

9. Penzien D. B., Rains J. C., Lipchik G. L., Creer T. L. Behavioral interventions for tension-type headache: overview of current therapies and recommendation for a self-management model for chronic headache // *Curr. Pain Headache Rep.* – 2004. – Vol. 8. – P. 489.

10. Stovner L. J., Hagen K., Jensen R., et al. The global burden of headache: a documentation of headache prevalence and disability worldwide // *Cephalalgia.* – 2007. – Vol. 27. – P. 193.

ПЕРИАРТРОПАТИИ В ПРАКТИКЕ НЕВРОЛОГА: ОПТИМАЛЬНЫЕ ПОДХОДЫ К ТЕРАПИИ

И. Е. Гордеева, Я. Х. Бабушкин, Х. Ш. Ансаров, А. Ф. Сажин

Кафедра неврологии, нейрохирургии, с курсом медицинской генетики, курсом неврологии, мануальной терапии и рефлексотерапии ФУВ ВолгГМУ

Хронические болевые синдромы продолжают оставаться одной из актуальных медицинских проблем. Жалобы на боли в области суставов наблюдаются в клинической картине целого ряда не только неврологических, но и соматических заболеваний, а также ортопедической патологии, и их распространенность на примере только плечевого сустава доходит до 26 % общей популяции. Основные причины болей в области суставов можно разделить на:

- ревматологические (РА, серонегативные спондилоартриты и др.);
- ортопедические (ДОА, врожденные заболевания ОДС и др.);
- неврологической (миофасциальный болевой синдром, периартропатии, фибромиалгия, радикулопатии и др.);
- этиологии из разряда «красные флаги» (первичные опухоли, метастазы, травмы суставов, инфекционные артриты и др.).

Так, например, у пожилых пациентов около 65 % случаев болей в плече обусловлено патологией вращающей манжеты плеча, 11 % – болезненностью перикапсулярной мускулатуры, 10 % – патологией акромиально-ключичного сустава, 3 % – артритом плечевого сустава. В 5 % случаев боли носят характер иррадиирующих из шейного отдела позвоночника.

В дифференциальной диагностике болевого синдрома в области сустава или суставов помимо исследования неврологического

статуса необходимо оценивать ревматологический анамнез, остроту появления симптоматики, рентгенографию, а лучше УЗИ и МРТ сустава и периартикулярных тканей, а при необходимости исследовать кровь на ревмопробы. Так, если рассматривать плечевую локализацию болей, как отмечено в работе (Солоха О. А., 2004), то выбору пациента в пользу невролога также способствует тенденция к хроническому течению болевых синдромов данной локализации, наличие иррадиирующих болей, частое их сочетание с болями в шейном отделе позвоночника.

Проблема периартропатий (ПАП) является междисциплинарной, так как различные формы поражения периартикулярных тканей встречаются в практике врачей многих специальностей. Это связано с тем, что такие синдромы разнообразны по этиологии и имеют особенности в механизме поражения. Высокая распространенность периартропатий обусловлена не только инволютивными дегенеративными изменениями в околоуставных тканях, но и повышенными требованиями, которые предъявляются к современному человеку в повседневной жизни, особенно в неблагоприятных бытовых и профессиональных условиях, длительных статичных позах, монотонном труде на конвейере и т. п.

Чаще всего периартропатия – это хронический, длительно развивающийся процесс, обусловленный развитием дегенера-

тивно-воспалительных изменений связочно-мышечного аппарата сустава. На наш взгляд их можно разделить на:

- 1) периаартропатии как самостоятельное заболевание (без патологии сустава);
- 2) периаартропатии на фоне ревматической патологии;
- 3) периаартропатии на фоне ортопедической патологии;
- 4) периаартропатии на фоне фибромиалгии;
- 5) другие коморбидные периаартропатии (на фоне онкопатологии, травм и т. д).

Наиболее часто встречаются периаартропатии плечевого, тазобедренного, локтевого, коленного суставов, а также дисфункция крестцово-подвздошного сочленения (КПС), которая включает в себя также периаартропатию. Они могут сопутствовать или опережать по времени возникновение суставной патологии, а могут быть вообще не связанными с ней.

В целом периаартропатии или периаартрозы до сих пор являются предметом обсуждения врачей смежных специальностей: неврологов, ортопедов и ревматологов. Боли в этом случае могут быть обусловлены первичным дегенеративным процессом в мышцах и сухожилиях в сочетании с их хронической микротравматизацией, ишемией, реактивным воспалением.

Эпикондилиты локтевого сустава – одна из частых форм периаартропатий, в основе которой лежат дегенеративно-воспалительные изменения в месте прикрепления к плечевой кости (в области локтевого сустава) сухожилий мышц наружной и внутренней области предплечья. При этом чаще поражается наружный надмыщелок (наружный эпикондилит или «локоть теннисиста»), значительно реже в процесс вовлекаются сухожилия сгибателей кисти – внутренний эпикондилит.

Патогенез эпикондилитов связан с перегрузкой – чаще это повторяющиеся движения кистью в положении отведения руки и сгибания в локтевом суставе, и вторичным развитием воспалительной реакции.

По данным ряда авторов, периаартрозы суставов нижних конечностей встречаются редко: тазобедренные – менее чем в 1 %, коленные – более чем в 1 %, голеностопные – менее чем в 0,5 %. При ходьбе шейка бедра испытывает высокие нагрузки в верхней ее части на изгиб, в нижней – на сжатие. Ткани сустава, особенно синовиальная, представляют собой обширную рефлексогенную зону, и при любой ее патологии в сумочно-связочном аппарате тазобедренного сустава определяются реактивно-деструктивные изменения рецепторов и демиелинизация нервных волокон. Поэтому измененные ткани становятся источником нейродистрофических и мышечно-тонических периартикулярных нарушений.

Болевой синдром в области коленного сустава обычно сопровождается поражением периартикулярных тканей и должен рассматриваться в связи с другими нейродистрофическими рефлекторными синдромами, источником развития которых может быть также патология позвоночника. Развитие периаартропатий в данной суставе возможно при постоянном растяжении сухожилий, расположенных в области сустава у лиц с *genualgum*, а также с фиксированным поясничным гиперлордозом и приподниманием задних отделов таза с натяжением задних мышц бедра. Ноющие боли возникают при длительном стоянии, ходьбе в момент сгибания в коленном суставе, при пассивном сгибании и разгибании в суставе, а также в момент наружной ротации. К периаартропатии коленного сустава можно отнести и некоторые виды синдрома подколенной ямки. Данный симптомокомплекс включает в себя признаки вертеброгенного нейромиоостеофиброза в подколенной ямке и компрессии седалищного нерва или его основных ветвей (большеберцового или малоберцового нерва) и подколенных сосудов.

Лечение периаартропатий является комплексным и включает в себя как фармакотерапию, так и нелекарственные методы воздействия. В терапии таких синдромов для

невролога важно исключить «неневрологическую» этиологию и учитывать коморбидные состояния. В терапию периартропатий обязательно включаются НПВС (диклофенак, мелоксикам, нимесил, кетопрофен, эторикоксиб) и миорелаксанты (tizанидин, мидокалм). В связи с множеством побочных реакций НПВП рекомендуется использовать НПВП селективного действия короткими курсами на фоне гастропротекторов. Целесообразно начинать терапию с внутримышечных инъекций, переходя потом на таблетированные формы НПВП. Применение миорелаксантов (tizанидин, толперизон) позволяет снизить дозу НПВП и тем самым уменьшить возможность появления нежелательных эффектов.

Местное лечение НПВП осуществляется также с применением топических форм (гели, мази, кремы, пластыри, аэрозоли). Возможность применять лекарственные средства местно позволяет доставлять активное вещество максимально близко к источнику болевого ощущения. Это – безусловное преимущество наружных средств, которые практически не имеют системных побочных эффектов.

Локальные инъекции – лечебно-медикаментозные блокады (с ГКС и анестетиками) и лечебно-медикаментозные инъекции (с хондропротекторами и антигомотоксическими препаратами) широко применяются при периартропатиях. Они зарекомендовали себя как высокоэффективный и быстродействующий метод терапии как острых, так и хронических форм периартропатий, который может сочетаться с другими медикаментозными и немедикаментозными методами лечения.

При длительном течении болевого синдрома необходимо включать в лечение антидепрессанты, антиконвульсанты, анксиолитики, методы постизометрической мышечной релаксации и мануальной терапии, а также ИРТ, биопунктуры. Физиотерапевтические мероприятия в лечении ПАП (массаж, фонофорез, электрофорез, ультразвук) не показали значительной эффективности.

Целесообразно включение препарата ботулинического токсина типа А (ботокса) в схему лечения пациентов с некоторыми видами хронических периартропатий. Так, при ПАП с адгезивным капсулитом и с мышечно-тоническим синдромом плечевого пояса критериями назначения ботулинотерапии могут быть: отсутствие ярко выраженной патологии структур вращающей манжеты плеча; отсутствие сформированных депрессивных расстройств, признаков соматоформного болевого расстройства; отсутствие признаков компрессионной радикулопатии шейных корешков; отсутствие клинически значимого синдрома верхней апертуры грудной клетки (синдрома передней лестничной мышцы).

Одним из важнейших факторов, предопределяющих вероятность хронического течения боли при периартропатиях, могут быть нарастающие в степени выраженности дегенеративные процессы в хрящевой ткани различных суставов. Хрящ не имеет нервных окончаний и сосудов. Его питание осуществляется пассивно из синовиальной жидкости и сосудов подлежащей кости. Поэтому, по мере старения организма, в хрящевой ткани уменьшаются концентрация протеогликанов и связанная с ними гидрофильность ткани. Ослабляются процессы размножения хондробластов и молодых хондроцитов. Именно дегенеративные изменения этих структур вызывают стойкие биомеханические нарушения, способствующие затяжному рецидивирующему течению болевого синдрома. Поэтому целесообразно применение фармакологических средств, стимулирующих продукцию нормальной хрящевой ткани и замедляющих ее разрушение. Это так называемые медленно действующие противовоспалительные или структурно-модифицирующие средства, или «хондропротекторы». Длительное и систематическое применение хондропротекторов при периартропатиях, которые зачастую сопровождают остеоартрозы, может замедлить текущий дегенеративный процесс и преодолеть тенденцию к хронизации боли. Достаточно большой опыт применения хондропротекторов при дегенеративных

заболеваниях периферических суставов (остеоартрозе) показал, что препараты этой группы способствуют более быстрому купированию болевого синдрома, восстановлению подвижности пораженных суставов. К ним относятся: предшественники хрящевого матрикса (глюкозамин, хондроитин и гиалуроновая кислота); модуляторы цитокинов (диациреин и ингибиторы металлопротеаз).

Собственный, более чем 20-летний опыт работы показывает, что при периартропатиях наиболее эффективной является комплексная консервативная терапия, включающая использование медикаментозных средств (НПВС, периартикулярное введение ГКС и местных анестетиков), включая наружные формы, и немедикаментозных – ПИРМ, релизов, ЛФК и ИРТ.

ЛИТЕРАТУРА

1. Барулин А. Е., Курушина О. В. Хондропротекторы в комплексной терапии болей в спине // РМЖ. – 2013. – № 30. – С. 1543.
2. Барулин А. Е., Курушина О. В., Думцев В. В. Современные подходы к терапии хронической тазовой боли // РМЖ. – 2016. – № 13. – С. 847–851.
3. Бельский А. Г. Плечелопаточный периартрит. Прощание с термином: от приблизительности к конкретным нозологическим формам // Consilium medicum. – 2004. – Т. 6, № 2. – С. 72–77.
4. Гордеева И. Е. Актювегин и дексаметазон в комплексном лечении плечелопаточного периартроза.: сб. работ молодых ученых ВМА. – 2003. – С. 23.
5. Гордеева И. Е., Матюхина Н. В. Периартропатии в практике невролога: оптимизация терапии // Актуальные проблемы современной ревматологии: сб. науч. работ. – 2013. – Вып. 30. – С. 25–26.
6. Данилов А. Б., Данилов Ал. Б. Управляй болью. Биопсихосоциальный подход. – М.: АММ ПРЕСС, 2012. – С. 582.
7. Мисиков В. К. Синдром плечелопаточного периартроза. Клиника, диагностика, лечение // РМЖ. – 2014. – № 10. – С. 722.
8. Пилипович А. А. Синдром «замороженного плеча» // РМЖ. – 2016. – № 20. – С. 1379–1384.
9. Рыбак В. А., Гордеева И. Е., Бабушкин Я. Е., Мирошникова В. В., Курушина О. В. Инвазивные методы лечения в неврологии: Монография. – Волгоград, 2009. – 300 с.
10. Солоха О. А. Боль в области плечевого сустава: подход невропатолога // Consilium Medicum (Прил.). – 2004. – № 2. – С. 92–95.
11. Page M. J., Green S., Kramer S., et al. Manual therapy and exercise for adhesive capsulitis (frozen shoulder) // Cochrane Database Syst Rev. – 2014. – Vol. 8. – CD011275.
12. Vlad S. C., LaValley M. P., McAlindon T. E., et al. Review Glucosamine for pain in osteoarthritis: why do trial results differ? // Arthritis Rheum. – 2007. – Vol. 7. – P. 2267–2277.
13. Practice guidelines for chronic pain management: an updated report by the American Society of Anesthesiologists Task Force on Chronic Pain Management and the American Society of Regional Anesthesia and Pain Medicine // Anesthesiology. – 2010. – Vol. 4. – P. 810–833.
14. Omoigui S. The biochemical origin of pain-proposing a new law of pain: the origin of all pain is inflammation and the inflammatory response. Part 1 of 3-a unifying law of pain // Med. Hypotheses. – 2007. – Vol. 1. – P. 70–82.