää Dahlqvist S. Antibodies against cyclic citrullinated peptide (CCP) in psoriatic patients with or without joint inflammation. *Ann Rheum Dis* 2006;65:398–440.
4. Бадюкин В.В., Трошкина И.А., Александрова Е.Н. Ревматоидный фактор и антитела к циклическому цитруллинированному пептиду у больных с псориатическим артритом. *Науч-практич ревматол* 2011;5:32–8.
5. Eder L., Chandran V., Pellet F. et al. Human leucocyte antigen risk alleles for psoriatic arthritis among patients with psoriasis. *Ann Rheum Dis* 2012;71:50–5.
6. Clegg D.O., Reda D.J., Mejias E. et al. Comparison of sulfasalazine and placebo in the treatment of psoriatic arthritis: a Department Veterans Affairs Cooperative Study. *Arthr Rheum* 1996;39:2013–20.
7. Mumtaz A., Gallagher P., Kirby B. et al. Development of a preliminary composite disease activity index in psoriatic arthritis. *Ann Rheum Dis* 2011;70:272–7.
8. Helliwell P., FitzGerald O., Pedersen R. et al. Comparison of composite disease activity scores in psoriatic arthritis. 3rd World Psoriasis & Psoriatic Arthritis Conference 2012 “Psoriasis — a global health challenge” June 27–July 1, 2012 in Stockholm, Sweden. *Abstr. P: 4–5, P009*.
9. Ash Z., Gaujoux-Viala C., Gossec L. et al. A Systematic Literature Review of Drug Therapies for the Treatment of Psoriatic Arthritis. Current Evidence and Meta-analysis Informing the EULAR Recommendations for the Management of Psoriatic Arthritis. *Ann Rheum Dis* 2012;71(3):319–26.
10. Mease P.J., Ganguly R., Wanke L. et al. How much improvement in functional status is considered important by patients with active psoriatic arthritis: applying the outcome measures in rheumatoid arthritis clinical trials (OMERACT) group guidelines. Abstract presented at EULAR 2004. *Ann Rheum Dis* 2004; 63(Suppl. 1):391–2.
11. Ash Z. A systematic literature review of conventional and biologic drug therapies for the treatment of psoriatic arthritis: current evidence informing the EULAR recommendations for the management of Psoriatic Arthritis. *Ann Rheum Dis* 2012;71(3):319–26.
12. Rahman P., Inman R.D., Maksymowych W.P. et al. Association of interleukin 23 receptor variants with psoriatic arthritis. *J Rheum* 2009;36(1):137–40.
13. Ali Y., Tom B.D., Schentag C.T. et al. Improved survival in psoriatic arthritis with calendar time. *Arthr Rheum* 2007;56(8):2708–14.

Боль в области шеи и плечевого сустава в практике ревматолога

Ю.А. Олюнин

ФГБУ «НИИР» РАМН, Москва

Заболевания, сопровождающиеся болью в области шеи и плечевого сустава, довольно многочисленны, нередко приводят к развитию стойкой функциональной недостаточности и встречаются у значительной части больных, наблюдающихся у ревматологов, неврологов, ортопедов и терапевтов. Частота таких нарушений может варьировать от 7 до 47% в зависимости от особенностей изучаемой популяции и применяемого определения. Перечень нозологических форм, которые следует исключать при проведении дифференциальной диагностики, содержит болезни, обусловленные поражением шейного отдела позвоночника, расположенных в этой области мышц, связок и сухожилий, неврологические изменения, системные воспалительные заболевания, миофасциальный болевой синдром, а также болезни, способные вызывать отраженную боль в области шеи и плечевого сустава (пневмония, ишемическая болезнь сердца, язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки). В лечении заболеваний мягких тканей области плечевого сустава большую роль играет соблюдение щадящего режима. Важным компонентом терапии является использование анальгетических средств, в первую очередь, нестероидных противовоспалительных препаратов (НПВП), в частности нимесулида (найз). Препарат с успехом применяется при боли в спине, остеоартрозе и внесуставных заболеваниях мягких тканей. Если уменьшение нагрузки на пораженную область и применение НПВП не дают желаемого эффекта, следует рассмотреть вопрос о локальном введении глюкокортикоидов.

Ключевые слова: боль в шее и плечевом суставе, нестероидные противовоспалительные препараты.

Контакты: Юрий Александрович Олюнин yuryaolyunin@yandex.ru

Л Е К Ц И И

*Pain in the neck and shoulder joint in a rheumatologist's practice**Yu.A. Olyunin**Institute of Rheumatology, Russian Academy of Medical Sciences, Moscow*

Diseases accompanied by pain in the neck and shoulder joint are rather numerous, frequently result in permanent functional failure, and are encountered in a considerable number of patients followed up by rheumatologists, neurologists, orthopedics, and therapists. The frequency of these impairments may vary from 7 to 47% according to the characteristics of the study population and used definition. The list of nosological entities to be excluded in the differential diagnosis includes diseases caused by lesions in the cervical spinal area, its muscles, ligaments, and tendons, neurological changes, systemic inflammatory diseases, myofascial pain syndrome, as well as diseases that can induce referred pain in the neck and shoulder joint (pneumonia, coronary heart disease, gastroduodenal ulcer disease). To follow a sparing regimen plays a large role in the treatment of soft tissue diseases in the shoulder joint. The use of analgesics, primarily nonsteroidal anti-inflammatory drugs (NSAIDs), such as nimesulide (nayz), is an important component of therapy. The drug has been successfully used for back pain, osteoarthritis, and extraarticular soft tissue diseases. The local administration of glucocorticoids is worth consideration if a reduced load on the affected area and the use of NSAIDs produce no desirable effect.

Key words: pain in the neck and shoulder joint, nonsteroidal anti-inflammatory drugs.

Contact: Yuri Aleksandrovich Olyunin yuryaolyunin@yandex.ru

Заболевания, сопровождающиеся болью в области шеи и плечевого сустава, довольно многочисленны, нередко приводят к развитию стойкой функциональной недостаточности и встречаются у значительной части больных, наблюдающихся у ревматологов, неврологов, ортопедов и терапевтов. Частота таких нарушений может варьировать от 7 до 47% в зависимости от особенностей изучаемой популяции и применяемого определения [1, 2]. В перечень нозологических форм, которые следует исключать при проведении дифференциальной диагностики, входят болезни, обусловленные поражением шейного отдела позвоночника, расположенных в этой области мышц, связок и сухожилий, неврологические изменения, системные воспалительные заболевания, миофасциальный болевой синдром, а также болезни, способные вызывать отраженную боль в области шеи и плечевого сустава, такие как пневмония, ишемическая болезнь сердца, язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки.

При обследовании пациента в первую очередь следует определить ведущий симптом заболевания (боль, слабость или функциональная недостаточность), а также уточнить наличие или отсутствие провоцирующих факторов (травма, спортивная или профессиональная нагрузка). Так, причиной стойкой боли может быть даже небольшое повреждение шеи, полученное в результате дорожно-транспортного происшествия, а боль в области плечевого сустава нередко обусловлена изменениями мягких тканей, возникающими в результате спортивных тренировок или профессиональной деятельности. При этом различить боль, связанную с поражением тканей, расположенных в области шеи и плечевого сустава, порой бывает нелегко, поскольку клинические проявления таких нарушений могут быть похожи.

Особенности имеющихся нарушений во многом определяют локализацию и характер боли. Патология шейного отдела позвоночника и мягких тканей в области шеи без вовлечения нервных структур сопровождается болью в области шейного отдела позвоночника, которая распространяется в верхние отделы трапецевидных мышц и не имеет дерматомного распределения [3]. При поражении дугоотростчатых суставов боль обычно иррадирует в область затылка, лопатки, плеча и верхнего отдела предплечья [4].

Пациенту с поражением плечевого сустава в остром периоде бывает сложно определить локализацию боли в отличие

от хронического патологического процесса, обычно имеющего более четкую клиническую картину. Больные с артритом или разрывом суставной губы плечевого сустава поначалу предъявляют жалобы на диффузную боль, локализирующуюся глубоко в области плечевого сустава [5]. В то же время изменения вращательной манжеты часто сопровождаются болью по переднелатеральной поверхности плеча, которая может иррадиировать вдоль дельтовидной мышцы вниз до верхнего отдела предплечья [6]. Изменения акромиально-ключичного сустава характеризуются болью в зоне поражения [7].

При периферических неврологических нарушениях обычно, хотя и не всегда, отмечается четко очерченный тип боли [8]. В течение первых нескольких дней или недель корешковый синдром, связанный с изменениями в области шейного отдела позвоночника, проявляется болью по медиальному краю лопатки или в области плечевого сустава. Эта симптоматика может ошибочно расцениваться как заболевание данного сустава или патология периартикулярных тканей [6]. Со временем эти нарушения могут прогрессировать и распространение боли ограничивается зоной иннервации пораженного корешка. При вовлечении сегментов C_{IV-V} боль может локализоваться только в области плечевого сустава, что существенно затрудняет диагностику. Пациенты с острым невритом плечевого нерва (травматическим или атравматическим) до появления дистальной неврологической симптоматики могут предъявлять жалобы на боли в области плечевого сустава. Боль в медиальном отделе лопатки может быть связана с синдромом верхней апертуры грудной клетки, нейропатией длинного нерва грудной клетки или надлопаточного нерва [9].

При наличии диффузной распространенной боли и отсутствии недавней травмы в анамнезе следует исключить системное заболевание соединительной ткани. Наличие ноющей боли и утренней скованности в области шеи, плечевых суставов и тазового пояса у людей старше 50 лет — характерный признак ревматической полимиалгии [10]. Заболевание обычно начинается остро и сопровождается функциональными нарушениями. Пациенты с ревматической полимиалгией могут вначале жаловаться лишь на боль в области плечевых суставов, но при более детальном расспросе они могут указать и на боль в области шеи, и в мышцах тазового пояса. Больному может быть трудно встать со стула и одеть-

ЛЕКЦИИ

ся. Миалгия нередко сочетается с общими проявлениями, такими как субфебрильная температура, утомляемость, потеря массы тела. При осмотре отмечается ограничение подвижности шеи, плечевых и тазобедренных суставов, связанное с болью. Нередко пациенты жалуются на мышечную слабость, хотя сила мышц обычно сохранена. Отмечаются повышение СОЭ, уровня СРБ, анемия. Если ревматическая полимиалгия не сочетается с гигантоклеточным артериитом, хороший эффект может быть получен при назначении преднизолона по 15 мг/сут.

Существенную помощь при проведении дифференциальной диагностики может оказать выявление движений и поз, усиливающих или ослабляющих боль. Так, увеличение интенсивности боли при разгибании шеи характерно для поражения дугоотростчатых суставов, тогда как уменьшение боли в положении лежа на спине с разогнутой шеей позволяет думать о дискогенной природе заболевания [11]. Дискомфорт, обусловленный поражением вращательной манжеты или акромиально-ключичного сустава, мешает больному заснуть в положении лежа на боку [7]. У пациентов с шейной радикулопатией боль может усиливаться при разгибании шеи, наклоне головы или повороте головы в больную сторону [8]. Корешковая боль может уменьшаться при отведении плеча или заведении руки за голову. Нарушение чувствительности, парестезии и слабость при боли в области шеи и плечевого сустава указывают на поражение нервных структур и могут быть обусловлены радикулопатией, особенно, если симптомы локализируются в зоне иннервации корешка.

Сенсорные нарушения не всегда связаны с патологией корешка. Они встречаются также у больных с синдромом верхней апертуры грудной клетки, который может сопровождаться онемением или парестезиями в области плечевого пояса. Шейная миелопатия способна вызывать нарушения чувствительности в области верхних или нижних конечностей. Шейная миофасциальная боль также может ассоциироваться с сенсорными нарушениями в руках. Мышечная слабость, связанная с болью в области шеи и плеч, бывает проксимальной или дистальной. Безболевая проксимальная мышечная слабость может быть признаком мононейропатии надлопаточного, длинного грудного или добавочного нерва [11]. Поражение надлопаточного нерва способно приводить к нарушению отведения и наружной ротации плеча. При вовлечении длинного грудного нерва больному трудно поднять руку над головой, а при патологии добавочного нерва — пожать плечами и отвести плечо.

Появление не связанной с травмой боли в области плечевого сустава с последующим развитием прогрессирующей мышечной слабости позволяет заподозрить неврит плечевого нерва. Вызванная им слабость обычно появляется в первые 2 нед после возникновения боли. Могут пострадать различные мышцы, в первую очередь те, что иннервируются верхним отделом плечевого сплетения. Наиболее часто вовлекаются надостная, подостная, передняя зубчатая и дельтовидная мышцы, но описаны различные комбинации мышц, включая чисто дистальную форму [12]. Проксимальная мышечная слабость в сочетании с миалгией или без нее может быть первым проявлением дерматомиозита (ДМ) или полимиозита (ПМ) [13]. Эти заболевания сопровождаются широким спектром клинических проявлений. Мышечная слабость является наиболее характерным из них. Заболевание обычно развивается исподволь, с постепенным нара-

щением симптомов на протяжении нескольких месяцев. При этом часто вовлекаются мышцы глотки и шеи, в результате чего нарушается глотание, и больному становится трудно удерживать голову. Описано избирательное поражение мышц шеи и паравerteбральных мышц, но обычно поражаются в основном проксимальные мышцы конечностей и мышцы туловища. Больному трудно подниматься по лестнице, вставать со стула, причесываться. В значительной части случаев отмечаются также миалгии и болезненность при пальпации пораженных мышц. В отличие от ПМ при ДМ патология мышц сочетается с изменениями кожи. Характерным признаком заболевания является повышение активности ферментов (креатинфосфокиназы, лактатдегидрогеназы, альдолазы, трансаминаз). Для подтверждения диагноза могут также потребоваться электромиографическое исследование и биопсия мышц. Наличие ПМ или ДМ — показание для назначения глюкокортикоидов (ГК). Это лечение обычно сочетается с использованием иммунодепрессантов и в некоторых случаях — с применением генно-инженерных биологических препаратов (ритуксимаб или ингибиторы фактора некроза опухоли).

Дистальная мышечная слабость в сочетании с болью в области шеи и плечевого сустава нередко связана с шейной радикулопатией. Она встречается также при шейной миелопатии, раке Пенкоста и синдроме верхней апертуры грудной клетки [14].

Хруст, щелканье и заклинивание при движениях в плечевом суставе характерны для нарушения его стабильности. У таких пациентов нередко выявляется повреждение суставной губы, включая ее отрыв от края суставной впадины лопатки (повреждение Банкарта) [15].

Патологические изменения, локализующиеся в области шеи, могут индуцировать появление симптомов, не имеющих пространственной связи с очагом поражения. Одним из характерных признаков является головная боль, которая может быть обусловлена различными нарушениями, в частности поражением дугоотростчатых суставов и мышечно-тоническим синдромом. Нарушение зрения, онемение, головокружение, тошнота и рвота — признаки вертебробазилярной недостаточности, обусловленной атлантоаксиальной нестабильностью, например при ревматоидном артрите (РА) [16].

Если это осложнение не будет своевременно распознано, оно может иметь фатальные последствия. Подвывихи шейных позвонков у больных РА могут быть вызваны недостаточностью связочного аппарата или деструктивными изменениями костных структур. Чаше встречается атлантоаксиальный, реже — субаксиальный подвывих. Клиническая картина определяется, прежде всего, степенью смещения позвонка. Небольшие подвывихи обычно остаются бессимптомными. По мере увеличения смещения появляется боль, которая может иррадиировать в затылок, висок, ретроорбитально и в ряде случаев сопровождается мышечным спазмом. Встречаются также явления миелопатии с сенсорным и моторным дефицитом. Подвывихи C₁ может индуцировать симптоматику поражения продолговатого мозга. Развитие вертебробазилярной недостаточности сопровождается головокружением, нарушением равновесия.

При осмотре можно видеть сглаженность шейного лордоза и ограничение подвижности шеи. При подозрении на подвывихи шейного позвонка больным РА показана рентгенография шейного отдела позвоночника в боковой проекции с

ЛЕКЦИИ

максимальным сгибанием и разгибанием шеи, а также в прямой проекции с открытым ртом. Расстояние между зубовидным отростком C_{II} и передней дугой атланта >3 мм является признаком нарушения стабильности. Увеличение этого показателя >9 мм ассоциируется с повышением риска сдавления спинного мозга. Считается, что раннее агрессивное лечение РА может эффективно сдерживать развитие структурных нарушений, в том числе изменений позвоночника. При наличии подвывиха шейного позвонка, сопровождающегося болью без неврологического дефицита, пациенту может быть рекомендовано использование воротника Шанца. При появлении признаков компрессии спинного мозга проводят хирургическое лечение. Оно также может быть показано при наличии стойкой боли в области шеи, резистентной к консервативной терапии, и увеличении расстояния между зубовидным отростком C_{II} и дугой атланта >14 мм.

При осмотре больного с жалобами на боль в области шеи и плечевого сустава необходимо учитывать наличие вынужденного положения. Так, пациенты с шейной радикулопатией обычно наклоняют голову в сторону, противоположную зоне поражения, что позволяет несколько уменьшить боль [8]. Наклон головы вперед при этой патологии может увеличивать напряжение шейных мышц, что в свою очередь ограничивает подвижность шеи. В то же время пациенты с поражением дугоотростчатых суставов наклоняют голову вперед, разгружая эти структуры. Наклон головы кпереди в таких случаях обычно сочетается с округлением области плечевых суставов за счет внутренней ротации плеча и смещения лопатки кпереди. Такая поза может приводить к сужению субакромиального пространства, способствуя тем самым сдавлению вращательной манжеты и возникновению импичмент-синдрома. Она также способствует формированию синдрома верхней апертуры грудной клетки [17].

Область плечевого пояса, шеи и лопатки лучше осматривать сзади, сопоставляя между собой противоположные стороны. Диффузная атрофия мышц плечевого пояса может быть следствием неврита плечевого нерва, тогда как избирательная атрофия отдельных мышц этой зоны встречается при разрывах соответствующих сухожилий вращательной манжеты, а также при вовлечении подлопаточного и добавочного нервов [12]. Систематическая пальпация пораженной области в ряде случаев позволяет получить диагностически значимую информацию. Так, локальная болезненность при пальпации отдельных мышц (трапецевидной, ромбовидной, надостной, подостной) часто является признаком миофасциального болевого синдрома [18]. В то же время диффузная болезненность при пальпации шеи неспецифична и встречается при различных заболеваниях. Выступ, пальпируемый в области ключицы, может быть обусловлен переломом. Болезненность при пальпации акромиально-ключичного сустава указывает на его поражение.

Локальная болезненность в субакромиальной зоне или в области бугристости плечевой кости позволяет думать о наличии импичмент-синдрома плеча или разрыва сухожилия. Область плечевого сустава является одной из наиболее частых локализаций болевого синдрома, связанного с поражением околоуставных мягких тканей. Анатомические особенности плечевого сустава и большой объем совершаемых в нем движений обуславливают повышенную уязвимость периартикулярных структур. В клинической практике принято выделять несколько основных вариантов пато-

логических изменений мягких тканей в области плечевого сустава. К ним относятся тендинит вращательной манжеты (синдром сдавления ротатора плеча), тендинит двуглавой мышцы, кальцифицирующий тендинит плеча, адгезивный капсулит плеча, импичмент-синдром плеча. Под импичмент-синдромом плеча понимают комплекс изменений, возникающих в результате сдавления расположенных в субакромиальной области мягких тканей между головкой плечевой кости и лежащими над ней жесткими структурами (акромиальный отросток лопатки, ключично-акромиальный сустав, клювовидно-акромиальная связка).

Этот механизм приводит к развитию изменений сухожилия надостной мышцы, длинной головки бицепса, субакромиальной синовиальной сумки. В медицинской литературе термин «импичмент-синдром плеча» принято толковать достаточно широко. В рамках этого синдрома зачастую объединяют три основные нозологические формы — тендинит вращающей манжеты, тендинит длинной головки бицепса и субакромиальный бурсит. У пациентов с патологией вращательной манжеты обычно отмечается ограничение активных и пассивных движений в плечевом суставе. Болезненность может ограничивать пассивную внутреннюю ротацию плеча и активное отведение, поскольку при этих движениях сухожилия вращательной манжеты сдавливаются между плечевой костью и расположенными над ней жесткими структурами. При этом уменьшение подвижности плечевого сустава отчасти может компенсироваться за счет движений лопатки [19]. В отличие от патологии вращательной манжеты поражение собственно плечевого сустава может вызывать ограничение движений во всех направлениях. Если пассивная наружная ротация плеча ограничена в большей степени, чем внутренняя ротация, можно заподозрить наличие адгезивного капсулита.

В лечении заболеваний мягких тканей области плечевого сустава большую роль играет соблюдение щадящего режима. Больному следует ограничить нагрузку на пораженную область, избегать движений, вызывающих боль, и не совершать движений с большой амплитудой. Ограничение нагрузки создает благоприятные условия для развития репаративных процессов и уменьшения воспалительных изменений. Важным компонентом лечения является использование анальгетических средств, в первую очередь нестероидных противовоспалительных препаратов (НПВП). Они эффективно подавляют воспалительные изменения, обусловленные поражением околоуставных тканей, и у значительной части больных обеспечивают выраженное клиническое улучшение уже на ранних сроках лечения. Основой их терапевтического действия является подавление активности фермента циклооксигеназы (ЦОГ). Этот эффект обеспечивает уменьшение синтеза продуктов, опосредующих развитие воспаления, но связан со значительным риском возникновения нежелательных явлений, прежде всего, со стороны желудочно-кишечного тракта. Этот риск существенно снижается при использовании препаратов, оказывающих преимущественное воздействие на одну из изоформ ЦОГ — ЦОГ 2. Одним из таких препаратов является нимесулид (найз). Препарат очень быстро всасывается из желудочно-кишечного тракта, его максимальная концентрация (от 2,86 до 6,50 мг/л) отмечается в период от 1,22 до 2,75 ч после приема внутрь [20]. Прием пищи не уменьшает абсорбцию. После всасывания препарат активно связывает-

ЛЕКЦИИ

ся с альбумином и быстро распределяется в тканях. Нимесулид метаболизируется с образованием соединений, которые выводятся из организма через почки и кишечник. Эти метаболиты также обладают противовоспалительными свойствами. Препарат с успехом применяется при боли в спине, остеоартрозе и внесуставных заболеваниях мягких тканей [21–23]. Среди других НПВП нимесулид выделяется быстрым действием. Хорошее всасывание позволяет добиться отчетливого клинического улучшения в очень короткие сроки [24]. Если уменьшение нагрузки на пораженную область и применение НПВП не дают желаемого эффекта, следует рассмотреть вопрос о локальном введении ГК [25]. Препараты этой группы могут быстро и эффективно подавлять

болевого синдром при точном введении в воспаленные синовиальные структуры (сухожильное влагалище или синовиальная сумка). Необходимо избегать введения ГК непосредственно в пораженное сухожилие, поскольку это может привести к увеличению дегенеративных изменений. Следует помнить, что применение противовоспалительных препаратов не позволяет устранить дегенерацию сухожилий, лежащую в основе болезни. Поэтому при уменьшении боли пациенту нельзя сразу увеличивать нагрузку. Он должен соблюдать щадящий режим как минимум в течение нескольких недель.

ЛИТЕРАТУРА

1. Ferrari R., Russell A.S. Regional musculoskeletal conditions: neck pain. *Best Pract Res Clin Rheum* 2003;17(1):57–70.
2. Roquelaure Y., Ha C., Leclerc A. et al. Epidemiologic surveillance of upper-extremity musculoskeletal disorders in the working population. *Arthr Rheum* 2006;55(5):765–78.
3. Ahn N.U., Ahn U.M., Ipsen B. et al. Mechanical neck pain and cervicogenic headache. *Neurosurgery* 2007;60;1 (Suppl. 1):S21–S7.
4. Dwyer A., Aprill C., Bogduk N. Cervical zygapophyseal joint pain patterns. I: A study in normal volunteers. *Spine (Phila Pa)* 1976. 1990;15(6):453–7.
5. Snyder S.J., Karzel R.P., Del Pizzo W. et al. SLAP lesions of the shoulder. *Arthroscopy* 1990;6(4):274–9.
6. Lauder T.D. Musculoskeletal disorders that frequently mimic radiculopathy. *Phys Med Rehabil Clin N Am* 2002;13(3):469–85.
7. Burbank K.M., Stevenson J.H., Czarnecki G.R. et al. Chronic shoulder pain: part I. Evaluation and diagnosis. *Am Fam Physician* 2008;77(4):453–60.
8. Abbed K.M., Coumans J.V. Cervical radiculopathy: pathophysiology, presentation, and clinical evaluation. *Neurosurgery* 2007;60;1(Suppl. 1):S28–S34.
9. Safran M.R. Nerve injury about the shoulder in athletes, part 2: long thoracic nerve, spinal accessory nerve, burners/stingers, thoracic outlet syndrome. *Am J Sports Med* 2004;32(4):1063–76.
10. Salvarani C., Cantini F., Boiardi L. et al. Polymyalgia rheumatica and giant-cell arteritis. *N Engl J Med* 2002;347(4):261–71.
11. Fish D.E., Gerstman B.A., Lin V. Evaluation of the patient with neck versus shoulder pain. *Phys Med Rehabil Clin N Am* 2011;22(3):395–410.
12. England J.D., Sumner A.J. Neuralgic amyotrophy: an increasingly diverse entity. *Muscle Nerve* 1987;10(1):60–8.
13. Harris-Love M.O., Shrader J.A., Koziol D. et al. Distribution and severity of weakness among patients with polymyositis, dermatomyositis and juvenile dermatomyositis. *Rheumatology (Oxford)* 2009;48(2):134–9.
14. Huang J.H., Zager E.L. Thoracic outlet syndrome. *Neurosurgery* 2004;55(4):897–902.
15. Illyes A., Kiss R.M. Electromyographic analysis in patients with multidirectional shoulder instability during pull, forward punch, elevation and overhead throw. *Knee Surg Sports Traumatol Arthrosc* 2007;15(5):624–31.
16. Nguyen H.V., Ludwig S.C., Silber J. et al. Rheumatoid arthritis of the cervical spine. *Spine J* 2004;4(3):329–34.
17. Mackinnon S.E., Novak C.B. Thoracic outlet syndrome. *Curr Probl Surg* 2002;39(11):1070–145.
18. Duyur Cakit B., Genc H., Altuntas V. et al. Disability and related factors in patients with chronic cervical myofascial pain. *Clin Rheum* 2009;28(6):647–54.
19. Poppen N.K., Walker P.S. Normal and abnormal motion of the shoulder. *J Bone Joint Surg Am* 1976;58(2):195–201.
20. Bernareggi A. Clinical pharmacokinetics of nimesulide. *Clin Pharmacokinet* 1998;35(4):247–74.
21. Pohjolainen T., Jekunen A., Autio L. et al. Treatment of acute low back pain with the COX-2-selective anti-inflammatory drug nimesulide: results of a randomized, double-blind comparative trial versus ibuprofen. *Spine* 2000;25(12):1579–85.
22. Magaro M., Altomonte L., Zoli A. et al. Nimesulide in the treatment of osteoarthritis and extra-articular rheumatism. *Minerva Med* 1989;80(9):1015–8.
23. Wober W. Comparative efficacy and safety of nimesulide and diclofenac in patients with acute shoulder, and a meta-analysis of controlled studies with nimesulide. *Rheumatology (Oxford)* 1999;38(Suppl. 1):33–8.
24. Кудяева Ф.М., Барскова В.Г., Насонова В.А. Сравнение скорости наступления противовоспалительного и анальгетического эффекта таблетированных нимесулидов и диклофенака натрия при подагрическом артрите: рандомизированное исследование. *Науч-практич ревматол* 2008;1:55–9.
25. Speed C.A. Fortnightly review: Corticosteroid injections in tendon lesions. *BMJ* 2001;323(7309):382–6.