

Периартикулярные поражения как актуальная проблема общей врачебной практики: современные возможности диагностики и повышения эффективности лечения



А.Р. Бабаева



А.А. Ансарова



Е.В. Калинина



И.В. Кострюкова

А. Р. Бабаева, А. А. Ансарова, Е. В. Калинина, И. В. Кострюкова

Кафедра факультетской терапии ФБГОУ ВО «Волгоградский государственный медицинский университет» Минздрава России, Волгоград

РЕЗЮМЕ

Введение. Поражения внесуставных мягких тканей занимают ведущее место в структуре заболеваний опорно-двигательной системы в первичном звене здравоохранения. Вместе с тем этой патологии уделяется недостаточно внимания, что приводит к снижению качества оказания помощи пациентам с внесуставной патологией.

Цель обзора. Повышение информированности специалистов общей практики о клинических формах заболеваний внесуставных мягких тканей (ЗВМТ), современных методах диагностики и лечения

Основные положения. В статье представлена характеристика основных форм периартикулярных поражений – периартритов, в том числе плече-лопаточного периартрита, тендинитов, теносиновитов, капсулитов, бурситов. Дан анализ ведущих механизмов развития этих заболеваний, описаны клиническая картина, диагностические признаки отдельных форм. Отмечена роль современных методов визуализации периартикулярных поражений с помощью УЗИ и МРТ. Представлены основные подходы к лекарственной терапии ЗВМТ, в том числе применение медленно действующих симптом-модифицирующих препаратов (SYSADOA). Приведены собственные данные, демонстрирующие нарушение метаболизма основного вещества соединительной ткани при ЗВМТ, а также эффективность препарата Алфлутоп в лечении околоушных поражений «механического» характера.

Заключение. Заболевания околоушных мягких тканей как первичная патология являются следствием микротравматизации и могут быть отнесены к «механическим» формам поражения. В объективной диагностике тяжести поражения и его характера важную роль играет УЗИ с доплерографией. При ЗОМТ в крови пациентов могут быть обнаружены биомаркеры повреждения соединительной ткани. Для повышения эффективности лечения целесообразно использовать препараты из группы SYSADOA.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: периартикулярные поражения, периартриты, энтезиты, SYSADOA, Алфлутоп.

КОНФЛИКТ ИНТЕРЕСОВ. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Periarticular lesions as actual problem of general practice: modern possibilities of diagnosis and boosting effectiveness of treatment

A. R. Babaeva, A. A. Ansarova, E. V. Kalinina, I. V. Kostryukova

Volgograd State Medical University, Volgograd, Russia

SUMMARY

Background. Lesions of extra-articular soft tissues occupy a leading place in the structure of diseases of the musculoskeletal system in primary health care. At the same time, insufficient attention is paid to this pathology, which leads to a decrease in the quality of care for patients with extra-articular pathology.

Objective. increasing the awareness of general practitioners about the clinical forms of extra-articular soft tissue diseases, current approaches to diagnosis and treatment.

Basic provisions. The article presents the characteristics of the main forms of periarticular lesions: periarthritis, incl. painful shoulder, tendonitis, tenosynovitis, capsulitis, bursitis. The leading mechanisms of periarticular disorders are presented, the clinical picture and diagnostic signs of particular forms are described. The role of modern methods of visualization of periarticular lesions using ultrasound and MRI is noted. The main approaches to the drug therapy of periarticular disorders are presented, including use of slow-acting symptom-modifying drugs (SYSADOA). The authors present their own data demonstrating the connective tissue metabolism disturbance in periarticular disorders as well as the effectiveness of the drug Alflutop in the treatment of periarticular lesions of a 'mechanical' nature.

Conclusions. Primary forms of periarticular disorders are a consequence of microtraumatization and can be attributed to 'mechanical' types of damage. The ultrasound is pivotal in the diagnosis and evaluation the severity of the lesion and its origin. Biomarkers of connective tissue damage can be detected in the blood of patients with periarticular disorders. The treatment results can be improved with drugs from the SYSADOA group.

KEY WORDS: periarticular disorders, periarthritis, enthesitis, SYSADOA, Alflutop.

CONFLICT OF INTEREST. The authors declare no conflict of interest.

Заболевания внесуставных мягких тканей (ЗВМТ) занимают ведущее место в структуре патологии опорно-двигательного аппарата среди амбулаторных больных. Они объединяют группу ревматических процессов дегенеративного или воспалительного характера,

развивающихся как непосредственно в околоушных тканях (сухожилия, связки, сухожильные влагалища, фасции, апоневрозы, суставные сумки), так и на некотором расстоянии от суставов (мышцы, подкожная клетчатка, нервно-сосудистые образования). За рube-

жом эти заболевания объединяются общим термином «внесуставной ревматизм» (non-articular rheumatism) или «ревматизм мягких тканей» (soft tissue rheumatism). По данным разных исследователей, заболевания внесуставных мягких тканей могут быть обнаружены у 15–25 % пациентов, обратившихся за первичной амбулаторной помощью [5, 11]. Эти поражения представлены в разделе 13 рабочей классификации и номенклатуры ревматических болезней, они включают следующие формы [5]:

1. болезни мышц (миозиты, оссифицирующий миозит);
2. болезни околосуставных мягких тканей (периартриты, тендиниты, тендовагиниты, бурситы, лигаментиты);
3. болезни фасций и апоневрозов (фасциты, апоневрозиты);
4. болезни подкожной жировой клетчатки (узловатая эритема, болезненный липоматоз, панникулит);
5. фибромиалгия.

Все поражения внесуставных мягких тканей могут быть разделены на *первичные* и *вторичные*.

Вторичные внесуставные синдромы обычно наблюдаются при:

1. других ревматических процессах – диффузных заболеваниях соединительной ткани, ревматоидном артрите, остеоартрозе, системных васкулитах, ревматической полимиалгии, реактивных артритов и т.д. [8, 9, 14, 17];
2. эндокринных заболеваний (заболеваниях щитовидной железы, сахарном диабете, заболеваниях надпочечников);
3. хронических инфекциях;
4. хронических интоксикациях;
5. злокачественных новообразованиях.

Поражения внесуставных мягких тканей могут возникать и самостоятельно. В этих случаях речь идет о первичных формах этой патологии. Наиболее обширную группу представляют собой заболевания сухожильно-связочного аппарата, которые могут быть отнесены к локальным формам заболеваний внесуставных мягких тканей. Среди них превалирует плече-лопаточный периартрит («болезненное плечо»). Но существуют и диффузные формы внесуставных поражений, такие как фибромиалгия.

В последние годы растет число больных, страдающих хронической мышечной болью локального или распространенного характера: обычно это боль в нижней части спины или диффузная мышечная боль – фибромиалгический синдром [9, 11]. Нам представляется важным деление заболеваний внесуставных мягких тканей на локальные и диффузные формы поражения, так как механизм их развития неодинаков, что предполагает различную тактику лечения.

Значительная распространенность этой патологии обусловлена не только высокой заболеваемостью, но и недостаточно качественным лечением внесуставной патологии, в связи с чем нарастает частота затяжных и рецидивирующих форм заболеваний мягких тканей.

У трети больных с различными формами внесуставных поражений наблюдается хроническое течение процесса, причем большинство из них неоднократно обращались за медицинской помощью и получали лечение, эффект которого обычно оказывался кратковременным.

По-видимому, эта ситуация объясняется сформировавшимся в клинической практике стереотипом, согласно которому главная задача в лечении таких больных – это быстро купировать болевой синдром и функциональные нарушения. При этом не учитывается тот факт, что процесс регенерации околосуставных структур является длительным и требует комплекса реабилитационных мероприятий, в числе которых должно быть воздействие на метаболические процессы. Традиционно околосуставные соединительнотканые структуры рассматриваются как метаболически неактивные. Однако в последние годы получено много убедительных доказательств того, что фармакологическими средствами можно стимулировать функцию коллаген-продуцирующих клеток (фибробластов). К числу таких средств относятся препараты, полученные из тканей хряща, и синтезированные мукополисахариды (гликозаминогликаны).

Как уже отмечалось выше, по характеру патологического процесса заболевания мягких тканей делятся на воспалительные и дегенеративные. Однако при первичных формах поражения, как правило, воспалительный процесс не бывает самостоятельным. Первичное поражение сухожильно-связочного аппарата имеет в своей основе дегенеративно-дистрофический процесс с последующим развитием реактивного воспаления. В значительной мере патогенез локальных форм поражений околосуставных структур сходен с поражением хряща при остеоартрозе [1, 12].

Наиболее часто дегенеративные и воспалительные процессы в области мягких тканей опорно-двигательного аппарата возникают в результате физической перегрузки или повторной микротравматизации. Микротравмы могут возникать при профессиональной, бытовой, спортивной деятельности, что объясняется поверхностным расположением околосуставных структур и их большой функциональной нагрузкой. Установлено, что длительно повторяющиеся стереотипные движения ведут к развитию дегенеративного процесса [8, 22].

В зависимости от степени васкуляризации тканей исход патологического процесса бывает различным. В плохо васкуляризованных тканях в результате постоянного натяжения и микротравматизации наблюдаются разрывы отдельных фибрилл с образованием очагов некроза, гиалинизацией и обызвествлением коллагеновых волокон [13]. Анатомическая структура тканей в каждом отдельном случае видоизменяет патологоанатомическую и клиническую картину поражения. Преимущественная локализация поражений околосуставных тканей в области плеча вполне объяснима: короткие ротаторы плеча и сухожилия двуглавой мышцы постоянно подвержены большой функциональной нагрузке, причем часто в условиях сдавления, ведь сухожилия располагаются в узком пространстве. При тендините

Таблица 1

Клиническая характеристика тендинитов, теносиновитов, лигаментитов

Форма	Структурное поражение	Клинические признаки
Болезнь де Кервена	Тендовагинит короткого разгибателя и длинного абдуктора 1-го пальца или стенозирующий лигаментит 1-го канала тыльной связки запястья	1. Спонтанные боли в области шиловидного отростка лучевой кости 2. Усиление боли при разгибании и отведении первого пальца 3. Уменьшение способности удерживать предмет первым и вторым пальцами 4. Болезненная эластическая припухлость с четкими границами в области шиловидного отростка 5. Сжатие первого пальца четырьмя остальными и локтевое отведение кисти резко болезненно (симптом Финкельштейна) 6. Сведение первого и пятого пальцев резко болезненно (проба Элькина)
Синдром запястного канала	Тендовагинит сгибателей пальцев и кисти или стенозирующий лигаментит поперечной связки запястья	1. Жгучие боли и парестезии в первых трех пальцах руки, усиливающиеся по ночам 2. Уменьшение чувствительности кончиков пальцев 3. Нарушение трофики тканей – стирание кожного рисунка, цианоз, покраснение или побледнение пальцев, диффузный отек 1–3-го пальцев 4. Снижение мышечной силы при динамометрии, атрофия мышц тенара 5. Ограниченная припухлость на ладонной поверхности лучезапястного сустава, болезненность при постукивании в этой области (симптом Тинеля) 6. Усиление боли при максимальном сгибании или разгибании кисти
Синдром гуйонского канала	Тендовагинит сгибателей 4–5-го пальцев и кисти или стенозирующий лигаментит ульнарного отдела поперечной связки запястья	1. Боли, парестезии, преимущественно ночные, и признаки трофических расстройств в области 4–5-го пальцев 2. Болезненность и припухание в области гороховидной кости 3. Уменьшение мышечной силы мизинца и атрофия гипотенара
«Зашелкивающийся» или «пружинящий палец» (болезнь Нотта)	Тендовагинит поверхностных сгибателей пальцев, стенозирующий лигаментит кольцевидных связок пальцев	1. Боли у основания одного или нескольких пальцев 2. Боль усиливается при сгибании и разгибании пальца, при надавливании на основание пальца 3. Требуется разработка пальцев по утрам 4. Пальпируются плотные округлые образования – веретенообразная деформация сухожилий 5. Боль и шелканье только при быстрых и напряженных движениях – начальная стадия 6. Зашелкивание возникает постоянно, требуется разгибание пальцев здоровой рукой 7. Пальцы остаются фиксированными в разогнутом положении – поздняя стадия
Контрактура Дюпюитрена, или ладонный апоневрозит	Склерозирующее хроническое воспаление локтевой части ладонного апоневроза с вовлечением в фиброзно-рубцовый процесс сухожилий 4–5-го пальцев и образованием тендогенной контрактуры этих пальцев	Определяется уплотнение ладонного апоневроза у основания 4–5-го пальцев, уплотнение и укорочение сухожилий этих пальцев

вращающей манжетки имеет место так называемый синдром защемления – импинджмент-синдром (impingement syndrome), определяющий клинические особенности этой формы периаартрита [22].

Диагностика патологии внесуставных мягких тканей строится главным образом на клинических признаках. Лабораторные показатели, как правило, не изменены. Рентгенологические признаки поражения околоустьевых структур в виде обызвествления сухожилий и связок возникают лишь при длительном хроническом течении процесса [21]. Ультрасонография и магниторезонансная томография являются весьма информативными методами диагностики поражений мягких тканей, но в силу организационных трудностей и финансовых затрат они недостаточно широко применяются в первичном звене здравоохранения. Вместе с тем в последние годы расширяются возможности визуализации структурных и функциональных нарушений со стороны сухожильно-связочного аппарата с помощью УЗИ, а именно высокоэнергетической доплерографии, которая позволяет количественно оценить тяжесть повреждения [15, 19, 23].

Основное преимущество УЗИ – это возможность контакта с пациентом в процессе исследования с детальным анализом наиболее болезненных участков. Кроме того, есть возможность исследования сухожи-

лия в процессе движения с оценкой его функционального состояния. Допплерография позволяет выявить нарушения внутренней архитектоники сухожилия, его неоваскуляризацию, а эластография – тугоподвижность. Более того, на основании результатов УЗИ возможно разграничение «воспалительных» и «механических» тендинитов [18, 20, 22].

Основные формы периартикулярных и мышечных поражений представлены в *таблицах 1–3*.

Бурситы представляют собой воспалительные поражения околоустьевых сумок. Клиническая картина бурсита зависит от локализации, глубины расположения суставной сумки. Поверхностные бурситы – болезненные, подвижные, четко ограниченные, округлые опухоли, в ряде случаев с гиперемией и гипертермией кожи над ними. При глубоких бурситах диагностика обычно затруднена. Следует отметить, что в клинике присутствуют симптомы сдавления («защемления») сухожилий или мышц, ограничение и болезненность определенных движений. Краткая характеристика отдельных форм бурситов представлена в *таблице 2*.

Периартрит – это форма околоустьевой патологии, при которой структурное поражение может быть локализовано в сухожилии, энтезисе, околоустьевой сумке, капсуле сустава. Нередко имеет место сочетание указанных поражений, что отражается на клинических

Таблица 2
Краткая характеристика отдельных форм бурситов

Форма бурсита	Клиническая характеристика
Плечевой бурсит (субакромиальный)	Является составной частью или вариантом плече-лопаточного периартрита
Локтевой бурсит	Развивается у лиц, профессиональная деятельность которых связана с постоянным давлением на локтевую область. Появляются боль и опухолевидное образование в области олекранона. Ограничено сгибание локтя
Вертельный бурсит	Локализуется в области большого вертела бедра. Одна из форм периартрита тазобедренного сустава. Характерна максимальная болезненность при отведении бедра
Седалищный бурсит	Располагается между седалищным бугром и большой ягодичной мышцей. Проявляется болями и в области седалищного бугра, которые усиливаются при сгибании бедра
Препателлярный бурсит	Воспаление синовиальной сумки, расположенной между кожей и надколенником. Видна четкая ограниченная опухоль над надколенником
Подколенный бурсит, или киста Бейкера	Может быть как самостоятельным заболеванием, так и следствием гонартрита, так как в 50% случаев подколенная сумка соединяется с полостью сустава. Характеризуется болями в подколенной области, полное разгибание в коленном суставе затруднено и болезненно, в подколенной области определяется опухолевидное образование, при пункции которого получают жидкость, напоминающую синовиальную

Таблица 3
Клинические особенности периартритов

Простой плече-лопаточный периартрит (тендинит вращающей манжетки, бицепсальный тендинит)	1. Боль в области плечевого сустава, возникающая только при определенных движениях (отведение и ротация плеча) 2. Болезненные точки при пальпации на передненаружной части плеча в области большого бугорка (при поражении сухожилий ротаторов – тендинит вращающей манжетки плеча) или в области межбугорковой борозды (при поражении длинной головки бицепса) 3. Ограничение определенных движений (отведения и наружной ротации) из-за болей, особенно при наличии противодействия 4. Признак Дауборна – при отведении руки более чем на 60 градусов появляются боли в плечевом суставе из-за сдавления сухожилий вращающей манжетки плеча 5. Признак Эргазона – при пассивном разгибании или супинации руки, согнутой в локтевом суставе, и одновременном сопротивлении больному этим движениям появляется боль. Симптом характерен для тендинита длинной головки бицепса 6. Рентгенологических изменений нет
Острый плече-лопаточный периартрит (острое болезненное плечо)	1. Острая прогрессирующая боль, распространяющаяся по всему плечу с иррадиацией в шею и руку 2. Резкое ограничение или полная невозможность движений в плече 3. Резко болезненные точки на передней и наружной поверхности плеча с небольшой припухлостью в этой области 4. Симптом Лекерка – прежде чем отвести руку, больной вначале поднимает плечо вверх (характерен для полного или частичного разрывов вращающей манжетки) 5. При рентгенологическом исследовании обнаруживаются кальцификаты в области коротких ротаторов плеча, в субакромиальной сумке
Хронический анкилозирующий плече-лопаточный периартрит (адгезивный капсулит плечевого сустава)	1. Постепенное исчезновение болей 2. Значительное ограничение всех движений в плече, особенно ротации и отведения 3. Симптомы механической блокады плеча: отсутствие сокращения большой грудной мышцы при попытке отведения руки и отсутствие всякого движения в плече при фиксации лопатки 4. Рентгенологически: остеопороз головки плеча, кальцинаты в субакромиальной сумке, при контрастной артрографии – признаки адгезивного капсулита
Периартрит локтевого сустава, или наружный эпикондилит плеча («локоть теннисиста»)	1. Боль в области наружного надмыщелка плеча с иррадиацией по наружной поверхности в предплечье 2. Усиление боли при сжатии кисти в кулак и одновременном сгибании в лучезапястном суставе (симптом Томпсона) 3. Усиление боли при сочетании разгибания и супинации предплечья (симптом Велша) 4. Боль при пальпации наружного надмыщелка плеча 5. Снижение силы кисти при динамометрии
Внутренний эпикондилит плеча, или эпитрохлеит («локоть гольфиста»)	1. Боль при сгибании и пронации предплечья 2. Иррадиация боли вдоль внутреннего края предплечья 3. Боль при надавливании на внутренний надмыщелок плеча 4. Из-за боли невозможно нести сумку
Периартрит тазобедренного сустава (трохантерит)	1. Приступообразная боль в области тазобедренного сустава 2. Локализация боли в области большого вертела, по наружной поверхности ягодицы 3. Усиление боли при ходьбе, при вставании со стула 4. Усиление боли при отведении бедра, особенно при сопротивлении этому движению 5. Пальпация в области большого вертела болезненна 6. «Пружинящее» или «щелкающее» бедро – при отведении или сгибании бедра слышен щелчок 7. Рентгенологически: кальцификаты вблизи трохантера, обызвествление связок
Периартриты стопы (талалгия, ахиллодиния, подпяточный бурсит, шпоры пяточных костей)	1. Боль в пяточной кости при наступании на пятку (талалгия) 2. Боль при сгибании подошвы, при вставании на носки, при надавливании на пятку, при пальпации сухожилия (ахиллодиния) 3. Округлая болезненная опухоль в области ахиллова сухожилия (ахиллобурсит) 4. на рентгенограммах – рыхлые пяточные шпоры
Миозиты, миофасциальный болевой синдром	1. Локальная боль, усиливающаяся при активном движении 2. Боль при пальпации в области пораженных мышц 3. При острых миозитах – гиперемия и гипертермия в зоне поражения 4. Уплотнение мышц, неравномерная «веревочная» консистенция мышц 5. Вынужденное положение тела или конечностей 6. Ограничение движений в конечностях, позвоночнике, дыхательных экскурсий из-за болей 7. Снижение мышечной силы при динамометрии 8. Образование плотных узелков и тяжей (миогелозов) 9. Повышение мышечного тонуса 10. При хроническом течении – атрофия мышц, снижение тонуса мышц 11. Вегетативные полинейропатии и синдром Рейно при сдавлении сосудисто-нервного пучка

проявлениях заболевания, его исходах. Наиболее распространенной формой периаартрита является плече-лопаточный периаартрит (ПЛП), или «болезненное плечо» (painful shoulder), который традиционно разделяют на три формы в зависимости от тяжести поражения: простой ПЛП, острый ПЛП (острое болезненное плечо), хронический анкилозирующий плече-лопаточный периаартрит (блокированное или «замороженное» плечо). Характеристика различных форм ПЛП и периаартритов других локализаций представлена в *таблице 3*.

Представленный анализ основных механизмов развития поражения мягких тканей представляется нам очень важным, так как без него невозможно определить программу патогенетического лечения заболеваний внесуставных мягких тканей.

Прежде всего следует остановиться на лечении заболеваний околосуставных тканей – периаартритов, тендинитов и тендовагинитов, бурситов, лигаментитов. Мы считаем необходимым подробнее осветить эту проблему в силу того, что, к сожалению, внесуставной патологии уделяется недостаточно внимания.

Традиционно лечение этих заболеваний начинается с назначения НПВП. Этот выбор вполне оправдан, так как обычно у больных, самостоятельно обратившихся за помощью, уже имеет место реактивное воспаление в зоне поражения. Важным клиническим критерием развития выраженного воспалительного процесса является такой симптом, как боль в покое или ночная боль. Однако надо помнить, что, применяя НПВП, мы воздействуем лишь на верхушку айсберга – на реактивное воспаление, в то время как основным механизмом является дегенеративно-дистрофический процесс в соединительной ткани. Кроме того, длительная терапия НПВП отрицательно влияет на метаболизм соединительной ткани, усугубляя дегенеративные нарушения.

Механизм противовоспалительного действия нестероидных средств – единый для всех препаратов этой группы: он базируется на торможении синтеза медиаторов воспаления простагландинов за счет угнетения активности фермента циклооксигеназы. Однако снижение синтеза простагландинов приводит к нарушению протективных свойств слизистой оболочки желудка и развитию гастропатии.

Подбор НПВП осуществляется эмпирически с учетом выраженности анальгетического и противовоспалительного эффекта, длительности действия, индивидуальной переносимости препарата. При отсутствии эффекта в течение недели необходимо назначить препарат из другой химической группы нестероидных противовоспалительных средств.

Для уменьшения побочных эффектов, среди которых наиболее частым является поражение слизистой ЖКТ, используются локальная терапия НПВП. В настоящее время существует масса различных лекарственных форм для наружного применения. Противовоспалительные мази, гели, спреи, пластыри, действующим началом которых являются нестероидные средства, нашли широкое применение в клинической практике. Кроме того, нестероидные

противовоспалительные средства могут использоваться в виде ректальных свеч, применяемых однократно в течение суток, обычно на ночь. При проведении местного лечения НПВП частота побочных эффектов снижается в несколько раз.

Несмотря на широкий выбор этих препаратов и многообразие их лекарственных форм, при тяжелых периартикулярных поражениях они могут оказаться малоэффективными. В таких случаях возникает необходимость проведения локальной терапии глюкокортикоидами (ГК). Многочисленные клинические наблюдения доказывают высокую эффективность препаратов этой группы в лечении плече-лопаточного периаартрита, эпикондилита, тендинитов и бурситов различной локализации при остром течении этих процессов. Обычно локальные инъекции ГК проводятся в комбинации с местными анестетиками (новокаин, лидокаин). Периартикулярное введение анестетиков без ГК-средств может быть использовано для быстрого купирования болевого синдрома, однако применение анестетиков не оказывает существенного влияния на результаты лечения.

Учитывая тот факт, что ГК препараты вводятся в мягкие ткани, предпочтение следует отдавать растворимым формам, так как кристаллы препарата плохо рассасываются и могут вызывать механическое повреждение тканей с последующей кальцификацией. Обычно такие побочные эффекты наблюдаются после введения триамцинолона пролонгированного действия. Из растворимых форм ГК короткого действия для локальных инъекций могут быть использованы такие препараты, как растворимый гидрокортизон, бетаметазон, дексаметазон, реже – преднизолон. При упорном, длительном воспалительном процессе с выраженным болевым синдромом, требующим многократного введения ГК, показаны депо-формы этих препаратов, такие как депо-медрол и метипред (метилпреднизолон ацетат), дипроспан и флостерон (бетаметазон).

Следует предостеречь практических врачей от чрезмерной увлеченности методом локальной терапии ГК. Дело в том, что продолжительность острого плече-лопаточного периаартрита достигает 18 месяцев! При хронических формах этого заболевания рецидивирующий процесс длится много лет. Многократное введение ГК приводит к локальной атрофии мягких тканей, склерозированию околосуставных структур, развитию нейродистрофического синдрома в пораженной конечности.

В связи с этим следует ориентироваться на те методы, которые позволяют достичь более благоприятных отдаленных результатов. К их числу относится применение препаратов, относящихся к группе медленно действующих противовоспалительных препаратов структурно-модифицирующего действия, называемых ранее хондропротекторами. В настоящее время SYSADOA, используемые как базисные средства в лечении ОА, предлагаются для лечения периартикулярных поражений. Основанием к этому является доказанное модулирующее влияние этих препаратов на метаболизм хряща и других соединительно-тканых структур. К этой группе отно-

сятся различные препараты, содержащие хондроитин, гиалуроновую кислоту, другие мукополисахариды либо их компоненты. Наряду с доказанной противовоспалительной активностью, которая обусловлена стабилизацией клеточных мембран и уменьшением активности клеточных гидролаз, в частности гиалуронидазы и глюкуронидазы, эти препараты замедляют деградацию соединительнотканых структур и стимулируют активность хондроцитов и фибробластов, продуцирующих основные компоненты соединительной ткани.

В связи с тем, что патогенетические механизмы локальных форм периапартулярных поражений механического характера близки к таковым при первичном остеоартрите, более 20 лет назад совместно с сотрудниками НИИ клинической и экспериментальной ревматологии РАМН (Волгоград) нами были разработаны методы лечения заболеваний околосуставных мягких тканей (ЗОМТ) с включением препаратов структурно-модифицирующего действия.

Исследованиями сотрудников лаборатории заболеваний мягких тканей НИИ КиЭР РАМН, проведенными ранее, был доказан четкий терапевтический эффект препаратов, содержащих гликозаминогликаны, при наиболее распространенных формах околосуставных поражений: периапартритах и тендинитах. На когорте из 160 пациентов с различными формами околосуставных поражений (38 % – плече-лопаточный периапартрит, 29 % – локтевой периапартрит, 18 % – тендиниты, 15 % – бурситы различной локализации) была проведена сравнительная оценка эффективности локальных инъекций препарата на основе сульфатированных гликозаминогликанов (ГАГ-полисульфата) и мазевых аппликаций, содержащих этот препарат. Было установлено, что курсовая терапия с применением ГАГ полисульфата привела к более значимым положительным сдвигам не только со стороны клинических показателей (боль в покое, боль при движении, боль при пальпации, выраженность скованности, объем движений, локальное воспаление), но и к улучшению показателей, отражающих повреждение соединительной ткани. В качестве таких маркеров были использованы показатели уровня сульфатированных ГАГ в крови и уровня антител к ГАГ. При этом следует отметить, что эффективность курсовой терапии в режиме локальных инъекций и мазевых аппликаций была сопоставима [4].

Большой интерес представлял анализ клинической эффективности и безопасности биоактивного концентрата четырех видов мелких морских рыб (препарат Алфлутоп) в лечении ЗОМТ. Такое исследование было выполнено нами совместно с сотрудниками НИИ КиЭР РАМН и Волгоградского государственного медицинского университета [6, 24]. В него было включено 175 пациентов с остеоартритом крупных суставов (ОА) и 68 пациентов с периапартритом (плече-лопаточным [ПЛП] и локтевым), из которых 145 человек с ОА и 46 человек с периапартритом получали лечение Алфлутопом. В группе пациентов с периапартритом (29 – ПЛП, 17 – локтевым), получавших Алфлутоп, было 27 женщин и 19 мужчин

в возрасте от 25 до 52 лет, средний возраст составил $40,4 \pm 2,6$ года, длительность симптомов была от 3 недель до 24 месяцев, средняя продолжительность заболевания составила $16,7 \pm 5,6$ месяца. Группы сравнения были представлены 30 пациентами с ОА и 22 пациентами с периапартритом, демографический состав указанных групп был вполне сопоставим с таковым в основных группах. Кроме того, в группах сравнения тяжесть анализируемой патологии и ее продолжительность достоверно не отличались от показателей в основных группах ОА и периапартрита.

Пациенты основных групп получали наряду с фоновой терапией НПВП и ФТЛ курсовую терапию Алфлутопом. Пациенты групп сравнения – только указанную фоновую терапию. У лиц с ОА схема лечения Алфлутопом предусматривала внутрисуставные инъекции Алфлутопа, 5–6 инъекций на курс одновременно с внутримышечным введением этого препарата (1 мл внутримышечно раз в сутки в течение 20 дней). У лиц с периапартритом режим терапии предусматривал локальные инъекции Алфлутопа через день, 5–6 инъекций на курс с одновременным внутримышечным введением этого препарата по 1 мл раз в день в течение 20 дней.

Оценку результатов лечения проводили на основании динамики общепринятых клинических индексов. В группе пациентов с ОА учитывали показатели боли в покое, боли при движении, в том числе при ходьбе по ровной поверхности и по лестнице, индекс припухлости, объем движений в суставе, функциональный индекс Лекена. В группе пациентов с периапартритом эффективность лечения оценивали по следующим показателям: боль в покое, боль при движении, боль при пальпации (в баллах от 0 до 10 по ВАШ), ограничение движений, степень скованности, выраженность локального воспаления (в баллах от 0 до 3). Суммарный ответ на лечение оценивали по четырем градациям: «значительное улучшение», «улучшение», «без перемен», «ухудшение». Наряду с анализом клинических индексов мы проводили исследование уровня биомаркеров повреждения соединительной ткани, к которым относятся показатели уровня сульфатированных гликозаминогликанов (с-ГАГ) в крови и уровня антител к гиалуроновой кислоте (анти-ГК).

Следует отметить, что целый ряд проведенных нами исследований показали, что при поражениях суставов и околосуставных мягких тканей происходит увеличение сывороточных ГАГ, прежде всего с-ГАГ, а также определяются антитела к с-ГАГ и ГК. Эти результаты явились основанием для применения указанных биомаркеров в качестве объективных критериев тяжести поражения соединительнотканых структур, а также для мониторинга эффективности лечения пациентов с ОА и ЗОМТ.

При сравнении результатов лечения в основных группах пациентов с ОА и периапартритом и в группах контроля были получены следующие результаты. В когорте пациентов с ОА, получавших Алфлутоп, произошло статистически значимое снижение всех клинических индексов,

тогда как в группе контроля достоверно снизились только три показателя: боль в покое, боль при ходьбе по ровной поверхности и индекс Лекена. По другим индексам динамика была статистически недостоверной. Что касается использованных биомаркеров, то достоверное снижение уровня с-ГАГ и тенденция к уменьшению содержания анти-ГК отмечены в группе Алфлутопа. В группе сравнения достоверных сдвигов со стороны с-ГАГ и анти-ГК не наблюдалось.

В группе пациентов с периаартритом, получавших Алфлутоп, достоверная динамика имела место по всем использованным клиническим индексам, тогда как в группе сравнения достоверно уменьшились только два показателя: боль при пальпации и выраженность локального воспаления. При этом в группе Алфлутопа положительная динамика исследованных показателей была более выраженной по сравнению с группой контроля. Следует отметить, что после курсовой терапии Алфлутопом произошло достоверное снижение исходно повышенного содержания с-ГАГ в крови, а также недостоверное снижение уровня анти-ГК. В группе сравнения уровень с-ГАГ снизился недостоверно по сравнению с исходным, а уровень анти-ГК имел тенденцию к повышению. Положительная динамика клинических индексов коррелировала с динамикой лабораторных показателей: уровнем с-ГАГ и антител к ГК.

При суммарной оценке эффективности лечения Алфлутопом в группе ОА «значительное улучшение» отмечено у 26,1 % пациентов, «улучшение» – у 49,7 %, «без перемен» – у 16,6 % и «ухудшение» – у 7,6 %. В группе контроля соотношение пациентов согласно указанным градациям было 13,3, 33,3, 40,0 и 16,7 % соответственно. В группе пациентов с периаартритом, получавших Алфлутоп, «значительное улучшение» отмечено у 32,6 % пациентов, «улучшение» – у 54,3 %, «без перемен» – у 8,7 % и «ухудшение» – у 4,3 % против 9,1, 31,8, 36,4 и 13,6 % соответственно. Как следует из этих данных, в группах пациентов с ОА и периаартритом, получавших курсовую терапию Алфлутопом, получены значительно лучшие результаты, нежели в группах сравнения.

Что касается переносимости лечения, то у подавляющего большинства пациентов не отмечено каких-либо нежелательных явлений, за исключением двух пациентов, у которых отмечалась местная реакция на препарат в виде болезненной припухлости в ягодичной области. Указанные реакции прошли самостоятельно после отмены препарата.

Таким образом, результаты проведенного исследования продемонстрировали хороший терапевтический эффект Алфлутопа не только при ОА, но и при периаартритах. При этом сочетание периаартрикулярных и внутримышечных инъекций у пациентов с периаартритом позволяет обеспечить более выраженное лечебное воздействие. Важным доказательством структурно-модифицирующего и противовоспалительного действия препарата следует считать быструю положительную динамику биомаркеров повреждения соединительной ткани.

Полученные нами результаты открывают перспективы к более широкому применению препаратов структурно-модифицирующего действия в локальной терапии поражений околосуставных мягких тканей. Они в полной мере согласуются с данными современных клинических и экспериментальных исследований, свидетельствующих о возможности включения препарата Алфлутоп в терапию заболеваний внесуставных тканей. Так, в наблюдательном исследовании была оценена эффективность этого препарата в лечении вертеброгенной миофасциальной боли. Было показано, что использование локальных инъекций Алфлутопа в паравerteбральные точки либо в триггерные точки с последующим переходом на стандартное внутримышечное введение позволило достигнуть значимого снижения болевого синдрома и улучшить функциональное состояние пациентов [3].

Целый ряд сообщений подтверждают терапевтический эффект Алфлутопа в лечении ОА крупных суставов [1, 2, 7], а также дегенеративных заболеваний плечевого сустава [2]. Безусловный интерес представляет и работа, демонстрирующая структурно-модифицирующее влияние данного препарата при экспериментальном моделировании травматического повреждения сухожилий [13]. Авторами было установлено, что под влиянием Алфлутопа в ранние сроки репарации воспалительный компонент оказался менее выраженным, чем в контроле. Кроме того, отмечено более активное образование клеточного пролиферата с синтезом коллагеновых волокон. Процесс репарации протекал более синхронно, а при морфометрическом исследовании установлено двукратное превышение новообразованных волокнистых структур под влиянием Алфлутопа. На основании этих данных авторами сделано заключение о возможности стимуляции репаративного процесса при посттравматических повреждениях сухожилий.

В контексте рассматриваемых работ весьма актуально использование Алфлутопа в лечении периаартрикулярных тканей [10]. Было показано, что перифокальные инъекции (пять инъекций на курс) у пациентов с энтезитами плечевого сустава, эпикондилитами, трохантеритами, анзеринитами коленных суставов, болями в спине позволяют повысить эффективность лечения до 90,8 %.

В заключение необходимо отметить, что заболевания околосуставных мягких тканей требуют к себе большего внимания со стороны специалистов разного профиля. Недостаточная информированность врачей первичного звена об этой распространенной группе заболеваний, недооценка тяжести структурного поражения, трудности с установлением ведущего механизма, а также несвоевременная диагностика и неадекватное лечение ведут к неизбежной хронизации ЗОМТ и резистентности к проводимой терапии. В связи с этим чрезвычайно важно повысить качество оказания медицинской помощи этой категории пациентов, особенно в дебюте заболевания с целью предотвращения неблагоприятных медицинских и социальных последствий. Более широкое применение

медленно действующих симптом-модифицирующих препаратов (SYSADOA) может рассматриваться как один из эффективных методов оптимизации ведения пациентов с ЗОМТ.

Список литературы / References

1. Алексеева Л. И., Шарапова Е. П., Таскина Е. А. и др. Многоцентровое слепое рандомизированное плацебо-контролируемое исследование симптоматического и структурно-модифицирующего действия препарата Алфлутоп у больных остеоартрозом коленного сустава. Научно-практическая ревматология. 2014. № 52 (2). С. 174–177.
Alekseeva L. I., Sharapova E. P., Taskina E. A., Chichasova N. V., Imametdinova G. R., Shostak N. A., Pravdyuk N. G., Denisov L. N. A multicenter, blind, randomized, placebo-controlled study of the symptom- and structure-modifying effect of Alflutop in patients with knee osteoarthritis. Report 2: The assessment of the structure-modifying effect of the drug. Rheumatology Science and Practice. 2014; 52 (2): 174–177. (In Russ.) <https://doi.org/10.14412/1995-4484-2014-174-177>
2. Гафаров И. Р., Глазунов С. Ю. Оценка функциональных результатов лечения остеоартроза голеностопного сустава. Здоровье и образование в 21 веке. 2018. Т. 20. № 12. С. 60–64.
Gafarov I. R., Glazunov S. Yu. Evaluation of the functional results of the treatment of ankle osteoarthritis. Health and education in the 21st century. 2018. Vol. 20. No. 12. P. 60–64.
3. Девликамова Ф. И. Вертеброгенная миофасциальная боль: от теории к практике. Эффективность локальной инъекционной терапии препаратами с медленным структурно модифицирующим действием. Opinion leader. Неврология. 2020. № 37, с. 87–91.
Devlikamova F. I. Vertebral myofascial pain: from theory to practice. The effectiveness of local injection therapy with drugs with a slow structurally modifying effect. Opinion leader. Neurology. 2020. no. 37, p. 87–91.
4. Зборовский А. Б., Бабаева А. Р. Новые подходы к лечению заболеваний околосуставных мягких тканей. Терапевт. архив, 1997, т. 69. № 5, С. 82–84. УДК 616.72–018.28–08–07.
Zborovskiy A. B., Babaeva A. R. New approaches to the treatment of diseases of the periarticular soft tissues. Therapist. Archive, 1997, vol. 69. No. 5, pp. 82–84. UDC 616.72–018.28–08–07.
5. Зборовский А. Б., Бабаева А. Р. Эволюция вопроса систематизации заболеваний внесуставных мягких тканей. Клин. ревматология, 1997. № 3. С. 59–68.
Zborovskiy A. B., Babaeva A. R. Evolution of the issue of systematization of diseases of extra-articular soft tissues. Wedge. rheumatology, 1997. No. 3. S. 59–68.
6. Зборовский А. Б., Бабаева А. Р., Фофанова Н. А. и др.. Эффективность комбинированной терапии с включением альфлутопа при остеоартрозе и периартрите. Вестник ВМА, 1998, № 4, с. 111–113.
Zborovskiy A. B., Babaeva A. R., Fofanova N. A. and others. The effectiveness of combination therapy with the inclusion of alflutop in osteoarthritis and periarthritis. Bulletin of VMA, 1998, No. 4, p. 111–113.
7. Полякова Ю. В., Ахвердян Ю. Р., Папичев Е. В. и др. Роль препарата на основе биоактивного концентрата из мелкой морской рыбы в комплексной терапии остеоартрита и дегенеративных заболеваний плечевого сустава. Медицинский алфавит 2019, том № 2, № 37. С. 40–43.
Polyakova Yu. V., Akhverdyan Yu. R., Papichev E. V., Sivordova L. E., Zavorodsky B. V., Zborovskaya I. A. Role of drug on basis of bioactive concentrate from small marine fish in complex therapy of osteoarthritis and degenerative diseases of shoulder joint. Medical alphabet. 2019; 2 (37): 40–43. (In Russ.). [https://doi.org/10.33667/2078-5631-2019-2-37\(42\)-40-43](https://doi.org/10.33667/2078-5631-2019-2-37(42)-40-43)
8. Ревматология. Клинические лекции. Под ред. проф. В. В. Бадокина. М. Литература, 2012. 592 с.
Rheumatology. Clinical lectures. Ed. prof. V. V. Badokin. M. Literature, 2012. 592 p.
9. Российские клинические рекомендации «Ревматология». Под ред. акад. РАН Е. А. Насонова. ГЭОТАР-Медиа, 2017. 464 с.

- Russian clinical guidelines 'Rheumatology'. Ed. acad. RAS E. L. Nasonov. GEOTAR-Media, 2017. 464 p.
10. Хитров Н. А. Лечение патологии параартикулярных тканей перифокальными инъекциями комбинированных препаратов. Медицинский совет. 2019 (18): 28–38.
Khitrov N. A. Treatment of pathology of para-articular tissues by perifocal injections of combined drugs. Medical advice. 2019 (18): 28–38. <https://doi.org/10.21518/2079-701X-2019-18-92-102>
 11. Хабиров Ф. А., Хабирова Ю. Ф. Миофасциальная боль – современные проблемы диагностики и лечения в практике врача первичного звена. Практическая медицина. 2019. Т. 17, № 7, с. 8–16.
F. A. Khabirov, Yu. F. Khabirova Myofascial pain – modern problems of diagnosis and treatment in practice of a primary care physician. Practical medicine. 2019. V. 17, No. 7, pp. 8–16. DOI: 10.32000/2072-1757-2019-5.
 12. Чичасова Н. В. Современные подходы к терапии остеоартрита. Медицинский совет. 2020; 4: 126–135.
Chichasova N. V. Modern approaches to the treatment of osteoarthritis. Meditsinskiy sovet = Medical Council. 2020; (4): 126–135. (In Russ.) DOI: 10.21518/2079-701X-2020-4-126-135.
 13. Широков В. А., Валамина И. Е., Исаякин В. А. и др. Экспериментальное обоснование улучшения репарации посттравматического поражения сухожилий с использованием оригинального биоактивного концентрата мелких морских рыб. Российский журнал боли. 2020; 18 (4): 50–58.
Shirokov V. A., Valamina I. E., Isaykin V. A., Tsaregorodtseva A. E., Solodushkin S. I. Experimental evidence of improved posttraumatic tendon reparation under original bioactive small marine fish concentrate. Russian Journal of Pain. 2020; 18 (4): 50–58. <https://doi.org/10.17116/pain201804150>
 14. P. V. Balint, L. Terslev, P. Aegerter, et al. Reliability of a consensus-based ultrasound definition and scoring for enthesitis in spondylarthritis and psoriatic arthritis: an OMERACT US initiative Annals of the Rheumatic Diseases Dec 2018, 77 (12) 1730–1735; DOI: 10.1136/annrheumdis-2018-213609.
 15. A. Batticciotto, S. Olivieri, R. Talotta. Achilles pain persistence in patients affected by spondylarthritis: ultrasonographic and biomechanical study. <http://dx.doi.org/10.1136/annrheumdis-2020-eular.5891>
 16. Combe B. et al. 2016 update of EULAR recommendations for the management of early arthritis. Ann Rheum Dis. 2016; 0: 1–12.
 17. Constantino F. et al Cluster-based spondylarthritis phenotypes defined at baseline are predictive of 5-year severity outcome in the DESIR cohort/doi/10.1136/annrheumdis-2019-eular.3307
 18. Filippucci E., Smerilli G., Di A., et al. Ultrasound definition of enthesitis in spondylarthritis and psoriatic arthritis: arrival or starting point? Annals of the Rheumatic Diseases Nov 2021, 80 (11) 1373–1375; DOI: 10.1136/annrheumdis-2021-220478.
 19. E. Maman, V. Masson-Behar, B. Coustet, et al. Enthesitis in Rheumatoid Arthritis and Spondylarthritis: An Ultrasound Study Annals of the Rheumatic Diseases Jun 2016, 75 (Suppl 2) 1226; DOI: 10.1136/annrheumdis-2016-eular.412.
 20. L. Mani, K. Baccouche, S. Hmila, et al. Importance of ultrasonography for the detection of peripheral enthesitis in spondylarthritis. Annals of the Rheumatic Diseases Jun 2017, 76 (Suppl 2) 926; DOI: 10.1136/annrheumdis-2017-eular.5230
 21. J. A. Mendonça, L. B. Fernandes, W. N. Do Amaral. Ultrasound imaging in evaluation of enthesitis: status and perspectives Annals of the Rheumatic Diseases Jun 2019, 78 (Suppl 2) 2041; DOI: 10.1136/annrheumdis-2019-eular.3836.
 22. D. Simon, A. Kleyer, S. Bayat, et al. Biomechanical stress in the context of competitive sports training triggers enthesitis. Annals of the Rheumatic Diseases Jun 2021, 80 (Suppl 1) 1275; DOI: 10.1136/annrheumdis-2021-eular.1793.
 23. T. Suzuki, Y. Hidaka, Y. Seri Retrocalcaneal bursitis precedes or accompanies achilles tendon enthesitis in the early phase of rheumatoid arthritis <http://dx.doi.org/10.1136/annrheumdis-2018-eular.1815>
 24. A. B. Zborovskiy, A. R. Babaeva Clinical and laboratory assessment of alflutop efficiency in the treatment of osteoarthritis and periarthritis. Revista de Reumatologie 1997, Suppl V. 5, p. 155–156.

Статья поступила / Received 16.11.21
Получена после рецензирования / Revised 18.11.21
Принята к публикации / Accepted 18.11.21

Сведения об авторах

Бабаева Аида Руфатовна, д.м.н., проф., зав. кафедрой.
ORCID: 0000-0002-7588-8089
Ансарова Анна Амирановна, ассистент кафедры. ORCID: 0000-0001-8580-8305
Калинина Елена Валерьевна, к.м.н., доцент, доцент кафедры.
ORCID: 0000-0002-8837-3674
Кострюкова Ирина Владимировна, к.м.н., доцент кафедры.
ORCID: 0000-0002-2952-6079

ФГБОУ ВО «Волгоградский государственный медицинский университет»
Минздрава России, Волгоград

Автор для переписки: Бабаева Аида Руфатовна. E-mail: arbabaeva@list.ru

About authors

Babaeva Aida R., PhD Med, professor, head of Internal Diseases Dept.
E-mail: arbabaeva@list.ru, ORCID: 0000-0002-7588-8089
Ansarova Anna A., assistant at Internal Diseases Dept. ORCID: 0000-0001-8580-8305
Kalinina Elena V., PhD Med, associate professor at Internal Diseases Dept.
ORCID: 0000-0002-8837-3674
Kostriukova Irina V., PhD Med, associate professor at Internal Diseases Dept.
ORCID: 0000-0002-2952-6079

Volgograd State Medical University, Volgograd, Russia

Corresponding author: Babaeva Aida R. E-mail: arbabaeva@list.ru

Для цитирования: Бабаева А. Р., Ансарова А. А., Калинина Е. В., Кострюкова И. В. Периастикулярные поражения как актуальная проблема общей врачебной практики: современные возможности диагностики и повышения эффективности лечения. Медицинский алфавит. 2021; (33): 7–14. <https://doi.org/10.33667/2078-5631-2021-33-7-14>

For citation: Babaeva A. R., Ansarova A. A., Kalinina E. V., Kostriukova I. V. Periaarticular lesions as actual problem of general practice: modern possibilities of diagnosis and boosting effectiveness of treatment. Medical alphabet. 2021; (33): 7–14. <https://doi.org/10.33667/2078-5631-2021-33-7-14>

