ВРАЧ – ПАЦИЕНТУ

ИНФОРМАЦИЯ

О РЕВМАТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ

БОЛЕЗНЬ БЕХТЕРЕВА

методическое пособие по материалам
Всероссийских конференций в рамках
«12 октября – Всемирный День Артрита»
(World Arthritic Day)

ОБЩЕРОСИЙСКАЯ ОБЩЕСТВЕННАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ ИНВАЛИДОВ
РОССИЙСКАЯ РЕВМАТОЛОГИЧЕСКАЯ АССОЦИАЦИЯ
«НАДЕЖДА»
www.revmo-nadegda.ru

Разработана коллективом
Федерального государственного бюджетного
научного учреждения "Научно-
исследовательский институт ревматологии
имени В. А. Насоновой"
под руководством директора
ФГБУ "НИИР им. В. А. Насоновой"
академика РАН Е. Л. Насонова,
при участии Президента Общероссийской
общественной организации инвалидов
(Российская ревматологическая ассоциация
"Надежда") Н. А. Булгаковой
и Ассоциации Ревматологов России

АВТОР:
к.м.н. А.Г. Бочкова

Автор

А.Г. Бочкова

Пациенты, которые хорошо информированы о своем заболевании и ведут правильный образ жизни, отмечают меньше болей, реже посещают врачей, более самоуверенны, и остаются более активными, несмотря на болезнь.

Болезнь Бехтерева (Анкилозирующий спондилит)

История открытия болезни Бехтерева (анкилозирующего спондилита)

Археологические изучения египетских мумий обнаружили, что заболевание, которое в настоящее время называется анкилозирующий спондилит известно человечеству с античных времен. Первое историческое описание этого заболевания в литературе относится к 1559 году, когда Реалдо Коломбо описал два скелета с характерными для анкилозирующего спондилита изменениями в своей книге «Анатомия». Через 100 лет, в 1693 году, ирландский врач Бернард Коннор описал скелет человека с признаками сколиоза, в котором крестец, тазовая кость, поясничные позвонки и 10 грудных позвонков с ребрами были сращены в единую кость. Существуют несколько клинических описаний этой болезни, сделанные в середине 19-го века. Но только описание русского врача **Владимира Бехтерева** в 1893 году, немецкого врача Адольфа Штрюмпеля в 1897 году, французского врача Пьера Мари в 1898 году, а также описание Бернарда Коннора в 17 веке считаются первыми описаниями анкилозирующего спондилита. **Тогда же болезнь получила имя Бехтерева, и до сих пор название «болезнь Бехтерева» используется не только в России.**

Что же такое Болезнь Бехтерева?

Основной особенностью воспаления суставов при данном заболевании является постепенное ограничение их подвижности с образованием анкилозов (сращений костей друг с другом), отсюда происходит и название болезни. Одновременно происходит окостенение связок, укрепляющих позвоночник. В результате позвоночник может полностью утрачивать свою гибкость и превращаться в сплошную кость.

Обычно заболевание развивается постепенно, появляются небольшие боли в пояснице, которые со временем усиливаются и распространяются на другие отделы позвоночника. Боли могут возникать эпизодически, но чаще носят стойкий характер и лишь на время уменьшаются после приема лекарств. Характер болей имеет следующие особенности: боли усиливаются в покое, особенно во вторую половину ночи или утром, сопровождаются скованностью, уменьшаются или проходят полностью после упражнений, быстро купируются приемом противовоспалительных препаратов. (Таб.1) Постепенно появляется ограничение подвижности позвоночника, что порой происходит незаметно для самого больного и выявляется только при специальном обследовании врачом. Иногда боли бывают очень слабыми или даже отсутствуют, а единственным проявлением болезни является нарушение подвижности позвоночника. Изменения позвоночника распространяются обычно снизу вверх, поэтому затруднения при движении шеи появляются довольно поздно. В некоторых случаях ограничения движений и боли в шейном отделе позвоночника наблюдаются с первых лет заболевания, что может указывать на более неблагоприятный вариант течения болезни. Наряду с уменьшением гибкости позвоночника ограничивается подвижность суставов, связывающих ребра с грудными позвонками. Это приводит к нарушению дыхательных движений и ослаблению вентиляции легких, что может способствовать возникновению хронических легочных заболеваний.

У некоторых больных помимо изменений позвоночника появляются боли и ограничение движений в плечевых, тазобедренных, височно-нижнечелюстных суставах, реже боли и припухание суставов рук и ног, боли в грудине. Эти явления могут быть умеренными и непродолжительными, но в ряде случаев они отличаются стойкостью и протекают довольно тяжело. В отличие от артритов при других заболеваниях, воспаление суставов у больных болезнью Бехтерева редко сопровождается их разрушением, но способствует ограничению подвижности в них.

Истинная причина возникновения болезни Бехтерева пока не ясна. На сегодняшний день принято исходить из того, что данное заболевание – подобно ревматоидному артриту – возникает в связи с неправильной работой иммунной системы и поражает аутогенные клетки. В связи с этим болезнь Бехтерева называют иногда аутоиммунным заболеванием (autos – от греческого корня «само»).

По непонятным пока причинам защитные клетки, которые должны перехватывать проникающих в организм возбудителей заболевания, атакуют прежде всего аутогенные (или собственные) крестцово-подвздошные сочленения, суставы позвоночника и другие ткани, такие, например, как радужную оболочку глаза. Это вызывает в пораженных структурах воспалительные реакции, которые в дальнейшем могут привести к деформации и потере подвижности позвоночника и/или суставов.

Несмотря на то, что в течение нескольких лет ученые уже знают, какие процессы происходят при длительных хронических воспалениях, в том числе при болезни Бехтерева, до сих пор окончательно ***не ясно, почему иммунная система начинает действовать против собственных структур.***

Обычно болезнетворные микробы или посторонние вещества, попадающие в организм, распознаются белыми кровяными тельцами, являющимися защитными клетками организма. Активные лимфоциты участвуют в сложной операции по уничтожению микробов или посторонних веществ, в процессе которой разрушаются все «непрошенные гости». При болезни

Бехтерева лимфоциты путают собственные клетки и собственные ткани с чужеродными возбудителями заболевания. Предположительными «врагами» становятся структуры собственного организма, прежде всего хрящевые ткани и кости. Чтобы быть лучше вооруженным для борьбы с болезнетворными микробами а в данном случае с собственными структурами, лимфоциты начинают размножаться и привлекать макрофагов (клетки-пожиратели). Они в свою очередь для усиления защиты направляются из крови к «месту событий», а именно в область хрящевых и костных тканей, а также в суставы (например, в крестцово-подвздошные сочленения). Активизировавшиеся клетки-пожиратели в свою очередь образуют разнообразные медиаторы, так называемые цитокины, которые действуют на другие клетки, вызывающие воспаление, как магнит. И тогда происходит «генеральное наступление» на пораженные структуры. Роковым в данной ситуации является тот факт, что лимфоциты не замечают своей ошибки и воспалительный процесс, как в цепной реакции, постоянно разжигается и сохраняется, становясь таким образом «хроническим». Поэтому болезнь Бехтерева называют хроническим воспалительным заболеванием позвоночника и суставов.

Цитокин, играющий при любом виде воспалительного процесса центральную роль, называется «фактором некроза опухоли альфа» или сокращенно ФНО-α (Tumor Necrosis Factor – TNF-α). Его название не совсем соответствует его многочисленным функциям, так как вначале он был описан в связи с опухолями.

ФНО-α образуется прежде всего из активировавшихся клеток-пожирателей (макрофагов), но также и из Т-лимфоцитов. ФНО-α как в заколдованном кругу стимулирует защитные клетки к производству все новых ФНО-α, таким образом, воспаление продолжается и даже усиливается. Поэтому ФНО-α можно сравнить с фишкой домино, заставляющей падать одну за другой остальные фишки, что и происходит в цепной воспалительной реакции.

Проникнувшие в область таких целевых структур как суставы, хрящи и кости воспалительные клетки в сочетании с высвободившимися медиаторами вызывают хроническое воспаление в суставах позвоночника и крестцово-подвздошных сочленениях, приводящее сначала к фиброзу, а затем анкилозу пораженного сочленения или сустава. Ограничение подвижности позвоночника или суставов на стадии воспаления связано с болевыми ощущениями и обратимо, затем на стадии фиброза и анкилоза становится стойким.

Внесуставные проявления

Кроме позвоночника и суставов иногда наблюдается поражение различных органов и систем. Наиболее ***часто поражаются глаза***, проявляется это болью и покраснением одного глаза, слезотечением, светобоязнью, затуманиванием зрения, это заболевание называют иритом, иридоциклитом или передним увеитом. В таких случаях больные должны наблюдаться не только у ревматолога, но и у офтальмолога. При иридоциклите (ирите или переднем увеите) назначают средства, расширяющие зрачок, кортикостероиды местно, лечение надо начинать сразу после установления диагноза иридоциклита, чтобы избежать нарушения зрения. Увеит при болезни Бехтерева,, как правило, односторонний и при адекватном лечении обычно проходит в течение месяца без последствий. Если своевременно не назначают адекватное лечение, то увеит может привести к сращению радужки, катаракте, глаукоме или потере зрения

Другие внепозвоночные проявления (нарушения сердечной проводимости, поражение аортального клапана сердца, почек, легких) встречаются значительно реже. Еще реже болезнь Бехтерева сопровождается амилоидозом почек, серьезным осложнением, при котором возникает почечная недостаточность.

Как устанавливается диагноз болезни Бехтерева

Воспаление крестцово-подвздошных суставов, с которого начинается болезнь Бехтерева, хотя и не всегда сопровождается сильными болями, но обязательно вызывает изменения суставного хряща и костей, которые

можно зафиксировать на рентгенограммах. Сами по себе эти изменения не оказывают существенного влияния на самочувствие больных, но очень характерны для данного заболевания и позволяют правильно поставить диагноз на ранней стадии, когда еще не успели сформироваться сращения между позвонками и имеются благоприятные условия для лечения. Поэтому при подозрении на болезнь Бехтерева обязательно проводится рентгеновский снимок таза, на котором можно хорошо рассмотреть крестцово-подвздошные суставы. Иногда изменения в этих суставах в начале заболевания минимальные и недостаточно характерны для точной установки диагноза, тогда проводится повторный снимок через год-два и при сопоставлении рентгеновских снимков можно оценить имеющиеся изменения более достоверно. Более чувствительным методом для обнаружения сакроилиита считается **магнитно-резонансная томография**, позволяющая иногда увидеть признаки сакроилиита гораздо раньше, чем они видны на рентгенограммах. Этот метод уже внедрен в повседневную медицинскую практику, но томограммы должны быть выполнены в специальных жироподавляющих режимах (T2 FS или T2 STIR) и анализироваться опытным врачом- ревматологом или специалистом по лучевой диагностике.

Рентгеновское исследование позвоночника на ранних стадиях имеет меньшее значение для постановки диагноза, но обязательно проводится для дальнейшего сравнительного анализа выявляемых изменений по мере прогрессирования болезни, а также для исключения возможных других причин болей в позвоночнике.

Обязательно проводится исследование на носительство антигена тканевой совместимости HLAB27 (гена предрасположенности к болезни Бехтерева), его наличие является существенным аргументом в пользу диагноза.

Среди лабораторных методов наибольшее значение имеет определение СОЭ и С-реактивного белка (СРБ). Эти показатели дают возможность ориентировочно судить, насколько активно протекает воспалительный процесс. Однако, они не всегда правильно отражает состояние больного, и

нормальные цифры СОЭ сами по себе еще не позволяют сделать заключение об отсутствии воспаления. Роль микроорганизмов (хламидиоз, йерсиниоз) не играет такой важной роли, какое ей придавали ранее, но иногда инфекции могут влиять на степень тяжести состояния больного и частоту обострения, особенно при поражении периферических суставов.

При первичном обследовании проводится также возможно более полное обследование пациента для выявления сопутствующих заболеваний и выявления внесуставных проявлений болезни Бехтерева (биохимический анализ крови, ЭКГ, ЭхоКГ, флюрография).

Основная трудность в диагностике болезнь Бехтерева – это распознать болезнь на ранних стадиях, что в большей мере зависит от анализа клинических, а не структурных изменений в скелете, данных МРТ, наличия В27 антигена, семейного анамнеза, а также от опыта и интуиции врача.

Лечение болезни Бехтерева

К сожалению, болезнь Бехтерева продолжает оставаться заболеванием, при котором все еще отсутствуют методы полной приостановки воспалительного процесса.

Основной задачей лечения является уменьшение воспаления, а значит и болей и сохранения подвижности позвоночника. Для этого используются нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП). Они не излечивают заболевания, но позволяют уменьшить воспаление и связанную с ним боль, и что ведет к сохранению нормальной осанки и функции суставов. Дозу указанных препаратов можно менять в зависимости от самочувствия, но она не должна превышать максимальную суточную. Принимать НПВП нужно строго во время или после еды.

Обычно НПВП хорошо переносятся больными болезнью Бехтерева и могут применяться длительно, часто всю жизнь. Если они вызывают нежелательные явления (чаще всего со стороны желудочно-кишечного тракта: гастриты, язвенную болезнь), то необходимо применять препараты – так называемые «гастропротекторы», к которым относится омепразол, нексиум, ранитидин и другие. До настоящего времени одним из наиболее эф-

фективных НПВП для лечения обострения болезни Бехтерева считается **индометацин (метиндол).** Аналогичным по эффективности и переносимости является и наиболее известный противовоспалительный препарат – диклофенак (вольтарен).

Большинство пациентов переносят эти препараты удовлетворительно, даже при очень длительном приеме. Начинают прием индометацина или диклофенака с небольших доз (50 - 100 мг в день). Затем, примерно через 5-7 дней, оценив переносимость и эффективность, при необходимости постепенно повышают дозу. Во время обострения максимальная суточная доза составляет 150 мг. При очень сильных болях в позвоночнике допускается повышение суточной дозы до 200 мг на непродолжительное время (7-14 дней). Индометацин и диклофенак у пациентов с АС назначаются обычно на 2 равномерных приема в течение дня (утро и вечер). При особенно сильных болях в ночное время сдвигают второй прием препарата на более поздние часы или рекомендуют третий прием на ночь. Наиболее частыми нежелательными реакциями на эти препараты являются желудочно-кишечные расстройства, головные боли, головокружения, шум в ушах, иногда повышение артериального давления. Если пациент принимает эти препараты не впервые и известна их переносимость, **целесообразно принимать пролонгированные (медленно высвобождающиеся) формы** этих препаратов (**метиндол-ретард по 75 мг и диклофенак-ретард-100мг**). При первом назначении НПВП необходимо начать прием обычных форм препаратов по 25-50 мг и убедившись в хорошей переносимости можно перейти на длительно действующие формы препаратов. При стихании обострения дозу индометацина или диклофенака можно снизить до 50-75 мг 1 раз в день (лучше вечером) или перейти на поддерживающий прием более безопасного НПВП – аркоксии 60-90 мг, мелоксикама 15 мг, целебрекса 400мг или нимесулида 100-200 мг.

К относительно «безопасным» нестероидным противовоспалительным препаратам относятся эторикоксиб (аркоксия), нимесулид (синонимы: **найз**, апонил, нимулид, нимесил), мелоксикам (синонимы: мовалис, ме-

локс, мирлокс, мовасин), аэртал, целекоксиб (целебрекс). Они реже вызывают тяжелые осложнения при длительном приеме, хотя частота нетяжелых осложнений (тошнота, диспепсия), примерно такая же, как при применении традиционных НПВП, но менее дорогих индометацина (метиндола) и диклофенака (диклак, вольтарен, наклофен).

У больных с периферическим артритом при недостаточной эффективности НПВП, применяется сульфасалазин. Он не влияет быстро на выраженность боли и скованности, но при длительном применении (4-6 месяцев) может существенно повлиять на течение периферического артрита у больных АС (снизить воспалительную активность). Терапия этим препаратом требует постоянного наблюдения врача-ревматолога, обильного питья и контроля за анализами крови и мочи.

Другие препараты, применяющиеся обычно при ревматоидном артрите, такие как преднизолон, метотрексат, арава у больных болезнью Бехтерева обычно малоэффективны и в настоящее время применяются в редких и исключительных случаях, в основном при упорном течении периферического артрита. При артрите периферических суставов (кроме тазобедренных) быстрый эффект достигается внутрисуставными иньекциями кортикостероидов (дипроспан, кеналог, метилпреднизолон). Помимо устранения периферического артрита, это способствует существенному подавлению и общей воспалительной активности процесса.

Информация о процессах при хронически протекающих воспалительных ревматических заболеваниях, в том числе болезни Бехтерева, стала основой для создания новых медикаментов направленного действия. Они нейтрализуют излишние, то есть негативно действующие медиаторы воспаления и, таким образом, останавливают воспалительную цепную реакцию.

Одним из таких лекарственных средств является антитело к ФНО-α , которое способно перехватывать медиатор ФНО-α, вызывающий воспаление. Эти препараты воспринимаются организмом больного, как естественные белковые вещества, и на этом основании их относят к группе лекарств

под названием «биологические средства». Появление этих лекарств является результатом интенсивных биотехнологических исследований, то есть, они не имеют ничего общего с гомеопатией или альтернативными методами лечения. Второе их название - «блокаторы ФНО–α». В настоящее время в нашей стране зарегистрировано 3 таких препарата - инфликсимаб (Ремикейд), адалимумаб (Хумира) и этанерцепт (Энбрел). Планируется регистрация еще 2-х препаратов - голимумаб (Симпони) и цертолизумаб-пэгол (Цимзия)

Инфликсимаб (Ремикейд) применяется для лечения болезни Бехтерева в Европе с 2002 года а с 2005 года применяется в России (в том числе в «НИИР РАМН»). В настоящее время накоплен значительный опыт по его применению при лечении пациентов, страдающих болезнью Бехтерева. Кроме того этот препарат успешно применяется при лечении таких связанных со спондилоартритами заболеваниями как язвенный колит и болезнь Крона – хроническими воспалительными заболеваниями кишечника, а также при **ревматоидном и псориатическом артритах** и псориазе. Инфликсимаб вводится внутривенно капельно в дозе 5 мг/кг вначале с интервалом в 2 и 4 недели, а затем 1 раз в 6-8 недель. Длительность интервала подбирается индивидуально в зависимости от активности болезни и наступления обострения. Максимальное действие инфликсимаба проявляется после 3-х инфузий и дальнейшие введения препарата необходимы для поддержания достигнутого эффекта.

Большинство пациентов отмечают явное улучшение самочувствия уже на следующее утро после первого введения препарата.

Вливание **инфликсимаба** может проводиться в амбулаторных условиях под наблюдением квалифицированного персонала. Для проведения каждого вливания должно выделяться достаточное время. Сама процедура вливания занимает около двух часов, но затем еще в течение, как минимум, одного-двух часов необходимо оставаться под наблюдением врача. Все это делается в целях безопасности. При введении **инфликсимаба** возможны аллергические и анафилактические реакции, так как этот препа-

рат является хотя и высокоочищенным, но все же чужеродным белком. Эти реакции не часты, редко бывают тяжелыми, и обычно быстро прекращаются после своевременного применения соответствующих мер.

Вливание инфликсимаба должно проводиться в амбулаторных условиях под наблюдением квалифицированного персонала.

Хумира (HUMIRA® (адалимумаб) зарегистрирован в России в начале 2006 года. В настоящее время накоплен большой опыт по практическому его применению в нашей стране. Отличием адалимумаба **(HUMIRA®**) является отсутствие в его молекуле мышиного компонента (т.е. препарат содержит полностью человеческие антитела к ФНО), а также возможность его применения подкожно. Подкожные иньекции может выполнять сам пациент. Необходимая стандартная потребность в частоте иньекций составляет 1 раз в 2 недели. Препарат разрешен к применению у детей с 6 лет.

Этанерцепт (Энбрел) – применяется в нашей стране для лечения АС более 3-х лет (с 2009 года). Опыт его применения в странах Европы и США более 10 лет. Препарат вводится подкожно в дозе 50 мг в неделю. Пациент может делать иньекции самостоятельно. Отличием энбрела является его большая безопасность в отношении туберкулеза и риска различных инфекций. Препарат разрешен к применению у детей с 4 лет.

Голимумаб (Симпони) зарегистрирован в России в 2012 году. Опыт его применения в других странах около 3-х лет. Препарат вводится подкожно в дозе 50 мг в месяц. Пациент может делать иньекции самостоятельно.

Все эти препараты устраняют ограничения движений в позвоночнике и суставах, связанные с воспалением. Если движения в позвоночнике не полностью восстановились после первых 3-х инфузий (иньекций), это означает, что у Вас имеются уже структурные изменения (анкилозы). Тем не менее, если на фоне терапии блокаторами ФНОα постоянно заниматься лечебной физкультурой для разработки подвижности позвоночника или суставов (особенно индивидуально подобранной инструктором), то даже

при продвинутых стадиях болезни удается значительно увеличить объем движений в позвоночнике.

Эффективность блокаторов ФНОα намного превосходит все имеющиеся на сегодня препараты, используемые для лечения болезни Бехтерева. Непосредственная переносимость также хорошая. В настоящее время ингибиторы ФНОα рекомендуют применять у пациентов с неэффективностью стандартной терапии (если постоянный прием НПВП не полностью устраняют симптомы болезни, имеется неэффективность сульфасалазина и внутрисуставных иньекций глюкокортикоидов) или при прогностически неблагоприятном варианте болезни Бехтерева (поражении тазобедренных суставов, рецидивирующий увеит, быстрое прогрессирование функциональных нарушений позвоночника или суставов). Решение о назначении биологических агентов должен принимать опытный врач-ревматолог (эксперт).

В 2003, а затем 2006 и 2010 гг Международное общество по изучению спондилоартритов разработало рекомендации для проведения терапии блокаторами ФНОα у пациентов, страдающих болезнью Бехтерева или любым другим спондилоартритом, с помощью блокаторов ФНОα. В соответствии с этим, при проведении терапии должны быть соблюдены следующие условия:

1. Диагноз болезни Бехтерева или аксиального спондилоартрита должен быть подтвержден опытным ревматологом и необходимыми обследованиями.
2. Болезнь у пациента должна быть установлена не менее чем 6 месяцев назад.
3. Болезнь должна продолжать быть активной, несмотря на лечение с использованием максимально возможных доз двух нестероидных противовоспалительных препаратов (НПВП) в течение месяца.
4. Активность заболевание определяется по таким симптомам, как боль, утренняя скованность, ограничение функции позвоночника, утомляемость. Дополнительно привлекается в качестве критерия ак-

тивности болезни признаки воспалительных процессов в крови и так называемый BASDAI (Bath Ankylosing Spondylitis Disease Activity Index) – индекс активности заболевания болезнью Бехтерева. При использовании BASDAI речь идет о стандартизированной анкете, заполняемой пациентом, которая при использовании специальной шкалы служит для вычисления активности заболевания. При этом задаются вопросы об усталости, болях в области позвоночника, в суставах и в основаниях сухожилий, а также об утренней скованности движений.

Во время лечения блокаторами ФНО следует особо остерегаться развития инфекций. Если предстоит хирургическая операция, необходимо обсудить с врачом вопрос о прерывании лечения, так как операция всегда связана с риском развития инфекции. В таких случаях нужно сообщать врачу, проводящему операцию, и врачу – анестезиологу о том, что Вам проводится лечение **ингибиторами ФНОα**.

Вы также должны сообщать Вашему врачу про такие инфекции как грибковые поражения кожи и другие состояния, похожие на инфекционные заболевания. Это необходимо делать, несмотря на то, что подобные заболевания могут встречаться и у здоровых людей без терапии блокаторами ФНОα.

Влияние блокаторов ФНО на беременность у женщин и на плод изучены пока недостаточно. Сведений, указывающих на риск для плода во время лечения блокаторами ФНО нет. В исследованиях у животных негативного воздействия блокаторов ФНО на плод также установлено не было. В течение 10 лет использования ингибиторов ФНО уже рождались дети от матерей, лечившихся в момент зачатия. Каких-либо значимых отклонений в здоровье и развитии этих детей не обнаруживалось. Нет данных и об отрицательном влиянии блокаторов ФНОα на сперматозоиды. Тем не менее, пока рекомендуется во время лечения, а также в течение 6 месяцев после

необходимо применять надежные методы защиты от беременности, а в случае ее развития следует прекратить использование этих препаратов.

Лечебная физкультура у пациентов с болезнью Бехтерева

Очень большое значение имеют регулярные занятия лечебной физкультурой, которая обеспечивает сохранение подвижности позвоночника, не позволяя позвонкам срастаться между собой.

Пациенты, регулярно занимающиеся физкультурой, длительно сохраняют относительно хорошее функциональное состояние и способность работать, несмотря на продвинутые стадии заболевания .

Задачи лечебной физкультуры при болезни Бехтерева

1. Уменьшение прогрессирования анкилозов (если пациент будет обездвижен, анкилоз наступает быстро)
2. Профилактика деформаций
3. Лечение уже наступивших деформаций
4. Увеличение мышечной силы ослабленных групп мышц
5. Уменьшение мышечного спазма и болевого синдрома
6. Развитие правильной компенсации, правильного функционального стереотипа.
7. Увеличение дыхательной возможности легких.

Независимо от самочувствия каждое утро следует начинать с лечебной гимнастики. Лечебная физкультура нужна и в тех случаях, когда подвижность позвоночника уже резко ограничена и нет надежды на ее восстановление. Она значительно улучшает вентиляцию легких, которая снижается из-за поражения реберно-позвоночных и реберно-грудинных сочленений. Недостаточная вентиляция легких благоприятствует развитию легочных инфекций. Увеличить дыхательную возможность легких можно, если 3-4 раза в день надувать воздушный шарик, и уделять достаточно времени для прогулок на свежем воздухе.

Для поддержания правильной осанки с успехом используется массаж мышц спины, физиотерапевтическое лечение. Это позволяет довольно хорошо улучшить самочувствие, уменьшить потребность в лекарствах. Тем не менее, массаж и физиотерапия имеют дополнительное значение и не могут полностью заменить медикаментозное лечение и лечебную физкультуру.

Качество жизни пациентов с болезнью Бехтерева

Несмотря на хроническое течение болезни Бехтерева и возможные побочные действия лечения, пациенты с болезнью Бехтерева могут много лет поддерживать активный образ жизни. При нетяжелом течении заболевания продолжительность жизни большинства больных не отличается от общей популяции.

Большинство пациентов с болезнью Бехтерева испытывают почти постоянно повышенную утомляемость, скованность и боли в различных отделах позвоночника в той или иной степени. В связи с этим важно планировать свой отдых, заботиться о своем здоровье и обращаться к врачу не только тогда, когда самочувствие ухудшается. Постоянный медицинский контроль позволяют врачу выявить любые отклонения и изменения в работе организма, предотвратить осложнения от проводимого лечения, выявить внесуставные поражения других органов и систем.

Независимо от самочувствия каждое утро следует начинать с лечебной гимнастики. Если ваша работа связана с длительным пребыванием в одном положении, необходимо периодически устраивать перерывы для разминки.

Старайтесь сохранять правильную осанку, когда вы стоите, сидите и спите. Это не позволит позвоночнику зафиксироваться в нежелательном положении. Следите, чтобы спина была прямой, плечи развернуты, голова держалась прямо. Сидеть следует ровно, с максимальным разгибанием в поясничном отделе позвоночника. **Проверить правильность осанки можно, став спиной к стене - пятки, ягодицы, плечи и голова должны касаться стены одновременно.**

Необходимо спать на ровной поверхности и не слишком мягкой постели.

На ранних стадиях лучше привыкать спать без подушки и без валика под голову, чтобы не усиливать шейный лордоз, или спать на животе без подушки. В более продвинутых стадиях если вы спите на спине, пользуйтесь тонкой подушкой или подкладывайте валик под шею. Старайтесь держать во сне ноги прямыми.

Независимо от самочувствия каждое утро следует начинать с лечебной гимнастики

При наклонности к сгибательной контрактуре в коленных и тазобедренных суставах следует принимать все меры к их ликвидации (разгрузка при ходьбе, не носить тяжестей, разработка в бассейне, валик под нижнюю 1/3 голени и т.п, палка, костыль.

В развернутой стадии болезни противопоказан бег, контактные виды спорта, статическая нагрузка на позвоночник, но чрезвычайно полезно плавание.

При управлении автомобилем используйте подголовник, поддерживающий вашу шею. Если из-за ограничения подвижности в шее вы испытываете затруднения при парковке, попытайтесь решить эту проблему при помощи зеркал с широким обзором.

Беременность почти не влияет на отдаленный прогноз болезни, но может сопровождаться как обострением болезни Бехтерева, так и улучшением.

Сотрудничество с лечащим врачом

Пациенту болезнью Бехтерева, необходимо постоянно наблюдаться у врача-ревматолога, который может вас всегда внимательно выслушать и квалифицированно помочь. Это может быть врач вашей районной поликлиники или любого ревматологического центра. Старайтесь регулярно проходить рекомендуемое обследование, аккуратно сохраняйте медицинскую документацию, рентгеновские снимки. Приходя к врачу, готовьте заранее ваши вопросы и пожелания. Обсуждайте любые вопросы изменения

лечения, а также использование околонаучных методов лечения. Не стесняйтесь обсуждать некоторые интимные вопросы (например, обострение уретрита или простатита и другие). Если в вашей районной поликлинике есть кабинет лечебной физкультуры и массажа необходимо получить направление туда и заниматься.

Диета

Специальной диеты при болезни Бехтерева не существует. Питание должно быть полноценным, сбалансированным и не приводить к повышению веса, что может увеличить нагрузку на позвоночник и суставы нижних конечностей. Некоторые ученые полагают, что пациентам с ревматическим заболеваниями показана, так называемая, «средиземноморская» диета, которая состоит из морепродуктов, рыбы и большого количества фруктов и овощей, а мясные продукты исключаются.

Курение

Развивающийся при курении хронический бронхит уменьшает вентиляцию легких, которая у больных болезнью Бехтерева, и так снижается из-за поражения реберно-позвоночных и реберно-грудинных сочленений. Недостаточная вентиляция легких способствует развитию легочных инфекций. Следует бросить курить, если у вас есть эта вредная привычка и уделять достаточно времени для прогулок на свежем воздухе.

Следует бросить курить, если у вас есть эта вредная привычка

Физиотерапия и санаторное лечение

Физиотерапия считается дополнительным методом лечения болезни Бехтерева , ее проведение целесообразно только в условиях стационара или санаторного лечения. При обострении наиболее часто используется электрофорез противовоспалительных препаратов (хлористый литий, хлористый кальций) на пораженную область позвоночника. Отмечается снижение болевого синдрома и скованности после проведения уже первых процедур. При развитии контрактур суставов, тугоподвижности позвоночника применяют нафталанотерапию, грязелечение.

При поражении тазобедренных суставов используется магнитно-лазерная терапия или ультразвук с гидрокортизоном.

В период стихания обострения может проводиться санаторно-курортное лечение в специализированных для лечения опорно-двигательного аппарата санаториях (Пятигорск, Сочи, Саки, Мацеста). Хороший эффект можно получить от использования радоновых ванн, занятий ЛФК в бассейне, подводного массажа. Курортное лечение не отменяет проведение назначенной противовоспалительной терапии.

Современные исследования по изучению болезни Бехтерева

Болезнь Бехтерева изучается во многих научных центрах мира. Ученые до конца не понимают, что вызывает эту болезнь? В середине 20 века выявлена эпидемиологическая, рентгенологическая и клиническая взаимосвязь между болезнью Бехтерева и другими формами спондилоартритов (болезнь Рейтера, артрит при псориазе и воспалительных заболеваниях кишечника). Изучение этой взаимосвязи продолжается до настоящего времени.

Не ясна до настоящего времени роль и взаимосвязь инфекции и генетической предрасположенности в развитии болезни Бехтерева. Какие именно микроорганизмы и какую роль играют в развитии заболевания и его обострении? Почему мужчины болеют более тяжело? Продолжаются исследования по поиску генов предрасположенности и генов-протекторов (защищающих от этого заболевания). Почему в некоторых расовых и этнических группах заболеваемость болезнью Бехтерева встречается чаще, чем в других? Подтверждение безусловного участия в процессе HLAB27, а также каких-то факторов внешней среды (вероятнее всего микробных), произошло при использовании специальных пород мышей (B27 позитивных), у которых удалось вызвать такие же изменения в позвоночнике и суставах, как у больных болезнью Бехтерева. Изучаются взаимоотношения между другими генетическими факторами, влияющими на тяжесть и прогрессирование заболевания.

Основная цель современных исследований – это поиск лечения, которое будет эффективно предотвращать или замедлять воспаление в суставах и связках позвоночника и как следствие формирование анкилозов и деформаций позвоночника.

Примерный комплекс обязательных ежедневных упражнений

Исходное положение (и.п.) – сидя на стуле

1. Поворот головы вправо, и.п., поворот головы влево.
2. Подбородком тянемся к середине ключицы, и.п., то же в другую сторону.
3. Подбородком тянемся к груди, и.п.
4. Полукруг головой вправо, влево.
5. Наклон ухом к плечу, и.п., другим ухом к плечу.
6. Ладонями обхватить локти. Руки параллельно полу. Полукруг подбородком от левого плеча по рукам к правому и обратно.
7. Подбородком прижаться к шее, затылком тянемся вверх.
8. Руки на пояс. Лопатки соединить, локти назад, подбородком тянемся вперед. Спина прямая.
9. Руки в стороны, пальцы сжать в кулак. Подбородком прижаться к шее, соединяем лопатки.

Исходное положение лежа на спине

1. Руки вверх, стопы на себя, тянемся пятками и руками в разные стороны.
2. Ноги разведены на край кушетки, стопы на себя, завести правую ногу за левую, потянуться пяткой вперед, исходное положение. То же другой ногой.
3. Руки вдоль туловища, ноги вместе, с опорой на затылок, руки и пятки поднять таз – прогнуться в и.п.
4. Поднять голову, подбородком потянуться к животу.
5. Подбородком прижаться к шее, затылком надавить кушетку и расслабиться.

6. Руки согнуты в локтях, опираясь на локти, поднять грудь – вдох, опустить выдох.
7. Стопы на себя, ноги вместе, руки вдоль туловища. На 8 счетов поднять ноги на 45 град и на 8 счетов – опустить.
8. Руки за голову, ноги вместе, стопы на себя. Приподнять корпус на 45 градусов, задержаться и опуститься.
9. Ноги согнуты, руки за голову, поднять таз, прогнуться и опуститься.
10. Ноги выпрямлены, стопы на себя, руки вдоль туловища. Круговые движения ногами в одну и другую сторону.
11. Ноги вместе, стопы на себя. Сесть на кушетку, руками потянуться к носкам и медленно лечь.
12. Два колена поднести к груди, круговые движения в тазобедренных суставах.
13. Ноги согнуты. Правой стопой обхватить левый голень и водить сто пой вверх-вниз по голени (от колена до пятки), то же другой ногой.
14. Согнуть ноги в коленях, выпрямить ноги вверх на 90 градусов, согнуть в коленях и выпрямить ноги. Все упражнения на весу.
15. Носки тянем, руки вдоль туловища, «ножницы».

<u>Исходное положение лежа на боку</u>

1. Два колена поднести к груди, лбом потянуться к коленам и выпрямляя прямые ноги назад прогнуться.
2. Стопы на себя. Приподнять две ноги вверх и опустить. Переворот на другой бок через живот.
3. Махи прямой ногой вперед, назад.
4. Согнуть ногу к коленном суставе, круговые движения в тазобедренном суставе.
5. Стопа на себя, подъем прямой ноги вверх

<u>Исходное положение на животе</u>

1. Руки под лоб, напрягаем ягодицы.
2. Руки на пояс, поднять корпус, поворот в сторону, посмотреть на пятку. То же в другую сторону.

3. Руки вдоль туловища, носки тянем, поднимаем прямые ноги вверх держим и опускаем.
4. Руки в стороны, пальцы сжать в кулак, поднять корпус – прогнуться, соединить лопатки, подбородком тянемся к груди.
5. Руки согнуты в локтях, опираясь на локти (предплечья), поднять корпус – прогнуться и опуститься.
6. Руки на пояс, поднять корпус, наклон корпуса вправо-влево, опуститься.

Исходное положение - стоя на четвереньках

1. «Кошечка». Прогнуться корпусом, голову наверх, выгнуться – голову вниз.
2. Сесть себе на пятки, руками тянемся как можно больше вперед, тазом назад.
3. Подлезание под забором.
4. Лежа на животе, носки тянем, руки вперед. Поднять ноги и руки вверх, руками сделать 10 раз ножницы и опуститься.
5. Лежа на спине ноги согнуты. Руками обхватить колени, раскачаться и сесть на кушетку.
6. Лежа на спине, руки за голову. Приподнять две ноги на 5 град, корпус на 45 град, задержаться и опуститься.
7. Стоя спиной к стене, прогибаемся назад.
8. Стоя боком к стене – наклоны к стене.
9. Стоя, повороты корпусом назад в одну и другую.
10. Стоя, руки на пояс, круговые движения корпусом.
11. Стоя, махи руками и ногой назад стороны.

ДЛЯ ЗАМЕТОК:

ДЛЯ ЗАМЕТОК: