

ОГЛАВЛЕНИЕ

Предисловие к изданию на русском языке	18
Предисловие	19
Сокращения и условные обозначения	20
Введение	24
ЧАСТЬ 1. КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА РЕВМАТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ	25
ГЛАВА 1. Оценка костно-мышечной боли	27
Введение	27
Локализация боли и болевые модели	27
Характер боли	28
Определение характера болевых ощущений с помощью различных приемов	29
Оценка боли у маленьких детей	30
ГЛАВА 2. Региональная костно-мышечная патология: предварительный диагноз	31
Введение	31
Основные положения	31
Боль в шее	32
Эпидемиология	32
Функциональная анатомия	33
Сбор анамнеза	34
Физикальные методы исследования	37
Дополнительные методы исследования	38
Лечение	39
Боль в плече	42
Анатомия плеча	42
Боль в плече и его повреждения	45
Сбор анамнеза	46
Физикальные методы исследования	48
Дополнительные методы исследования	52
Лечение	54
Боль в локтевой области	55
Функциональная анатомия	55
Сбор анамнеза	56
Физикальные методы исследования	58
Дополнительные методы исследования	60
Лечение	61
Боль в запястье	62
Функциональная анатомия запястья	62
Сбор анамнеза	62
Физикальные методы исследования	66
Оценка целостности сухожилий	67
Дополнительные методы исследования и лечение	67

Симптомы поражения области кисти.....	67
Функциональная анатомия кисти.....	68
Сбор анамнеза.....	71
Физикальные методы исследования.....	74
Дополнительные методы исследования, применяемые при патологии запястья и кисти.....	77
Лечение патологии запястья и кисти.....	79
Периферические повреждения нервов верхней конечности.....	80
Введение.....	80
Длинный грудной нерв.....	81
Надлопаточный нерв.....	81
Локтевой нерв.....	81
Лучевой нерв.....	83
Срединный нерв.....	83
Боль в грудном отделе позвоночника и грудной клетке.....	85
Введение.....	85
Сбор анамнеза.....	86
Физикальные методы исследования.....	89
Инструментальные исследования.....	91
Лечение.....	92
Боль и патологические изменения в нижней части спины у взрослых.....	92
Эпидемиология.....	92
Анатомия поясничного и крестцового отдела позвоночника.....	93
Сбор анамнеза.....	94
Физикальные методы исследования.....	97
Дополнительные методы исследования.....	103
Лечение.....	107
Патология позвоночника у детей и подростков.....	108
Введение.....	108
Сбор анамнеза.....	108
Физикальные методы исследования.....	111
Дополнительные инструментальные исследования.....	114
Боль в тазу, бедре и паховая боль.....	116
Анатомия.....	116
Сбор анамнеза.....	118
Физикальные методы исследования.....	122
Дополнительные инструментальные исследования.....	126
Лечение.....	128
Боль в колене.....	129
Анатомия области колена.....	129
Сбор анамнеза.....	133
Физикальные методы исследования.....	136
Дополнительные инструментальные исследования.....	142
Лечение.....	144
Патология голени и стопы у взрослых.....	147
Анатомия.....	147
Различные состояния нижней части ноги.....	151
Сбор анамнеза.....	151

Физикальные методы исследования.....	155
Дополнительные инструментальные исследования.....	159
Лечение.....	161
Патология стопы у детей и подростков.....	163
Введение.....	163
Сбор анамнеза.....	164
Физикальные методы исследования.....	168
Дополнительные инструментальные исследования.....	172
Лечение.....	174
Лечение глюкокортикоидами.....	174
Введение.....	174
Техника внутрисуставных инъекций.....	175
Принципы реабилитации.....	179
Взрослые.....	179
Дети.....	180
Подростки.....	181
ГЛАВА 3. Клиническая картина заболеваний: рабочий диагноз.....	182
Олигоарткулярная боль у взрослых.....	182
Введение.....	182
Сбор анамнеза.....	184
Семейный и социальный анамнез.....	187
Осмотр.....	188
Дополнительные методы исследования.....	189
Олигоарткулярная боль у детей и подростков.....	193
Введение.....	193
Сбор анамнеза.....	195
Осмотр.....	197
Дополнительные методы исследования.....	199
Распространенная боль у взрослых.....	201
Введение.....	202
Сбор анамнеза.....	203
Физикальные методы исследования.....	211
Дополнительные методы исследования.....	217
Распространенная боль у детей и подростков.....	221
Введение.....	221
Сбор анамнеза.....	223
Осмотр.....	226
ГЛАВА 4. Симптомы ревматических заболеваний.....	232
Патологические изменения кожи при ревматических заболеваниях.....	232
Важность проведения осмотра кожи.....	232
Местная патология.....	232
Типы высыпаний.....	234
Диагностика утолщений кожи.....	237
Кожный васкулит у взрослых.....	238
Введение.....	238
Подозрение на васкулит.....	238

Важные аспекты.....	239
Системный васкулит.....	240
Дополнительные методы исследования.....	241
Кожный васкулит у детей и подростков.....	242
Эпидемиология.....	242
Важные аспекты анамнеза.....	242
Обследование.....	243
Дополнительные методы исследования.....	244
Эндокринные нарушения.....	245
Сахарный диабет.....	245
Гипотиреоз.....	246
Гиперпаратиреоз.....	247
Тиреотоксикоз.....	248
Акромегалическая артропатия.....	249
Патологические изменения кишечника и гепатобилиарной системы.....	249
Наиболее распространенные симптомы поражения костно-мышечной системы у пациентов с патологией кишечника или гепатобилиарной системы.....	249
Характеристика кишечной и гепатобилиарной патологии у пациентов с ревматическими заболеваниями.....	251
Побочные действия на кишечник и гепатобилиарную систему антиревматических препаратов.....	253
Опухоли.....	255
Первичные и вторичные опухолевые заболевания костей и суставов.....	255
Признаки опухолевого процесса, вызывающего костно-мышечное поражение.....	256
Паранеопластические миопатии.....	256
Немиопатические паранеопластические синдромы.....	258
Ревматические заболевания, ассоциирующиеся с увеличением частоты возникновения опухолей.....	258
ЧАСТЬ 2. КЛИНИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ И ЛЕЧЕБНАЯ ТАКТИКА ПРИ РЕВМАТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ.....	261
ГЛАВА 5. Ревматоидный артрит.....	263
Критерии заболевания и эпидемиология.....	263
Заболеваемость, распространенность и смертность.....	264
Клиническая характеристика ревматоидного артрита.....	264
Поражение внутренних органов при ревматоидном артрите.....	265
Лимфатические узлы.....	265
Патологические изменения легких.....	265
Сердечно-сосудистая система.....	266
Кожа.....	267
Поражения глаз.....	267
Неврологические проявления.....	267
Переломы.....	267
Сухожилия и связки.....	268

Инфекционные заболевания.....	268
Вторичный амилоидоз.....	268
Синдром Фелти.....	268
Лечение ревматоидного артрита.....	268
Применение лекарственных препаратов.....	271
Сульфасалазин и гидроксихлорохин.....	272
Метотрексат.....	273
Другие базисные противовоспалительные препараты.....	274
Глюкокортикоиды.....	275
Лечение препаратами анти-ФНО- α	276
Антагонисты рецепторов интерлейкина-1: анакинра®.....	278
В-клеточная терапия.....	278
Экспериментальная терапия при ревматоидном артрите.....	278
Беременность и лактация.....	279
Хирургическое лечение при ревматоидном артрите.....	280
Резюме по тактике лечения ревматоидного артрита.....	281
Серопозитивный полиартрит у детей.....	282
ГЛАВА 6. Остеоартрит.....	284
Введение.....	284
Эпидемиология и патология.....	284
Клиническая характеристика ОА.....	286
Узелковый генерализованный остеоартрит.....	286
Эрозивный остеоартрит.....	287
Остеоартрит крупных суставов.....	287
Вторичный остеоартрит.....	287
Течение остеоартрита.....	288
Диагностика ОА.....	288
Ведение ОА.....	289
Успешное ведение.....	289
Порядок ведения.....	289
ГЛАВА 7. Ювенильный идиопатический артрит.....	292
Введение.....	292
Основные принципы ведения ювенильных ревматических заболеваний.....	293
Олигоартрит.....	294
Клиническая картина.....	294
Исследования, проводимые при олигоартрите.....	296
Лечение олигоартрита.....	297
Системный артрит.....	298
Клиническая картина.....	298
Дифференциальная диагностика.....	300
Обследование при системном артрите.....	301
Лечение системного артрита.....	302
Серонегативный полиартрит у детей.....	303
Основные положения.....	303
Клиническая картина серонегативного полиартрита.....	304

Лабораторная диагностика	305
Лечение	305
Хронический детский неврологический кожный и суставной синдром	306
Болезнь Стилла	307
ГЛАВА 8. Спондилоартропатии.....	308
Введение	308
Критерии диагноза и клинические варианты	309
Анкилозирующий спондилит	311
Эпидемиология	311
Клинические особенности анкилозирующего спондилита.....	312
Экстраартикулярные поражения при анкилозирующем спондилите	313
Дополнительные исследования при анкилозирующем спондилите	314
Статус заболевания и индикаторы прогноза при анкилозирующем спондилите	315
Лечение анкилозирующего спондилита	316
Псориатический артрит	318
Эпидемиология и клиническая картина	318
Лечение псориатического артрита	320
Реактивная артропатия.....	320
Клинические проявления	320
Дополнительные исследования и лечение реактивного артрита	321
Кишечная артропатия	322
Клинические проявления.....	322
Спондилоартропатии у детей	323
Эпидемиология и клиническая картина	323
Ювенильный псориатический артрит	324
Лечение ювенильного псориатического артрита	324
Прогноз при ювенильной спондилоартропатии.....	325
ГЛАВА 9. Системная красная волчанка	326
Введение	326
Клинические характеристики системной красной волчанки	327
Костно-мышечные симптомы.....	327
Кожа	328
Поражения сердечно-сосудистой системы.....	328
Поражения легких	329
Поражения почек.....	330
Поражения кроветворной системы.....	330
Поражения нервной системы	331
Другие клинические признаки	332
Антифосфолипидный синдром и системная красная волчанка	332
Беременность и системная красная волчанка	333
Диагностика системной красной волчанки	333
Лекарственная волчанка	335

Лечение системной красной волчанки.....	336
Устранение факторов риска развития сердечно-сосудистых заболеваний	336
Новые методы лечения системной красной волчанки	337
Прогноз и выживаемость при системной красной волчанке	338
Системная красная волчанка у детей	339
Системная красная волчанка новорожденных.....	340
ГЛАВА 10. Антифосфолипидный синдром.....	341
Введение	341
Эпидемиология и патофизиология	342
Клиническая картина	343
Тромбоз.....	344
Тромбоцитопения	344
Гибель плода	344
Другие признаки антифосфолипидного синдрома	345
Лечение антифосфолипидного синдрома.....	345
Катастрофический АФС	346
Введение	346
Клиническая картина	347
Лабораторные показатели	347
Дифференциальная диагностика	347
Лечение и прогноз	348
ГЛАВА 11. Синдром Шегрена.....	349
Эпидемиология и патофизиология	349
Клиническая картина	350
Поражение желез.....	350
Системные симптомы	351
Поражение суставов	351
Поражение кожи	351
Поражение легких	352
Поражение почек.....	352
Поражение желудочно-кишечного тракта и гепатобилиарной системы.....	352
Нейромышечное поражение	352
Лимфопролиферативные заболевания	353
Сердечно-сосудистая система	353
Другие патологические изменения	353
Другие аутоиммунные заболевания	354
Обследование.....	354
Лечение	355
Другие методы лечения.....	355
ГЛАВА 12. Системная склеродермия и родственные заболевания	357
Эпидемиология и критерии диагностики	357
Кожные симптомы склеродермии и их лечение.....	360
Локальная кожная склеродермия	360
Диффузная кожная склеродермия	360
Феномен Рейно.....	362

Системные симптомы заболевания, обследование и лечение.....	363
Желудочно-кишечный тракт.....	363
Поражения легких.....	365
Поражения сердца.....	367
Поражения почек.....	367
Поражения других органов.....	367
Опухоли.....	368
Антифибротическая и иммуносупрессивная терапия при системной склеродермии.....	368
Тактика ведения больных с системной склеродермией.....	370
Диффузный кожный системный склероз.....	370
Ограниченная кожная системная склеродермия.....	370
Прогноз.....	370
Синдром эозинофилии-миалгии.....	371
Эозинофильный фасцит.....	371
ГЛАВА 13. Воспалительные миопатии: полимиозит и дерматомиозит.....	373
Эпидемиология и диагностика.....	373
Клиническая картина полимиозита и дерматомиозита.....	374
Миозит.....	374
Поражения кожи.....	375
Опухоли.....	375
Системные симптомы.....	376
Оценка активности заболевания и степени повреждения.....	377
Обследование при полимиозите и дерматомиозите.....	377
Активность мышечных ферментов.....	377
Аутоантитела, образующиеся при миозите.....	378
Электромиография.....	379
Визуализационные методы исследования.....	381
Биопсия мышц.....	381
Другие исследования.....	382
Лечение полимиозита и дерматомиозита.....	382
Глюкокортикоиды.....	382
Иммуносупрессивные препараты.....	383
Внутривенное введение гамма-глобулина.....	384
Лечение внутримышечных поражений при полимиозите (дерматомиозите).....	384
Миопатия, вызванная приемом лекарственных препаратов.....	385
Прогноз при полимиозите и дерматомиозите.....	385
Миозит с телами-включениями.....	386
Полимиозит и дерматомиозит у детей.....	386
ГЛАВА 14. Первичные васкулиты.....	389
Введение.....	389
Антинейтрофильные цитоплазматические антитела.....	390
Оценка активности заболевания и тяжести поражения.....	391
Васкулит сосудов большого диаметра.....	391
Артериит Такаэсу.....	392
Лечение.....	393

Ревматическая полимиалгия и гигантоклеточный артериит.....	394
Ревматическая полимиалгия.....	394
Гигантоклеточный артериит.....	396
Лечение ревматической полимиалгии и гигантоклеточного артериита.....	397
Гранулематоз Вегенера.....	398
Клинические признаки гранулематоза Вегенера.....	399
Дополнительные исследования при гранулематозе Вегенера.....	401
Классический узелковый полиартериит, микроскопический полиангиит, синдром Черджа–Стросс.....	402
Классический узелковый полиартериит.....	402
Микроскопический полиангиит.....	403
Синдром Черджа–Стросс.....	404
Дополнительные исследования при классическом узелковом полиартериите, микроскопическом полиангиите и синдроме Черджа–Стросс.....	404
Лечение и прогноз.....	405
Прогноз.....	406
Васкулит сосудов мелкого диаметра.....	407
Лейкоцитокластический васкулит.....	407
Аллергический васкулит.....	408
Болезнь Шенлейна–Геноха.....	408
Уртикарный васкулит.....	409
Криоглобулинемия.....	409
Гипергаммаглобулинемическая пурпура.....	410
Возвышающаяся стойкая эритема (<i>erythema elevatum diutinum</i>) и фациальная гранулема (<i>granuloma faciale</i>).....	410
Нелейкоцитокластический васкулит.....	410
Болезнь Kawasaki.....	411
ГЛАВА 15. Кристаллические артропатии.....	412
Подагра и гиперурикемия.....	412
Эпидемиология подагры.....	412
Клинические признаки подагры.....	413
Дополнительные исследования при подагре.....	414
Ведение подагрического артрита.....	415
Болезнь отложения кристаллов пирофосфата дигидрата кальция.....	417
Дополнительные исследования.....	419
Ведение больного с болезнью отложения кристаллов пирофосфата дигидрата кальция.....	419
Болезнь, связанная с основным фосфатом кальция.....	420
Артрит, связанный с оксалатом кальция.....	420
ГЛАВА 16. Метаболические заболевания костей и патология коллагена.....	421
Остеопороз.....	421
Патогенез и классификация.....	422

Тактика ведения больных с остеопорозом и переломами с низким уровнем травмы	428
Остеомаляция и рахит	431
Клинические и лабораторные признаки	433
Симптомы и лечение нарушений метаболизма витамина D	434
Симптомы и лечение нарушений обмена фосфора	435
Паратиреоидная болезнь и смежная патология	437
Гиперкальциемия	437
Гиперкальциемия у новорожденных и детей	439
Патология паращитовидных желез	439
Костная болезнь Педжета	444
Дополнительные исследования и лечение	445
Другие заболевания костей	447
Остеохондрит и остеонекроз	447
Расщепляющий остеохондрит	450
Остеоидная остеома	450
Фиброзная дисплазия	451
Молекулярная патология коллагена и фибриллина	451
Несовершенный остеогенез	451
Синдром Марфана	452
Синдром Элерса–Данло	453
Синдром доброкачественной гипермобильности суставов	455
Редкие хондродисплазии и болезни накопления	456
ГЛАВА 17. Инфекции и ревматические заболевания	458
Введение	458
Гнойный негнококковый и гонококковый артриты	460
Ведение гнойной инфекции сустава	461
Ведение септического бурсита	462
Поражение, вызванное микобактериями туберкулеза	462
Атипичная микобактериальная инфекция	463
Остеомиелит	463
Обследование	464
Лечение	465
Лаймская болезнь	465
Лабораторное исследование	466
Лечение	467
Ревматическая лихорадка	467
Клинические особенности и лечение ревматической лихорадки	468
Обследование	469
Лечение ревматической лихорадки	469
ГЛАВА 18. Другие заболевания	471
Болезнь Бехчета	471
Клиническая картина и ведение больных	472
Саркоидоз	475
Мышечно-скелетные признаки саркоидоза	476
Обследование и лечение при саркоидозе	477

Другие кожные заболевания, сопровождающиеся артритом	477
Панникулит	477
Нейтрофильные дерматозы	479
Хронический региональный болевой синдром	483
Эпидемиология	483
Обследование	484
Ведение больных	484
Рецидивирующий полихондрит	485
Лечение рецидивирующего полихондрита	485
Другие заболевания синовиальной оболочки	486
Пигментный виллезонодулярный синовит	486
Синовиальный хондроматоз	487
Амилоидоз	487
Методы обследования	489
Лечение амилоидоза	490
Семейная средиземноморская лихорадка	490
Периодический синдром, ассоциированный с фактором некроза опухоли	491
Фибромиалгия и хроническая распространенная боль	491
Лечение	493
ГЛАВА 19. Частые костно-мышечные поражения верхних конечностей	495
Заболевания, связанные с субакромиальным импичментом плеча	495
Важные этапы диагностики	496
Консервативное ведение воспаления манжеты (субакромиальной сумки)	497
Адгезивный капсулит	498
Диагностика	498
Латеральный эпикондилит («локоть теннисиста»)	499
Постановка диагноза	499
ГЛАВА 20. Боль в спине	502
Состояния, приводящие к возникновению острой и подострой боли в спине у взрослых	502
Острая механическая боль в спине	502
Боль в спине и корешковые повреждения	504
Синдромы фасеточных суставов	506
Стеноз позвоночного канала в поясничном отделе позвоночника	507
Нетравматическая компрессия позвонка	507
Послеоперационная боль в спине	508
Стерильный дисцит	509
Ведение пациента с хронической болью в спине	510
Принципы ведения пациентов с хронической болью в нижней части спины	510
Ведение детей и подростков с болью в спине	512
Неспецифическая боль в нижней части спины	512

Идиопатический сколиоз.....	513
Врожденный и нейромышечный сколиоз.....	514
Остеохондрит Шейерманна.....	514
Спондилолизис и спондилолистез.....	514
Грыжа диска.....	515
Спинальные опухоли.....	516
ГЛАВА 21. Неотложные состояния в ревматологии.....	518
Септический артрит.....	518
Подозрение на инфекционное поражение.....	518
Ведение поражения суставов при сепсисе у взрослых.....	519
Особенности ведения у детей.....	520
Плановое ведение больного с септическим артритом.....	520
Гонококковый септический артрит.....	522
Инфекционные заболевания у пациентов, принимающих препараты анти-ФНО-α.....	523
Введение.....	523
Особенности инфекционных заболеваний.....	523
Острая системная красная волчанка.....	525
Диагностика острой системной красной волчанки.....	525
Острый люпус-нефрит у взрослых.....	525
Острая системная красная волчанка у взрослых с поражением сердца или легких.....	527
Острые гематологические изменения при системной красной волчанке у взрослых.....	529
Системная красная волчанка у детей: острый нефрит.....	529
Системная красная волчанка у детей: острые гематологические симптомы.....	529
Системный васкулит.....	531
Диагностика васкулита.....	531
Важные аспекты диагностики васкулита.....	532
Склеродермические кризы.....	534
Почечный криз.....	534
Легочная гипертензия.....	535
Пневмонит, вызванный применением метотрексата.....	536
Группы риска.....	536
Неотложная помощь при тяжелом токсическом поражении.....	536
ГЛАВА 22. Нетрадиционные методы лечения в ревматологии.....	538
Введение.....	538
Фитотерапия.....	539
Фитодолор (<i>Populus Tremula</i>).....	539
Зверобой обыкновенный (<i>Hypericum perforatum</i>).....	539
Гамма(γ)-линолевая кислота.....	540
Дьявольский коготь (мартиния душистая, <i>Naragophytum procumbens</i>).....	540
Физиотерапия и мануальная терапия.....	540
Акупунктура.....	540
Тай-чи.....	541

Рефлексотерапия.....	541
Спинальные манипуляции.....	541
Гомеопатия.....	542
Другие методы нетрадиционной медицины.....	543
Пищевые добавки.....	543
Гипнотерапия.....	543
Релаксационная терапия.....	543
Духовное исцеление.....	543
Другие методы.....	544
Дополнительная информация.....	544
Предметный указатель.....	545

О.М. Лещенко

Анатомия плеча

(см. рис. 2-2)

- Плечевой сустав относят к шаровидным шарнирным суставам. Его неглубокая суставная полость позволяет совершать большой объем движений. Фиброзно-хрящевая губа, окружающая суставную впадину, увеличивает площадь суставной поверхности и служит статическим стабилизатором сустава.
- Нормальные движения в плечевом суставе, обеспечивающие подъем руки, включают опускание, скольжение и ротацию головки плечевой кости под корako-акромиальной связкой. Как только рука поднимается, происходит вращение и подъем лопатки вдоль грудной клетки.
- Движения плеча обеспечивают плечевой, ключично-акромиальный и грудино-ключичный суставы.
- Движения в ключично-акромиальном и грудино-ключичном суставах позволяют ключице совершать небольшое вращение, обеспечивают подъем и опускание плеча, а также его выдвигание и втягивание.
- Ригидная клювовидно-акромиальная связка защищает плечевой сустав от травмы. Она и вышележащая дельтовидная мышца отделены от капсулы субакромиальной (поддельтовидной) сумкой.
- Плечевой сустав окружен мышечной манжетой. К мышцам вращательной манжеты относят надостную, подостную, малую круглую и подлопаточную мышцы.
- Надостная мышца отвечает за отведение, опуская головку плечевой кости и обеспечивая подъем руки в пределах 10°. Дальнейшее отведение продолжается с помощью более сильной дельтовидной мышцы. Подостная (малая круглая) и подлопаточная мышцы отвечают соответственно за наружную и внутреннюю ротацию (рис. 2-3).
- Сильные движения в плече требуют некоторого подъема руки, так как работа крупных мышц, таких как дельтовидная, широчайшая мышцы спины (абдукторы) и большая круглая (аддуктор) мышца, будет неэффективной при физиологическом положении руки. Мышцы вращательной манжеты работают синхронно и обеспечивают стабилизацию плечевого сустава во время разнообразных движений.
- Длинная головка сухожилия двуглавой мышцы начинается от верхней части головки плеча, как правило, прикрепляется к губе и проходит в капсуле плечевого сустава по переднемедиальной поверхности в межбугорковой борозде плечевой кости.

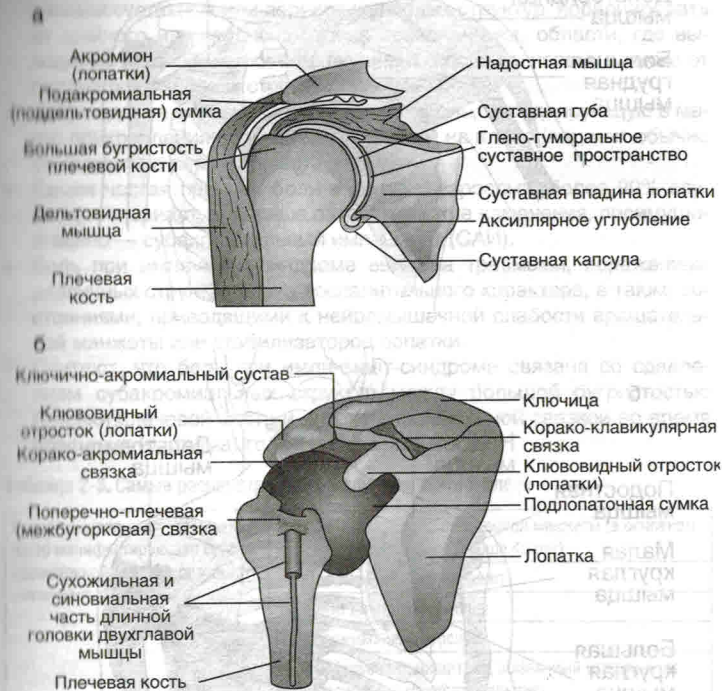
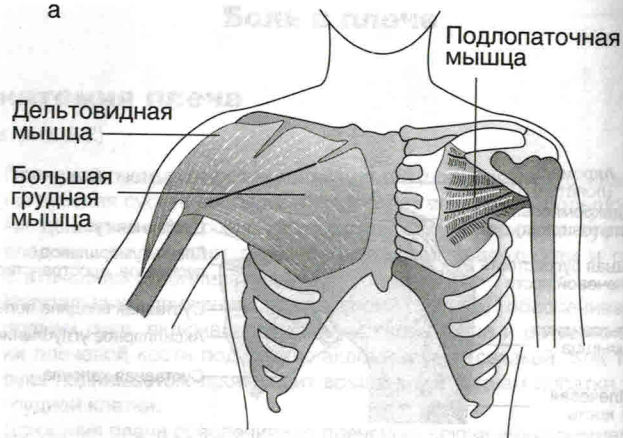


Рис. 2-2. Плечевой сустав: а — основные структуры плеча; б — расположение капсулы сустава по отношению к костному окружению и корako-акромиальной связке.

а



б

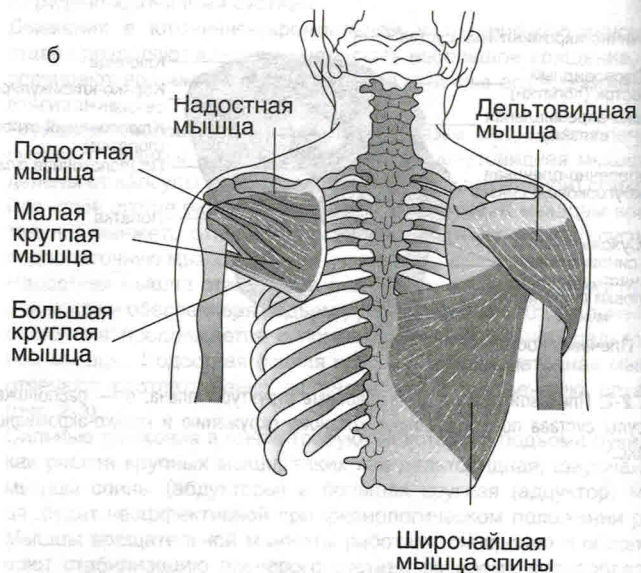


Рис. 2-3. Мышцы плеча: а — вид спереди; б — вид сзади.

Боль в плече и его повреждения

(См. главу 19)

- 1 Боль в плече регистрируют часто. Она может быть связана с поражением суставных или периартикулярных структур, иррадиировать от шейного или грудного отдела позвоночника, области, где выходит из грудной клетки подключичные сосуды и нервы, а также от поддиафрагмальных структур (табл. 2-3).
- 2 Повреждения в плече часто вызывают боль, иррадиирующую в место прикрепления дельтовидной мышцы на плече (пациент обычно указывает на верхнюю часть руки).
- 3 Самая частая причина боли в плече у взрослых (более 90% случаев) — периартикулярные патологические изменения, преимущественно — субакромиальный импичмент (САИ).
- 4 Боль при импичмент-синдроме вызвана травмами, поражением различных структур плеча воспалительного характера, а также состояниями, приводящими к нейромышечной слабости вращательной манжеты или стабилизаторов лопатки.
- 5 Считают, что боль при импичмент-синдроме связана со сдавлением субакромиальных структур между большой бугристостью головки плечевой кости и корако-акромиальной связкой во время вращения (подъема) головки плечевой кости.

Таблица 2-3. Самые распространенные причины боли в плече

Периартикулярные повреждения, часто манифестирующие субакромиальную боль в результате импичмент-синдрома	Тендинит (разрыв) вращательной манжеты (в основном у пациентов в возрасте старше 40 лет)
	Кальцифицирующий тендинит
	Тендинит двуглавой мышцы
	Подакромиальный бурсит
Поражения суставов	Плечо Милуоки (периартрит, вызванный отложением солей основного фосфата кальция)
	Слабость околосуставных мышц
	Синовиит плечевого или ключично-акромиального сустава
Неврологические	Остеоартрит плечевого или ключично-акромиального сустава
	Нестабильность плечевого сустава (например, при разрыве суставной губы)
	Адгезивный капсулит («замороженное плечо»)
Нейроваскулярные	Шейная корешковая и радикулярная отраженная боль
	Невралгическая амиотрофия
	Повреждения спинного мозга: опухоли, сирингомелия
Патологические изменения органов грудной клетки (отраженная боль)	Альгодистрофия (см. главу 18)
	Опухоли средостения
	Стенокардия

Системные и диффузные заболевания	Ревматическая полимиалгия (см. главу 14)
	Миозит (см. главу 13)
	Хронические заболевания, сопровождающиеся болью (см. главу 18)
Костная патология	Полиартрикулярный синовит
	Опухоли
	Остеонекроз (см. главу 16)
Поддиафрагмальная (отраженная) боль	Болезнь Педжета (см. главу 16)
	Заболевания желчного пузыря Поддиафрагмальный абсцесс

Сбор анамнеза

Начало боли

Травма может привести к возникновению как острой, так и хронической боли (боли перенапряжения).

- Повреждения вращательной манжеты (воспаление, дегенеративная слабость или разрыв) связаны с движениями или профессиональной деятельностью, которые вызывают напряжение в руке в положении отведения и сгибания вперед. Не всегда удается обнаружить в анамнезе указание на острую травму. Кальцификация, которая следует за травмой сухожилия надостной мышцы, может протекать как бессимптомно, так и сопровождаться острой болью.
- Ручной труд (например, работа швеи) служит фактором риска повреждения вращающей манжеты. В этом случае острая травма обычно отсутствует; к поражению приводят многолетние монотонные провоцирующие движения.
- Спорт, связанный с метанием каких-либо предметов или использованием ракетки, служит фактором риска развития тендонопатии вращающей манжеты и разрыва губы. Игроки в регби обладают высоким риском возникновения перелома ключицы, вывиха плеча (хронической нестабильности) и разрыва ключично-акромиального соединения (КАС).
- Боль, вызванная дегенеративными процессами в плечевом суставе или КАС, может возникнуть много времени спустя после травмы сустава или кости.
- Боль в плечевом поясе — один из самых частых симптомов синдрома хронической боли.
- Широко распространенная миофасциальная боль в плечевом поясе может симулировать шейную радикулопатию и даже рефлюкс-эзофагит или ишемическую болезнь сердца.
- Сильная, упорная, недавно возникшая боль, нарушающая сон, может быть признаком аваскулярного некроза, остеомиелита или опухоли кости (редко возникает в указанной области).

Локализация боли

- Боль из области плеча может иррадиировать в место прикрепления дельтовидной мышцы.
- Четкая локализация боли (пациент указывает на сустав) может быть связана с артритом КАС; сюда же иррадирует боль при поражении корешка IV шейного нерва и костной патологии дистальной части ключицы.
- Суставная и капсулярная боль в плечевом суставе, как правило, имеет нечеткую локализацию (показывая место боли, пациент накрывает ладонью весь плечевой сустав).
- Боль вокруг лопатки может быть связана с импичмент-синдромом, быть мышечно-фасциальной (чаще всего) или отраженной от шейно-грудного отдела позвоночника.
- Двусторонняя боль в плече может указывать на полиартрит воспалительной этиологии, например на ревматоидный артрит (см. главу 5), ювенильный идиопатический артрит (см. главу 7), псориатический артрит или артрит, вызванный отложением кристаллов ПФДК (см. главу 15). Эти заболевания редко протекают без поражения других суставов.
- Диффузная боль в области мышц плечевого пояса у лиц в возрасте старше 55 лет может свидетельствовать о РПМ (см. главу 14). Обычно она сопровождается нарушением подвижности и скованностью.
- Глубокая ноющая боль, сопровождающаяся скованностью, характерна для адгезивного капсулита («замороженное плечо»). Термин «замороженное плечо» используют достаточно часто, но не всегда корректно. Это заболевание редко возникает у лиц в возрасте до 40 лет. В его течении различают несколько стадий: болевую, адгезивную «замороженную» фазу и фазу разрешения. Часто они накладываются друг на друга и могут быть различимыми по продолжительности. У 15% пациентов сохраняется длительное ограничение движений в плече. Состояние ассоциируется с сахарным диабетом.

Изменения характера и интенсивности боли

Изменение характера боли, связанное с определенными движениями или положением тела, может помочь в определении причины ее возникновения.

- Повреждения вращающей манжеты манифестируют импичмент-синдромом: боль усиливается при одних и тех же определенных часто выполняемых движениях (например, дотягивание рукой до предмета). Суставная, костная боль и боль при адгезивном капсулите носят более постоянный характер.
- Указание на рецидивирующие боли в плече у детей и подростков позволяет заподозрить нестабильность плечевого сустава, вызванную гипермобильностью или предшествующей травмой (например, разрывом губы). Боль при нестабильности плеча может быть связана с синовитом, поражением субхондральной кости или вторичным импичмент-синдромом. Частота рецидивов передне-

Лабораторные методы исследования

Лабораторное обследование применяют при подозрении на инфекционное заболевание, воспаление или опухоль.

Ведение различных заболеваний позвоночника у взрослых и детей рассмотрено в главе 20.

Боль в тазу, бедре и паховая боль

Анатомия

Анатомия тазовой области и бедра

- Таз состоит из двух костей (подвздошная кость — над вертельной впадиной, седалищная — под ней). Кости соединены друг с другом: спереди — симфизом лобковой кости, сзади — крестцово-подвздошными сочленениями.
- Крестцово-подвздошные сочленения — синовиальные суставы. С возрастом они становятся фиброзными. Небольшую степень ротации отмечают у детей и молодых людей.
- Мощные связки стабилизируют заднюю часть таза. К ним относятся крестцовую, пояснично-крестцовую и пояснично-подвздошную связки.
- Симфиз лобковой кости — хрящевой сустав. В норме движения в нем отсутствуют.
- В положении стоя масса тела перераспределяется через головку бедренной кости, которая стабилизирована в вертлужной впадине и окружающей ее суставной губе с помощью перикапсулярных связок.
- Круглая связка пересекает тазобедренный сустав и несет в себя кровеносные сосуды к головке бедренной кости у детей и молодых людей. У пожилых людей кровоснабжение обеспечивают сосуды, входящие в шейку бедра.
- С большой ягодичной мышцей в месте ее прикрепления связаны сумки: одна из них расположена позади и отделяет мышцу от большого вертела, другие — на передней поверхности кости и отделяют большую ягодичную мышцу от места образования латеральной головки четырехглавой мышцы (латеральной широкой мышцы бедра).
- Седалищная сумка отделяет большую ягодичную мышцу от бугристости седалищной кости. В результате травмы, вызванной повторяющимся трением, в ней может возникать воспаление.

Анатомия мускулатуры таза

- В движении тазобедренного сустава принимают участие три группы мышц: ягодичные мышцы, мышцы-сгибатели и группа приводящих мышц.
- Основные мышцы ягодичной группы.
 - ♦ Большая ягодичная мышца (уровень V поясничного позвонка, I–II крестцовых позвонков): начинается преимущественно

от заднего края большого вертела, проходит латерально вниз и прикрепляется к задней поверхности бедренной кости (большого вертела). Остальная ее часть переходит в мышцу, натягивающую латеральную фасцию бедра. Она разгибает и производит наружную ротацию бедра (мышцы, формирующие сухожилия, ограничивающие с боков подколенную ямку, также участвуют в разгибании бедра).

Малая ягодичная (уровень IV–V поясничного—I крестцового позвонка): расположена глубже и латеральнее. Прикрепляется к лобковой части большого вертела и осуществляет приведение и внутреннюю ротацию бедра.

Квадратная, внутренняя запирательная и квадратная мышцы бедра начинаются в глубине таза и прикрепляются к задней части большого вертела. Все они осуществляют наружную ротацию бедра.

Внутренний разгибатель бедра — большая поясничная мышца (уровень II–III поясничных позвонков). Это массивная мышца, начинающаяся от боковых частей позвонков и межпозвонковых дисков (L₂–L₃), а также от боковых отростков поясничных позвонков. Протянувшись по переднему краю подвздошной кости, пересекает таз под круглой связкой и прикрепляется к малому вертелу. Подвздошная мышца начинается от внутренней части крыла подвздошной кости, проходит под паховой связкой и прикрепляется к медиальной части малого вертела. Обе мышцы сгибают бедро. Поясничная мышца также вращает бедро кнутри.

Поясничная мышца окружена фасциальной оболочкой. Инфекции перитазового пространства или позвоночника могут распространяться вдоль нее и вызывать воспаление поясничной сумки, которая отделяет мышцу от тазобедренного сустава, над которым она проходит.

Приводящие мышцы начинаются от лобковой кости или медиально-лобковой дуги. Наиболее поверхностно располагаются тонкая приводящая и тонкая мышцы. Они начинаются медиальной частью лобковой кости и прикрепляются к диафизу бедренной кости, а также составляют «гусиную лапку» ниже колена. Большая приводящая мышца (L_{IV-V}) — самый большой из всех глубоких аддукторов, прикрепляющийся к медиальной части диафиза бедренной кости на всем его протяжении.

Аддукторы стабилизируют движения в тазобедренном суставе в момент установочной фазы ходьбы. Масса тела переносится на одну ногу, что требует силы приводящих мышц (особенно при беге).

Функциональная анатомия бедра

При согнутом колене предел сгибания бедра составляет около 130°.

Разгибание бедра (30°), внутренняя (30–35°) и наружная (45–55°) ротация ограничиваются сильными перикапсулярными связками.

У взрослых отведение ограничено до 45–50° из-за соприкосновения большого вертела с краем губы вертлужной впадины, а приведение

при фиксированном тазе (перекрест одной ноги над другой 20–30° (рис. 9 на цветной вклейке).

- Большая антеверсия шейки бедра (шейка образует угол относительно линии, проведенной во фронтальной плоскости через щелку бедренной кости) позволяет совершать большую внутреннюю ротацию в тазобедренном суставе и уменьшает наружную ротацию. Разворот большеберцовой кости помогает компенсировать эту ситуацию, но часто в сочетании с антеверсией бедра приводит к походке носками стоп внутрь. Ретроверсия шейки бедра (угол отклонен кзади по отношению к межмышцелковой плоскости) приводит к более выраженной наружной ротации бедра и походке с расставленными кнаружи носками (рис. 2-21).
- В норме дети раннего возраста имеют более выраженную антеверсию по сравнению со старшими детьми или взрослыми (30° у детей в возрасте 2 лет по сравнению с 8–15° у лиц в возрасте старше 18 лет).

Нейроанатомия

- Бедренный нерв формируется от корешков II–IV поясничных нервов и иннервирует четырехглавую мышцу и глубокие мышцы приводящие бедро.
- Корешки IV поясничного—III крестцового нервов, образуя сплетение на поверхности грушевидной мышцы, сливаются на нижнем крае и образуют седалищный нерв. Он формируется в области отверстия, образованного подвздошной костью (спереди латерально), крестцом (медиально), крестцово-остистой связкой (снизу) и крестцово-бугорной связкой (заднемедиально).
- У 10% людей седалищный нерв разделяется до выхода из таза. У некоторых над грушевидной мышцей выходит его ветвь. В этой области возможно ущемление нерва и его травмирование в результате внутримышечных инъекций (синдром грушевидной мышцы).

Сбор анамнеза

Возраст

- Возраст — фактор риска развития некоторых состояний.
- Часто обнаруживают врожденный вывих бедра (1:500). У девочек его регистрируют чаще, чем у мальчиков (8:1). Это состояние можно предположить при задержке моторного развития или возникновении боли при нагрузке массой.
 - Самая частая причина возникновения боли в бедре у детей в возрасте 2–12 лет — преходящий синовит (односторонний, купирующийся самостоятельно). Дифференциальную диагностику проводят с болезнью Легга–Кальве–Пертеса (некроз головки бедренной кости, артритом при Лаймской болезни и постстрептококковым артритом).
 - Болезнь Легга–Кальве–Пертеса (развивается у детей в возрасте 3–12 лет) в 4–5 раз чаще обнаруживают у мальчиков. В 10–20% случаев она бывает двусторонней.

Остеолиз эпифиза головки редко происходит у детей младше и старше 16 лет. Оно связано с ожирением и эндокринной патологией (4% пациентов страдают гипотиреозом).

Симптомы предшествующих заболеваний тазобедренного сустава (например, остеонекроза или синовита), травмы или продолжительной биомеханической аномалии (например, эпифизарной дисплазии) наследственных заболеваний соединительной ткани) тазобедренного сустава редко обнаруживают у пациентов в возрасте моложе 55 лет.

Болезнь Педжета редко регистрируют у пациентов в возрасте моложе 50 лет.

Распределение и характер боли в костях

Боли в тканях

Механические повреждения поясничного отдела позвоночника могут приводить к возникновению отраженной боли в области таза (бедря). Как правило, она двусторонняя, ноющая и имеет нечеткую локализацию.

В пояснично-крестцовом отделе позвоночника часто иррадирует в боковые отделы таза. При четкой локализации боли (пациент указывает пальцем на большой вертел) можно предположить параинтентный бурсит, энтезит (табл. 2-18) или парастетическую иррадиацию (*meralgia parasthetica*).

Боль из тазобедренного сустава обычно ощущают в паховой области, хотя возможно ее возникновение глубоко в ягодицах. В последнем случае необходимо исключить седалищный бурсит и патологический перелом в крестцово-подвздошной области. Боль может отражаться дистально на переднемедиальную поверхность бедра и колена.

Боль в паху, связанная с нагрузкой массой, предполагает патологические изменения в тазобедренном суставе (например, синовит, остеонекроз или ОА), но не является специфичной. Тендинит длинной приводящей мышцы, остеоит лобковой кости, стрессовый перелом шейки бедра (4% всех стрессовых переломов), остеоидная остеома или бурсит поясничной мышцы могут сопровождаться подобными симптомами.

Классическая патология обычно связана с упорной болью и сопровождается нарушением сна.

В типичных случаях боль от глубоко расположенных структур таза плохо локализована и бывает исключительно сильной. При катастрофической боли предполагают заболевание костей таза (опухоль, инфекции, болезнь Педжета, остеомалация, остеопоротический перелом; см. главы 16, 17) или нестабильный таз (хронический остеоит лобковой кости, диастаз или слабость симфиза лобковой кости или крестцово-подвздошного сочленения).

Энтезит и остеоит лобковой кости, сопровождающиеся спондилоартропатией (см. главу 8), трудно поддаются диагностике. Ноющая боль по задней поверхности ног при вставании типична, но неспецифична для спондилолистеза.

Боль и скованность в крестцово-подвздошной области обычно иррадирует в ягодицы и заднюю поверхность бедер.

Таблица 2-18. Боль в проксимальной части нижних конечностей и ее основные причины

Локализация боли	Причины
Боль в ягодицах и задней части бедер	Отраженная боль: от поясничного отдела позвоночника (например, при остеоартрите фасеточных суставов, спондилолистезе), при воспалении крестцово-подвздошных сочленений, раздражении корешков нижних поясничных нервов, ущемлении седалищного нерва (синдром грушевидной мышцы)
	Локализованная боль: седалищный бурсит (энтезит) или перелом кокцидина
	Диффузная мышечная боль (скованность): миозит или ревматическая полимиалгия
	Болезнь Педжета или другие костные повреждения крестца
Латеральная тазовая боль	Иррадиация из пояснично-крестцовой области
	Трохантерный бурсит (энтезит)
	Разрыв средней ягодичной мышцы
	Латеральная боль в тазобедренном суставе (например, при остеофитах)
Паховая боль	Заболевания тазобедренного сустава (например, остеоартрит, остеонекроз, синовит)
	Поясничный бурсит
	Тендинит отводящих мышц, остеоит лобковой кости
	Тазовый энтезит
	Болезнь Педжета (поражение таза или бедра)
	Перелом шейки бедра или лобковой дуги
	Грыжа
Боль в передней или медиальной части	Иррадиация из поясничного отдела позвоночника (например, остеоартрит фасеточных суставов, спондилолистез), корешков верхних поясничных нервов, тазобедренного сустава, шейки бедра, поясничной сумки
	Миозит, ревматическая полимиалгия, диабетическая амиотрофия
	Парастетическая мералгия (переднебоковая область)
	Тендинит отводящих мышц, остеоит лобковой кости
	Ишемия (перемежающаяся хромота)
	Лимфатические узлы

Боль по ходу мышц

- Разлитую боль в ягодицах и бедрах отмечают при РГМ. Часто она имеет острое или подострое начало, сопровождается скованностью и симптомами, сходными с таковыми при сакроилеите, но впервые возникает в более старшей возрастной группе.
- При аутоиммунном миозите (см. главу 13) боль редко возникает только в тазовых мышцах или с одной стороны, но его предполагают при остром или подостром возникновении диффузной боли в тазовом поясе (бедрах) и слабости.

Возникновение и распределение неврологической боли

Поясничная боль, как правило, острая и имеет четкую локализацию. Она может носить гнущий характер и часто сопровождается парестезиями или онемением. Повреждения V поясничного или крестцового нерва преимущественно вызывают боль ниже колена — по задней поверхности бедра. Повреждения корешков L1–L4 поясничных нервов могут быть причиной боли по переднебоковой поверхности бедра.

Боль, сопровождающаяся парестезиями по переднебоковой поверхности бедра, может быть связана с ущемлением бокового лобкового нерва бедра под латеральной частью паховой связки (парастетическая мералгия). В эту область могут распространяться невралгии, связанные с повреждением корешков II–III поясничных нервов, поскольку они и нерв имеют общий выход (рис. 2-11).

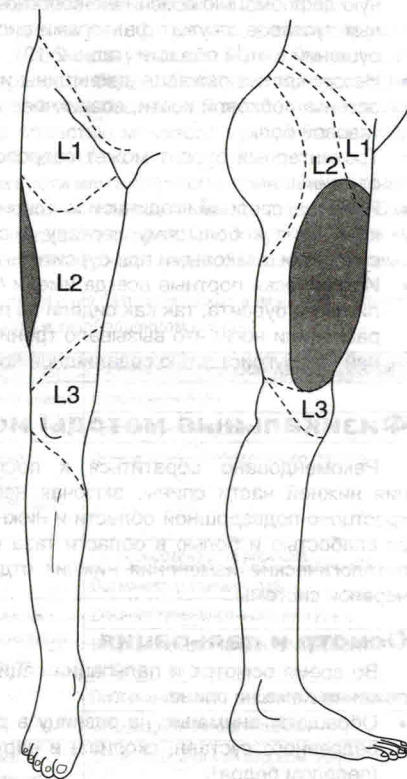


Рис. 2-11. Зоны изменения чувствительности при поражениях латерального кожного нерва бедра (заштрихованная область) и высокой поясничной радикулопатии (пунктирная линия). Размытое распределение чувствительных симптомов при парастетической мералгии.

Симптомы ревматических заболеваний

- Патологические изменения кожи при ревматических заболеваниях.
- Кожный васкулит у взрослых.
- Кожный васкулит у детей и подростков.
- Эндокринные нарушения.
- Патологические изменения кишечника и гепатобилиарной системы.
- Опухоли.

Патологические изменения кожи при ревматических заболеваниях

Важность проведения осмотра кожи

- Кожа — самый доступный для осмотра орган.
- Картина поражения кожи помогает поставить диагноз (например, острого или хронического саркоидоза) и определить прогноз ревматических заболеваний (например, узелки и васкулит при РА).
 - Костно-мышечная патология может сопровождаться кожными проявлениями (например, гипермобильность суставов сочетается с повышенной растяжимостью кожи, синяками, рубцами и стриями).
 - Некоторые антиревматические препараты вызывают специфические и потенциально опасные реакции, которые требуют быстрой диагностики и лечения.

Местная патология

Кожа головы

- Поражение кожи головы может быть незначительным.
- Болезненность кожи головы и образование «шишек» на ней характерно для ГКА.
 - Нейропатия корешка II шейного, затылочного нерва (например, при РА) или опоясывающий лишай может вызывать нарушение чувствительности кожи головы и затылочную невралгию.
 - Алопеция может быть очаговой или диффузной (например, при СКВ или дефиците железа). Алопеция с образованием рубчиков на коже типична для дискоидной красной волчанки.
 - Поражение кожи головы при псориазе может быть очаговым.

Лицо и уши

- Лицо и уши доступны для воздействия солнечного света, при этом возможно изменение фоточувствительности кожи.
- Широко известно множество ассоциированных с СКВ фоточувствительных вариантов сыпи (как правило, диффузной). На затененных участках (например, на носогубных складках) поражение может отсутствовать (см. главу 9).
 - Сыпь при СКВ представлена телеангиэктатическими папулами. При проведении биопсии дифференциальная диагностика может быть затруднена.
 - Перiorбитальный отек может развиваться при ДМ (гелиотропная сыпь), сосудистом отеке (характерно для СКВ) и нефротическом синдроме.
 - Гелиотропная сыпь при ДМ (см. главу 13) имеет вид отека бордово-красного цвета (эритемы век).
 - Важная инфильтрация при хроническом саркоидозе (см. главу 19) на поверхности носа и щек может быть явной (в виде папул) или едва заметной (см. рис. 19).
 - Словидная деформация носа (деструкция хряща носа) может быть вызвана рядом причин: гранулематозом Вегенера (см. главу 14), рецидивирующим полихондритом (см. главу 18), врожденными заболеваниями соединительной ткани (например, синдромом Эриклера; см. главу 16).
 - Часто в полости рта возникают афтозные язвы. Они могут характеризовать активность заболевания (например, при СКВ). Язвы при реактивном артрите, вызванном инфекцией, передающейся половым путем, обычно безболезненны.
 - Большие множественные язвы с рубцами на языке и слизистой оболочке щек — характерный признак болезни Бехчета (главу 18). Они могут сохраняться в течение нескольких недель.
 - Следует обращать внимание на возникновение красной («клубничной») эритемы языка и губ у детей. Она свидетельствует о самограничивающейся стрептококковой инфекции, но может быть признаком десквамационной ладонной и подошвенной сыпи при болезни Кавасаки (см. главу 14).
 - Круглые белые полосы на слизистой оболочке щек могут указывать на плоский лишай.
 - При подагре (тофусы) и дискоидной волчанке часто отмечают поражение ушной раковины. В типичных случаях рецидивирующий полихондрит вызывает размягчение и разрушение хряща.
 - Отложение липидов вокруг глаз возникает при гиперлипидемии и мультицентрическом ретикулогистиоцитозе.

Кисти и ногти

- Необходимо внимательно осматривать кисти и ногти.
- При повышении фоточувствительности отсутствуют высыпания в межпальцевых участках кожи и на ладони.
 - Эритема на тыльной поверхности пальцев позволяет дифференцировать ДМ и СКВ.

- У пациентов с феноменом Рейно обнаружение изъязвлений, атрофии мягких тканей, индурации и натяжения кожи пальцев свидетельствует о склеродермии (см. главу 12).
- Онихолизис, точечные поражения ногтей, оранжево-красные пятна на них и околоногтевой гиперкератоз характерны для псориаза (см. главу 8).
- Точечные кровоизлияния околоногтевого валика могут возникать в результате травмы, инфекционного эндокардита, системного васкулита или облитерирующего тромбангиита.
- Васкулопатия ногтевого ложа — неспецифический симптом. В этом выраженность изменений может варьировать от эритемы до инфарктов. Этот симптом может свидетельствовать о возникновении системного васкулита, ДМ и инфекционного эндокардита.
- Капнув немного масла на кутикулу, можно исследовать капилляры ногтевого ложа офтальмоскопом (40 диоптрий). Обнаружение увеличенных (расширенных) капиллярных петель и выступающих капилляров может свидетельствовать о развитии аутоиммунного заболевания соединительной ткани, в частности системной склеродермии (ССД).

Типы высыпаний

Макулярная сыпь

Макулярная сыпь представлена плоскими непальпируемыми участками изменения цвета кожи. Папулы — элемент кожной сыпи, представляющий узелком диаметром менее 1 см.

- Макулопапулезная сыпь типична для вирусных инфекций.
- Непродолжительно существующие розовые макулопапулезные высыпания на туловище и конечностях возникают при болезни Стилла. Обычно они усиливаются к вечеру, а их образование во времени совпадает с возникновением лихорадки. При рецидиве сыпь может белеть (феномен Кебнера).
- Эритема, увеличивающаяся в течение нескольких часов и исчезающая большие фигурные участки, свидетельствует о ревматической лихорадке.
- Эритема, распространяющаяся от места укуса клеща (мигрирующая эритема), характерна для Лаймской болезни.
- Макулопапулезные высыпания возникают при реакциях гиперчувствительности, связанных с приемом НПВП, препаратов пенициллина, сульфасалазина, азатиоприна и дофлюнара (см. главу 5).

Пустулы и пузыри

Пузыри могут быть представлены везикулами (диаметр менее 0,5 см) или буллами (диаметр более 0,5 см).

- Пустулезная сыпь чаще всего возникает при фолликулите.
- Пустулы, локализованные только на кистях и стопах, возникают при болезни Рейтера, хотя часто их трудно отличить от локали-

форм псориаза. Последний может быть представлен эритемой, напоминающей дождевые капли (капельвидные поражения).

Генерализованная пустулезная сыпь может возникать при васкулите, обходных кишечных анастомозах, болезни Бехчета и гонорейковой бактериемии.

Пузырные высыпания в ревматологической практике связаны обычно с СКВ или реакцией на прием лекарственных средств.

Бляшки

Бляшки — слегка приподнятые, очерченные участки кожи, часто имеющие дискоидную форму.

Образование бляшек красного цвета — основной симптом псориаза. Кроме того, возникает шелушение кожи.

Псориазические поражения могут возникать на любых участках тела, но чаще всего — на разгибательных поверхностях суставов, в годичной борозде и околопупочной области.

Шелушение может быть симптомом дискоидной волчанки. Отслаивание кожи происходит по периферии поражения.

Кровоизлияния в кожу

Кровоизлияния в кожу, не исчезающие при надавливании, называют пурпурой. Иногда ее можно пропальпировать. Телеангиэктазии — участки расширенных мелких сосудов, исчезающие при надавливании.

Непальпируемая пурпура может образоваться при тромбоцитопении, нарушении функции тромбоцитов, травме (может возникать при крупности капилляров, например, в результате длительного приема глюкокортикоидов), гемофилии и врожденных заболеваниях соединительной ткани (например, при синдроме Элерса–Данло; см. главу 16).

Пальпируемая пурпура может указывать на васкулит (включая васкулит, вызванный приемом лекарственных препаратов; см. главу 14).

Распространенные телеангиэктазии характерны для ограниченной формы ССД (см. главу 12), наследственной геморрагической телеангиэктазии и ДМ.

Шелы и изъязвляющиеся сыпи

Шелы — потеря или дефект дермы и эпидермиса, вызванный отслойкой некротических тканей.

Крупное изъязвление при аутоиммунных заболеваниях может быть вызвано несколькими причинами одновременно (васкулит, венозная гипертензия у обездвиженного пациента, изъязвления над давлением или участками давления при травме).

Тяжелые, распространяющиеся бляшки сливочного цвета или акнеподобные пустулы, впоследствии изъязвляющиеся, позволяют заподозрить гангренозную пиодермию. Кратер имеет неправильные края.

- Изъязвления очень редко возникают при РА (см. главу 5). Чаще они связаны с множественным мононевритом в сочетании с васкулитом, аутоиммунными заболеваниями соединительной ткани или синингомиелией.
- Тяжелое, быстро распространяющееся изъязвление кожи у ребенка может указывать на ДМ.
- Сосудистые язвы в сочетании с сетчатым ливедо и обнаружением антител к фосфолипидам (например, к кардиолипину) могут свидетельствовать об АФС (см. главу 10).

Нарушения структуры кожи

- Нарушения структуры кожи часто сложно обнаружить. С заболеваниями могут быть связаны: атрофия, истончение, повышенная рыхлость, утолщение и индурация кожи.
- Генерализованная атрофия кожи и ее истончение — возрастной физиологический процесс, который, тем не менее, может возникать в любом возрасте при длительном приеме глюкокортикоидов или в местах их введения, а также при некоторых наследственных заболеваниях соединительной ткани.
- Дряблость кожи лучше всего заметна на разгибательных поверхностях локтей и коленей. Генерализованная повышенная рыхлость соединительной ткани может привести к образованию варикозно расширенных вен и опущению внутренних органов.
- Истинное утолщение пальцев у пациентов с болезнью Рейно может быть признаком ССД. Оно может быть вызвано множественным причин. ССД или склеродермоподобные изменения кожи (табл. 4-1) могут быть локализованными или распространенными (генерализованно или на ограниченном участке).

Таблица 4-1. Характерные диагностические признаки состояний, сопровождающихся утолщением кожи

Состояние	Кожные симптомы
Морфеа: локализованное (каплевидное) или генерализованное	На начальных этапах возникает поражение небольших участков кожи и зуд. Прогрессирует с истончением кожи. Обычно локализуется на туловище (ареолы интактны) и ногах. Поврежденные приобретают восковидный и гипо- или гиперпигментированный вид. Папулы диаметром менее 10 мм обычно располагаются на шее и передней части грудной клетки
Линейная склеродермия	Имеет вид тяжа (часто распространяется по дерматомам). Нередко сопровождается атрофией мышц. Характерны фиксированные деформации суставов и нарушения роста
<i>Coup de sabre</i> («удар сабли»)	Линейная склеродермия на лице (волосистой части головы) имеет вид слоновой кости. Может развиваться гемаиатрофия
Системная склеродермия (ранняя)	Ранняя утренняя припухлость кистей и стоп, натянутость кожи лица. Отек интактных дериватов дермы и эпидермы, не вызывающий образования ямки при надавливании

• Пустулы, локализованные только на кистях и ладонях, являются признаком Рейтера, хотя часто их трудно отличить от поздней

Системная склеродермия (классическая)	Плотная, толстая или, наоборот, истонченная кожа в участках проксимальнее пястно-фаланговых суставов. Кожа может быть грубой, пигментированной и сухой. Могут возникать истончение эпидермиса, потеря волос и потливость. Заметны телеангиэктазии и кальциноз кожи. Исчезают кожные складки. Подобные изменения, возникающие проксимальнее локтей и коленных суставов на конечностях или ниже ключиц (у пациентов с поражением лица и шеи), определяют диффузную форму системной склеродермии (в отличие от ограниченной системной склеродермии)
Системная склеродермия (ранняя)	Через 2–15 лет после начала классической фазы заболевания кожа размягчается, но пигментация сохраняется. Кожа становится атрофичной и может изъязвляться
Эозинофильный фасцит	Фазы: ранняя (отек с образованием ямочек), прогрессирования («апельсиновая корка»), поздняя (индурация) с западением вен при подьеме конечности. Поражаются руки и ноги, пальцы в патологический процесс не вовлечены. Могут развиваться синовит и легкий миозит. Возможна значительная эозинофилия
Склеродермато-склероз	Фиброзная индурация нижних конечностей в сочетании с венозным стазом (ноги в виде «бутылки шампанского»)
Системный диабет	Восковидное утолщение конечностей. Постепенное прогрессирование. Суставы кистей становятся ригидными, могут утолщаться сухожилия. Изменения кожи проксимальнее запястья и на лице нетипичны, но скванность в локте и плече обнаруживают достаточно часто
Ревматический отек, зависящий от положения	Поражение стоп, голеностопных суставов, нижних конечностей. Часто образуются ямки. Хроническое течение приводит к гиперкератозу. Основные причины: право- или левосторонняя сердечная недостаточность, почечная недостаточность, нефротический синдром и низкое потребление белка

Диагностика утолщений кожи

- Болезнь Рейно неизменно предшествует возникновению ССД, но она нехарактерна для морфеа или линейной склеродермии.
- У пациентов с болезнью Рейно обнаружение при капилляроскопии патологических изменений капилляров ногтевого ложа — ценный прогностический признак прогрессирования процесса и развития ССД (см. рис. 4).
- Обнаружение специфических аутоантител имеет прогностическое значение при различных подтипах ССД. У пациентов с болезнью Рейно обнаружение АНА свидетельствует о риске развития ССД. Определение антител к центростре указывают на вероятность развития ограниченной кожной склеродермии, к топоизомеразе I (Scl-70) и РНК-полимеразе — на риск развития диффузной кожной склеродермии.
- У пациентов с диффузной кожной склеродермией в течение первых пяти лет заболевания часто происходит поражение внутренних органов. Именно поэтому полезным считают проведение скринин-

говых исследований [рентгеноконтрастное исследование кишечника, эхокардиография (ЭхоКГ), исследование функции внешнего дыхания, определение биохимических показателей функционирования печени и почек].

- Эозинофильный фасцит — паранеопластический синдром. По правилу, его возникновение связано с опухолями системы кровообращения.
- Линейная склеродермия может вызывать стойкие деформации детей, поскольку препятствует росту и правильному развитию конечностей и их мышц.
- Склеродермоподобные синдромы могут развиваться вторично под действием промышленных химических веществ (винилхлорид, хлорированных органических растворителей, силиконовых и асбестных смол).

Кожный васкулит у взрослых

Введение

Системный васкулит может быть представлен множеством вариантов, например, лихорадкой неясной этиологии, инфарктами внутренних органов, желудочно-кишечными кровотечениями и повышенными острофазовых показателей у пациента, находящегося в тяжелой стадии заболевания. Один из самых частых симптомов системных васкулитов — кожная сыпь.

Подозрение на васкулит

См. главы 14 и 21.

- Системный васкулит — редкое заболевание. Ежегодная заболеваемость составляет 40 случаев на 1 млн населения (в сельской популяции Великобритании).
- Васкулит может возникнуть после вирусной или бактериальной инфекции, приема лекарственных препаратов и при опухолевом поражении (при биопсии часто имеет лейкоцитокластический характер). Перечень этиологических факторов достаточно велик (табл. 4-2); однако примерно у 50% пациентов их невозможно установить.
- Васкулит может быть частью другого аутоиммунного заболевания (например, СКВ или РА) или развиваться первично (например, при узловатом Вегенера, синдром Черджа–Стросс или микроскопический полиангиит).
- Самый распространенный системный васкулит — гранулематоз Вегенера (средняя ежегодная заболеваемость составляет 12,5 случаев на 1 млн населения), при этом кожные поражения возникают у 50% больных. Если учесть кумулятивную заболеваемость другими кожными васкулитами, то гранулематоз Вегенера (ГВ) уже не может считаться самой частой причиной развития кожного васкулита.

Таблица 4-2. Провоцирующие и сопутствующие факторы развития аллергического васкулита мелких сосудов

Лекарственные препараты	Сульфаниламиды, пенициллины и др.
Инфекционные заболевания	Вирусный гепатит В, С и ВИЧ-инфекция
Инфекция	Инфекция, вызванная β -гемолитическим стрептококком
Сывороточные белки	Сывороточная болезнь
Аутоиммунные заболевания	Ревматоидный артрит
	Синдром Шегрена (с Ro-антителами)
	Системная красная волчанка
Неопластические заболевания	Саркоидоз
	Болезнь Крона, язвенный колит
	Хронический активный гепатит
Гематологические заболевания	Миело- и лимфопролиферативные заболевания
	Солидные опухоли
Гемобластулез	—

Важные аспекты

Нижеперечисленные факторы следует учитывать при клиническом осмотре пациентов с подозрением на васкулит, который может не только поражать кожу, но и быть системным.

Необходимо уточнить, есть ли в анамнезе указания на воздействие возможных провоцирующих факторов (например, прием нового лекарственного препарата или недавно перенесенная инфекция), есть ли у пациента риск возникновения вирусного гепатита В, С или ВИЧ-инфекции.

Важно узнать о существовании других аутоиммунных ревматических заболеваний или болезней соединительной ткани, кишечника и печени.

Необходимо исключить опухолевую этиологию васкулита.

Жгучие и болезненные волдыри при крапивнице сохраняются в течение 24–72 ч. При этом пациенты обладают высоким риском развития гломерулонефрита и хронических заболеваний легких (рецидивирующий кашель, кровохарканье). Кроме того, ассоциированными симптомами считают лимфаденопатию, увеит, доброкачественную внутричерепную гипертензию, снижение содержания комплемента и макроглобулина.

Артрит может возникать при различных состояниях и не является специфическим симптомом.

Для васкулита характерно образование язв на слизистой оболочке полости рта. Тяжелые орогенитальные поражения свидетельствуют о болезни Бехчета (часто возникают поражение глаз, тромбозы и артрит), которую нередко регистрируют среди жителей Средиземноморья.

Частый симптом различных состояний — сухость слизистых оболочек глаз и рта. При ее возникновении у пациента с васкулитом

Ювенильный идиопатический артрит

- Введение.
- Олигоартрит.
- Системный артрит.
- Серонегативный полиартрит у детей.
- Хронический детский неврологический кожный и суставной синдром.
- Болезнь Стилла.

Введение

- Классификация артрита, дебютирующего в детском возрасте. В последнее время претерпела ряд изменений. В этой главе ювенильный артрит рассмотрен с использованием основных положений на основе критериев Международной лиги ревматологических ассоциаций. Термины «ювенильный ревматоидный артрит» и «ювенильный хронический артрит» были удалены из классификации. Вместо них для обозначения артрита неясной этиологии продолжительностью не менее 6 нед у пациентов в возрасте младше 16 лет используют термин «ювенильный идиопатический артрит». ЮИА — диагноз исключения.
- ЮИА — одно из самых частых хронических заболеваний детского возраста. Заболеваемость им в Великобритании составляет один случай на 10 тыс. человек.
- ЮИА включает:
 - ✦ системный артрит;
 - ✦ олигоартрит четырех и менее суставов (персистирующий или распространенный);
 - ✦ полиартрит (серопозитивный и серонегативный);
 - ✦ псориатический артрит;
 - ✦ ЭАА;
 - ✦ недифференцированный артрит.
- Особенности течения ряда ревматических заболеваний у детей обобщаются в конце соответствующих глав:
 - ✦ серопозитивный полиартрит (см. главу 5);
 - ✦ псориатический артрит и энтезитассоциированный артрит (см. главу 8);
 - ✦ СКВ (см. главу 9);
 - ✦ боль в спине (см. главу 20).

Классификация была создана в исследовательских целях, а не для применения в качестве диагностических критериев^{1,2}.

Основные принципы ведения ювенильных ревматических заболеваний

Важен мультимедицинский подход. Средний медицинский персонал обеспечивает помощь в обучении пациента и его семьи, выполнении упражнений и повседневной жизни. Кроме того, он способствует поддержанию психологического здоровья пациента и его семьи, дает советы по получению финансовой помощи и предотвращению инвалидности.

Важно контролировать рост и массу тела. При необходимости врач должен дать советы по питанию.

При возникновении увеита требуется осмотр офтальмологом.

Низкая глюкокортикоидов поддерживает на максимально низком уровне, что способствует уменьшению задержки роста. Считают, что, по сравнению со взрослыми, детям для начального лечения заболевания требуется назначение более высоких доз. Рекомендуют выполнять исследование минеральной плотности кости (двухэнергетическая рентгеновская абсорбциометрия) и назначить пациенту препараты кальция и витамин D. Лечение бисфосфонатами проводят только под контролем специалиста.

Необходима тесная связь со школой, где учится ребенок. Слабость — частый симптом, который может потребовать изменения школьного расписания ребенка. Важно продолжать учебу даже во время его госпитализации.

Для объяснения сложных вопросов лечения пациенту и его семье от медицинских работников требуются навыки общения. Процесс адаптации к хроническому заболеванию и примирения с ним может быть длительным. Необходимо тесное сотрудничество между членами мультимедицинской команды.

Следует поощрять участие пациента в принятии решений, касающихся лечения. Подростковый возраст — время больших эмоциональных и физиологических перемен, которые осложняются хроническим заболеванием. Обсуждение многих вопросов требует тонкого подхода к пациенту. Кроме того, в подростковом периоде происходит переход больного от лечения педиатром к специалисту, занимающемуся взрослыми пациентами. Это должно происходить постепенно, а к самому процессу необходимо отнестись внимательно.

1. Hoffer et al. Classification of childhood arthritis // Best practice and research in Clinical Rheumatology. — 2002. — Vol. 16. — P. 376–396.

2. Davies K., Copeman A. The spectrum of paediatric and adolescent Rheumatology // Best practice and research in Clinical Rheumatology. — 2006. — Vol. 20. — P. 179–200.

Олигоартрит

Ранее применяемый термин — «пауциарткулярный ювенильный хронический артрит» (ювенильный ревматоидный артрит).

- Олигоартрит — наиболее распространенный вариант детских хронических артритов (40–50% всех случаев ЮИА).
- Заболевание чаще обнаруживают у девочек, чем у мальчиков (4:1). Пик заболеваемости приходится на возраст около 1–3 лет, хотя олигоартрит может начаться и в подростковом возрасте. В целом заболеваемость составляет 30 случаев на 100 тыс. детей.
- Диагноз устанавливают при развитии артрита с поражением 1–4 суставов в течение первых 6 мес заболевания. При персистирующем подтипе поражение других суставов отсутствует на протяжении всего заболевания. При распространенном подтипе обнаруживают поражение четырех и более суставов через 6 мес с момента начала заболевания.
- Другие характерные особенности:
 - ✦ тенденция к поражению крупных суставов (включая тазобедренный и плечевой);
 - ✦ хронический передний увеит (чаще развивается у девочек);
 - ✦ обнаружение АНА;
 - ✦ уникальная иммуногенетика.
- В классификации приведены следующие критерии исключения:
 - ✦ семейный анамнез псориаза, подтвержденного дерматологом, у любого одного родственника первой или второй степени родства;
 - ✦ семейный анамнез HLA-B27-ассоциированного заболевания, подтвержденного медицинским обследованием, хотя бы у одного родственника первой или второй степени родства;
 - ✦ положительный тест на РФ;
 - ✦ дебют артрита у мальчика-носителя HLA-B27 в возрасте старше 8 лет;
 - ✦ системный артрит.
- Этиология заболевания неизвестна. Существует целый ряд доказательств влияния генетических факторов (связь с HLA).

Клиническая картина

- ЮИА — клинический диагноз исключения. Специфические признаки, симптомы или лабораторные показатели заболевания отсутствуют. Тем не менее его клиническая картина достаточно характерна, а течение более мягкое, чем при реактивном или инфекционном артрите.
- Лихорадку, слабость, потерю массы тела и анорексию не считают симптомами олигоартрита. При их наличии диагноз практически исключен.

Суставы

- Наиболее частая жалоба — отек суставов, а не боль. Часто возникает скованность, но она редко приводит к функциональным

ограничениям. У двух третей пациентов обнаруживают поражение одного сустава, у 30% — двух суставов. Может развиваться окологлазничная мышечная атрофия. Основным симптомом может быть хромота.

Чаще всего происходит поражение коленных, голеностопных и локтевых суставов. Вовлечение в патологический процесс одного или двух мелких суставов кисти наблюдают редко, но его существование не означает предрасположенности к развитию полиарткулярного заболевания. При поражении плечевого и тазобедренного суставов (очень редко) необходимо исключить другое заболевание. Иногда обнаруживают поражение височно-нижнечелюстного сустава и шейного отдела позвоночника.

Заболевание, как правило, продолжается в течение 3–5 лет. У пациента, артрит у которого в течение 5 лет оставался пауциарткулярным, развитие полиарткулярного поражения в дальнейшем маловероятно. Заболевание прогрессирует у очень небольшого числа пациентов, но критерии определения подобной вероятности остаются нечеткими. Считают, что у 40% больных с сопутствующим увеитом заболевание переходит в полиарткулярную форму. Именно поэтому факторы риска развития увеита можно рассматривать в качестве частичных критериев риска возникновения полиарткулярного поражения.

В связи с неравномерностью роста длина нижних конечностей может различаться. При дебюте заболевания у пациента в возрасте до 3 лет существует риск того, что пораженная конечность может стать длиннее. Разница компенсируется сгибанием колена на пораженной стороне, что приводит к формированию сгибательных контрактур.

Начало заболевания в возрасте старше 9 лет — фактор риска укорочения пораженной конечности вследствие раннего эпифизарного закрытия.

Могут формироваться синовиальные кисты, хорошо поддающиеся лечению внутрисуставным введением глюкокортикоидов (может потребоваться общая анестезия).

Возможный разрыв синовиальной кисты манифестирует острой болью и отеком конечности.

За 15 лет наблюдения у большинства (более 80%) пациентов нарушение функций опорно-двигательного аппарата было минимальным или отсутствовало.

Глаза

У 20% пациентов развивается хронический угрожающий зрению увеит (чаще обнаруживают поражение передней камеры).

Риск возникновения увеита ассоциируется с дебютом артрита, а не с поздними стадиями заболевания.

Факторы риска:

- ✦ женский пол (соотношение женщин и мужчин — 7,5:1);
- ✦ раннее начало заболевания (в среднем в возрасте 4 лет);
- ✦ олигоартрит;

♦ обнаружение АНА.

- Увеит часто протекает бессимптомно. Только у 25% пациентов жалобы на покраснение глаз, боль и нарушение зрения. У двух третей пациентов развивается двустороннее поражение (но необязательно одновременно). Необходим регулярный осмотр офтальмологом (табл. 7-1).
- Увеит и артрит могут возникать в разное время. В 10% случаев увеит предшествует артриту, но чаще он возникает в течение 7 лет (в среднем — два года) с момента начала артрита.
- Основные прогностически неблагоприятные факторы — раннее возникновение увеита (в начале заболевания и до начала артрита). Раннее начало лечения — возможно, единственный важный фактор, определяющий исход.
- Существует хроническая форма бессимптомного увеита.
- Лечение основано на местном применении глюкокортикоидов. В тяжелом заболевании их можно принимать внутрь, но существует опасность задержки роста. Кроме того, для лечения используют метотрексат.

Таблица 7-1. Рекомендуемая частота осмотра с помощью щелевой лампы

Патологическое состояние	Частота осмотра
Системное начало	Ежегодно
Серонегативный олигоартрит	При обнаружении антиядерных антител: каждые 2–3 мес в течение 4 лет, затем — каждые 6 мес в течение 3 лет, позднее — ежегодно
Дебют до достижения возраста семи лет	При отсутствии антиядерных антител: каждые 6 мес в течение 7 лет, затем — ежегодно
Дебют после достижения возраста семи лет	Каждые 6 мес в течение 4 лет, затем — ежегодно

Исследования, проводимые при олигоартрите

- Специфические диагностические тесты отсутствуют.
- Острофазовые показатели обычно незначительно повышены.
- Упорное повышение СОЭ в отсутствие других лабораторных признаков воспаления может свидетельствовать о редком врожденном заболевании — гиперфибриногемии. Кроме того, при увеличении СОЭ проводят поиск скрытых очагов инфекции, воспаления или опухоли (например, острого лейкоза).
- АНА присутствуют у 40–75% детей. Нет доказательств того, что их обнаружение предшествует развитию заболевания или их наличие коррелирует с активностью болезни.
- РФ обнаруживают редко (серопозитивны менее 5% пациентов).
- Для диагностики поражения суставов используют обычную рентгенографию. Описание должен проводить опытный педиатр-рентгенолог, который знает особенности нормального развития скелета ребенка.

Полное клиническое обследование позволяет исключить другие детские ревматические заболевания (табл. 7-2).

Таблица 7-2. Дифференциальная диагностика олигоартрита

Патологическое состояние	Примеры
Системное начало	Септический артрит
	Туберкулез
	Травма (гемартроз)
	Пателлофemorальная боль
	Пигментный виллезнодулярный синовит (требуется биопсия)
	Синовит, вызванный инородным телом
Длительная рецидивирующая артрит	Талассемия, серповидноклеточная анемия, гемофилия
	Лаймская болезнь
	Вирусный артрит
	Реактивный артрит
Олигоартропатии	Постстрептококковый артрит
Другие состояния	—
	Гипермобильность (местный болевой синдром)
	Альгодистрофия
	Перелом с отрывом
	Асептический (аваскулярный) некроз
	Энтезит
	Остеоидная остеома (боль в костях)

Лечение олигоартрита

Основные цели: поддержание нормальной функции сустава в период острого заболевания и раннее лечение воспаления глаз. Необходима согласованная работа разных специалистов.

На начальных этапах применяют НПВП (чаще — ибупрофен или напроксен).

В некоторых ситуациях может быть эффективным внутрисуставное введение глюкокортикоидов:

- у очень маленьких детей (не способны принимать препараты внутрь);

- при выраженном упорном отеке сустава;

- при синовиальных кистах, вызывающих ограничения движения.

Пациенты с длительным течением заболевания или трансформацией олигоартрита в полиартрит требуют более агрессивного лечения. Метотрексат — препарат выбора. Этанерцепт® все чаще применяют при неэффективности метотрексата. Эти препараты назначают только под контролем педиатра.

Очень важны двигательное развитие и двигательная активность ребенка. Необходимо регулярно проводить оценку его роста, раз-



Рис. 2. Варианты рентгенологической аномалии при субакромиальном импинджменте: склероз и кистозные изменения большой бугристости.

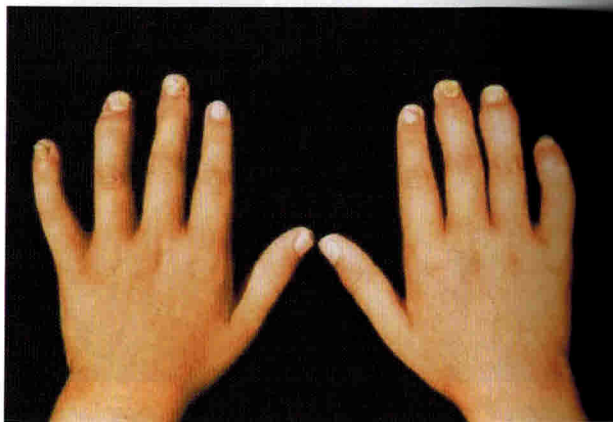


Рис. 3. Дактилит, изменения ногтей и дистальных межфаланговых суставов при псориатическом артрите.

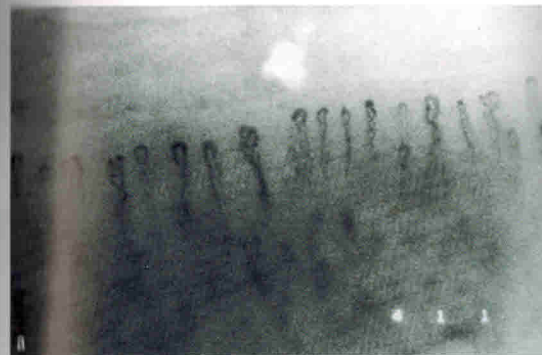


Рис. 4. Нормальные капилляры ногтевого валика (а) и капилляры ногтевого валика при склеродермии (б): аваскулярные участки и нерегулярно расположенные расширенные капилляры (65-кратное увеличение).



Рис. 5. Диффузный отек предплечья и кисти при хроническом региональном синдроме (рефлекторная симпатическая дистрофия) у девочки 13 лет.



Рис. 6. Небольшое сгибание IV и V пальцев при повреждении локтевого нерва в области локтя; область потери чувствительности обозначена пунктирной линией.

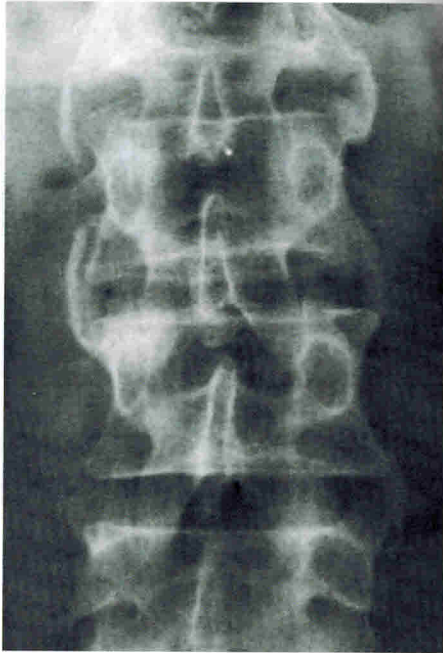


Рис. 7. Псориатический спондилит: некраевые и «плавающие» (неприкрепленные) синдесмофиты.



Рис. 8. Спондилолизис: дефект межсуставных частей (черные стрелки) заметен только в косой проекции. Пациенту выполнено слияние позвонков (белые стрелки).

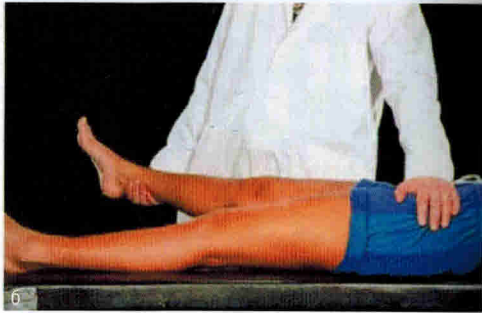
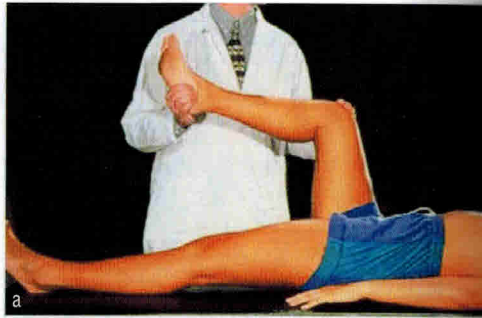


Рис. 9. Проверка пассивного сгибания и ротации в тазобедренном суставе (а) и приведения бедра (б): при проверке приведения и отведения таз должен быть зафиксирован.

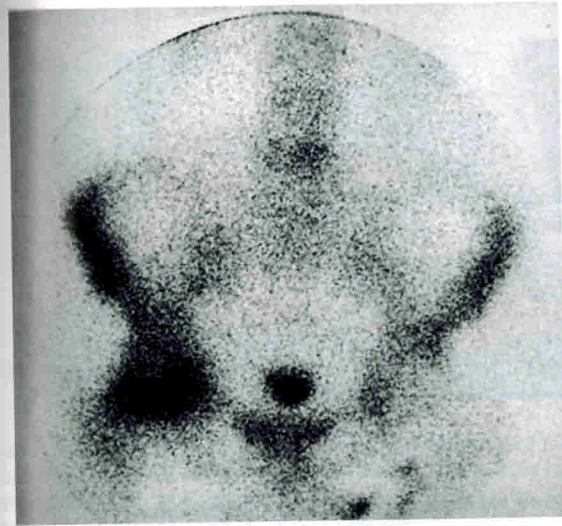


Рис. 10. Остеонекроз левой головки бедра, обнаруженный при костной скintiграфии (фотопения (ранний признак) соответствует ишемии).

Боль в спине

- Состояния, приводящие к возникновению острой и подострой боли в спине у взрослых.
- Ведение пациента с хронической болью в спине.
- Ведение детей и подростков с болью в спине.

Состояния, приводящие к возникновению острой и подострой боли в спине у взрослых

Острая механическая боль в спине

- Большинство случаев заболевания, с которыми сталкиваются врачи первичного звена, протекают без осложнений и проходят спонтанно. Вместе с тем необходимо помнить об опасных или нарастающих живающих симптомах (табл. 20-1).

Таблица 20-1. Настораживающие симптомы при боли в спине («красные флаги»)

<p>Боль, впервые возникшая в возрасте младше 20 или старше 55 лет. Жалобы на немеханическую боль (скованность ± боль в покое). Боль в грудном отделе позвоночника. Злокачественная опухоль в анамнезе. Прием иммуносупрессивных препаратов (возможно развитие инфекционного заболевания). Плохое самочувствие (потеря массы тела). Обнаружение патологических изменений при неврологическом осмотре. Структурные деформации</p>
--

- Дифференциальную диагностику проводят с болью в пояснице вызванной патологическими изменениями в почках, и сосудистой болью (аневризма) у пожилых пациентов. Боль с большой вероятности является скелетно-мышечной, если она связана с положением тела или вызвана движениями (особенно в грудном отделе), а также если присутствует локальная болезненность в области пояснично-крестцового сочленения.
- Во избежание провокации психологического дискомфорта, который может привести к хронизации процесса, очень важно не демонстрировать настороженность при консультировании пациента

острой болью. Важно убедить больного в том, что сильная боль не обязательно отражает тяжесть заболевания.

- Неотложное мероприятие — полноценная и регулярная аналгезия (не обезболивание «по требованию»), например, парацетамолом в дозе 1 г 3–4 раза в день или кодеиновыми комбинированными аналгетиками в максимальных дозах. Необходимо рекомендовать пациенту соблюдать минимальный постельный режим, поощрять мобилизацию и нормальную деятельность.
- Короткие курсы применения диазепама (по 2 мг 2–3 раза в день) или нитразепама (в дозе 5 мг на ночь) уменьшают мышечный спазм и способствуют нормальному отдыху и сну.
- Врачу необходимо беседовать с пациентом о его страхах и при необходимости убеждать его в малой вероятности серьезного заболевания. Дополнительные методы обследования, как правило, не используют. Интенсивная боль обычно кратковременна, хотя умеренная боль может сохраняться более длительно. Кроме того, возможно развитие рецидива.
- Рентгенологи обычно не рекомендуют проведение рентгенологического исследования, так как оно крайне редко влияет на тактику ведения пациента. Вместе с тем не исключено, что этот метод диагностики может играть роль в устранении страхов и тревоги пациента и его ориентации на соответствующее лечение.
- Необходимо придерживаться реабилитационного подхода (табл. 20-2). Доказательства эффективности различных методов лечения разные. Определенную проблему может составлять приверженность к реабилитационным программам, но существуют доказательства того, что ее можно усилить, обеспечивая пациента соответствующей образовательной литературой.

Таблица 20-2. Методы реабилитации пациентов с острой механической болью в спине

<p>Мануальная терапия</p>	<p>Выполняют остеопат, мануальный терапевт или физиотерапевт. Противоречивые данные об эффективности связаны с недостатком методологически качественных исследований. Следует избегать при упорной боли</p>
<p>Упражнения Мак-Кензи</p>	<p>Пассивные разгибательные упражнения, разработанные для облегчения боли и скованности, связанных с патологическими изменениями дисков и передних позвоночных структур. Возможно усиление боли от задних позвоночных структур (например, при поражении фасеточных суставов, остистых отростков)</p>
<p>Гидро- или бальнеотерапия</p>	<p>Данные методы плохо изучены, но тепло способно облегчать движения и выполнение упражнений. Можно применять после начальной болевой фазы для обретения нормальных движений и подвижности. Очевидно, может помочь не всем пациентам, широкий доступ ограничен</p>
<p>Ступенчатые программы физической активности</p>	<p>Эффективны для пациентов, нуждающихся в руководстве, которые не могут тренироваться в домашних условиях. Для некоторых больных полезно разработать план реабилитации с конкретными промежуточными целями</p>

<p>Программы, направленные на изменение поведения пациента в связи с болезнью (бихевиоральные программы)</p>	<p>Сконцентрированы на психологических аспектах боли, включают наблюдение и постепенную отмену лечебной. Отличаются от других подходов, при которых врач «контролирует» боль в спине. Нехватка ресурсов может ограничить использование этого подхода. Для таких программ очень важен правильный отбор пациентов, а также информация по этому вопросу недостаточно</p>
---	---

Боль в спине и корешковые повреждения

- Сдавление корешков чаще всего связано с острым или подострым пролапсом диска или стенозом отверстия. Пик заболеваемости приходится на возраст 30–50 лет. У 70% больных выздоровление наступает в течение 3 мес, а у 30% — в течение 6 мес.
- Острая или подострая боль в спине в сочетании с сегментарной или ишиалгической болью в ноге может указывать на сдавление корешков.
- Острая ишиалгическая боль (наружная и задняя поверхность ноги) часто имеет острый или жгучий характер, как правило, возникает в результате острого пролапса диска IV–V поясничного позвонка или V поясничного–I крестцового позвонка (более 90% случаев) и манифестирует нарушениями по ходу V поясничного и I крестцового нерва (тыл и подошва стопы) или их сочетанием.
- Проба на подъем прямой ноги — очень чувствительна для диагностики поражения корешков. Ее считают положительной при возникновении боли в ягодицах или спине во время подъема ноги на 30° (не более). Проба имеет низкую специфичность. Возникновение боли в неподнятой ноге может свидетельствовать о центральном пролапсе диска (синдром конского хвоста — анестезия седла и снижение контроля над сфинктерами).
- Важно проводить неврологический осмотр: поражение корешка V поясничного нерва манифестирует снижением силы тыльного сгибания стопы и большого пальца, стояния на пятках, а также ослаблением ахиллова рефлекса и уменьшением чувствительности в области большого пальца. Поражение корешка I крестцового нерва приводит к уменьшению подошвенного сгибания стопы, затруднению хождения на носочках и снижению ахиллова рефлекса и чувствительности стопы в области подошвы или наружной части.

Принципы ведения больного

- Без лечения у 40–50% пациентов боль проходит в течение одного месяца.
- Купирование боли: соблюдение постельного режима в течение 1–2 дней и применение максимальных доз парацетамола, НПВП или их сочетания, при сильной боли — назначение комбинированных кодеиновых и НПВП или анальгетиков. Неполное прохождение курса лечения может стать фактором риска развития хронической боли.

Эпидуральное введение глюкокортикоидов может кратковременно облегчить боль, но рандомизированные клинические исследования не продемонстрировали улучшения исходов через 3 мес или в течение более длительного срока.

Метаанализ с подсчетом числа больных, которых необходимо лечить, чтобы добиться одного благоприятного исхода, показал, что у одного из семи пациентов, которым глюкокортикоиды вводили эпидурально, происходило кратковременное уменьшение боли на 75% и более, а у одного из 13 пациентов происходило долговременное снижение боли на 50% и более.

Могут оказаться эффективными физиотерапия и реабилитация с использованием упражнений на разгибание в поясничной области, проводимых под наблюдением специалиста, хотя в крупных рандомизированных клинических исследованиях эффективность не была доказана.

MPT может охарактеризовать повреждение, но у 25% лиц, не имеющих симптомов заболевания, существуют истинные протрузии дисков. Таким образом, MPT обладает низкой специфичностью, и ее следует применять только для подтверждения диагноза, а не для его установления.

Абсолютные показания к оперативному вмешательству (табл. 20-3) — синдром конского хвоста, а также прогрессирующая мышечная слабость и нейропатия, вызывающие функциональные нарушения.

Таблица 20-3. Хирургические подходы при пролапсе диска в поясничном отделе

<p>дискэктомия</p>	<p>Рекомендована при поражении дисков, вызывающем синдром конского хвоста и прогрессирующий неврологический дефицит. Исключая вышеуказанные показания, по данным рандомизированных клинических исследований, результаты удовлетворительной оценки пациентами оперативного лечения по сравнению с консервативной терапией составили на первом году 66 против 33%, а на четвертом году — 66 против 51%. Таким образом, долговременные преимущества оперативного лечения оказались незначительными. Побочные эффекты от хирургического вмешательства: летальность — менее 0,2%, разрывы твердой мозговой оболочки — в 4% случаев, стойкие повреждения корешков нервов — менее чем у 1% пациентов. В краткосрочной перспективе метод эффективен в 70% случаев. Риск неэффективности хирургического лечения связан с более высокими показателями по шкалам истерии и ипохондрии (MMPI*) и судебными исками со стороны пациентов</p>
<p>микродискэктомия</p>	<p>Небольшой доступ приводит к ранней мобилизации и сокращению послеоперационной нетрудоспособности. Исходы схожи с таковыми при обычной дискэктомии</p>
<p>отскожная дискэктомия</p>	<p>Отсасывание центрального вещества диска вызывает его декомпрессию и снижает давление на корешки нервов. Ассоциирована с низкой частотой осложнений и быстрой послеоперационной реабилитацией. Данные нерандомизированных клинических исследований предполагают эффективность, схожую с таковой при дискэктомии</p>