

Боль в спине



Боль в спине: последние данные в диагностике и ведении пациентов



Пациенты с заболеваниями костно-мышечной системы составляют большой процент от обратившихся за первичной медицинской помощью. Одной из самых распространенных жалоб является острая боль в пояснице; она встречается у 80% населения. Как правило, большинство обращений можно решить консервативно, включая обучение пациентов, постельный режим, мягкие анальгетики, такие как ацетаминофен, нестероидные противовоспалительные средства (НПВС) или мышеч-

ные релаксанты. Пациенты с острой болью в спине нуждаются в тщательном обследовании (включая неврологическое). В тоже время, острая боль в спине может быть симптомом серьезной патологии, такой как перелом, инфекция или межпозвоночная грыжа. На слайдах представлены как часто, так и редко встречающиеся причины боли в спине, их характеристика и тактика ведения пациентов, последние новости и исследования в этой области.

«Красные флаги» хронической боли в спине:

- онкологические заболевания в анамнезе
 - лихорадка
- остеопороз в анамнезе или наличие предрасполагающих к нему факторов
 - необъяснимая потеря веса
- неэффективность консервативной терапии
 - нарушение дефекации/дизурия
- начало заболевания в возрасте старше 50 лет
 - боль в покое (включая ночные боли)
 - неврологическая симптоматика
- пациенты пожилого возраста с заболеваниями сердечно-сосудистой системы

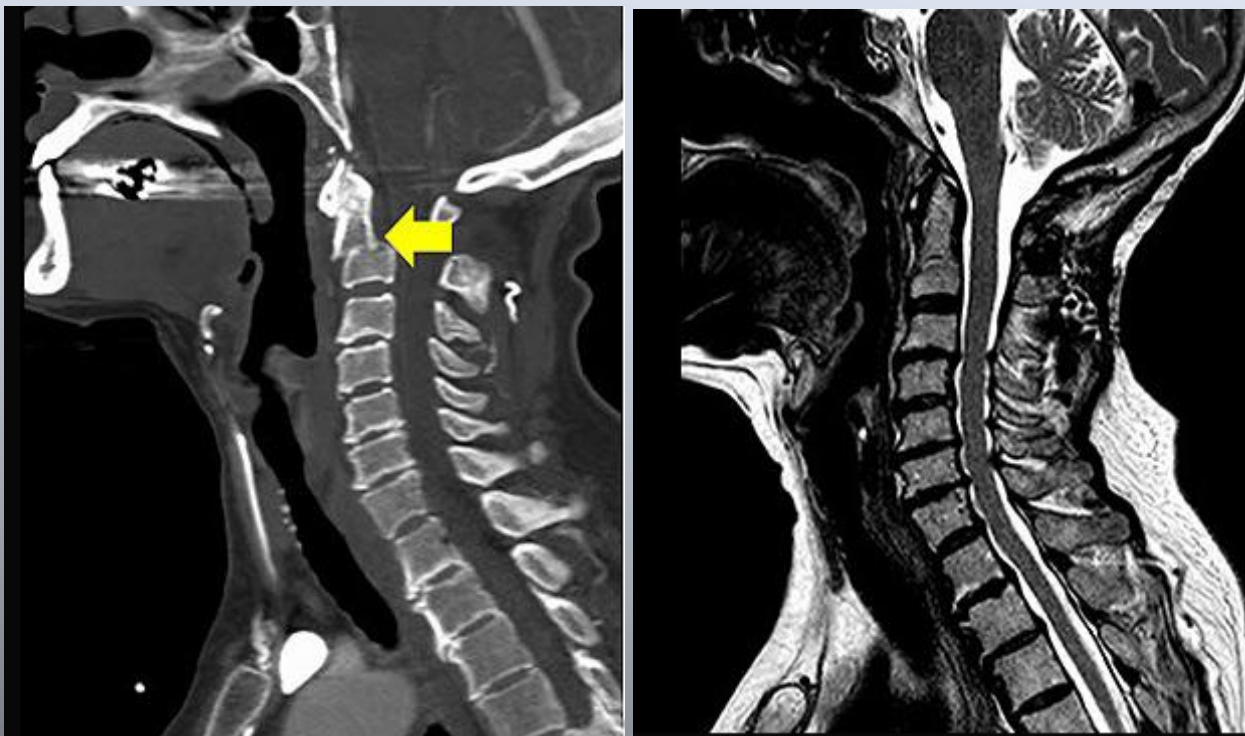
Оценка хронической боли в пояснице

Причины хронической боли в пояснице (более 3 месяцев) могут иметь как доброкачественный характер, так и быть причиной серьезной патологии. При наличии определенных клинических симптомов, возникает необходимость в проведении дополнительных методов исследования (анализ крови, радиологические методы, МРТ, КТ).

Концепция «красных флагов» противоречива, так как у большинства пациентов с доброкачественными причинами болей в спине, может быть, по крайней мере, один «красный флаг». Таким образом, наличие серьезных или нескольких «красных флагов» требует незамедлительной дополнительной оценки.



Боль в грудном и шейном отделах позвоночника



Боль в грудном и шейном отделах позвоночника встречается реже, чем в поясничном отделе, и может быть следствием острой травмы (как на рисунке - желтая стрелка указывает на острый перелом C2 в результате автотравмы и состояние спустя 6 месяцев после оперативного лечения); растяжения параспинальных мышц; метастазы; инфекционных заболеваний; дегенеративных заболеваний; миофасциального болевого синдрома или других тяжелых заболеваний. На слайдах также

представлены причины хронической боли в спине, не связанные с дегенеративно-дистрофическими процессами и, в основном, встречающиеся в ревматологической практике. Тактика ведения пациентов с дегенеративно-дистрофическими изменениями (дегенеративные заболевания межпозвоночных дисков и остеоартрит) представлены в других источниках.

Спондилоартропатии

Общие клинические признаки спондилоартропатий (*SpA*):

- ассиметричный олигоартрит (обычно 2-5 суставов)
- аксиальное поражение (редко встречается при других артритах)
- серонегативность (ревматоидный фактор, циклический цитрулиновый пептид)
- ассоциация с антигеном гистосовместимости HLA-B27
- внесуставные признаки: острый передний увеит и энтезопатия



Спондилоартропатии - это группа заболеваний, для которых характерно поражение суставов позвоночного столба; они включают в себя анкилозирующий спондилоартрит (*SpA*), реактивный артрит, энтеропатические артриты, псориатический артрит и недифференцированные спондило-артропатии.

На рентгеновском снимке справа изображены характерные для анкилозирующего спондилоартрита изменения с двусторонним сращением крестцово-подвздошных сочленений, а также с мелкими краевыми синдесмофитами в межпозвоночных щелях

нижнего поясничного отдела позвоночника. Поражение прилегающих тел позвонков приводит к их сращению и образованию так называемого «бамбукового позвоночника», приводящего к выраженному ограничению в движении. Поражение суставов при анкилозирующем спондилоартрите обычно начинается с крестцово-подвздошного сочленения и распространяется снизу вверх. Кроме этого, возможно эрозивное поражение в области лобкового симфиза.

Диагностика анкилозирующего спондилоартрита

Анкилозирующий спондилоартрит поражает людей молодого возраста с пиком развития заболевания в 20 лет. Почти у большинства пациентов (95%) первые симптомы заболевания возникают в возрасте до 40 лет.

В отличие от ревматоидного артрита, при котором поражается синовиальная оболочка суставной капсулы, анкилозирующий спондилоартрит поражает волокнистую хрящевую ткань в области крестцово-подвздошных сочленений, лобкового симфиза, межпозвоночных дисков, дугоотростчатых суставов, корня аорты, энтезиса (место прикрепления сухожилия к кости,) передний отдел сосудистой оболочки глаза. Это снимок пациента с анкилозирующим спондилоартритом, двусторонним поражением крестцово-подвздошного сочленения и с наличием синдесмофитов в поясничном отделе позвоночника. Обратите внимание на дегенеративно-дистрофические тяжи в левом нижнем отделе грудной клетки. Пациенту имплантирован электрокардиостимулятор в связи с нарушением сердечной проводимости; это часто встречается у пациентов - носителей антигена гистосовместимости HLA-B27.

Учитывая широкую распространенность хронической боли в спине, важно дифференцировать анкилозирующий спондилоартрит и другие заболевания, относящиеся к спондилоартропатиям от неспецифической боли в спине (далее см. слайды).



Критерии спондилоартропатий (Берлинская классификация)

- утренняя скованность более 30 минут
- улучшение состояния во время физической активности, но не во время покоя
- перемежающаяся боль в ягодицах
- пробуждение во второй половине ночи из-за выраженной боли

ASAS-критерии спондилоартропатий

- начало заболевания в возрасте до 40 лет
- постепенное начало
- улучшение состояния во время физической активности, но не во время покоя
- ночные боли (с уменьшением после пробуждения)

Воспаление

Клинической особенностью заболеваний, относящихся к группе спондилоартропатий, являются воспалительные симптомы, характерные и для других ревматических заболеваний. Поэтому необходимо учитывать клиническую картину при проведении дифференциальной диагностики с другими причинами хронической боли в спине.

Диагностические критерии, разработанные в Берлине, помогают врачу отифференцировать воспалительные причины боли в спине. Наличие у пациента 2 из 4 критериев является показателем их чувствительности (70%) и специфичности (81%) по отношению к анкилозирующему спондилоартриту. При наличии 3 из 4 критериев специфичность возрастает до 98%, при снижении

чувствительности до 33%. Несмотря на высокий уровень специфичности, распространенность анкилозирующего спондилоартрита, среди группы пациентов с хронической болью в спине, низкая (5%); положительная прогностическая ценность наличия 3 из 4 критериев для анкилозирующего спондилоартрита составляет только 50%. Таким образом, эти критерии служат в основном для выявления пациентов высокого риска, требующих дальнейшего обследования (рентгенографические методы, исследование генетического маркера HLA -B27), чем для постановки диагноза АС или другой спондилоартропатии. Для выявления пациентов с болью в спине воспалительного характера могут использоваться критерии Международного общества по спондилоартритам (ASAS).



Основные рентгенологические признаки спондилоартропатий

- поражение крестцово-подвздошного сочленения не характерно для дегенеративно-дистрофических заболеваний
- аксиальные спондилоартропатии поражают нижние две трети сустава
- между позвонками возможно образование синдесмофитов

Рентгенологическое подтверждение спондилоартропатий

Проведение рентгенологического исследования помогает подтвердить диагноз анкилозирующего спондилита и других форм спондилоартропатий с «осевым» (аксиальным) поражением. Крестцово-подвздошные сочленения обычно не поражаются при дегенеративных формах артрита, но иногда они могут быть вовлечены в патологический процесс. Дегенеративный артрит часто ассоциирован с дегенеративно-дистрофическими заболеваниями позвоночника, сколиозом, нарушением походки, в том числе возникшим при разной длине нижних конечностей. Эти факторы могут приводить к патологической механической нагрузке. При аксиальных спондилоартропатиях обычно поражаются нижние две трети сустава, которые выстланы

синовиальной мембраной. Синдесмофиты представляют собой костные перемычки между позвонками у пациентов с аксиальными спондилоартропатиями; при спондилоартропатиях они расположены вертикально, в отличие от дегенеративных заболеваний. На снимке изображены изменения при остеоартрите с горизонтально расположенными остеофитами. В области межпозвоночного диска отмечается линейный участок пониженной плотности; это, так называемый, вакуум-феномен (читайте ниже), который характерен для дегенеративных заболеваний. При остеоартрите часто встречается сужение межпозвоночной щели, как видно на снимке, но это не является характерным признаком для аксиальных остеоартропатий.



Клинический пример 1



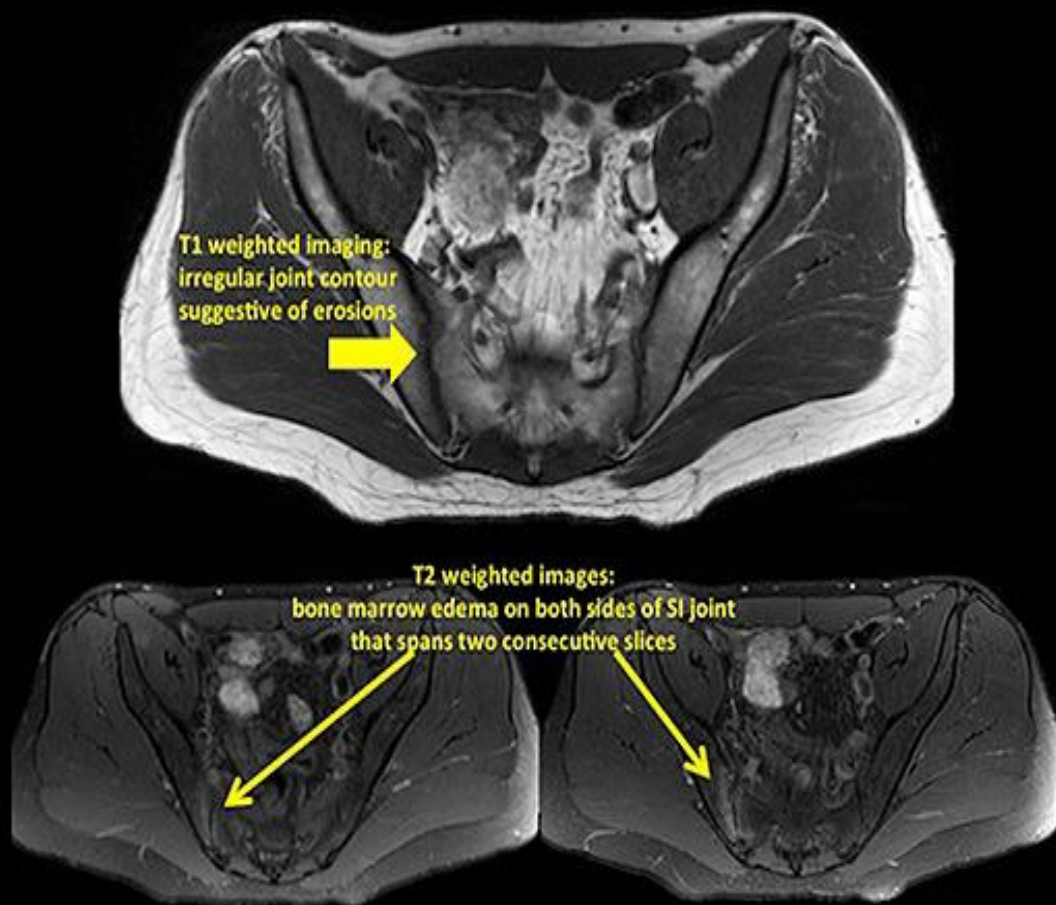
Мужчина, 65 лет, с болями в пояснице. Рентгенологические признаки множественных дегенеративных изменений и сколиоз. Кроме этого, имеются признаки «вакуум - диска» на двух уровнях (указаны желтыми стрелками), которые свидетельствуют о наличии в межпозвоночной щели газа - азота.

Вакуум-феномен при заболеваниях позвоночника



У данного пациента имеется дегенеративное заболевание позвоночника, и обнаружен «вакуум-феномен». «Вакуум-феномен, как правило, определяется в области межпозвоночных дисков. Считается, что газ появляется в результате отрицательного давления вследствие дегенеративного заболевания позвоночника или из-за быстро образующихся пространств в диске. Газ может

находиться в теле позвонка при наличии грыжи Шморля, когда происходит выпячивание диска в тело позвонка или при репозиции перелома позвонков, подверженных остеопорозу. Газ может находиться в области межпозвоночных (фасеточных) суставов. Существуют данные о том, что газ может оказывать давление на нервные корешки, вызывая таким образом симптомы радикулопатии.



T1- контуры сустава неровные, картина эрозивного поражения

T2- отек костного мозга в обеих частях крестцово-подвздошного сочленения с образованием двух непрерывных участков

Клинический пример 1 (продолжение)

Рентгенологическое подтверждение сакроилеита было обязательным пунктом в предыдущей версии классификационных критериев для анкилозирующего спондилоартроза. К сожалению, заболевание, которое выявляется при помощи обычной рентгенографии, может не проявлять себя в течение нескольких лет после первых симптомов, создавая большой промежуток времени от момента выявления первых симптомов и постановки диагноза через 6-10 лет. МРТ позволяет поставить диагноз при наличии начальных симптомов, таких как отек костного мозга и воспаление синовиальной оболочки, и чувствительность этого метода при выявлении начальных эрозивных изменений гораздо выше, чем при обычной рентгенографии.

При использовании данного метода диагностики, необходимо помнить о следующем. Во-первых, чувствительность и специфичность по отношению к анкилозирующему спондилоартриту достигает 90%; несмотря на то, что распространенность заболевания низкая, положительная прогностическая ценность может составлять не менее чем 30%. Во-вторых, у 25 % людей в популяции может встречаться изолированный



участок отека костного мозга, поэтому были предложены стандартизированные критерии, которые определяют этот участок на снимке как 2 отдельных очага или как 1 очаг, включающий в себя два непрерывных участка. Наличие множественных симптомов (отек костного мозга, эрозии, синовиальные изменения) может повысить специфичность для аксиальных спондилоартропатий.

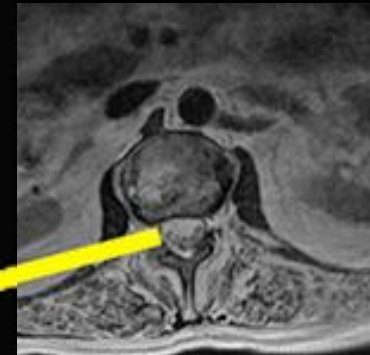
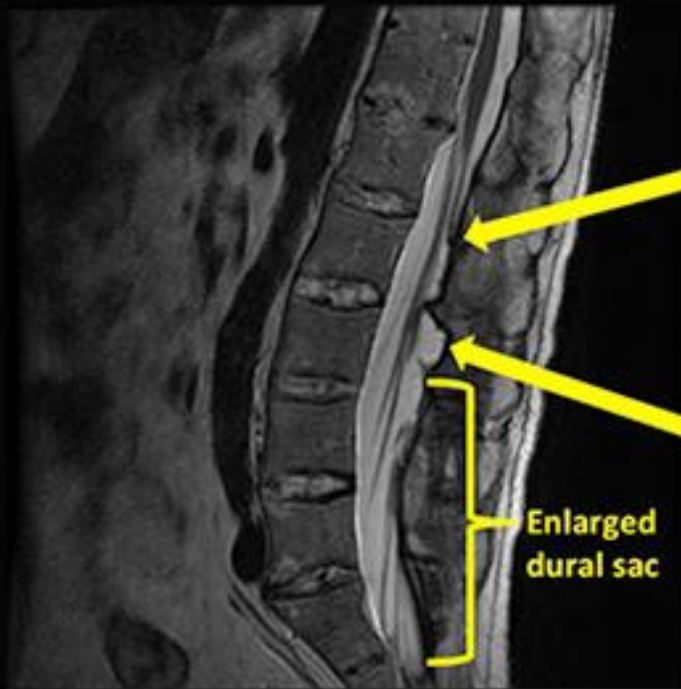
Клинический пример 2: Анкилозирующий спондилоартрит и нейропатия

Мужчина, 63 года, с длительно существующим АС и возникшей 2 года назад нейропатией нижних конечностей, первоначально левой ноги, а затем правой ноги. Чувство онемения и парестезия распространились до верхней части бедер и паховой области. При обследовании выявлено характерное ограничение движений в шейном отделе позвоночника и невозможность коснуться затылком стены позади себя (расстояние между затылком и стеной составило 15 см). При обследовании также выявлено уменьшение объема движений в поясничном отделе позвоночника и сглаженность лордоза. Целесообразно провести модифицированный тест Шобера из-за наличия у пациента уменьшенного объема движений, как результата патологического процесса в крестцово-подвздошном сочленении. Неврологическое обследование выявило снижение чувствительности в нижних конечностях, а также «седловидную» анестезию.

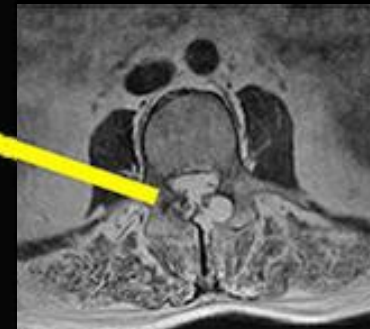


Клинический пример 2 (продолжение)

На снимке обнаружены мелкие дуральные эктазии (выпячивания) с возможным пережатием нервного корешка.



Поперечный срез на уровне
без дуральной эктазии.



Поперечный срез на уровне
с дуральной эктазией.

Увеличенный дуральный мешок.

Клинический пример 2 (продолжение)

диагностика и лечение

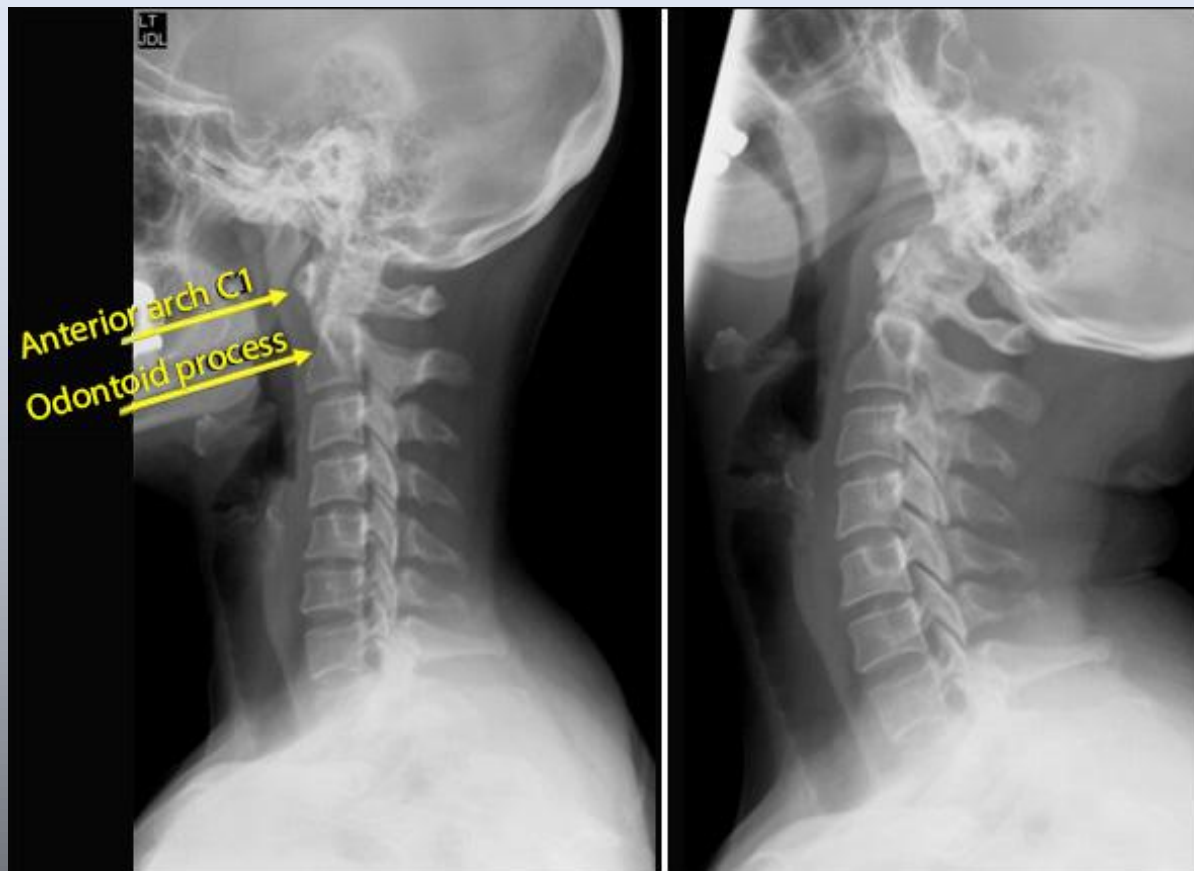
Пациенту, после обнаружения расширенного дурального мешка, поставлен диагноз синдром конского хвоста.

Механизм образования дуральных эктазий и появления неврологических симптомов при АС не ясны. По этому поводу существует ряд теорий. Согласно одной из них, причиной является васкулит мелких сосудов, который непосредственно повреждает нервные корешки. По другой теории, наличие хронического арахноидита ведет к снижению эластичности дурального мешка и нарушению всасывания спинномозговой жидкости, ведущее к формированию дуральных эктазий (с симптомами сдавления нервных корешков). Методы лечения в данном случае ограничены. Назначение преднизона и НПВС было неэффективным; ацетазоламид (с целью уменьшения продукции спинномозговой жидкости) приводит к частичному улучшению состояния; назначение лекарственного средства инфликсимаб было эффективным; возможно проведение оперативного лечения (ламинэктомия, люмбо-перитонеальное шунтирование). Пациенту проведена ламинэктомия без выраженного эффекта, с последующим развитием задержки мочеиспускания. Пациент был направлен в ревматологическое отделение, где ему был назначен инфликсимаб ежемесячно в течение года.



Поражение позвоночника при ревматоидном артрите

передняя дуга C1
зубовидный отросток

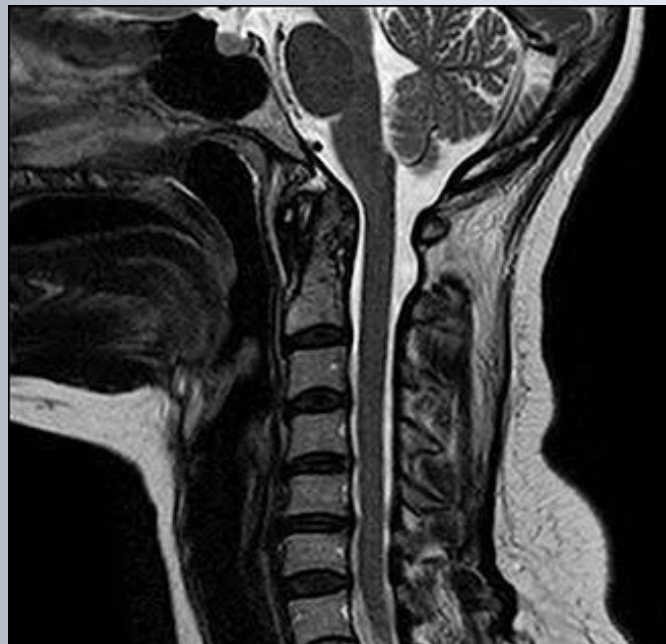


Ревматоидный артрит обычно поражает суставы в области C1/C2, не затрагивая другие отделы позвоночника. Рентгенография проводится пациентам с проблемами в данной области или как предоперационное исследование. На рентгенограмме выше обнаружено увеличенное расстояние (6 мм) между задней частью передней дуги C1 и передней

частью зубовидного отростка (атлanto-дентальный промежуток в норме $<$ или $= 3$ мм). При дальнейшем выпрямлении шеи, размеры промежутка приходят к норме. Такая нестабильность атлanto-аксиального сочленения при ревматоидном артрите часто является результатом травматизации связочного аппарата паннусом.

Ревматоидный артрит и позвоночник

Поражение шейного отдела позвоночника при ревматоидном артрите включает в себя эрозивные изменения, нестабильность атлanto-аксиального сочленения, атлanto-аксиальный подвывих. На снимке слева (T1режим) отмечаются неровные контуры зубовидного отростка с эрозивными дефектами по задней поверхности. Слой мягких тканей вокруг зубовидного отростка представляет собой сформировавшийся паннус. На снимке справа (T2 режим) определяется неоднородный сигнал, отражающий синовиальную гиперваскуляризацию в некоторых зонах. Наряду с нестабильностью атлanto-аксиального сочленения в передней и задней плоскостях, может встречаться латеральная и ротационная нестабильность. Может также возникнуть опасное для жизни состояние, такое как вертикальная нестабильность атлanto-аксиального сочленения (cranial settling). В этом случае необходимо проведение мероприятий, направленных на выявление неврологической патологии: передний и задний атлanto-дентальные промежутки, определение вертикальной нестабильности атлanto-аксиального сочленения. Причиной нестабильности атлanto-аксиального сочленения является как травма, так и другие факторы.



Клинический пример 3

Боль в спине и лихорадка

Пациент, мужчина 70 лет, с прогрессирующей болью в спине, потерей веса и субфебрильной температурой. Симптомы заболевания присутствуют в течение последних 6 месяцев и, несмотря на проводимую консервативную терапию противовоспалительными препаратами и мышечными релаксантами, состояние пациента ухудшается. Общее состояние пациента было удовлетворительное, без каких-либо других симптомов и признаков инфекции. Незадолго до обследования у пациента появилась слабость в нижних конечностях и задержка мочеиспускания. На рентгенографическом снимке обнаружены участки деструкции в области L5. Также выявлен оскольчатый перелом L5 (верхний отдел) с расхождением отломков в сторону тела позвонка в переднем и заднем направлениях (желтые стрелки) и инфильтративный процесс (обратите внимание на сжатый дуральный канал). Проведенная биопсия ткани позвонка не выявила гистологических признаков онкологического процесса. При окраске материала выявлены кислотоустойчивые бактерии, последующее исследование определило наличие *Mycobacterium tuberculosis*. Пациенту была назначена стандартная противотуберкулезная терапия и, в конечном итоге, проведено оперативное лечение, направленное на стабилизацию состояния пациента.



Туберкулез позвоночника (болезнь Потта)

При туберкулезной инфекции опорно-двигательной системы чаще всего поражается позвоночник. Обычно в процесс вовлекается тело позвонка, с последующим распространением на переднюю (желтая стрелка) и заднюю продольные связки, также возможно проксимальное и дистальное распространение. В случае, когда процесс ограничен только телом позвонка, следует исключить онкологический процесс. При бактериальных инфекциях позвоночника в начале поражаются межпозвоночные диски, а затем расположенные рядом кости. При туберкулезе позвоночника чаще затрагиваются грудной и шейный отделы, чем поясничный отдел, в связи с их близостью к месту лимфоттока из легких. При бактериальных инфекциях обычно вовлекается поясничный отдел позвоночника из-за его близкого расположения к венозному сплетению (сплетение Батсона), в которое происходит венозный отток из тазовых органов. Общие симптомы при туберкулезе позвоночника, такие как лихорадка, озноб, слабость, могут отсутствовать, если процесс локализован только в позвонке. Продукция жидких выделений часто составляет < 50%; рекомендовано проведение биопсии кости (или синовиальной оболочки).



Клинический пример 4

Инфекционный дисцит?

Пациентка, женщина 55 лет, с тупой болью в области середины спины, которая появилась несколько лет назад и усиливалась. Пациентка отмечала безболезненное уменьшение объема движений в области шеи на протяжении последних 10-15 лет, а также незначительную болезненность в переднем отделе грудной клетки, которая предположительно была следствием плеврита, по поводу которого пациентке были назначены противовоспалительные средства с незначительным эффектом. Такие общие симптомы, как потеря веса и лихорадка отсутствовали. Проведено рентгенографическое исследование: на уровне T9-T10 отмечаются неровные контуры замыкательных пластин со склеротическими изменениями (желтые стрелки). На основании данных рентгенографии был заподозрен инфекционный дисцит. Проведенная биопсия междискового пространства и расположенных рядом костей не выявило онкологического процесса. Проведено дополнительное МРТ обследование (следующий слайд).



Клинический пример 4 (продолжение)



На МРТ снимках отмечалось контрастное усиление в области T9-T10 позвонков, а также в области T2-T1. Определяется расширение в области синхондроза рукоятки грудины (отчетливее видно в режиме T2; желтая стрелка). Проведено дополнительное исследование передней поверхности грудной клетки, а также шейного и поясничного отделов позвоночника (следующий слайд). Было обнаружено костное

утолщение в области правой ключицы с подозрением на онкологический процесс, болезнь Педжета и остеомиелит. Биопсия кости выявила рост *Propionibacterium acnes*. Пациентка получала в течение 6 месяцев антибиотики внутривенно и была направлена в ревматологическое отделение для дальнейшего лечения.

Клинический пример 4 - синдром Сафо



Синдром Сафо, который включает в себя синовит, акне, пустулезные высыпания, гиперстоз и остеит относится рядом ученых в группу серонегативных спондилоартропатий. Инфекционный и онкологический процессы были исключены результатами биопсии тканей позвоночника и правого грудино-ключичного сустава. Болезнь Педжета также не подтвердилась, так как уровень щелочной фосфатазы и характер костного поражения не соответствовал данному заболеванию. Отсутствие кожных проявлений не исключает синдром Сафо, так как у трети пациентов

с данным синдромом нет кожных поражений. Анкилозирующий спондилоартрит исключен, так как у пациентки не выявлено носительство антигена гистосовместимости HLAB27, и отсутствуют характерные изменения в поясничном отделе позвоночника. В конечном итоге, пациентке был поставлен диагноз – синдром Сафо, на основании обнаружения выраженного гиперстоза в области ключицы и синхондроза рукоятки грудины, остеита позвоночника и подвздошной кости (видно на правом снимке) и наличия Р. аспе.

Клинический пример 5: кожное заболевание и боль в спине



У пациента, мужчины 52 лет, с диагнозом -псориаз, отмечалось усиление боли и тугоподвижности в области поясницы и ягодиц. Боль и тугоподвижность усиливались в утренние часы и уменьшались спустя несколько часов после физической активности и принятия НПВС. Несколько месяцев назад у пациента отмечалась боль, тугоподвижность и припухлость в проксимальной области правого третьего межфалангового сустава, но позже состояние улучшилось. При обследовании отмечается уменьшение объема движений в поясничной области и положительный тест Фабера с обеих сторон. На коже локтей, коленей и волосистой части головы расположены множественные псориазные бляшки.

На рентгенограмме костей таза определяются ассиметричные склеротические изменения в области крестцово-подвздошного сочленения, с почти полным расплавлением справа (желтая стрелка). У пациента также имеются дегенеративные изменения в области тазобедренных суставов. Поставлен диагноз -псориатический артрит с поражением осевого скелета. При истинном анкилозирующем спондилоартрите поражение крестцово-подвздошного сочленения носит симметричный характер, но тем не менее, при псориатическом артрите, крестцово-подвздошные сочленения могут поражаться ассиметрично, как в данном случае.

Клинический пример 6: Боль в спине и кифоз у подростка

Пациент, 14-летний подросток, у которого отмечается боль в спине и кифоз. На рентгенограмме позвоночника выявлено клиновидное изменение нижних грудных позвонков (желтые стрелки), с неровными контурами замыкательных пластинок. У пациента болезнь Шейерман-Мау, или юношеский деформирующий остеохондроз. Этиология заболевания точно не определена, вероятной причиной служит травматизация зон роста тел позвонков при наследственной предрасположенности. Это приводит к деформации позвоночника, кифозу и таким симптомам, как боль в спине. Лечение включает в себя физиотерапию и иммобилизацию, а также оперативное вмешательство в тяжелых случаях.



Клинический пример 7: Боль в спине и кальцификация

Пациент, мужчина 72 лет, со слабой болью в пояснице и уменьшенным объемом движения. На рентгенограмме отмечаются нисходящие кальцификаты вдоль правой половины позвоночного столба (желтая стрелка), в области левой половины позвоночного столба их нет. Поставлен диагноз диффузного идиопатического скелетного гиперостоза (ДИСГ) (см. следующий слайд).



ДИСГ (Диффузный идиопатический скелетный гиперостоз)

ДИСГ, встречающийся чаще всего у мужчин старшего возраста, представляет собой кальцификацию передней продольной связки грудно-поясничного отдела позвоночника, но может захватывать шейный отдел позвоночника и периферический скелет. Переднее расположение кальцификатов хорошо видно на боковом снимке (см. выше). Причины возникновения ДИСГ не выявлены, но его развитие может быть связано с наличием сахарного диабета и приемом антидепрессантов, также известны случаи возникновения схожего синдрома у пациентов, использующих ретиноиды. Кроме этого, у пациентов с ДИСГ отмечается низкий уровень ингибитора остеогенеза ДKK-1. Отсутствие кальцификатов в левой части позвоночника обусловлено пульсацией аорты в этой области, что уменьшает формирование кальцификатов. Течение ДИСГ, как правило, бессимптомное, но может присутствовать незначительная болезненность и уменьшение в объеме движений. Если процесс локализован в шейном отделе позвоночника, то может возникнуть дисфагия, связанная с давлением кальцифицированной связки на пищевод. Рентгенологические признаки ДИСГ могут быть схожими с симптомами при анкилозирующем спондилоартрите, но при этом будут отсутствовать изменения в крестцово-подвздошном сочленении и в дугоотростчатых суставах. Поэтому обязательным диагностическим критерием является отсутствие изменений в крестцово-подвздошном сочленении и дугоотростчатых суставах. Кроме этого, односторонний характер кальцификации более характерен для ДИСГ, чем для анкилозирующего спондилоартрита.



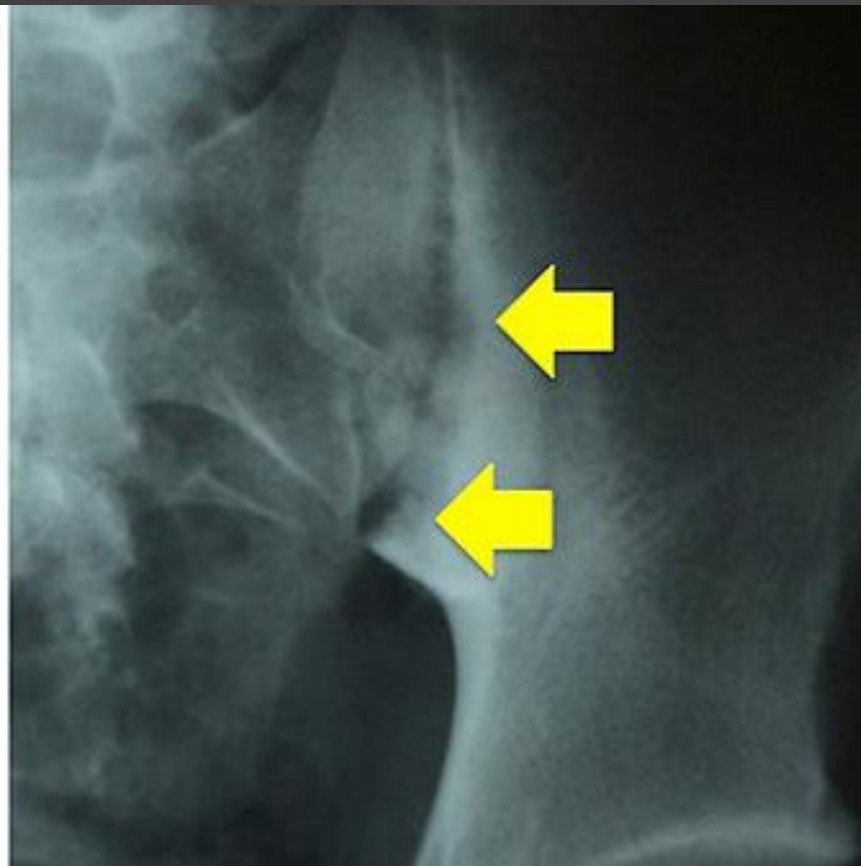
Клинический пример 8: Послеродовая боль в спине



У 28-летней пациентки отмечается боль в пояснице и ягодицах спустя 10 месяцев после рождения первого ребенка. На рентгенограмме видны участки склероза крыльев подвздошных костей треугольной формы в области нижних полюсов

крестцово-подвздошных сочленений (желтые стрелки), при этом само сочленение соответствует норме. Поставлен диагноз конденсирующего остеоита подвздошных костей.

Конденсирующий остеит подвздошных костей



У данной пациентки причиной боли в спине и изменений на рентгенограмме стал конденсирующий остеит подвздошных костей (фото слева). Заболевание характеризуется болью в пояснице и в области тазобедренных суставов, рентгенографическими изменениями в виде участков склероза крыльев подвздошных костей треугольной формы, без уменьшения суставной щели крестцово-подвздошного сочленения и эрозий. Чаще всего процесс двусторонний, но может носить и односторонний характер. Заболевание чаще встречается у рожавших женщин, однако есть данные о возникновении его у нерожавших женщин и у мужчин. Патофизиология не

выяснена, вероятной причиной может служить механическая нагрузка. Лечение включает в себя назначение анальгетиков, НПВС и физиотерапию. Рентгенографические изменения могут быть ошибочно приняты за изменения при воспалительных заболеваниях позвоночника. Необходимо исключить анкилозирующий остеоартрит (фото справа), для которого характерны эрозивные изменения и уменьшение суставной щели крестцово-подвздошного сочленения. Замечено, что при воспалительных процессах крестцово-подвздошного сочленения обычно вовлекается его нижняя треть, где присутствует синовиальная ткань.

Боль в спине: последние данные

Современные данные лечения боли в спине

Ацетаминофен:

- не оказывает эффекта при острой боли в спине

Золедроновая кислота:

- уменьшает болевую интенсивность
- сокращает применение НПВС на 1 год

Физическая нагрузка:

- эффективна для формирования мышечного корсета спины (частота более важна, чем тип нагрузки и ее интенсивность)

Ортопедические стельки и ортезы:

- эффективность не доказана



Исследования, связанные с проблемой боли в спине, многочисленны и непрекращающиеся. Первое рандомизированное плацебо-контролируемое исследование среди пациентов с острой болью в спине показало, что назначение Ацетаминофена не влияет на скорость выздоровления и боль. Золедроновая кислота уменьшала за короткий промежуток времени интенсивность болевых ощущений, а также прием НПВС на 1 год у пациентов с хронической болью в спине, с подтвержденными изменениями на МРТ, а также с патологически измененными концевыми пластинами позвонков и костного мозга. В обзоре Cochrane имеются данные о назначении пациентам с

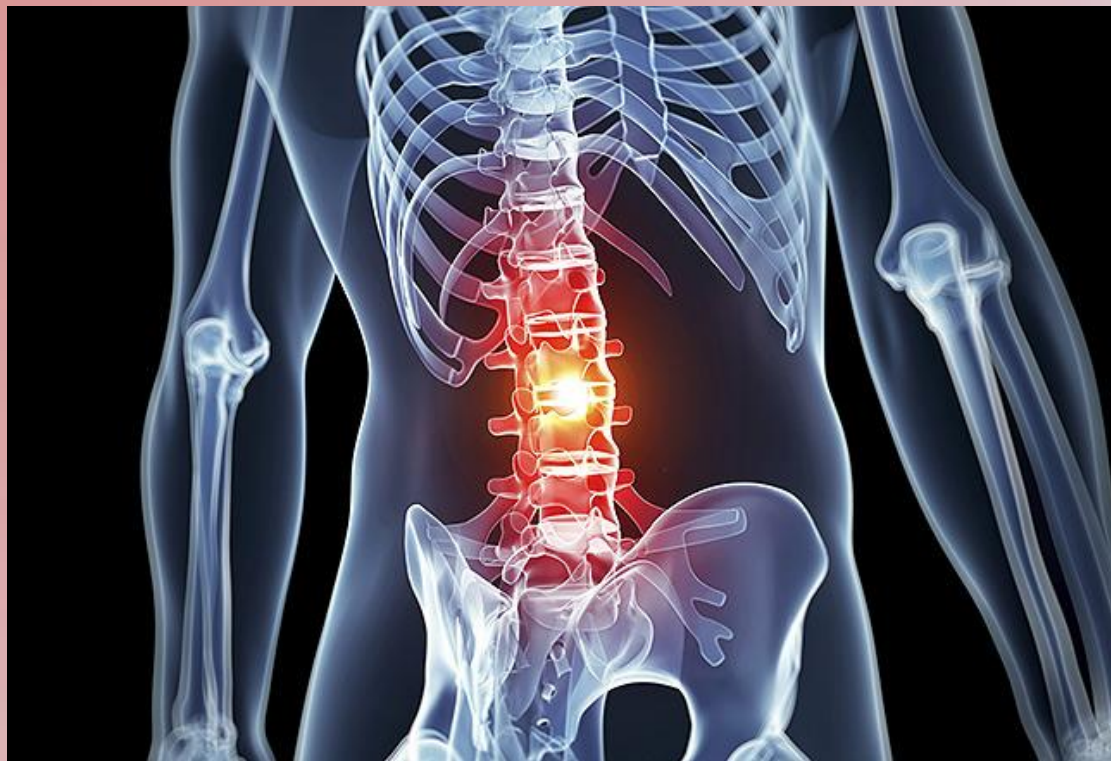
хронической болью в спине опиоидов коротким курсом; эффективность и безопасность назначения длительных курсов опиоидов остается недоказанной. Появляется все больше данных об использовании в терапии боли физической нагрузки вместе с корсетами для спины; вид нагрузки не так важен, как ее частота. И, в конечном итоге, использование для лечения боли в спине стелек и ортезов для ног не подтвердило своей эффективности.

Спондилоартропатии: последние данные

В 2014 году предприняты важные шаги в оптимизации лечения спондилоартропатий. Международной целевой группой была определена концепция терапии спондилоартропатий до достижения цели (treat-to-target), сходная с разработанной ранее для лечения ревматоидного артрита. В прошлом году были опубликованы сонографические критерии для определения степени воспаления в суставах, пораженных анкилозирующим спондилоартритом, которые опираются на уже существующие критерии ведения ревматоидного артрита. Также в 2013 году была опубликована работа, в которой шла речь о способности пролонгированной анти-ФНО терапии уменьшать риск радиографического прогрессирования. Недавнее исследование в Нидерландах выявило повышение уровня этанерцепта на 24 неделе лечения у пациентов с низкими значениями активности по системе оценки анкилозирующего спондилоартрита, и предположило, что тем 40% пациентов, не отвечающих на анти-ФНО-терапию, необходимо увеличить дозу лекарства. В этом году была выявлена возможная связь между дефицитом витамина Д и анкилозирующим спондилоартритом. Но, несмотря на отсутствие точной взаимосвязи между этими двумя факторами, английские исследователи установили связь между витамином Д и некоторыми маркерами активности анкилозирующего спондилоартрита.



Глобальное воздействие боли в спине



В конечном итоге, разработка тактики ведения пациентов с болями в спине и заболеваниями позвоночника представляет особую важность, о чем свидетельствуют два последних исследования, согласно которым, боль в нижнем отделе спины приводит намного чаще, чем другие состояния, к потере трудоспособности. Авторы делают следующие выводы: «С увеличением количества и

возраста населения во многих странах с низким и средним уровнем дохода в ближайшие десятилетия будет значительно увеличиваться количество людей, страдающих болями в спине. Этот факт должен помочь нам расширить понимание этого заболевания и попытаться уменьшить рост количества пациентов с болями в спине в этих регионах».

Спасибо за внимание!