
ЛЕКЦИИ

УДК: 616.721-002.77-08

МЕСТО ГЛЮКОКОРТИКОСТЕРОИДОВ В ТЕРАПИИ СЕРОНЕГАТИВНЫХ СПОНДИЛОАРТРИТОВ

В.В. Бадюкин, Э.Р. Агабабова**, С.В. Шубин****Российская медицинская академия последипломного образования*,
Институт ревматологии РАМН***

Резюме.

В статье рассматриваются общие принципы лечения глюкокортикостероидами серонегативных спондилоартритов. Обсуждаются причины относительно низкой эффективности системного применения глюкокортикостероидов при отдельных нозологических формах и представлены конкретные показания к применению такого вида лечения при идиопатическом анкилозирующем спондилоартрите и псориатическом артрите. Постулируется необходимость локального применения глюкокортикостероидов при болезни Бехтерева, псориатическом и реактивном артрите, как внутрисуставно, так и в пораженные энтезы. Обсуждаются возможные подходы к интенсивной терапии серонегативных спондилоартритов с включением глюкокортикостероидов.

Ключевые слова: глюкокортикостероиды, анкилозирующий спондилоартрит, псориатический артрит, реактивные артриты.

Серонегативные спондилоартриты (ССА) представляют собой гетерогенную группу заболеваний, объединенных общими чертами и, прежде всего, ассоциацией с 27 лейкоцитарным антигеном [16]. В эту группу помимо идиопатического (эссенциального) спондилоартрита (болезни Бехтерева) входят болезнь/синдром Рейтера и другие реактивные артриты, поражение опорно-двигательного аппарата, ассоциированное с псориазом, анкилозирующий спондилоартрит у детей до 16 лет, артропатии при воспалительных заболеваниях кишечника, острый передний увеит, SAPHO-синдром (синовит – акне – пустулез – гиперостоз – остеоит), так называемый ремиттирующий серонегативный симметричный синовит с мягким отеком, а также недифференцированный спондилоартрит и серонегативная энтезопатическая артропатия [10, 11, 15]. Последние две формы не являются самостоятельными заболеваниями, а представляют собой лишь симптомокомплекс, являющийся этапом развития какой-либо определенной нозологии.

Для ССА характерны общие и отличительные стигматы [1, 4, 6]. К общим проявлениям относятся боль в позвоночнике воспалительного типа, асимметричный синовит преимущественно суставов нижних конечностей, сакроилеит II стадии и выше с или без анкилозирующего спондилоартрита, энтезопатия, наличие клинических перекрестов (поражение кожи и ногтевых пластинок, слизистых оболочек, сердца, почек, кишечника, глаз), серонегативность по ревматоидному фактору, семейная агрегация. Эту группу характеризует и схожесть ответа на проводимую медикаментозную терапию, что проявляется в наибольшей эффективности фенилбутазона и производных индолуксусной кислоты в плане подавления воспалительного процесса в осевом скелете по сравнению с другими нестероидными противовоспалительными препаратами (НПВП), терапевтической активности сульфасалазина и отсутствии положительного влияния производных хинолина, Д-пенициллина, а в большинстве случаев и солей золота. Имеются также определенные особенности терапии этой группы заболеваний глюкокортикостероидами (ГКС) [4, 9, 18, 19, 20].

Прежде всего это находит свое отображение в более высокой эффективности локаль-

Адрес для переписки:

В.В. Бадюкин,
115522, Москва, Каширское шоссе, 34-а
Институт ревматологии РАМН,
тел.: (095) 115-93-95.

ной терапии ГКС ССА по сравнению с системной терапией и в более отчетливом позитивном ответе на эти препараты воспалительного процесса в периферических суставах, чем в осевом скелете. Имеются и другие особенности. Так, при лечении рассматриваемых заболеваний ГКС редко развивается медикаментозный синдром Кушинга, а если и развивается, то его проявления выражены незначительно. Так же редко встречается и rebound-синдром при быстрой отмене низких и средних доз преднизолона. Мы наблюдали больных, которые принимали преднизолон на протяжении трех и более месяцев и внезапно самостоятельно прекращали его прием, например, на дозе 30 мг/сут, при этом у них не возникало обострение заболевания. Что же касается стероидного остеопороза, то он встречался лишь в единичных случаях. Значительный остеопороз вообще редко наблюдается у больных ССА и не имеет параллелизма как с активностью заболевания в целом, так и с длительным персистированием острофазовых белков.

Клинический опыт позволяет констатировать, что системная ГКС терапия при ССА менее эффективна, чем, например, при ревматоидном артрите. Чем можно объяснить относительно низкую эффективность такой терапии у больных ССА? (табл. 1). В этом плане первостепенное значение имеет то обстоятельство, что в большинстве случаев выраженность

который полагает, что при ССА первично наблюдается поражение костной ткани, и лишь позже в процесс вовлекаются капсула сустава, синовиальная оболочка и связки, при этом их оссификация возможна и без предшествующего воспаления. Именно это обстоятельство позволило автору называть псориатический артрит «псориатической остеоартропатией», подчеркивая значение метаболических изменений в эпифизах суставов, во всяком случае на ранних этапах заболевания.

Особенности ответа организма на ГКС у больных ССА определяются и небольшим участием гуморального звена иммунитета в развитии и прогрессировании этой группы заболеваний, а также, возможно, и низкой плотностью глюкокортикостероидных рецепторов в тканях.

Имеют значение и трудности в оценке конкретных показаний для назначения гормональной терапии у таких больных. Так, далеко не всегда общепринятые для оценки активности воспалительного процесса тесты объективно отражают имеющиеся в тканях изменения, как это наблюдается при многих воспалительных заболеваниях, находящихся в поле зрения врача-ревматолога. Нередко при ССА имеет место диссонанс между клинической и лабораторной активностью, что привело к мнению о нецелесообразности выделения степени активности при идиопатическом анкилозирующем

Таблица 1

**Причины низкой эффективности глюкокортикостероидов
при серонегативных спондилоартритах**

- Незначительная выраженность и необлигатность воспалительного компонента в тканях опорно-двигательного аппарата
- Относительно небольшое участие гуморальных иммунных нарушений в развитии и прогрессировании заболевания
- Трудности адекватной оценки степени активности воспалительного процесса
- Нарушение взаимодействия глюкокортикостероидов с глюкокортикостероидными рецепторами?
- Низкая плотность глюкокортикостероидных рецепторов в тканях?

воспалительного процесса в тканях опорно-двигательного аппарата при ССА не только невелика, но и не всегда имеет место. Некоторые авторы полагают, что анкилозы крестцово-подвздошных суставов и суставов позвоночника могут формироваться и без предшествующего синовита. В частности, такой точки зрения придерживается Fassbender [7, 8],

спондилоартрите и других спондилоартритах. Эффективность терапии ГКС во-многом обусловлена и другими факторами, в частности, генетическими особенностями. Интересно, что если псориатический артрит ассоциируется с HLA DR4, то у таких больных можно ожидать быстрый и отчетливый эффект преднизолона.

Отчетливое положительное действие

ГКС терапии при ССА выявляется у больных с активным синовитом, который по своей морфологической картине близок к изменениям синовиальной оболочки при ревматоидном артрите. Но для болезни Бехтерева присущ и иной тип морфогенеза, когда происходит хрящевая метаплазия капсулы сустава, синовиальной оболочки и связочного аппарата [7, 8, 14] (табл.2). Этот процесс обычно начинается со структурных изменений в энтезах, где наблюдается накопление коллагена 2 типа и протеогликана агрекана, причем такие изменения

тивности воспалительного процесса на протяжении трех и более последующих месяцев, а также у больных с серьезными и множественными системными проявлениями. Доза преднизолона не должна превышать 15 – 20 мг/сут, при этом гормональная терапия проводится короткими курсами, не превышающими 2-3 мес.

При реактивных артритах, как урогенных, так и постэнтероколитических, системное применение ГКС нецелесообразно. Назначение преднизолона в этих случаях, как правило, не

Таблица 2

Особенности патоморфологических изменений при анкилозирующих спондилоартритах

- Хронический синовит пролиферативного типа
- Воспалительный процесс в сухожильно-связочных структурах и бурсах – «генерализованная энтезопатия»
- Хондронидная метаплазия суставной капсулы и синовиальной оболочки с их последующей оссификацией
- Хондронидная метаплазия связок, сухожилий и энтезов с исходом в их обызвествление как на периферии, так и в осевом скелете
- Остеит
- Анкилозирование периферических и корневых суставов, а также суставов позвоночника без предшествующего синовита или хондронидной метаплазии

локализуются как на периферии, так и в осевом скелете. Энтезопатия в некоторых случаях приобретает генерализованный характер, а формирование синдесмофитов рассматривается как частный вариант энтезопатии. Уже на ранней стадии патологического процесса еще до развития манифестных клинических проявлений методом сонографии удастся выявить изменения в фибриллярной структуре энтезов, отек и эрозии в местах прикрепления сухожилий к кости. При доминировании в морфогенезе заболевания энтезитов и хондронидной метаплазии капсулы сустава и других его тканей следует ожидать лишь слабый терапевтический эффект ГКС или даже его отсутствие, так как в этих случаях имеется лишь незначительный воспалительный компонент.

И все же при болезни Бехтерева приходится прибегать как к системной, так и к локальной терапии ГКС (табл. 3). Системное применение ГКС обосновано у больных с ярко выраженными экссудативными явлениями в суставах, рефрактерных к другим видам медикаментозной терапии, упорном коксите, длительном персистировании высоких концентраций острофазовых белков, максимальной ак-

только не приводит к подавлению воспалительного процесса, но у отдельных больных способствует даже его обострению, что может быть объяснено активацией инфекции, принимающей участие в развитии заболевания. Однако не вызывает сомнений целесообразность проведения локальной терапии ГКС, направленной на подавление активного воспаления в суставах и энтезах.

Аспиранткой Института ревматологии Л.Д.Гаджиновой [3] проводился анализ эффективности локальной терапии дипроспаном энтезитов пяточных костей у больных реактивным артритом и идиопатическим анкилозирующим спондилоартритом (болезнью Бехтерева). Под влиянием инъекций дипроспана получено существенное уменьшение интенсивности болей и припухлости в области ахиллова сухожилия и в месте прикрепления подошвенного апоневроза к пяточной кости, т.е. энтезного индекса. В то же время не наблюдалось достоверной положительной динамики у больных, получающих лазерную терапию или фонофорез гидрокортизона, а при применении синусоидально-модулирующих токов энтезный показатель даже возрастал.

В литературе имеются сведения об эффективности локальной терапии ГКС сакроилеита. У.Маугарс и соавт. проводили локальную терапию сакроилеита, вводя кортивазол, эквивалентный 12,5 мг преднизолонa, непосредственно в крестцово-подвздошные суставы под контролем компьютерной томографии [12]. В 1-ый месяц после инъекции хороший результат наблюдался у 86% больных, через 3 месяца – у 63% и через 6 месяцев – у 58%, при этом

рассматривают как триггерный фактор трансформации относительно благоприятного вульгарного псориаза в тяжелый пустулезный псориаз, протекающий с разнообразными системными проявлениями. И в то же время эта группа препаратов довольно широко применяется при артрите, ассоциированном с псориазом, т.к. суставной синдром при этом нередко принимает распространенный характер и быстро прогрессирующее течение, которое не удается

Таблица 3

Показания к системному применению глюкокортикостероидов при болезни Бехтерева

- Яркий периферический артрит с выраженной функциональной недостаточностью суставов
- Упорный коксит
- Максимальная активность воспалительного процесса длительностью 3 и более мес, резистентная к другим видам терапии
- Высокие значения реактантов острой фазы на протяжении 3-х и более мес
- Наличие системных проявлений (аортит с симптомокомплексом стенокардии, формирование порока сердца, нарушение сердечной проводимости 2 и 3 степени, болезнь Берже, синдром «конского хвоста»)

не было отмечено никаких неблагоприятных реакций и осложнений от такого лечения. В другом исследовании такая терапия привела к купированию болей в проекции крестцово-подвздошных суставов и к значительному уменьшению интенсивности болей в позвоночнике в ночные часы. При этом у большинства больных удалось отменить НПВП или существенно снизить их суточную дозу [19].

При ССА локальная терапия ГКС не ограничивается только опорно-двигательным аппаратом. Она включает и местное введение этих препаратов в виде капель или субконъюнктивально при наличии острого переднего увеита или их применения для подавления воспалительного процесса в коже или в слизистых оболочках. Например, при реактивных артритах это лечение касается бленноррагической кератодермии, псориазоподобных высыпаний или цирцинарного баланита с использованием различных фторированных и нефторированных кортикостероидных мазей и кремов.

Среди нозологических форм ССА терапия ГКС наиболее показана больным псориазическим артритом, хотя хорошо известно, что эти средства могут привести к дестабилизации псориаза и появлению тяжелых форм этого дерматоза – пустулезного и эритродермического [18]. Быструю отмену стероидных гормонов

оборвать большими дозами НПВП. Результаты ретроспективного многоцентрового исследования в 10 ревматологических центрах Италии показали, что 24,4% больных псориазическим артритом принимают ГКС в малых дозах, не превышающих 10 мг/сут. [9]. Нередко эти препараты назначают и в качестве bridge-терапии на первых этапах применения базисного (патогенетического) лечения метотрексатом, циклоспорином или сульфасалазином.

Прямым показанием к системному применению ГКС является, прежде всего, злокачественный вариант псориазического артрита, при котором такая терапия является практически облигатной и во многом определяет дальнейший исход заболевания (табл. 4). Доза преднизолонa при этом должна быть не менее 30 – 40 мг/сут. Лечение ГКС обрывает гектическую лихорадку, существенно снижает активность воспалительного процесса в опорно-двигательном аппарате, включая артрит и спондилоартрит, способствует разрешению общих и системных проявлений, столь характерных для этого варианта псориазического артрита. Менее эффективно их действие на кожный синдром, а именно на эритродермический или пустулезный псориаз, закономерно имеющие место при злокачественном течении этого заболевания. Обычно ГКС должны применяться в ком-

бинации с метотрексатом или циклоспорином. Доза метотрексата составляет 20 – 25 мг/нед и его в таких случаях предпочтительнее вводить парентерально (внутримышечно или внутривенно).

для лечения псориаза, ассоциированного с артритом. В ряде случаев без их применения невозможно провести эффективную терапию кожного синдрома и всего заболевания в целом, особенно в случаях четкой взаимосвязи и

Таблица 4

**Показания к системному применению глюкокортикостероидов
при псориатическом артрите**

- Злокачественный вариант
- Генерализованный артрит с выраженным экссудативным компонентом
- Ярко выраженные общие и органные проявления
- Пустулезный псориаз, универсальная эритродермия или распространенный экссудативный псориаз
- Высокая активность воспалительного процесса на протяжении 3-х и более мес, резистентная к НПВП
- Побочные эффекты базисной терапии метотрексатом (гепатопатия, гематологические цитопении, аллергические проявления)

Системное применение ГКС показано также больным с распространенным экссудативным артритом и максимальной лабораторной активностью воспалительного процесса на протяжении более 3-х месяцев, при ярко выраженных висцеритах (кардиопатия, неспецифический реактивный гепатит, диффузный гломерулонефрит, периферическая нейропатия), распространенном вульгарном, экссудативном или тем более атипичном псориазе. ГКС могут применяться для лечения и профилактики побочных явлений метотрексата. Во всяком случае их назначение в малых дозах существенно смягчает токсические проявления цитотоксической терапии.

При псориатическом артрите широко проводится и локальная терапия ГКС, причем не только проявлений суставного синдрома, но и кожного. Показаниями к их внутрисуставному введению является, прежде всего, активный артрит в ограниченном числе пораженных суставов. Это всегда наблюдается при олигоартритическом варианте заболевания, но может встречаться также и при других вариантах суставного синдрома (дистальном или спондилоартритическом). Лечение кеналогом или дипроспаном проводят при наличии высокой местной активности и упорном синовите. Их целесообразно вводить и в пораженные энтезы при наличии дактилита, талалгии или энтезитов иной локализации.

Топические ГКС широко применяются и

взаимообусловленности основных синдромов псориатического артрита – кожного и суставного. Для этой цели наиболее эффективными препаратами являются элаком или адвантан, но могут применяться и многие другие. Хотя локальная терапия ГКС также может привести к дестабилизации псориаза и развитию его распространенных вариантов, но это происходит реже, чем при их системном применении.

У некоторых больных ССА, и в частности, с идиопатическим анкилозирующим спондилоартритом, нередко наблюдается рефрактерное к терапии течение заболевания. У них не удается получить достоверного улучшения при использовании высоких доз НПВП, включая и фенилбутазон. В этих случаях возможно использование сверхвысоких доз ГКС. В литературе представлены лишь единичные сведения об эффективности пульс-терапии при ССА [2, 5, 18]. В работе G. Mintz и соавт. [13], опубликованной вскоре после сообщений об ярком позитивном действии пульс-терапии у больных с быстропрогрессирующим течением болезни Брайта, кризом отторжения трансплантата и люпус-нефритом, впервые представлены результаты такого лечения больных с болезнью Бехтерева, которые были торпидны к терапии 600 мг фенилбутаона или 150 мг индометацина на протяжении минимум трех месяцев. Уже после внутривенного введения 1000 мг метипреда наблюдалось существенное уменьшение интенсивности болей в суставах и позвоноч-

нике, однако положительный эффект оказался кратковременным и держался не более двух недель. В тех же случаях, когда проводилась классическая пульс-терапия (по 1000 мг 3 последующие дня), наступала стойкая ремиссия заболевания с полным купированием болей в суставах и позвоночнике, разрешением экссудативных явлений в пораженных суставах и почти полной нормализацией лабораторных показателей активности воспалительного процесса. Значительный положительный эффект пульс-терапии в первые 24 часа после ее проведения авторы объясняют прямым противовоспалительным действием ГКС, а не нормализацией иммунных нарушений. После трехкратного внутривенного введения "ударных" доз метилпреднизолона ремиссия держалась в среднем 12 месяцев.

N.D.Peters и L.Ejstrup [17] в двойном слепом контролируемом испытании сравнивали эффективность высоких (1000 мг) и низких (375 мг) доз метилпреднизолона при внутривенном введении больным с активным спондилоартритом. Авторы пришли к выводу, что только пульс-терапия с использованием метилпреднизолона в дозе 15мг/кг в течение трех последующих дней приводит к быстрому, хотя и временному, купированию болей и существенному увеличению амплитуды движений в суставах и позвоночнике у больных активным анкилозирующим спондилоартритом.

Нами проведен анализ терапевтической эффективности пульс-терапии у 22 больных с ССА, из них у 10 – с болезнью Бехтерева и у 12 – с псориатическим артритом. Активность воспалительного процесса у больных расценивалась как максимальная (у 15) и умеренная (у 7). Болезнь Бехтерева была представлена периферической формой (у 7) и центральной (у 3). У всех больных псориатическим артритом имел место полиартритический вариант заболевания с выраженным экссудативным компонентом в пораженных суставах и яркими параартикулярными явлениями. Поражение кожи было представлено распространенным вульгарным (у 8 больных), ограниченным вульгарным (у 2) и экссудативным (у 3) псориазом, причем у всех наблюдалась прогрессирующая стадия псориаза с появлением новых папулезных элементов, периферическим ростом имеющих высыпаний, синдромом Кебнера. Проводилась классическая методика пульс-терапии: ежедневно в течение трех последующих

дней внутривенно капельно вводился метилпреднизолон по 1000 мг в 200 мл 0.9% изотонического раствора натрия хлорида в течение 45 мин.

При болезни Бехтерева отчетливый положительный эффект наблюдался у 8 из 10 больных, причем у 3-х из них он был расценен как значительное улучшение, под которым мы понимали положительную динамику не менее 75% клинических и лабораторных показателей, характеризующих воспалительный процесс при этом заболевании, включая снижение интенсивности боли в суставах, увеличение подвижности позвоночника (в см), уменьшение количества воспаленных суставов.

Еще более отчетливый эффект с положительной динамикой большинства показателей отмечен при псориатическом артрите. Результаты терапии «ударными» дозами ГКС были расценены как значительное улучшение (у 7 из 12 больных) и как улучшение (у остальных 5 больных). Наблюдалось достоверное снижение интенсивности боли в суставах, интенсивности и продолжительности утренней скованности, индекса Ричи и, в меньшей степени, СОЭ, фибриногена, серомукоида, С-реактивного белка и циркулирующих иммунных комплексов. У двух больных удалось купировать симптоматику двустороннего коксита. Некоторые параметры (параартикулярные явления, подвижность позвоночника) не претерпели существенной динамики под влиянием пульс-терапии, что обычно наблюдалось и при проведении других методов лечения, включая применение высоких доз метотрексата.

Частичная или полная ремиссия держалась в течение 1 месяца у 7 больных с болезнью Бехтерева и у 11 – с псориатическим артритом, а в течение 3-х месяцев – у 4-х и у 9 больных, соответственно. Только у двух больных с псориатическим артритом и у одного – с болезнью Бехтерева частичная ремиссия заболевания продолжалась более 1 года.

Несомненно требуются дальнейшие исследования по различным аспектам пульс-терапии у больных с отдельными нозологическими формами. Это касается обоснованного определения конкретных показаний к ее проведению, выявления как непосредственной эффективности, так и отдаленных результатов, уточнения возможной амплитуды побочного действия. Важны и поиски новых подходов к разработке оптимальных программ пульс-те-

рапии при ССА (табл. 5). В этом плане целесообразно комбинированное применение сверхвысоких доз ГКС с метотрексатом или экстракорпоральными методами (плазмаферез, гемосорбция или иммуносорбция), а также программное синхронное их применение.

Представленные данные позволяют по-новому взглянуть на место и значение ГКС в терапии ССА. При идиопатическом анкилозирующем спондилоартрите и других спондило-

го воспалительного процесса в периферических суставах и в суставах позвоночника, а также в других органах и тканях.

При ССА следует использовать все основные варианты ГКС терапии, включая локальное введение препаратов этой группы, прежде всего внутрисуставно, местное применение в виде мазей, аэрозолей или капель, а также системное ежедневное применение per os низких или средних доз, при показаниях - сверх-

Таблица 5

**Подходы к дальнейшему изучению интенсивной терапии
при серонегативных спондилоартритах**

- Комбинированное применение классической пульс-терапии метипредом с включением метотрексата (50 мг в 1-ый день)
- Комбинированное применение классической пульс-терапии метипредом в комбинации с плазмаферезом и/или гемосорбцией
- Программное применение пульс-терапии метипредом (500/1000 мг ежемесячно или 1 раз в 2-3 мес)
- Программное применение пульс-терапии с включением 1000 мг метипреда и 50 мг метотрексата (ежемесячно или 1 раз в 2-3 мес)
- Программное синхронное применение пульс-терапии с включением метотрексата и экстракорпоральных методов (плазмафереза или гемосорбции)

артритах (спондилоартропатиях), наряду с применением НПВП и базисных (длительно действующих) препаратов, следует шире использовать ГКС. Благодаря ярко выраженным противовоспалительным и, в меньшей степени, иммунодепрессивным свойствам, их назначение способствует коренному изменению течения заболевания с быстрым подавлением активно-

высоких (ударных) доз. Для каждого вида такой терапии имеются свои индивидуальные показания, правильная интерпретация которых чрезвычайно важна для получения позитивного эффекта от ее назначения. Несомненно, что ГКС должны занять достойное место в арсенале медикаментозных препаратов, использующихся в комплексном лечении ССА.

ЛИТЕРАТУРА.

1. Агабабова Э.Р., Гусейнов Р.И. Болезнь Бехтерева и другие серонегативные спондилоартриты (спондилоартропатии) – общие и отличительные черты. Ревматология, 1984, 3, 40-45.
2. Бурдейный А.П., Соловьев С.К., Тимофеева Е.Б. Эффективность пульс-терапии при серонегативных спондилоартритах (предварительное исследование). Тер. архив, 1987, 4, 84-86.
3. Гаджинова Л.Д. Клинико-инструментальная характеристика и лечение энтезопатий пяточных областей при серонегативных спондилоартритах. Канд. дисс. М., 1997.
4. Amor B., Dougados M., Mijiyawa M. Criteres de classification des spondyloarthropathies. Rev. Rhum. Mal. Osteoar., 1990, 57, 85-89.
5. Amor B., Dougados M., Khan M.A. Management of refractory ankylosing spondylitis and related spondyloarthropathies. Rheum. Dis. Clin. North. Amer., 1995, 21, 117-128.
6. Dougados M., van der Linden S., Juhlin R. et al. European Spondyloarthropathy Study Group (ESSG): Preliminary criteria for the classification on spondyloarthropathies. Arthr. Rheum., 1991, 34, 1218-1227.
7. Fassbender H. G. Pathologie rheumatischer Erkrankungen. Berlin ets: Springer, 1975, 370.
8. Fassbender H.G. Non-inflammatory mechanisms of ossification in osteoarthropathia psoriatica. Reumatol., 1998, 36, suppl., 45-46.
9. Grassi W., de Angelis R., Cervini C. Corticosteroid prescribing in rheumatoid arthritis and psoriatic arthritis. Clin. Rheumatol., 1998, 17, 223-226.
10. Khan M.F., van der Linden. A wide spectrum of spondyloarthropathies. Semin. Arthr. Rheum., 1990, 20, 107-113.
11. Koehler L., Kuipers J.G., Zeidler H. Managing seronegative sponarthritides. Rhumatol., 2000, 39, 360-368.
12. Maugars Y., Mathis C., Berthelot J.M. et al. Assessment of efficacy of sacroiliac corticosteroid injection in spondyloarthropathies: a double blind study. Br. J. Rheumatol., 1996, 35, 767-770.
13. Mintz G., Enriquez R.D., Mercado U. et al. Intravenous methylprednisolone pulse therapy in severe ankylosing spondylitis. Arthr. Rheum., 1981, 24, 734-736.
14. Mc Gonagle D., Khan M.A., Mazzo-Ortega H. Enthesi-

- tis in spondyloarthropathy. Curr. Opin. Rheumatol., 1999, 11, 244-250.
15. Moll J.M.N., Haslock I., MacRae I.F., Wright V. Association between ankylosing spondylitis, psoriatic arthritis, Reiter's disease, the intestinal arthropathies and Behcet-syndrome. Medicine, 1974, 53, 343-364.
16. Moll J.M.N. Pathogenic mechanism of 27 related polyarthritides: interplay between genetic and environmental factors. Clin. Exp. Rheumatol., 1987, 5, 7-14.
17. Peters N.D., Ejsrup L. Intravenous methylprednisolone pulse therapy in ankylosing spondylitis. Scand. J. Rheumatol., 1992, 21, 134-138.
18. Piro M.N., Cash J.M. Treatment of refractory psoriatic arthritis. Rheum. Dis. Clin. North. Amer., 1995, 21, 129-149.
19. Remy V., Bertin Ph., Bonnet C. et al. Short term estimation of CT-guided corticosteroid injection of the sacroiliac joint in spondyloarthropathies. Rheumatol. in Europe, 1995, 24, suppl. 3, 89, B 49.
20. Salvarani C., Olivieri I., Cantini F. et al. Psoriatic arthritis. Curr. Opin. Rheumatol., 1998, 10, 299-305.

Summary.

The article regards general principles of seronegative spondyloarthritides therapy by glucocorticosteroids. Reasons for relatively low efficacy of the systemic glucocorticosteroids treatment in specific nosologic forms and specific indices to application of such kind of treatment for idiopathic ankylosing spondyloarthritis and psoriatic arthritis. The postulate of the necessity of local glucocorticoid application in Beherev's disease, psoriatic and reactive arthritis intraarticularly as well as into damaged entheses. Possible approaches to the intensive therapy of seronegative spondyloarthritides including glucocorticosteroids.

Key words: glucocorticosteroids, ankylosing spondyloarthritis, psoriatic arthritis, reactive arthritis.

Поступила 10.02.01.

УДК: 617.559-616.8-009.7-07-08

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ БОЛЕЙ В НИЖНЕЙ ЧАСТИ СПИНЫ.

Н.А. Шостак

Кафедра факультетской терапии им. акад. А.И.Нестерова, РГМУ

Под синдромом боли в нижней части спины (БНС) (low back pain, люмбалгия) понимают боль, локализирующуюся между XII парой рёбер и ягодичными складками.

В МКБ X пересмотра БНС отнесена к рубрике "Болезни костно – мышечной системы" (XIII класс), что свидетельствует о том, что данная патология находится в компетенции врача – ревматолога.

МКБ X пересмотра
XIII класс. Болезни костно-мышечной
системы и соединительной ткани.

М 42 Остеохондроз позвоночника
М 42.0 Юношеский остеохондроз позвоночника

Болезнь Кальве
Болезнь Шейермана

М 42.1 Остеохондроз позвоночника у взрослых
М 42.9 Остеохондроз позвоночника неуточнённый
М 43.0 Спондилолиз
М 54.5 Боль внизу спины
Поясничная боль
Напряжение внизу спины
Люмбаго
М 54.6 Боль в грудном отделе позвоночника
исключена: вследствие поражения межпозвоночного диска

В настоящее время синдром БНС широко распространен во всем мире, а в развитых странах, по данным экспертов ВОЗ, достиг размеров эпидемии, что в большинстве случаев связывается с возрастающими нагрузками на человека. Экономический ущерб, обусловленный нетрудоспособностью пациентов с БНС, оценивается как огромный, например, в шта-

Адрес для переписки:

Н.А. Шостак,

117869, Москва, ул. Островитянова, 1, РГМУ

кафедра факультетской терапии,

тел.: (095) 237-69-48.