



Программа «Терапевт нашего времени»

ТЕМА

13

«Ни сна, ни отдыха
измученной душе...»

боль в позвоночнике

остеоартрит

боль в суставах

болезнь Бехтерева

Сахарный
диабет



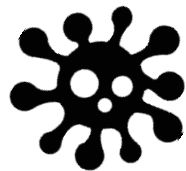
Болезни сердца
и сосудов



ХОБЛ



Онкология



Зависимости

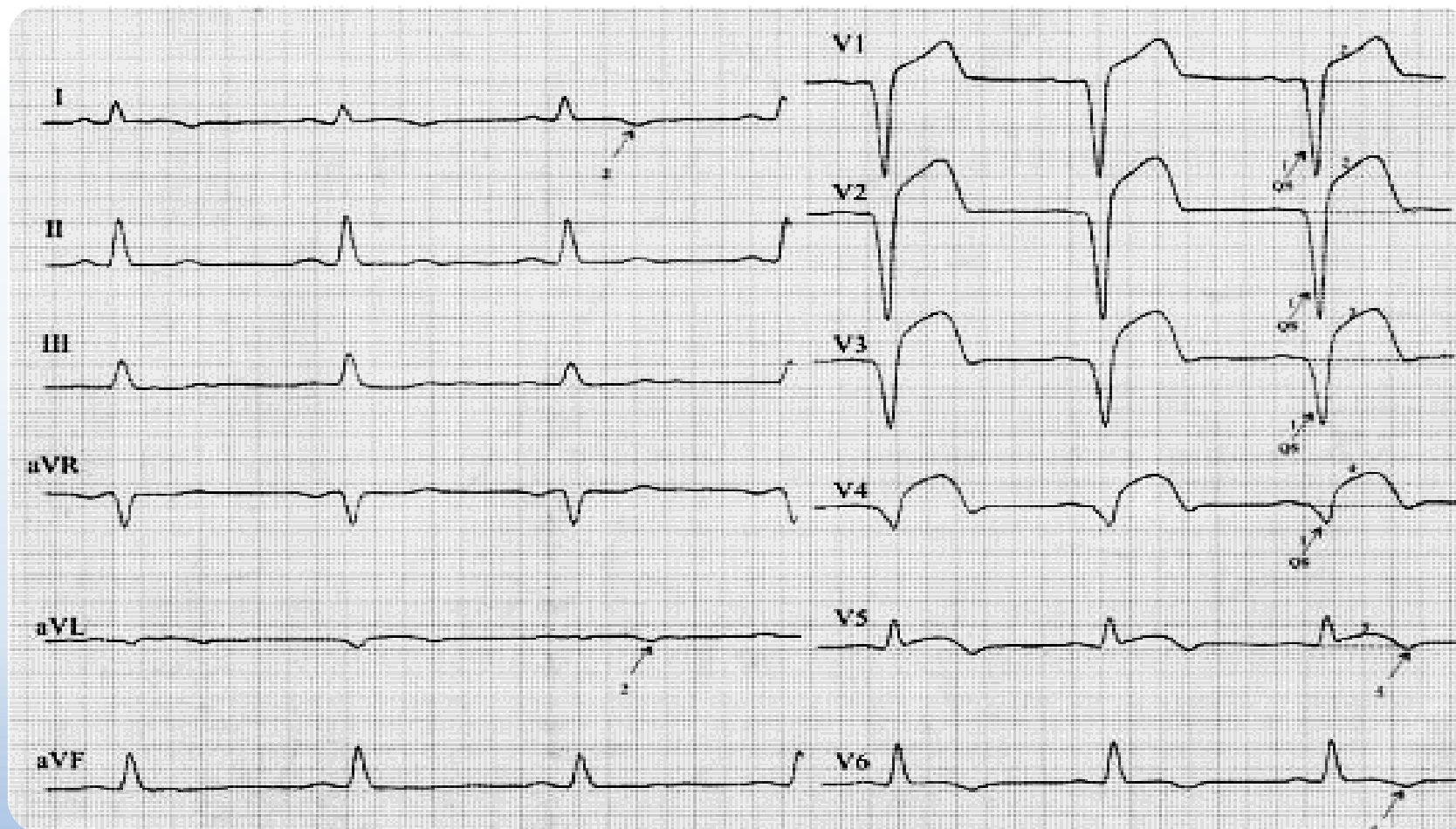


Боль в спине
и суставах



Больная Б., 83 лет

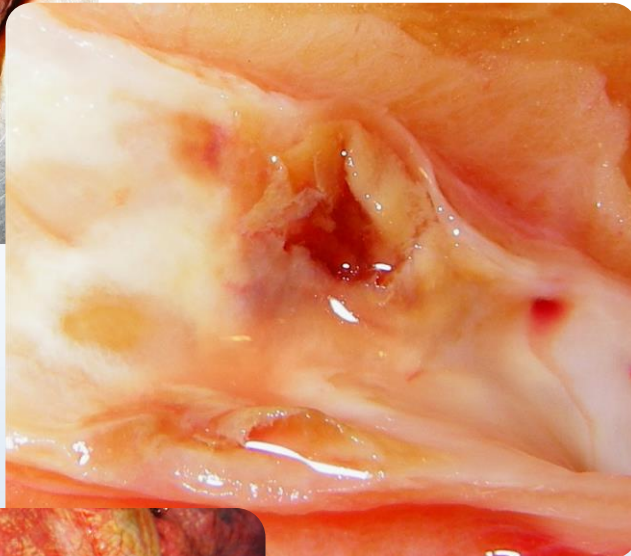
поступила в клинику с острым
повторным инфарктом миокарда.



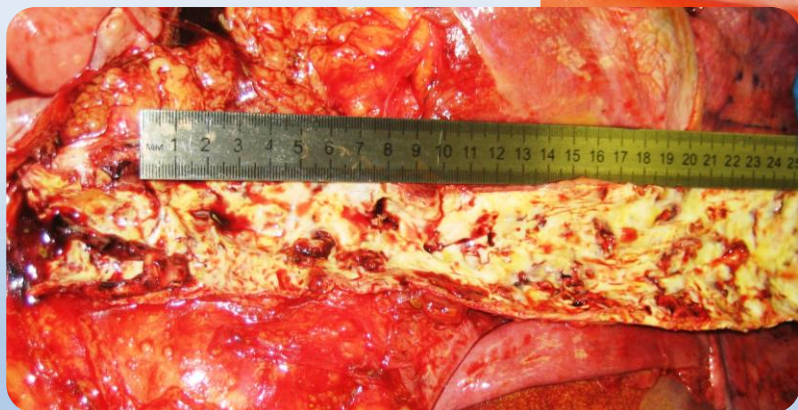
Морфология повторного инфаркта миокарда



Повторный инфаркт миокарда

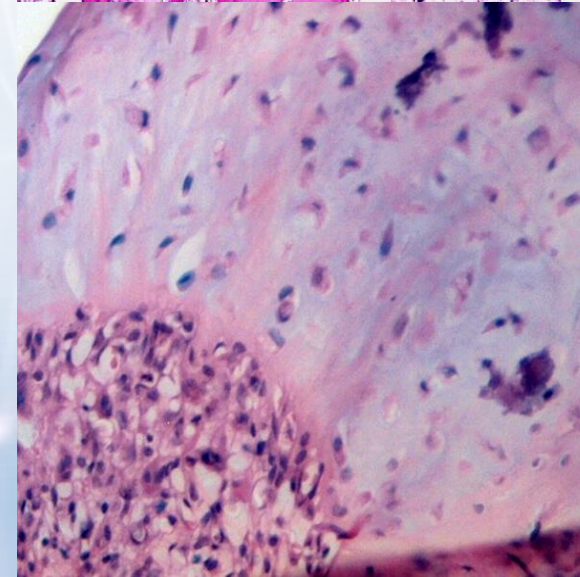
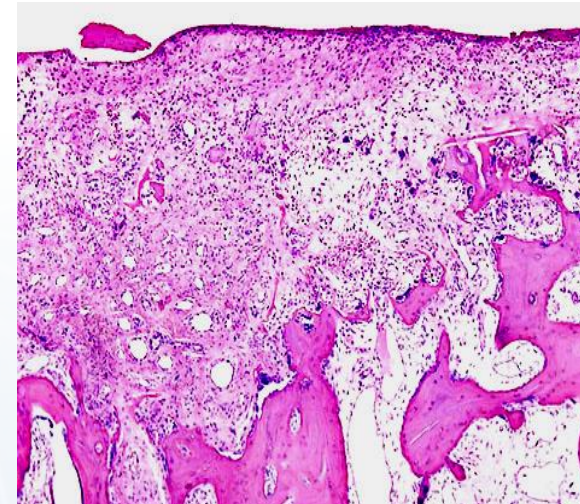


Нестабильная атеросклеротическая бляшка коронарной артерии



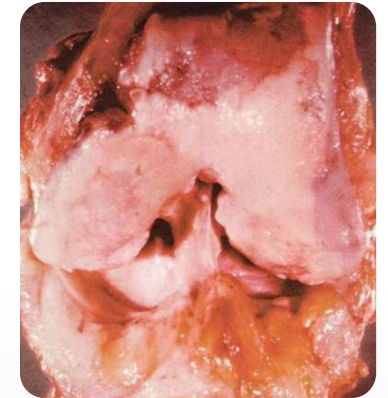
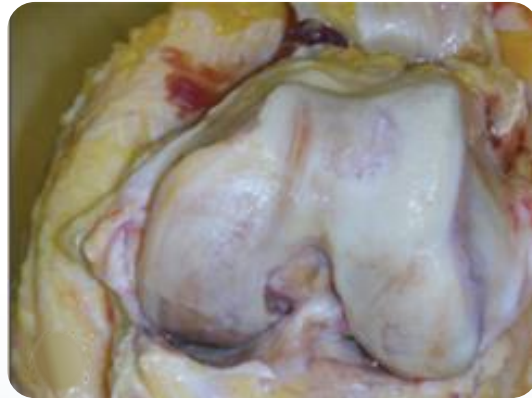
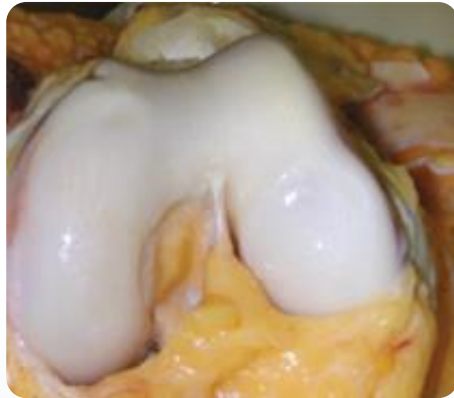
Атеросклероз аорты

Морфология остеоартрита (первичного или вторичного хронического деформирующего остеоартроза)



- прогрессирующее разрушение хряща,
- хроническая воспалительная инфильтрация
- изменения синовиальной жидкости
- субхондральный склероз и ремоделирование костной ткани
- образование остеофитов

Морфология остеоартрита



Морфологически при ОА хрящ из прочного, эластичного, серо-голубого, становится сухим, желтым, тусклым, с шероховатой поверхностью, местами обызвествляется, изъязвляется и полностью разрушается.

На ранней стадии ОА в местах максимальной нагрузки образуются локальные зоны повреждения хряща.

На более поздних стадиях в нем обнаруживаются фрагментация, вертикальные трещины, очаги обызвествления и резорбции.

Растрескивание хряща приводит к изъязвлению с обнажением подлежащей кости и отделением фрагментов, которые поступают в полость сустава в виде детрита.

При неравномерно истонченном слое хряща распределение давления между суставными поверхностями становится неравномерным, что ускоряет процесс его разрушения.

Прогрессирует поражение субхондральной костной ткани – склероз, деформация, остеофиты.

Неделя участкового врача, n=106

СУБЪЕКТИВНЫЕ ОЩУЩЕНИЯ ПРИ БОЛЕВОМ СИНДРОМЕ



*Ни сна, ни отдыха измученной душе
Мне ночь не шлет отрады и забвенья.
Все прошлое я вновь переживаю,
Один, в тиши ночей...*

(Ария Князя Игоря)



«Слово о полку Игореве» стало основой сюжетной линии в опере А.П. Бородина «Князь Игорь».



**Александр Порфирьевич
Бородин (1833-1887)**


Окончил петербургскую медико-хирургическую академию, увлекался химией.

Получил степень доктора медицины, проведя химические исследования.

В музыкальном творчестве Бородина отчётливо звучит тема величия русского народа, патриотизма и свободолюбия...

Работа над оперой «Князь Игорь» продолжалась 18 лет и была закончена после его смерти друзьями композитора — Н. А. Римским-Корсаковым А. К. Глазуновым и А. К. Лядовым.

Симптомы остеоартрита

- Постепенное начало заболевания.
 - Продолжительная боль в суставах (несколько недель и более), которая усиливается во время нагрузки на суставы и уменьшается в покое.
 - Утренняя скованность менее 30 минут.
 - Костные разрастания (остеофиты).
 - Ограничение подвижности пораженного сустава.
- Боль и ограничение подвижности коленных и тазобедренных суставов способствуют развитию функциональных ограничений в ежедневной активности.
- 
- НАПРИМЕР:**

 - сгибание для надевания носков или туфель,
 - подъем со стула,
 - длительная ходьба,
 - подъем и спуск по лестнице, в том числе, в транспорте.

Характерные признаки ОА коленных и тазобедренных суставов

Асимметричная подпрыгивающая походка, уменьшающая нагрузки на пораженную сторону.

Слабость и атрофия мышц:

- четырехглавой - при остеоартрите коленных и тазобедренных суставов
- ягодичных - при остеоартрите тазобедренных суставов.



КС

- ограничение сгибания/разгибания
- крепитация при движении
- умеренный или небольшой выпот, без повышения местной температуры
- болезненность при пальпации проекции суставной щели и/или периартикулярных областей
- деформация сустава: варусная (реже – вальгусная) и/или фиксированное сгибание в суставе
- разрастание костной ткани по краям суставных поверхностей

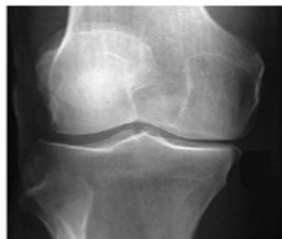
ТБС

- ограничение внутренней ротации при согнутом суставе (ранний и самый чувствительный признак)
- другие движения также могут быть ограничены и болезненны
- болезненность при пальпации паховой области латеральнее пульсации бедренной артерии
- фиксированное сгибание и/или наружная ротация сустава, укорочение ноги

Рентгенологические признаки ОА:

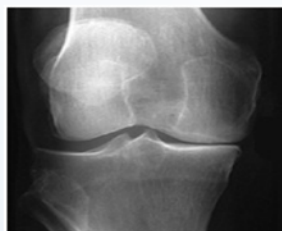
сужение суставной щели, краевые остеофиты, субхондральный склероз и заострение мыщелков большеберцовой кости.

РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИЕ СТАДИИ



Стадия 1
**СУБХОНДРАЛЬНЫЙ
СКЛЕРОЗ**

Сомнительное сужение суставной щели с возможной остеофитной трансформацией



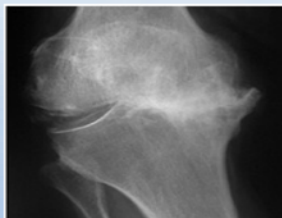
Стадия 2
**СУЖЕНИЕ
СУСТАВНОЙ ЩЕЛИ**

Четкие остеофиты и, возможно, сужение суставной щели



Стадия 3
ОСТЕОФИТЫ

Множественные остеофиты средних размеров, отчетливое сужение суставной щели, склероз

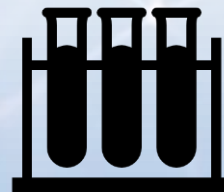


Стадия 4
**СКЛЕРОЗ И
ДЕФОРМАЦИЯ**

Крупные остеофиты, выраженное отчетливое сужение суставной щели, выраженный склероз и отчетливая деформация костей, образующих сустав

Лабораторная диагностика

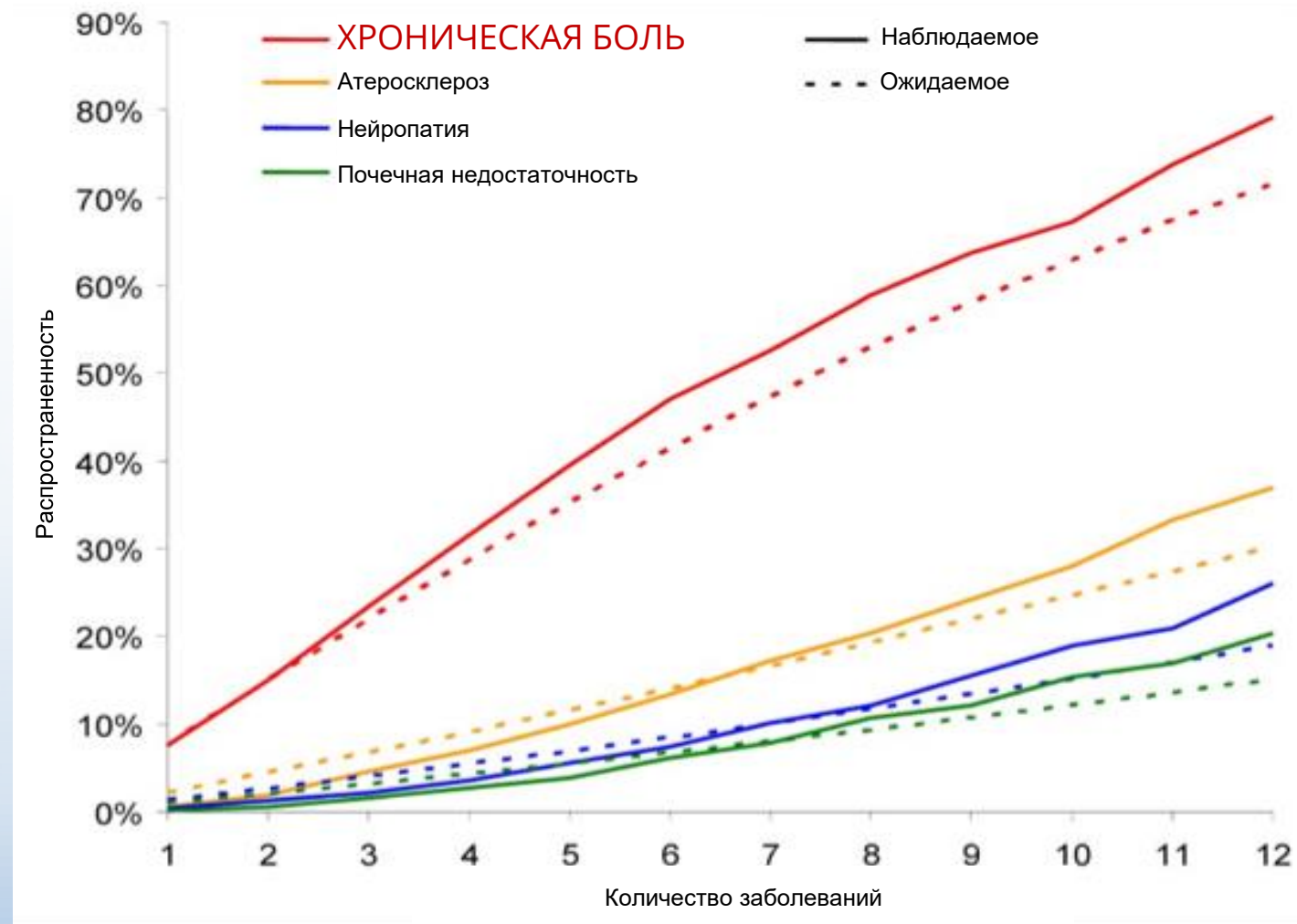
- Для ОА не характерны изменения в клиническом анализе крови
- СОЭ может повышаться не более 20 мм/час.
- Повышение острофазовых белков, маркеров воспаления, не характерно.



«Красные флаги» при боли в суставах

- Ночные боли
- СОЭ более 30
- Лихорадка, анемия, похудение
- Травмы в анамнезе
- Боли у спортсменов
- Боли у молодых бодибилдеров (подагра)
- Боли при дисплазии соединительной ткани
- Выраженный эффект от диклофенака и только от него (анкилозирующий спондилит)
- Атрофия мышц вокруг суставов (инфекционный артрит)
- Артралгии после смерти родственника или большой операции (типичный дебют РА)
- Синовиты
- СРБ более 20
- Отсутствие эффекта от обезболивающих
- Кожные изменения

При нарастании числа заболеваний, распространенность боли увеличивается



Факторы, влияющие на прогрессию ОА (строгие доказательства)

- Возраст
- Этническая принадлежность
- **Коморбидность**
- **ИМТ**
- Инфрателлярный синовит (МРТ)
- Синовит
- Тяжесть ОА при первичном обращении

Исследования № 30

Author [ref.] year	Follow-up months	Definition of OA for inclusion	Age, years	Women, %	No. of patients	Quality score	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M
Amin [10] 2009	30	ACR criteria	69	42	265	13	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Tanamas [35] 2010	24	K/L	63.2 ± 10.3	51	109	13	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Cicutini [14] 2004	24	K/L	63.1 ± 10.3	58	113	12	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1
Hill [19] 2007	30	ACR criteria	66.7 ± 9.2	41	233	12	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1
Holla [21] 2014	60	ACR criteria	56.0 ± 5.1	81.3	697	12	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1
Tanamas [36] 2010	24	ACR criteria	63.2 ± 10.3	70	109	12	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1
Berry [12] 2010	24	ACR criteria	63.7 ± 10.3	58	117	11	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1	1	1	1
Henriksen [18] 2013	12	K/L	63	82	157	11	1	0	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1
Yang [38] 2015	36	K/L	43 % >65	58	1,625	11	1	0	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1
Alschuler [9] 2013	12	K/L	65.3 ± 9.0	59	797	10	1	1	1	1	1	0	0	0	1	1	1	1	1
Amin [11] 2008	30	ACR criteria	67 ± 9	43	265	10	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1	1	1
Collins [15] 2014	72	K/L	62 ± 9	59	1,753	10	1	0	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1
Holla [20] 2010	24	ACR criteria	56.0 ± 5.1	80	832	10	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1	1	1
Lapane [22] 2015	48	K/L	70	58	1,846	10	1	0	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1
Larsson [23] 2012	90	OARSI	50 (32–73)	18	74	10	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1
Laslett [24] 2014	60	K/L	61	100	323	10	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Muraki [25] 2012	40	K/L	68.7 ± 11.3	75	1,313	10	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Podsiadlo [28] 2014	72	ACR criteria	63.9	57	114	10	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Riddle [30] 2012	48	OARSI	62	58	4,670	10	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Roemer [32] 2014	60	K/L	64.2 ± 8.4	58	398	10	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Bruyere [13] 2005	45.6	ACR criteria	64.7 ± 7.0	70	139	9	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Conaghan [16] 2010	36	K/L	67 ± 10	73	531	9	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Sharma [34] 2003	36	K/L	68.6 ± 10.8	73	236	9	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Eckstein [17] 2013	48	K/L	58	64	97	8	1	0	1	1	1	0	1	0	1	1	1	0	0
Oak [26] 2013	48	K/L	61.2 ± 9.1	53	942	8	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Riddle [29] 2009	24	K/L	61.6 ± 9.3	60	778	8	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Scher [33] 2008	36	K/L	51	63	73	8	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
van Dijk [37] 2011	36	ACR criteria	65.9 ± 8.3	74	174	8	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Pisters [27] 2012	60	ACR criteria	66.1 ± 8.5	74	216	7	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Riddle [31] 2013	33	K/L	62.7 ± 8.6	63	1,410	7	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1

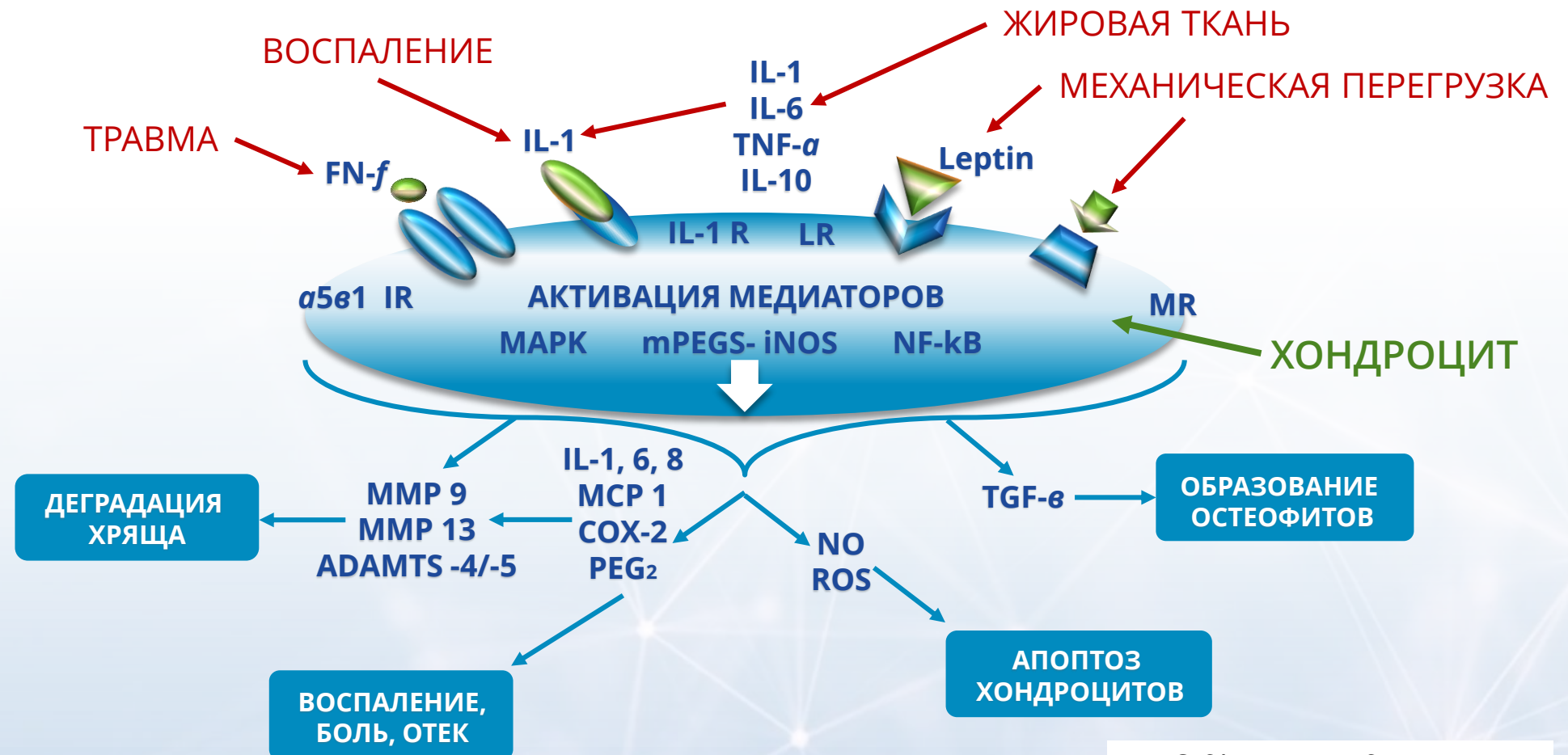
РИСК ЛЕТАЛЬНОСТИ
ОТ ЛЮБЫХ ПРИЧИН
- 1,55 (1,41-1,98)

РИСК ЛЕТАЛЬНОСТИ
ОТ ЛЮБЫХ ПРИЧИН
- 1,55 (1,41-1,98)

ОА – заболевание суставов, характеризующееся клеточным стрессом и деградацией экстрацеллюлярного матрикса

ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ СОБЫТИЯ, РАЗВИВАЮЩИЕСЯ В СУСТАВАХ ПРИ ОА:

- воспаление
- метаболические нарушения в хондроцитах (ХЦ) и остеоцитах;
- синовит;
- апоптоз ХЦ с последующей деструкцией субхондральной области, что увеличивает воспаление и деструкцию хрящевой ткани.



FN-f: fibronectin fragment;
IL-1 R: interleukin receptor;
IR: integrin receptor;
LR: leptin receptor;
MR: mechanoreceptor.

Толщина суставного хряща (со стороны бедренной кости)

Гистоморфологическая характеристика хрящевой, костной ткани и сосудистого русла периартикулярных тканей (n=70)

n=44

Морфологическое исследование хрящевой ткани у умерших больных

n=30

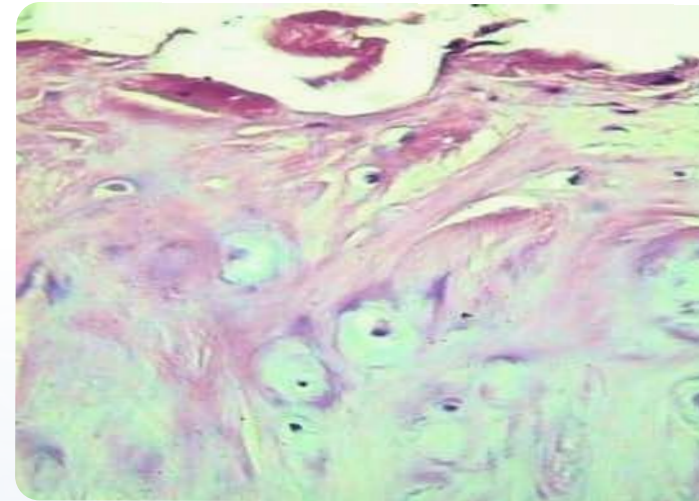
Основная группа

n=14

Контрольная группа

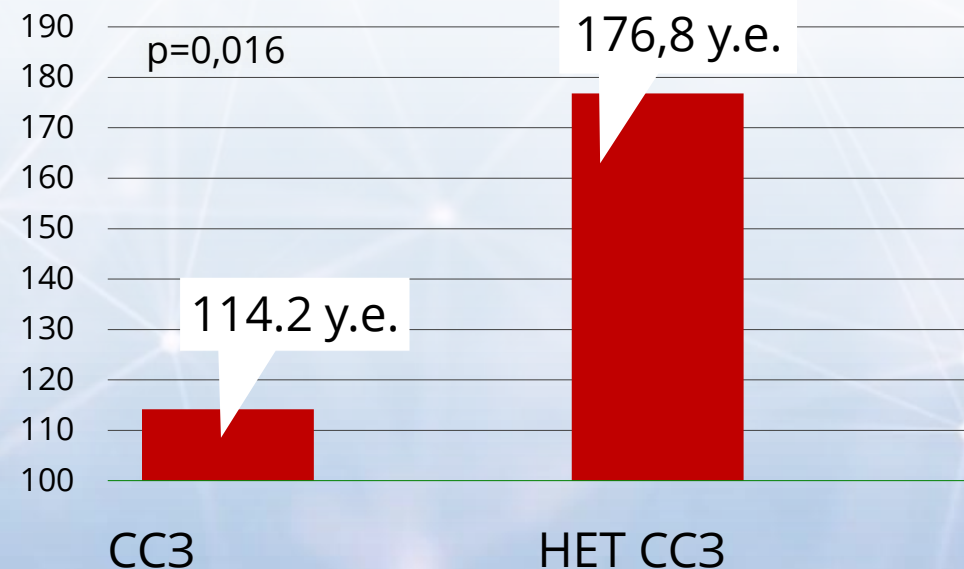
n=26

Гистоморфологическое исследование операционного материала, полученного при эндопротезировании

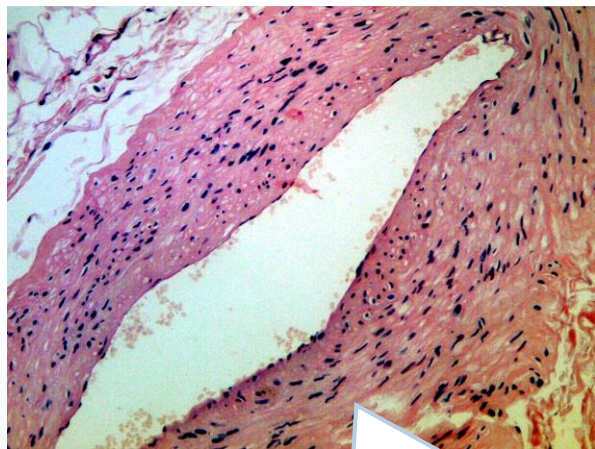


К, 53 лет

Деструктивно-дистрофические изменения хряща эпифиза бедренной кости.



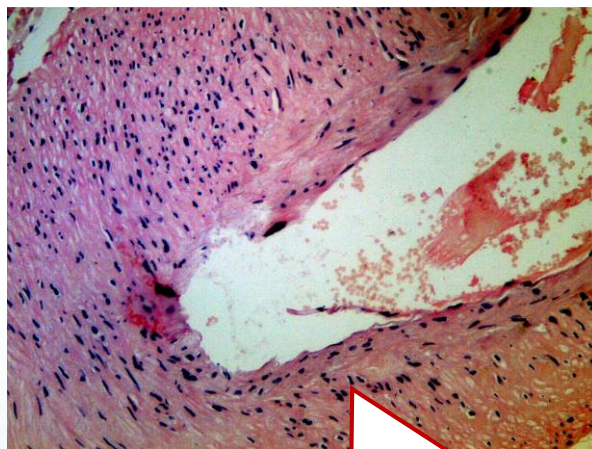
Гистологические признаки поражения хрящевой ткани и сосудистого русла, (n = 26)



Артерия связки головки бедренной кости.

Утолщение интимы за счет пролиферации эндотелия, гладкомышечных клеток, очаги склероза, очаговые отложения липидных масс, адгезия эритроцитов к эндотелию (признаки эндотелиальной дисфункции, формирующаяся атеросклеротическая бляшка).

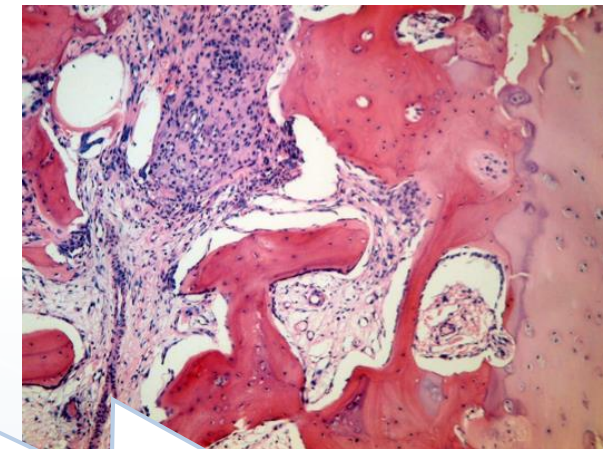
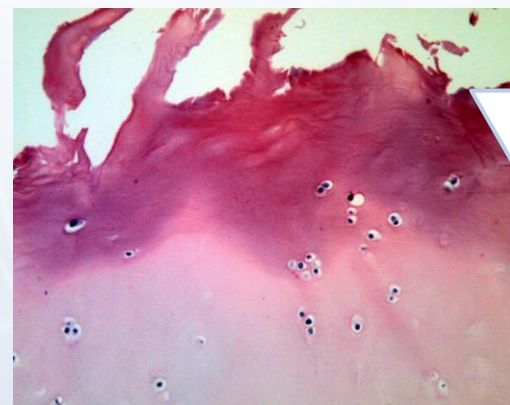
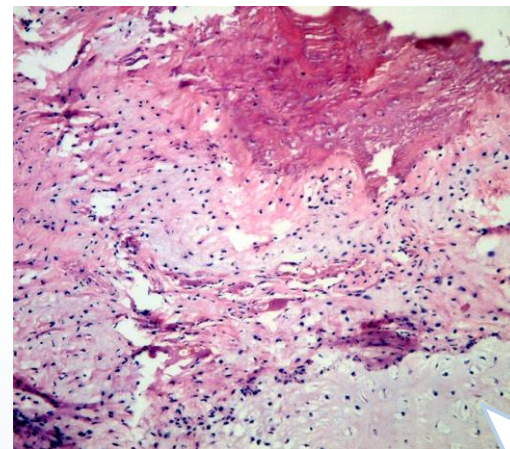
Окраска гематоксилином и эозином, x 200.



Нестабильная атеросклеротическая бляшка (92%) с атероматозом ядра, очагами кальциноза и кровоизлияний с разрывом покрышки и выходом атероматозных масс в просвет артерии.

Пролиферация эндотелия и гладкомышечных клеток.

Окраска гематоксилином и эозином, x 200.

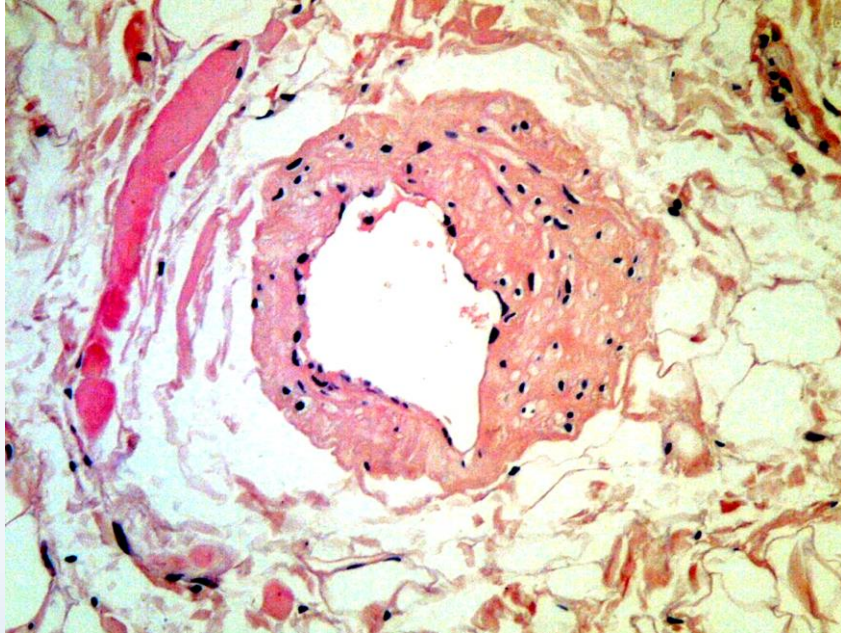


Выраженные дистрофически-деструктивные изменения хондроцитов и хряща:

- его разрушение (100%),
- очаги кальцификации, разрастания соединительной ткани (73,1%),
- деструкция, склероз, ремоделирование костной ткани, прилежащей к хрящу, и образование остеофитов, (92,3%).

Окраска гематоксилином и эозином, x 200.

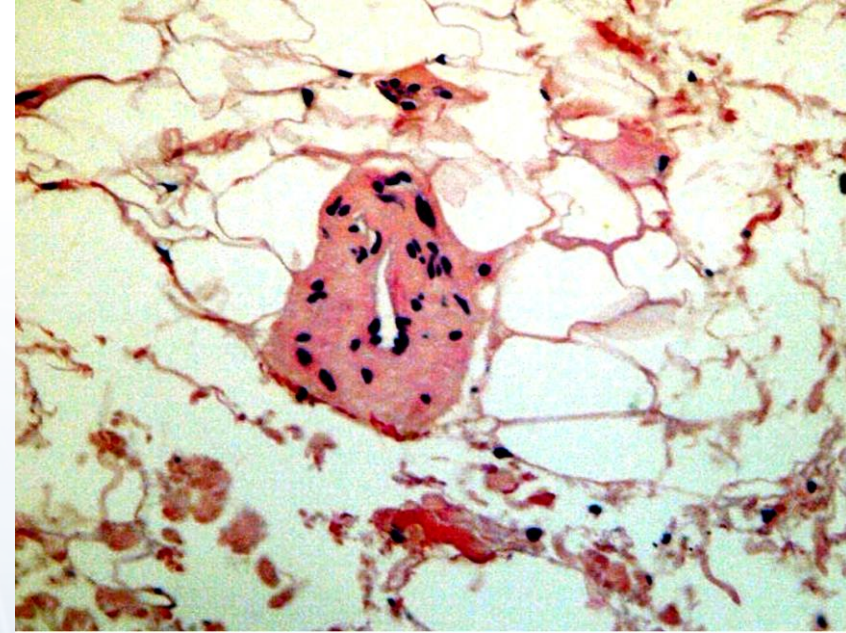
Сосудистый фактор – ишемия тканей сустава



Околосуставная ткань тазобедренного сустава.

Выраженные склероз и гиалиноз, плазматическое пропитывание стенок мелкой артерии.

Окраска гематоксилином и эозином, х 400.

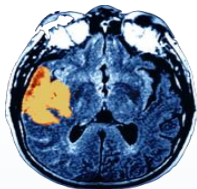


Околосуставная ткань тазобедренного сустава.

Выраженный гиалиноз стенок артериолы с сужением ее просвета.

Окраска гематоксилином и эозином, х 500.

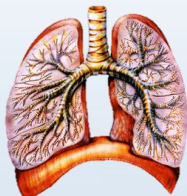
Комплексный ответ на боль приводит к обострению соматических заболеваний



Когнитивные нарушения,
атрофия коры



Повышение АД, ОКС



Дыхательная недостаточность,
пневмонии



Олигоурия, анурия



Нарушение моторики,
эрозии и язвы

Цели лечения остеоартрита

1

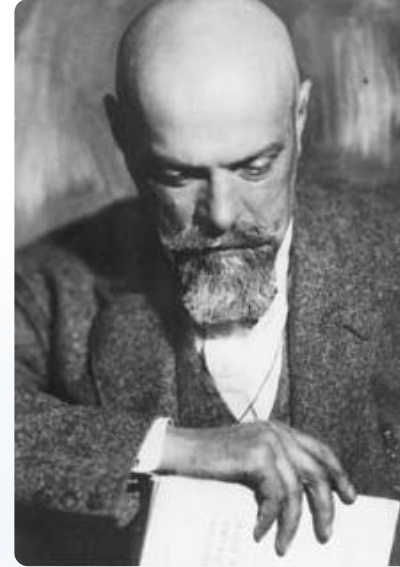
Обеспечить понимание больным своего заболевания и умение управлять им:

- изменение образа жизни,
- применение физических упражнений, поддерживающих функцию суставов



Кончаловский рассматривал болезнь как нарушение приспособляемости организма к условиям среды; в патогенезе внутренних заболеваний большое значение придавал нарушениям функции коры головного мозга.

Свои клинические исследования обосновывал данными экспериментальной физиологии.



КОНЧАЛОВСКИЙ
Максим Петрович
(1875 — 1942)

Цели лечения остеоартрита

1

Обеспечить понимание больным своего заболевания и умение управлять им: изменение образа жизни, применение физических упражнений, поддерживающих функцию суставов

2

УМЕНЬШИТЬ БОЛЬ

3

Улучшить функциональное состояние суставов и предотвратить развитие деформации суставов и инвалидизации больного.

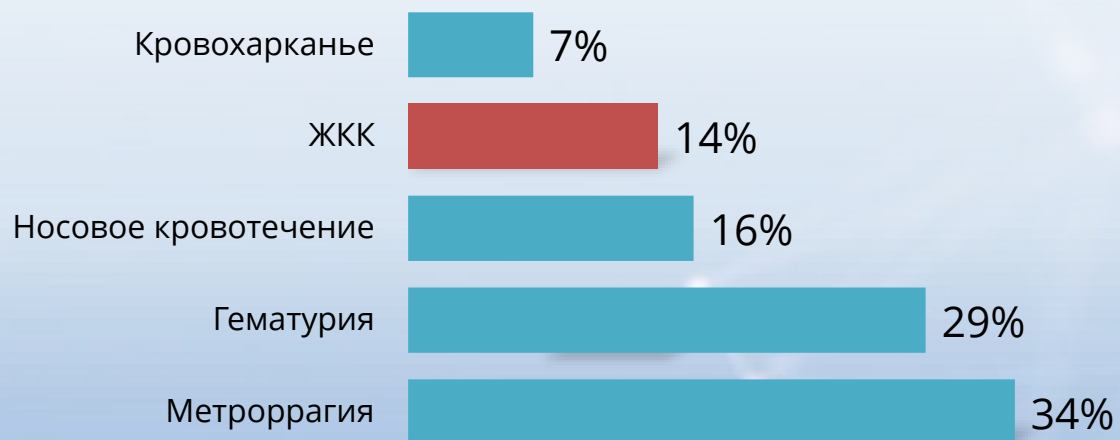
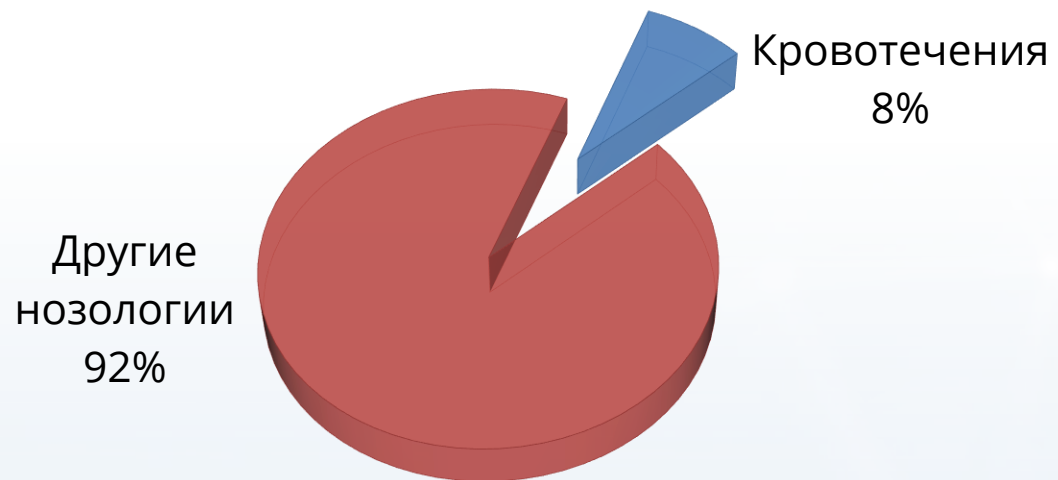
4

Улучшить качество жизни больных.

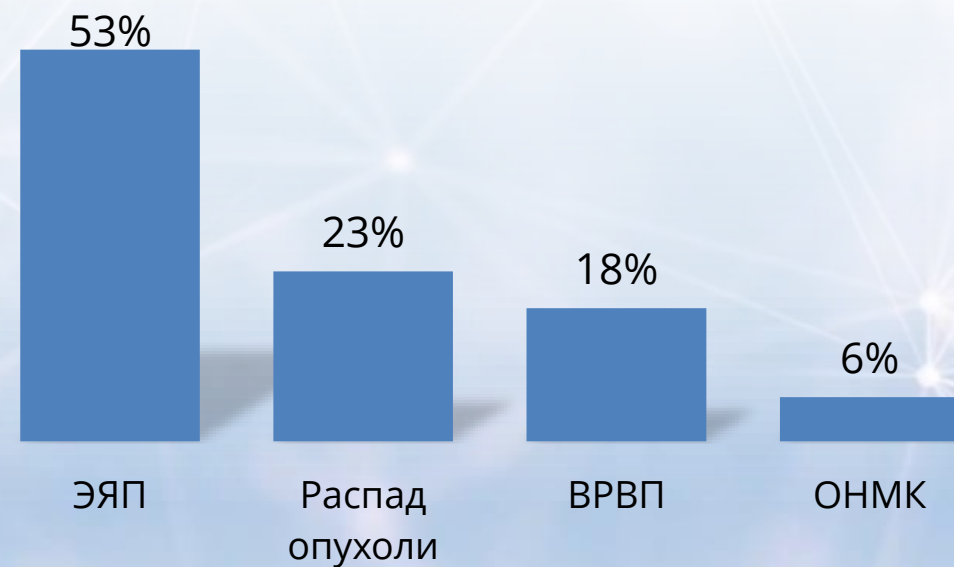
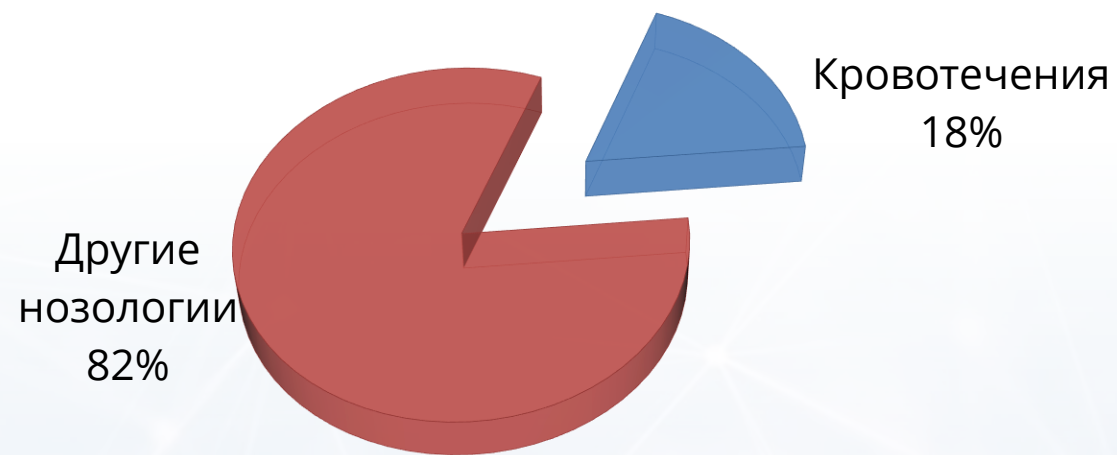
5

Предотвратить дальнейшее разрушение суставного хряща.

Частота и структура кровотечений у пациентов госпитализированных в многопрофильный стационар СМП (n=720)

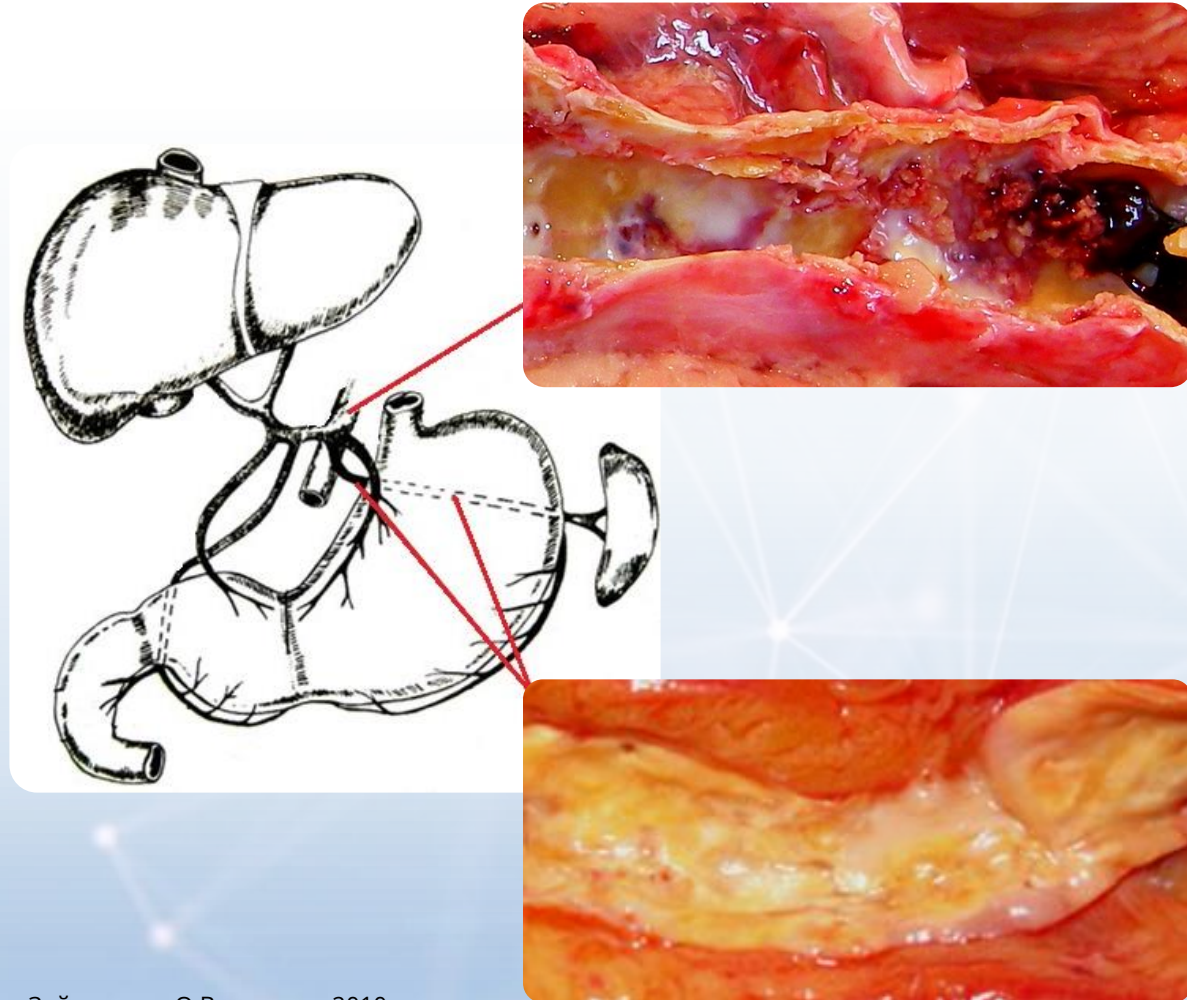


Частота и структура кровотечений по данным аутопсий в многопрофильном стационаре СМП (n=96)



Ишемическая болезнь желудка и 12-перстной кишки

Стенозирующий атеросклероз артерий,
кровоснабжающих желудок



Этиология и патогенез острых эрозивно-язвенных гастродуоденальных поражений у больных ИБС и ЦВБ

ИШЕМИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ ЖЕЛУДКА И 12-ПЕРСТНОЙ КИШКИ:

острая и/или хроническая ишемия с микроциркуляторными нарушениями, очагами некроза, кровоизлияний и снижением регенераторной способности слизистой оболочки

Артериальная гипертензия, сахарный диабет

Возрастная инволюция слизистой оболочки
Хронический атрофический гастрит
Хеликобактериоз

Нейро-гормональные нарушения, кардиогенный шок
и т.д.

Лекарственные и другие ятрогенные факторы

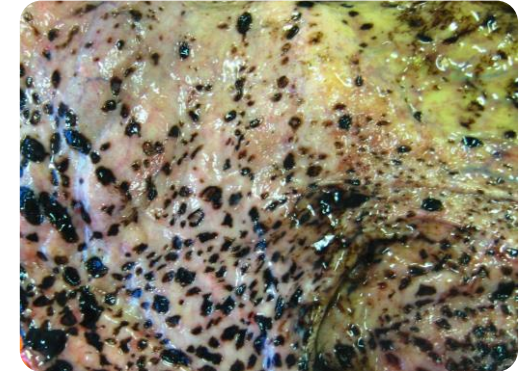
**Декомпенсированная относительная
гиперацидность**

От ЖКК погибает

1 из 200 больных
инфарктом миокарда

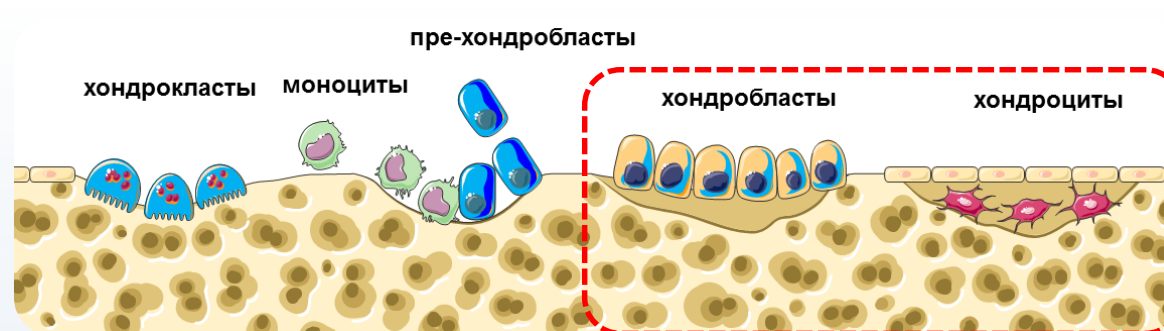


1 из 300 больных
инсультом



Реконструктивная фармакотерапия

ХС и ГС улучшают синтез и снижают деградацию хрящевой ткани, **занимают лидирующую позицию в ряду хондропротекторных МН.**



ХГ и ГС подавляют деградацию хряща

ХГ и ГС повышают способность хондроцитов синтезировать соединительную ткань и синовиальную жидкость

Алгоритм ведения больных ОА (ESCEO)

Шаг 1: начальное лечение

ПРИ НАЛИЧИИ СИМПТОМОВ:
SYSADOA постоянно
(ХС или ГС ± парацетамол
по требованию)

ПРИ СОХРАНЕНИИ СИМПТОМОВ:
НПВП местно

Направление к ортопеду / физиотерапевту
(если необходимо для коррекции оси)

Наколенники,
стельки

ПРИ БОЛИ НАЗНАЧИТЬ НА ВРЕМЯ:

- приспособления для ходьбы;
- тепловые процедуры;
- мануальную терапию;
- иглокалывание и др.

Симптоматические препараты замедленного действия

SYSADOA

- оказывают обезболивающий эффект
- оказывают противовоспалительный эффект
- увеличивают объем функциональной активности
- нивелируют утреннюю скованность и стартовые боли
- существуют препараты с доказанными структурно- и симптом-модифицирующим эффектами

Боль в спине и суставах

Воспалительная боль в спине

- постепенное начало
- улучшение после упражнений
- боль в ночное время
- возраст пациента менее 45 лет

Механическая боль в спине

- острое начало (чаще)
- отдает в ногу, ягодицы
- усиливается при упражнениях, проходит в покое

Боль в суставах

- возникла впервые или уже есть диагноз ревматического заболевания
- связана с травмой или нет



Из интервью д.м.н. П.Л. Жаркова
(АиФ, 2013г.), главного научного
сотрудника Российского научного
центра рентгенорадиологии
МЗ РФ, профессора кафедры
лучевой диагностики РМАПО

«Остеохондроз (дистрофическое изменение хряща и прилегающей к нему кости) - это не болезнь, а признак старения - такой же, как морщины, облысение и седые волосы.

Остеохондроз не может быть причиной боли в спине - кости, хрящи, спинной и головной мозг не имеют болевых рецепторов. Поэтому их повреждения не дают болевой симптоматики.»

«... Остеохондрозные разрастания также не могут ни повредить, ни «защемить» корешки и нервы - за пределами спинномозгового канала корешков нет, внутри него они легко перемещаются в спинномозговой жидкости, уходя от сдавливания».

«Остеохондроз - болезнь, которой нет.

82% больных лечатся не от того.»

Тем временем... во всех поликлиниках страны



<http://zdravprosvet.ru>
ЗДРАВПРОСВЕТ
Тел.: (495) 998-14-55, 774-03-89, 998-17-98
Email: arnich@zdravprosvet.ru, editor@zdravprosvet.ru

Боль в спине

В четырех случаях из пяти боли в спине вызваны нарушением нормальной деятельности позвоночника. Заболевание встречается как у пожилых, так и у молодых, у физически развитых людей и у тех, кто пренебрегает спортом, – словом, распространенность его очень велика.

1 Строение позвоночника

Позвоночный столб – основа нашего скелета, каркаса всего здания человеческого организма. Он состоит из позвонков: шейных, грудных, поясничных. Крестец и копчик представляют собой конгломераты из сросшихся между собой позвонков, потерявших подвижность, но способных принимать на себя огромную нагрузку. Позвонки не просто лежат друг на друге, они соединены между собой связками и мышцами, а также позвонковыми дисками, обеспечивающими упругость и эластичность всему позвоночному столбу.

2 Что происходит при остеохондрозе

Дистрофические изменения в межпозвонковых дисках приводят к тому, что хрящевые ткани теряют свою эластичность.

3 Лечение остеохондроза

Снятие мышечного спазма, повышение подвижности. Для этого применяются обезболивающие препараты, нестероидные противовоспалительные средства (НПВС) и препараты-миорелаксанты, которые уменьшают напряжение мышц. Дозировка и порядок приема назначаются врачом. Не рекомендуется принимать такие препараты в качестве профилактики. Широко используются в лечении остеохондроза различные наружные средства – мази и гели, содержащие обезболивающие компоненты. Чтобы остановить развитие остеохондроза, потребуются лекарства хондропротекторы, оказывающие защитное действие на хрящевую ткань. Лечение такими препаратами, как правило, длительное.

4 Профилактика

О здоровье позвоночника нужно думать с детства. Если ребенок сидит правильно, если у него хорошая осанка, если он не перегружает спину и научился чередовать работу за письменным столом и активный отдых – риск развития у него остеохондроза снижается.

В дебюте болезни Бехтерева могут преобладать другие симптомы, что затрудняет своевременную постановку диагноза.

Spondyloarthritis (SpA)



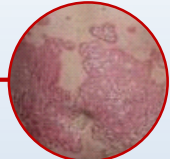
Периферический артрит (15-25%)



Энтезит (~5%)



Увеит (~5%)



Псориаз (~ 3%)



ВЗК (менее 3%)

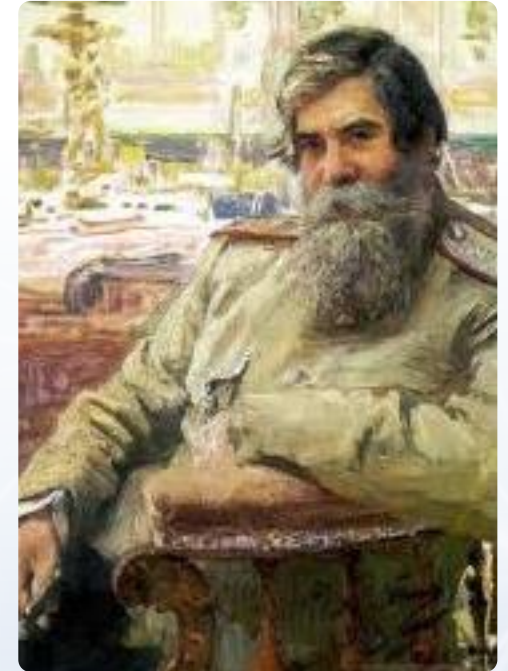


Дактилит (менее 1%)

Болезнь, названная именем великого ученого

Н.М. Бехтерев описал заболевание как «одревенелость позвоночника с искривлением его как особая форма заболевания».

(Одревенелость позвоночника, как особая форма заболевания. Врач, 1892, 36, 899-903.)



Основные причины боли в спине

85-90% НЕСПЕЦИФИЧЕСКАЯ БОЛЬ

1-5% РАДИКУЛОПАТИИ

до 2% СТЕНОЗ ПОЯСНИЧНОГО КАНАЛА

4-7% СПЕЦИФИЧЕСКИЕ ПРИЧИНЫ

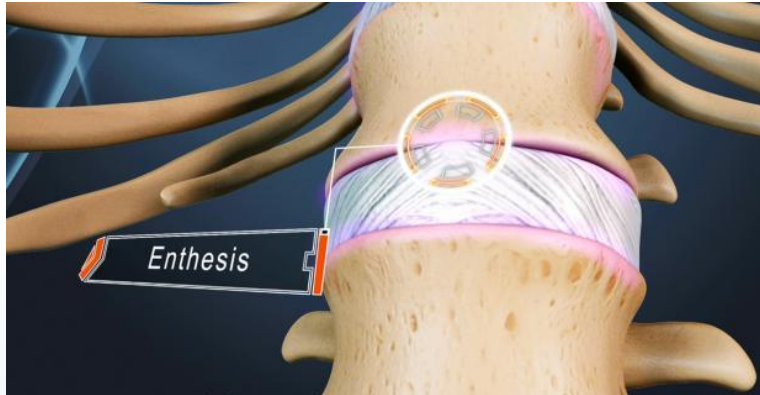
- перелом позвоночника
- первичные и метастатические опухоли позвоночника
- миеломная болезнь
- спондилоартрит
- остеомиелит
- эпидурит
- сирингомиелия
- опухоли спинного мозга и спинномозговых корешков
- заболевания внутренних органов

Воспалительная боль vs механическая боль

	ВОСПАЛИТЕЛЬНОГО ХАРАКТЕРА	МЕХАНИЧЕСКОГО ХАРАКТЕРА
Пол	♂♀ =2:1	♂♀ =1:1
Возраст появления	< 40 лет	любой возраст, чаще >40 лет
Боль (когда, где)	<ul style="list-style-type: none"> • Возникает постепенно в период покоя, утром • Уменьшается при физических упражнениях, но не после отдыха! 	<ul style="list-style-type: none"> • Начало острое • Возникает/усиливается резко при физической активности • Уменьшается после отдыха
	Любой отдел позвоночника, «перемежающиеся» боли в ягодицах	Локализуется в спине и верхней части бедра
Утренняя скованность	> 30 минут	Не характерна, < 30 минут
Длительность симптомов	> 3 месяцев	<4 недель
Ограничение движений в позвоночнике	Во все стороны	Сгибание в саггитальной плоскости
Неврологические нарушения	Редко	Вероятны
	Ухудшение общего состояния, возможна лихорадка	Нормальное общее состояние

Что происходит с позвоночником при болезни Бехтерева?

Воспаление связок позвоночника



Воспаление фасетных суставов



Анкилоз (полное сращение позвонков)



«Красные флаги» при боли в спине

	ВОПРОСЫ	ВОЗМОЖНАЯ ПАТОЛОГИЯ	ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ДЕЙСТВИЯ
1	Появление боли в спине связано с травмой (особенно важно у женщин в менопаузе)?	Перелом позвоночника и/или остеопороз	Рентгенография, консультация травматолога, эндокринолога
2	Кроме боли в спине, отмечается ли сильная боль на всем протяжении ноги , ощущение онемения пальцев стопы, слабость в конечности, недержание кала и мочи?	Люмбоишалгия, стеноз позвоночного канала, синдром конского хвоста	Консультация невролога
3	Есть признаки висцерального заболевания , которое может проявляться острой болью в спине (панкреатит, язва желудка, почечная колика, аневризма аорты и другие)?	Соответствующая висцеральная патология	Диагностика висцеральной патологии, консультация узкого специалиста
4	Есть лихорадка , лимфоаденопатия, лейкоцитоз, повышение СОЭ и С-реактивного белка	Септический процесс или онкологическое заболевание	Обследование для исключения инфекционного или онкологического заболевания
5	Были хирургические вмешательства , повторные инъекции препаратов (в т.ч. у лиц с наркотической зависимостью)? Есть признаки иммунодефицита на фоне инфекционного заболевания (СПИД) или химиотерапия?	Септический процесс (дисцит, туберкулез, остеомиелит позвоночника)	Обследование для исключения инфекционного заболевания
6	Есть онкологические заболевания в анамнезе? Отмечается немотивированное похудание, анемия, лихорадка?	Онкологическое заболевание	Онкопоиск Консультация онколога
7	Появление болевого синдрома в раннем возрасте (до 25 лет), боль в спине продолжается длительное время, носит «воспалительный характер» : усиливается в покое и ночью (особенно под утро), не уменьшается после отдыха, но снижается после нагрузки (разминки)?	Спондилит (в частности, анкилозирующий спондилит и др.)	Консультация ревматолога, рентгенография позвоночника, КТ, МРТ

1

Остеохондроза НЕТ.

Если молодой пациент (особенно **молодой парень, до 40-45 лет**) жалуется на боль в спине, нужно задать **простые вопросы**:

1. Как давно болит? Если давно, и не может сказать, когда началось – подозрение на воспалительную боль
2. Боль в спине после физической нагрузки (разминка, физкультура) уменьшается?
3. Боль в спине усиливается в покое?
4. Бывает, что сильнее болит ночью или под утро?

Если «да» на эти вопросы – это **воспалительная боль в спине**.

3

Направить к ревматологу

(выполнив минимум обследования: анализ крови - СОЭ и/или С-РБ (количественный)).

Если не направлять, а лечить остеохондроз, то через пару лет этот парень может стать глубоким инвалидом!!!

4

НПВП

1. Можно **сразу назначить** молодому пациенту с болью в спине. Если хороший ответ – еще один аргумент в пользу воспалительной боли.
2. При спондилоартритах НПВП назначают **в непрерывном режиме, пожизненно.**
3. **Не надо отменять!!!** Как правило, пациенты со спондилоартритами хорошо переносят НПВП.

5

Генно-инженерная биологическая терапия

1. 15 лет назад это была революция в ревматологии, но сейчас это уже рутина, даже в России..
2. Терапевту **не нужно бояться** этих препаратов и **не нужно пугать пациентов**, которые ее получают (а это пациенты с ревматоидным артритом, анкилозирующим спондилитом, псориазом и псориатическим артритом и др.)
3. **Сейчас появляются новые препараты** – с более таргетным механизмом действия, превосходят по эффективности и безопасности предшествующий класс

В лекции использованы источники:

1. Bastick et al. Arthritis Research & Therapy 2015 17:152 doi:10.1186/s13075-015-0670-x.
2. Braun J, Sieper J. Lancet. 2007;369(9570):1379-1390. 3. Little H et al. Am J Med. 1976;60(2):279-285.
3. Hunter dj et al. Curr opin rheumatol 2009; 21(2):110-7; swagerty dl jr, hellinger d. Am fam physician 2001; 64(2):279-86.
4. I. Schäfer, D. W. Cameron. Does Multimorbidity Influence the Occurrence Rates of Chronic Conditions? A Claims Data Based Comparison of Expected and Observed Prevalence Rates//PLoS One. 2012; 7(9): e45390.
5. Mucci, F. et al., Carbohydr Polymers 41, 37, 2000.
6. Olivier Bruyère, PhD at all. // An algorithm recommendation for the management of knee osteoarthritis in Europe and internationally: A report from a task force of the European Society for Clinical and Economic Aspects of Osteoporosis and Osteoarthritis (ESCEO)// Seminars in Arthritis and Rheumatism // www.elsevier.com/locate/semarthrit 2014.
7. Rudwaleit M, et al. Arthritis Rheum. 2005;52:1000-1008.
8. Spondylitis Association of America. Complications: how is a person affected? http://www.spondylitis.org/portals/0/Images/about/ankylosis_large.jpg. Accessed October 20, 2015.
9. Volpi N., J.Pharm Pharmacol 61, 1271, 2009.
10. Зайратьянц О.В. и соавт., 2010.
11. Многоцентровое слепое рандомизированное плацебоконтролируемое исследование симптом-и структурно-модифицирующего действия препарата Алфлутоп у больных остеоартрозом коленных суставов, Л.И. Алексеева, Е.П. Шарапова, Е.А. Таскина, Н.В. Чичасова, Г.Р. Имамединова, Н.А. Шостак, Н.Г. Правдюк, Л.Н. Денисов Научно-практическая ревматология, 2013.
12. Остеохондроз - болезнь, которой нет. 82% больных лечатся не от того. Еженедельник "Аргументы и Факты" № 12 20/03/2013.
13. Яхно Н.Н., Верткин А.Л., Каратеев А.Е., Кукушкин М.Л., Парфенов В.А. Консенсус по ведению пациентов с болью в спине для терапевтов и врачей общей практики поликлиник, Москва ,2017.

Источники рисунков:

1. <http://reklama-med.ru/images/billboards-in-details/bulletins/backache.png> ссылка доступна 11.02.2018
2. <https://www.spine-health.com/image-gallery/images/enthesitis-enthesitis> ссылка доступна 17.11.2017