

© ВИКТОРОВА И.А., КИСЕЛЕВА Д.С., КОНШУ Н.В.

УДК 616.72-008.1-08-039.57

ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ МОЛОДЫХ ПАЦИЕНТОВ С СИНДРОМОМ ГИПЕРМОБИЛЬНОСТИ СУСТАВОВ ВРАЧОМ ОБЩЕЙ ПРАКТИКИ

И.А. Викторова, Д.С. Киселева, Н.В. Коншу

Омская государственная медицинская академия, ректор – д.м.н., проф. А.И. Новиков;
кафедра внутренних болезней и поликлинической терапии, зав. – д.м.н., проф. И.А. Викторова.

Резюме. В лекции представлены современные аспекты лечения пациентов с синдромом гипермобильности суставов. Показано программное решение проблемы лечения данной категории пациентов, которое заключается в индивидуализированном применении упражнений, эластичных ортезов, упражнений на равновесие, рациональной психотерапии и моделирования правильного стереотипа движений.

Ключевые слова: гипермобильность суставов, программа курации, нестероидные противовоспалительные препараты, упражнения.

Боль в суставах является одной из частых жалоб и встречается в 15% случаев при первичном обращении к врачу амбулаторного звена здравоохранения [5]. Гипермобильность суставов является одной из ведущих причин мышечно-суставной боли по данным А.Г. Беленького (2005) и R. Grahame (2009) [1, 13]. Гипермобильность суставов (ГС) – это состояние, при котором амплитуда движений в суставах превышает норму. Если избыточная подвижность суставов сочетается с мышечно-суставными симптомами, то говорят о синдроме гипермобильности суставов (СГМС) [1, 13].

Клиника синдрома гипермобильности суставов. Характерными проявлениями СГМС являются мышечно-суставной болевой синдром, рецидивирующие подвывихи, вывихи суставов. Мышечно-суставная боль является результатом микротравматизации мягких тканей или перегрузки гипермобильных суставов, в которых со временем возникают воспалительные и дистрофические изменения с инвалидизирующими последствиями [11, 14]. Так, гипермобильность суставов является фактором риска для развития остеоартроза, который выявляется у этих лиц чаще и раньше, чем в общей популяции [3, 4].

Синдром гипермобильности суставов при своевременной диагностике и правильной тактике лечения имеет благоприятный прогноз [8, 15]. Однако описанные в литературе методы лечения не систематизированы и, как правило, пациентам с СГМС назначают медикаментоз-

ную терапию нестероидными противовоспалительными средствами для купирования болевого синдрома, что не приводит к предотвращению микротравматизации суставов и профилактике осложнений [1, 9, 13].

Лечение пациентов с синдромом гипермобильности суставов. Для каждого пациента индивидуально выделяют приоритетные проблемы, поэтому терапия может состоять из различных подходов, в зависимости от преобладающих симптомов [2]. В случае неосложненного течения, когда ведущим синдромом является мышечно-суставная боль, основой лечения является укрепление мышц, окружающих проблемные суставы. Если боль связана с движением, то пациентам рекомендуется выполнять статическое напряжение мышц с минимальным движением в суставах (изометрические нагрузки). Если мышечно-суставная боль связана с длительными статическими нагрузками, то показано сочетание изометрических и изокинетических видов упражнений с движением в суставах. С целью улучшения проприоцептивного чувства следует использовать ортезирование, гимнастический мяч и балансирующую доску [2, 17]. Эти тренировки направлены на увеличение мышечного тонуса, а не объема мышц [10, 16].

Комплекс упражнений также должен включать аэробные нагрузки в виде ходьбы 3-4 раза в неделю по 10-15 минут. Клинически установлено, что ежедневные тренировки небольшой интенсивности эффективны для пациентов с СГМС. Частота сердечных сокращений, достигаемая во время нагрузки, рассчитывается по формуле ЧСС = (220 – возраст) × 0,6. У пациентов с СГМС более интенсивные тренировки могут привести к утомлению и, как результат, ослаблению динамического

Викторова Инна Анатольевна – д.м.н., проф., зав. каф. внутренних болезней и поликлинической терапии, ОмГМА; e-mail: vic-inna@mail.ru/.

Киселева Дарья Сергеевна – аспирант каф. внутренних болезней и поликлинической терапии, ОмГМА; e-mail: darja.ordinator@mail.ru.

Коншу Надежда Вячеславовна – аспирант каф. внутренних болезней и поликлинической терапии, ОмГМА; e-mail: nadias@mail.ru.

нейромышечного контроля, травмам и боли. Кроме того, ходьба улучшает проприоцепцию, осанку, стабилизирует суставы, испытывающие основную нагрузку [19].

Повседневная активность, такая как проведение ремонта, садоводческие работы, копка, уборка пылесосом, может быть причиной появления боли. В течение дня полезны регулярные перерывы с выполнением мягких круговых движений в суставах и потягиваний, чередование разных видов физической активности, коррекция осанки. Во время покупок следует ограничивать вес сумок и равномерно распределять нагрузку на обе руки. В длительных поездках на транспорте полезна разминка в виде простых движений в суставах или ходьбы по салону поезда, самолета. В повседневную активность рекомендуется включать плавание, йогу, танцы. Пациентам с СГМС не рекомендуются интенсивные тренировки с избыточной нагрузкой на связки и сухожилия, контактные виды спорта [12, 20].

Формирование корректной модели движений заключается в акцентировании внимания пациента на участки мышечно-суставной системы, уязвимые при повседневной и физических нагрузках. Существуют некорректные позы, которые могут спровоцировать или усилить мышечно-суставной болевой синдром [7, 13]:

1) положение, стоя с переразгибанием коленных суставов и усилением поясничного лордоза, является провоцирующим фактором боли в коленных суставах и в области поясничного отдела позвоночника;

2) положение, сидя с вытянутыми ногами без поддержки коленных суставов, приводит к перерастяжению подколенных сухожилий;

3) отведение кисти при подъеме груза может стать фактором, провоцирующим боль в лучезапястном суставе;

4) сгибание кисти во время сна провоцирует боль в лучезапястном суставе.

Боль на фоне повышенного уровня тревоги может сопровождаться кинезифобией, что приводит к детренированности мышц. В этом случае в программу лечения необходимо включить рациональную психотерапию, которая представляет собой беседу с пациентом о механизмах возникновения мышечно-суставной боли и ее доброкачественном течении при правильном выполнении физических упражнений и повседневных нагрузок [2, 20].

В случае осложненного течения, которое проявляется острой болью, вывихами, подвывихами, тендинитами, бурситами проводится стандартное лечение. Для купи-

рования острой боли показаны нестероидные противовоспалительные препараты внутрь и/или наружно, электромиостимуляция мышц окружающих проблемные суставы. При периартикулярных поражениях (тендиниты, энтезопатии, бурситы, туннельные синдромы) необходимо выяснить возможный провоцирующий фактор (неудобная обувь, избыточная нагрузка и др.) и исключить его. При ортопедической патологии (рецидивирующие подвывихи, спондилолистез, hallux valgus, патология менисков) необходима консультация хирургов. Лечение пациентов с СГМС старшего возраста с клиническими и рентгенологическими признаками полиостеоартроза по существу мало отличается от общепринятой терапии остеоартроза, включая применение хондропротекторов [1, 3, 6].

Таким образом, лечение пациентов с СГМС – это длительный многокомпонентный процесс, требующий терпения, знаний и умений общепрактикующего врача.

MANAGEMENT OF YOUNG PATIENTS WITH JOINT HYPERMOBILITY SYNDROME BY THE GENERAL PHYSICIAN

I.A. Viktorova, D.S. Kiselyova, N.V. Konshu
Omsk State Medical Academy

Abstract. The lecture presents the modern aspects in treatment of patients with joint hypermobility syndrome. The programmed decision of problem is shown. It includes the individual application of physical exercises, elastic orthosis, body balance exercises, rational psychotherapy and modeling of the right movement stereotype.

Key words: hypermobility of joints, nonsteroidal anti-inflammatory drug management program, exercises.

Литература

1. Беленький А.Г. Лечение гипермобильного синдрома / А.Г. Беленький // Рус. медиц. журн. – 2005. – Т. 12, №24. – С.1602-1606.
2. Викторова И.А. Лечение больных с синдромом гипермобильности суставов / И. А. Викторова, Д.С. Киселева, Н.В. Коншу // Сибирский медиц. журн. – 2011. – № 1. – С. 167-170.
3. Викторова И.А. Особенности ведения пациентов с синдромом гипермобильности / И.А. Викторова [и др.] // Медиц. вестн. Северного Кавказа. – 2008. – № 2 (10). – С. 108-112.
4. Корж Н.А. Остеоартроз — подходы к лечению / Н.А. Корж, В.А. Филиппенко, Н.В. Дедух // Вестн. ортопедии травматологии и протезирования. — 2004. — № 3. — С. 75-79.

5. Насонова В.А. Международная декада, посвященная костно-суставным нарушениям / В.А. Насонова // Рус. медиц. журн. – 2000. – №2. – С.369-372.
6. Шостак, Н.А. Гипермобильный синдром: клиника, диагностика, подходы к терапии / Н.А. Шостак, Н.Г. Правдюк, Д.Н. Магомедов // Рус. медиц. журн. – 2009. – Т. 17, №4. – С. 288-290.
7. Aktas I. The relationship between hypermobility and carpal tunnel syndrome / I. Aktas, D. Ofluoglu, T. Albay // Abstracts of the 13th European Congress of Clinical Neurophysiology. – 2008. – P.131.
8. Corben T. Contribution of lumbar spine and hip movement during the palms to floor test in individuals with diagnosed hypermobility syndrome / T. Corben, J.S. Lewis, N.J. Petty // Physiotherapy Theory and Practice. – 2008. – Vol. 24, № 1. – P. 1-12.
9. Ferrell W.R. Amelioration of symptoms by enhancement of proprioception in patients with joint hypermobility syndrome / W.R. Ferrell, N. Tennant, R.D. Sturrock // Arthritis & Rheumatism. – 2004. – № 10. – P. 3323-3328.
10. Ferrell W.R. Musculoskeletal reflex function in the joint hypermobility syndrome / W.R. Ferrell // Arthritis & Rheumatism. – 2007. – Vol. 57, № 7. – P. 1329-1333.
11. Gedalia A. Joint hypermobility and musculoskeletal pain / A. Gedalia, J. Press // J. Rheum. – 1998. – № 25. – P. 1031-1032.
12. Gerley-Green S. Living with the hypermobility syndrome / S. Gerley-Green // Rheum. – 2001. – № 40. – P. 487-489.
13. Grahame R. Joint hypermobility syndrome pain / R. Grahame // Curr Pain Headache Rep. – 2009. – №13. – P. 427-433.
14. Hakim A. Joint hypermobility / A. Hakim, R. Grahame // Best Practice & Research Clinical Rheumatology. – 2003. – Vol. 17, № 6. – P. 989-1004.
15. Hakim A. A simple questionnaire to detect hypermobility: and adjunct to the assessment of patients with diffuse musculoskeletal pain / A. Hakim, R. Grahame // International J. of Clinical Practice. – 2003. – Vol.57, № 3. – P. 163-166.
16. Hall H.G. The effect of the hypermobility syndrome on knee joint proprioception / H.G. Hall, W.R. Ferrell, R.D. Sturrock // B. J. Rheum. – 1995. – Vol. 34. – P. 121-125.
17. O'Sullivan P.B. Lumbar segmental instability: clinical presentation and specific stabilizing exercise management / P.B. O'Sullivan // Manual Therapy. – 2000. – Vol. 5. – P. 2-12.
18. Roussel N.A. Altered lumbopelvic movement control but not generalized joint hypermobility is associated with increased injury in dancers. A prospective study / N.A. Roussel // Manual Therapy. – 2009. – Vol. 14. – P. 630-635.
19. Simmonds J.V. Hypermobility and hypermobility syndrome / J.V. Simmonds, R.J. Keer // Manual Therapy. – 2007. – Vol. 12. – P.298-309.
20. Simmonds J.V. Hypermobility and hypermobility syndrome, part 2: assessment of hypermobility syndrom / J.V. Simmonds, R.J. Keer // Manual Therapy. – 2008. – № 13. – P.20-21.

Вузовская педагогика



© ЯКОВЛЕВА Т.В., ФЕДОТКИНА С.А., ИВАНОВА А.А.

УДК 613.6.01

СПРОС НА ДОЛГОЛЕТИЕ У СТУДЕНТОВ И УЧАЩИХСЯ КОЛЛЕДЖЕЙ

Т.В. Яковлева, С.А. Федоткина, А.А. Иванова

Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова, и.о. ректора – член-корр. РАМН Н.В. Полунина; кафедра поликлинической и социальной педиатрии ФУВ, зав. – д.м.н., проф. Т.В. Яковлева; Красноярский государственный педагогический университет им. В.П. Астафьева, ректор – д.ист.н. Н.И. Дроздов; кафедра зимних видов спорта, зав. – к.м.н., доц. С.А. Федоткина.

Резюме. В мотивации долголетия выделены две группы мотивов: условно общественные и личные, семейные. В целом общественные мотивы долголетия оказываются менее значимы (2,5-2,6 балла по 5-балльной шкале), чем лично-семейные (3,8-4,6 балла). В этой оценке отражается низкий престиж старости и проявляется реальное положение пожилых людей в обществе. Ожидаемая продолжительность жизни составила 72,5 лет – для мужчин и 72,3 лет – для женщин, т.е. почти на 10 лет ниже, чем желаемая. При этом оказалось, что нет ни одной проблемы личностного характера (здоровье, уровень жизни), или из области государственной политики (условия для ведения здорового образа жизни), или касающейся положения и имиджа стариков в обществе, которая служила бы серьезной помехой для того чтобы прожить желаемое число лет подавляющему большинству респондентов.

Ключевые слова: мотивация долголетия, продолжительность жизни.