

лечения путём изменения стереотипа движений с целью уменьшения нагрузки на суставы и использования тепла или льда для облегчения боли в домашних условиях. Обучать пациентов правильному выполнению упражнений и поощрять контакт с другими пациентами с таким же заболеванием для формирования атмосферы поддержки. Даже такие простые вещи, как обучение правильному использованию приспособлений для ходьбы, могут значительно улучшить мобильность пациента и уменьшить риск дальнейшего повреждения и ухудшения функции суставов.

- ❖ План лечения основывать на проблемах конкретного пациента, а не только на его диагнозе.

- ❖ Объективно оценивать программы лечения. Если не наблюдается ожидаемого улучшения, необходимо изменить подход к лечению данного пациента.
- ❖ Пытаться убедить пациентов стать активными участниками, а не пассивными получателями лечения. Помнить, что электротерапия или массаж – это исключительно пассивные методы лечения, и хотя они играют свою роль в лечении ревматологических больных, однако, как правило, дают только краткосрочный эффект. Поэтому они должны использоваться там, где необходимо дополнить общую методику лечения, а не быть его основой, что на сегодня встречается довольно часто.

Перевод Е. Киселевой

ЛИТЕРАТУРА.

1. Gahimer E.J., Domholdt E. Amount of patient education in physical therapy and perceived effects. *Physical therapy*, 1996, 10, 1089-1096
2. Rogers F.J. Ankylosing spondylitis – the patient's point of view. *AS News*, Autumn/ Winter, 1999, 4-10.
3. Trede F. Physiotherapists' approaches to low back pain education. *Physiotherapy*, 2000, 86, 8, 427-433.
4. Wakefield A. Evidence-based physiotherapy: the case for pragmatic randomised controlled trials. *Physiotherapy*, 2000, 86, 8, 394-396.

Abstract.

Physiotherapy in the UK is a very different profession to that in Russia, so the first part of this article aims to provide a brief insight into how physiotherapy works as a profession in the UK. A case study is also presented, outlining a programme of management used for patients with ankylosing spondylitis (AS). The benefits of patient education are discussed, and the components included in a typical exercise programme for patients with AS are listed. A table of measurements taken from a patient with AS before and after the programme is given, illustrating how effective a very simple programme of management can be in improving the range of movement in the joints of patients with AS. Some recommendations are also given pertaining to simple changes that could be implemented to improve the rehabilitation of patients with rheumatic conditions in Russia.

Key words: Physiotherapy, UK, patient education, evidence based practice, ankylosing spondylitis.

Поступила 25.06.01.

УДК: 616.72-002.77-08

ЗНАЧЕНИЕ МИДОКАЛМА В СОВРЕМЕННОЙ ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА

Г. Галош (G. Galosh)
Будапешт, Венгрия

Резюме.

Мидокалм в дозе 300-450 мг/сут внутрь применялся дополнительно к комплексной терапии (противовоспалительные препараты, ЛФК, физиотерапия) у 52 больных с различными заболеваниями опорно-двигательного аппарата. Результаты сравнивали с данными у 45 больных, получавших только комплексную терапию. Для оценки эффективности препарата использовались индексы боли и функции. Присоединение к лечению мидокалма привело к достоверно более выраженному улучшению значений обоих индексов.

Ключевые слова: ревматические заболевания, мидокалм.

Мидокалм (толперизон) уже более 30 лет применяется в клинической практике, и за этот период определились показания к эффективному использованию препарата. А.Порсас и соавт. в 1961 г назвали препарат «интернейроновый блокатор». По своим фармакологическим свойствам мидокалм представляет собой интранейтральный депрессивный миорелаксант, оказывающий спазмолитическое действие, снижающий активность поперечно-полосатой мускулатуры и перекрестные разгибательные рефлексы спинного мозга. Благодаря указанным свой-

ствам, мидокалм нашел применение сначала в терапии различных неврологических заболеваний, сочетающихся со спастическим усилением тонуса и контрактурами. За прошедшие годы изменились показания к его применению. Так, он перестал использоваться, например, в лечении рассеянного склероза, синдрома Паркинсона и др., но при этом получил распространение в других областях: в терапии заболеваний опорно-двигательной системы, ортопедии, офтальмологии, одонтологии, педиатрии и др.

При этом используются не только миотонолитичес-

кие свойства препарата, но и способность улучшать сосудистую циркуляцию. Однако при серьезных облитерирующих сосудистых заболеваниях, при которых предпо-

прождавшимся болевым синдромом и нарушением функции движения. Среди больных было 59 женщин и 38 мужчин. Больные были разделены на 2 группы. 45 чел из

Таблица 1.

Распределение больных по нозологическим формам

Нозология	Комплексная терапия (группа 1)	Комплексная терапия + мидокалм (группа 2)
Синдром ишиаса, ишиалгия	13	11
Люмбаго	11	14
Спондилез, спондилоартроз	5	9
Грыжа межпозвоночного диска	3	5
Артроз тазобедренного сустава	6	5
Артроз коленного сустава	4	6
Плечелопаточный периартрит	3	2
Всего (чел)	45	52

гался его высокий периферический сосудорасширяющий эффект, мидокалм занял лишь вспомогательное место, как и у больных с васкулярными и гипертоническими цефалгиями.

Мы так же, как другие исследователи, неоднократно сообщали об успешном применении мидокалма у больных с различными заболеваниями опорно-двигательного аппарата, а также о его функциональном синергизме с нестероидными противовоспалительными препаратами (НПВП).

при нагрузке, 3 – боль при движениях и 4 – боль в покое.

Индекс функции отражал функциональное состояние пораженного сустава или позвоночника на основании оценки 6 основных параметров: сгибание, разгибание, вращение, отечность сустава, длительность утренней скованности и возможность выполнения повседневных действий. Выраженность каждого определялась в баллах – от 1 до 3: 1-отсутствие изменений, 2-частичное или средне выраженное нарушение, 3-резко выраженное или тяжелое нарушение. Число баллов могло колебаться от 6 до 18. 18 баллов

соответствовало максимальной степени выраженности нарушения функции движения. Из исследования выбыли по разным причинам 8 пациентов 1-ой и 6 пациентов 2-ой группы, которые не были включены в окончательный анализ. При оценке результатов лечения учитывалась не только динамика общего состояния, индексов боли и функции, но также мониторировались возможные неблагоприятные эффекты терапии.

Результаты и обсуждения.

В табл. 1 представлено распределение больных по нозологическим формам. Видно, что группы больных не различались по количественным характеристикам. Все пациенты имели либо острое суставно-мышечное заболевание, либо признаки обострения хронического ревматического процесса.

В таблице 2 представлены изменения средних индексов боли и функции, произошедшие в двух изученных группах больных под влиянием комплексной терапии, включавшей у пациентов второй группы препарат мидокалм.

Видно, что в обеих группах больных достоверно улучшились (уменьшились) значения показателей, измерявших степень выраженности болевого синдрома и нарушения функциональных возможностей пациентов. При этом обнаружено, что уменьшение обоих индексов в группе больных, дополнительно получавших мидокалм, было более существенным по сравнению с пациентами 1-ой группы.

Оценка переносимости мидокалма была затруднена в связи с тем, что он применялся на фоне НПВП. Возникшие у больных в обеих группах побочные явления со стороны желудочно-кишечного тракта (изжога у 8, чув-

Таблица 2.

Изменения индексов боли и функций под влиянием лечения

Показатель	Метод лечения	
	Комплексная терапия (группа 1)	Комплексная терапия + мидокалм (группа 2)
Число больных (чел)	45	52
Среднее значение индекса боли (баллы)		
До лечения	3,1±0,7	2,9±0,5
После лечения	2,1±0,3	1,4±0,8
Разница	-1,0	-1,5
p	<0,001	<0,001
Среднее значение индекса функции (баллы)		
До лечения	14,4±2,4	15,3±2,1
После лечения	10,1±1,6	8,2±0,6
Разница	-4,3	-7,1
p	<0,001	<0,001
Достоверность различий между двумя группами (по Стьюденту):		
Боль	p<0,01	
Функция	p<0,01	

Известно, что важнейшей задачей противоревматического лечения является ликвидация (уменьшение) воспаления и боли. Для ее решения используется комплекс средств: НПВП, ЛФК, физиотерапия и др. В указанную схему лечения целесообразно включать мидокалм, особенно в тех случаях, когда суставной процесс сочетается с напряженностью мышц, мышечным спазмом, мышечной гипертонией. Расслабление напряженных мышц и определенное улучшение кровотока в конечностях способствуют нормализации двигательных функций. В настоящей работе оценивался вышеуказанный механизм действия мидокалма.

Материалы и методы.

В исследование были включены 97 больных в возрасте от 29 лет до 71 года (средний возраст 48,5 ± 2,3 года) с различными суставно-мышечными заболеваниями, со-

ство наполнения и тяжести в желудке – у 6, диарея-у3) могли быть связаны именно с этими препаратами.

Использованный нами метод оценки эффективности мидокалма является полуобъективным, однако он достаточно полно отражает динамику болевых ощущений и ограничения физической жизнедеятельности больного с суставно-мышечными заболеваниями, составляющих основу жалоб этой категории пациентов.

Необходимо подчеркнуть, что при этом оцениваются изменения со стороны симптомов болезней, а не их сущности. Следует также учитывать, что на величину индексов боли и функции у конкретных больных могут вли-

ять различные факторы: метеоусловия, индивидуальный порог боли, выносливости и т.д. Данные аспекты в нашей работе не анализировались. В целом, представляется правомерным утверждать, что мышечная релаксация и улучшение микроциркуляции с помощью препарата мидокалма, вводимого в комплексную схему лечения больных с различными заболеваниями опорно-двигательного аппарата, проявляющимися болевым синдромом и нарушениями функции движения, способствуют усилению лечебного эффекта. Мидокалм может быть рекомендован в качестве вспомогательного средства лечения данной категории больных.

Abstract

Midocalm 300-450 mg/day was used as an addition to the complex therapy (anti-inflammatory drugs, exercise therapy, physical therapy) in 52 patients with different locomotor system diseases. The results were compared with the data in 45 patients who received only complex therapy. Drug efficacy was assessed using pain and function scores. Addition of midocalm to the treatment provided significantly better values of both scores.

Key words: rheumatic disorders, Midocalm

Поступила 10.01.02.

НАБЛЮДЕНИЯ ИЗ ПРАКТИКИ

УДК: 616.643-002-06:616.72-002-07-035.7

ТРУДНОСТИ ДИАГНОСТИКИ РЕАКТИВНЫХ АРТРИТОВ

А.П. Ребров, О.Л. Александрова, Е.В. Ильиных, Ю.А. Стаценко
Саратовский государственный медицинский университет, Саратов.

Резюме.

Проведен анализ особенностей течения реактивного артрита у 46 пациентов, направленных с диагнозом болезнь Рейтера. Классическая картина заболевания отмечалась у 33 (72%), abortивная форма – у 13 пациентов (28%). Ошибочные диагнозы констатированы в 12 случаях, в основном, у больных с abortивной формой реактивного артрита. У 2 пациентов со временем развился анкилозирующий спондилоартрит, у одной пациентки – ревматоидный артрит.

Ключевые слова: реактивный артрит, дифференциальная диагностика

В последние годы под термином «реактивные артриты» (РеА) рекомендовано понимать те артриты, которые развиваются после инфекции *Chlamydia trachomatis* (урогенные артриты) и после кишечных инфекций (постэнтероколитические артриты), которые сочетаются с типичной клинической картиной, отвечают критериям спондилоартропатий и могут ассоциироваться с HLA-B27 [1, 8]. Артриты, связанные с иными инфекционными агентами, не называются «реактивными», а должны быть объединены термином «артриты, связанные с инфекцией» [8]. РеА, связанный с негонококковой инфекцией мочеполового тракта, относится к категории серонегативных спондилоартропатий, которые характеризуются перекрестной и сочетанной клинической симптоматикой. При этом у врача нередко возникают серьезные трудности в дифференциальной диагностике спондилоартритов.

В последние годы широкое внедрение методов выявления уrogenитального хламидиоза привело к улучшению диагностики РеА, однако ошибочная трактовка суставного синдрома приводит к гипердиагностике этого заболевания, особенно в случае сочетания дебюта ревматоидного артрита (РА) с уrogenитальной хламидийной инфекцией [3]. Наряду с этим разнообразие клинических проявлений, несовпадение их во времени создают сложности при диагностике РеА, в связи с чем многие больные до обращения к ревматологу лечатся у окулиста, хирурга, уролога, дерматолога.

В задачу исследования входило изучение особенностей течения уrogenного РеА (болезни Рейтера) и причин ошибочной постановки диагноза. Под наблюдением находилось 46 пациентов, поступивших в ревматологическое отделение Областной клинической больницы с направительным диагнозом «болезнь Рейтера». Среди 46 пациентов было 38 мужчин и 8 женщин в возрасте от 14 до 48 лет, с длительностью заболевания от 3 мес до 5 лет. Острое течение заболевания с длительностью до 6 мес отмечено у 10 больных, подострое – с длительностью заболевания от 6 до 12 мес – у 14, хроническое – свыше 12 мес – у 22 пациентов.

Адрес для переписки:

А.П. Ребров,

410031, г. Саратов, ул. Первомайская, 47/53-32

тел.: 8452-51-49-60,

e-mail: rebrov@sgu.ru