

УДК 617.546- 009.7+616.741-009.1



ОРЕЛ А.М.

Факультет послевузовского профессионального образования врачей ГБОУ ВПО «Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России», г. Москва

СИНДРОМ СИСТЕМНОГО ОГРАНИЧЕНИЯ ПОДВИЖНОСТИ ПОЗВОНОЧНИКА У ПАЦИЕНТОВ С ДОРСОПАТИЕЙ

Резюме. Рентгенологическое исследование всех отделов позвоночника с построением системных моделей системного анализа рентгенограмм позвоночника 30 больных с дорсопатиями и сколиозом I–II степени показало, что среди них имеются лица с синдромом системного ограничения подвижности позвоночника. В статье представлено клинико-рентгенологическое наблюдение такого больного. Приводятся критерии интегральной количественной оценки статики позвоночника у этих пациентов — значения индекса ротационной установки позвонков. Описана клиническая и рентгенологическая диагностика синдрома системного ограничения подвижности позвоночника.

Ключевые слова: дорсопатия, синдром системного ограничения подвижности позвоночника.

Введение

Системное рентгенологическое исследование позвоночника больных с анкилозирующим спондилитом (АС) продемонстрировало наличие ряда синдромов изменений позвонков, встречающихся редко или не встречающихся у пациентов с дорсопатией. К ним относятся: синдром системного ограничения подвижности позвоночника (ССОПП), синдром системного натяжения-сдавления позвоночника, синдром системного анкилозирования позвоночника, синдром системного остеопороза. Среди них синдром системного ограничения подвижности позвоночника представляется наиболее важным.

Признаки ССОПП обусловлены единой причиной: натяжением и компрессией, охватывающих сразу все структуры позвоночника одновременно (Орел А.М., 2012). В центральных отделах позвоночника он проявляется в виде симптома линейного выстраивания остистых отростков, симптома этажерки, симптома цилиндра. В концевых зонах, на уровне краниоцервикального перехода диагностируются симптомы базилярной импрессии, межостистый неоартроз CI–CII, лордозирование CII. На уровне пояснично-крестцового перехода выяв-

ляется вертикальное положение крестца, двусторонняя симметричная суставная сакрализация LV, межостистый неоартроз 2–3 поясничных позвонков.

Рентгенологическое исследование позвоночника больных после проведения нескольких сеансов мануальной терапии или остеопатии показало изменение пространственного положения позвонков с выстраиванием остистых отростков вдоль вертикальной прямой (Орел А.М., 2006). В отличие от пациентов с ССОПП у этих больных функциональные изменения положения позвонков носили временный характер. Они сопровождалась улучшением общего состояния. Но при дальнейшем наблюдении, по прошествии некоторого времени, позвонки возвращались в исходное состояние, несколько сохраняя приобретенный паттерн подвижности.

Адрес для переписки с автором:

Орел Александр Михайлович
119991, Россия, г. Москва,
ул. Трубецкая, д. 8, стр. 2
Первый МГМУ им. И.М. Сеченова

© Орел А.М., 2013

© «Международный неврологический журнал», 2013

© Заславский А.Ю., 2013

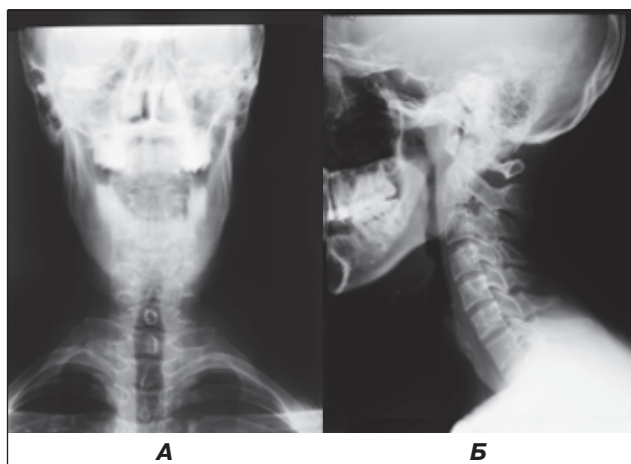


Рисунок 1. Рентгенограммы шейного отдела позвоночника пациента Г., 30 лет: А — фронтальная проекция, Б — сагиттальная проекция

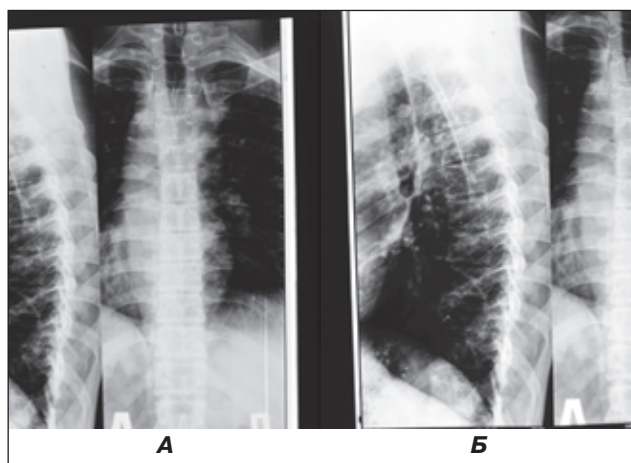


Рисунок 2. Рентгенограммы грудного отдела позвоночника пациента Г., 30 лет: А — фронтальная проекция, Б — сагиттальная проекция

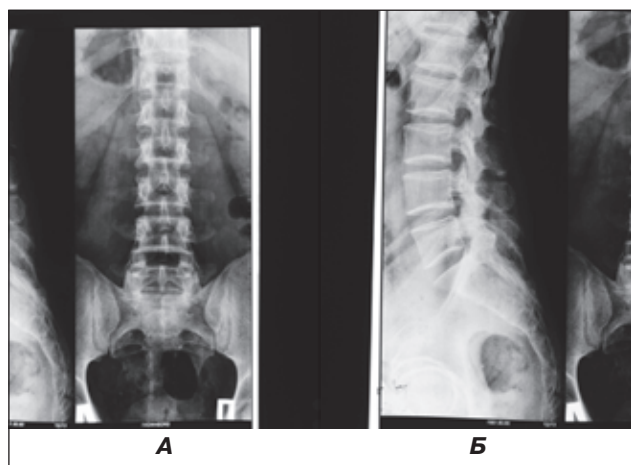


Рисунок 3. Рентгенограммы пояснично-крестцового отдела позвоночника пациента Г., 30 лет: А — фронтальная проекция, Б — сагиттальная проекция

С другой стороны, в поле нашего зрения попали пациенты с жалобами на ограничения подвижности и боли в позвоночнике при отсутствии рентгеноморфологических симптомов анкилозирующего спондилита. Это были преимущественно молодые люди спортивного вида, активно занимавшиеся фитнесом и физическими упражнениями. Боли в позвоночнике и скованность по утрам неясного характера наблюдались у них на протяжении многих лет, часто с юного возраста, и заставляли неоднократно обращаться за медицинской помощью. Однако ни правильного диагноза, ни существенного облегчения состояния врачи предоставить им так и не смогли.

Клинико-рентгенологическое наблюдение

Пациент Г., 30 лет, обратился к мануальному терапевту по поводу постоянных болей в спине, чувства скованности по утрам. Отмечаются головные боли при смене погоды. Недомогание впервые появилось в возрасте 20 лет, что заставило прекратить карьеру профессионального спортсмена-бегуна. К врачам обращался неоднократно, однако диагноз АС выставлен не был. Пробы на наличие антигена HLA B27 отрицательные. Нарушения подвижности полностью исчезают в течение дня и хорошо купируются приемом НПВП, однако появляются вновь в весенний и осенний период.

При осмотре: пациент хорошего физического развития. Обращает на себя внимание сутулая осанка, усиление шейного лордоза, а также незначительное ограничение подвижности позвоночника при наклоне вперед. Проба Томайера составила 20 см ($N = 5-6$ см). При мануальном тестировании выявлен симптом линейного выстраивания остистых отростков и ограничение подвижности позвонков среднего и нижнего грудного и поясничного отделов. Подвижность в крестцово-подвздошных суставах сохранена. Отмечается избыточная потливость всех кожных покровов при малейшей психоэмоциональной и физической нагрузке.

Обращает на себя внимание сколиоз шейно-грудного перехода, обусловленный правосторонней клиновидной деформацией тела Т1. Шейный лордоз усилен, отмечается легкое отклонение кзади — лордозирование аксиса. Имеется незначительный ретролистез С1 и одновременно полное отсутствие каких-либо смещений вперед или назад остальных шейных позвонков — симптом цилиндра на уровне С11–С16. Зуб аксиса располагается значительно выше линий Макгрегора и Чемберлена, сфенобазиллярный угол составил 140° ($N = 130^\circ$), что расценено как признаки базиллярной импрессии. Имеются признаки артроза дугоотростчатых суставов, переднего С1–С11 сустава (Крювелье) и межостистый неоартроз С1–С11.

Сколиотическая деформация позвоночника не выявлена, грудной кифоз в пределах нормы. Симптом этажерки дифференцируется на уровне Т11–Т13. Симптом линейного выстраивания остистых отростков определяется на уровне Т11–Т13. Имеются признаки множества грыж

Шморля в телах TV–TX позвонков, артроз дугоотростчатых суставов. Обращает на себя внимание симптом субхондрального гиперостоза в телах TV–TXII позвонков.

Сколиотическая деформация позвоночника отсутствует. Какие-либо боковые наклоны и ротации тел позвонков на уровне TXII–LV не выявлены — симптом этажерки. Крестец расположен нормально, поясничный лордоз находится в пределах нормы. В поясничном отделе

определяется симптом линейного выстраивания остистых отростков LI–LV. Имеются незначительные ретролистезы тел LI и LII позвонков. В телах LI–LV позвонков дифференцируются грыжи Шморля. Отмечается двусторонняя симметричная суставная сакрализация позвонка LV. Артроз дугоотростчатых суставов распространяется на все суставы отдела. На уровне LII–LV позвонков различимы признаки межостистого неартроза (симптом Бострупа).

Системный анализ рентгенограмм позвоночника (САРП)

№ _____ от 05.03.2012 г.

ФИО _____ Г. _____ Пол **М. Ж.** Возраст **30** Леч. врач _____

Область исследования: C_{I-VII}, T_{I-V}, T_{VI-XII}, L_{I-S}

1. Статика: Прямая проекция

- Локальное искривление позвоночного столба (нет)
 - влево C_{VI}-T_{II}
 - вправо T_{IV}-T_X
- Сколиоз (нет) лев. _____ прав. _____
- Атлантоосевые суставы боковые: **симметричны** лев. _____ прав. _____
- Таз расположен: **прямо**, скручен влево, вправо
- Крестец расположен: **прямо**, **скручен влево 2°**
- Копчик расположен: **прямо**, смещен влево, вправо
- Лонное сочленение: симметрично, выше: левая, правая ветвь
- Боковой наклон тел позвонков: (нет)
 - влево C_{III}-T_{IV}, T_V
 - вправо C_{VI}, V_{II}-T_I, T_{II}, T_{XI}
- Боковой наклон С, лев. прав. _____ С_{II} лев. прав. _____
- Латеролистез: влево _____ вправо _____ (нет)

Боковая проекция. Шейный отдел

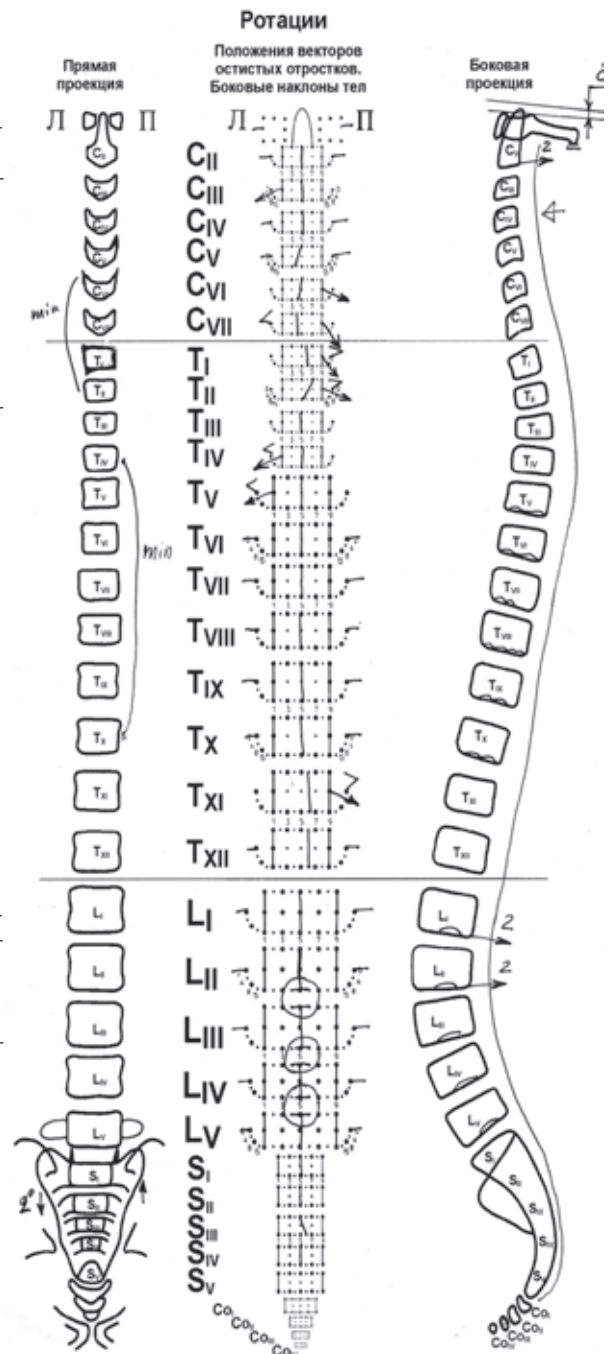
- Шейный лордоз: **обычный**, **усилен C_I-C_{VII}**, выпрямлен С _____, кифоз: _____
- Кифотическая установка сегментов: (**нет**) C_{II} C_{III} C_{IV} C_V C_{VI} C_{VII} T_I
- Симптом распорки (**нет**) C_{II-III} C_{III-IV} C_{IV-V} C_{V-VI} C_{VI-VII} C_{VII-T_I}
- Спондилолистез: **кпереди** C = _____ мм, C = _____ мм, C = _____ мм, C = _____ мм, C = _____ мм, C = _____ мм, **кзади: C_{II} = 2 мм, C_{III} = _____, C_{IV} = _____**
- Зубовидный отросток C_{II} по отношению к линиям **Чемберлена и Макгрегора** расположен ниже, на уровне, **выше = 8 мм**
- Атлантоосевая сустав срединный: **артроз**
- Ширина позвоночного канала: **норма** небольшое сужение на уровне _____
- Сфенобазиллярный угол = **140°** (N = 130°)

Боковая проекция. Грудной отдел

- Грудной кифоз: **норма T_I-TX_{II} = 30°**, усилен T _____ углощен T _____, лордозирование T _____
- Симптом распорки (**нет**) T-T, T-T, T-T, T_{XI}-T_{XII}, T_{XII}-L_I

Боковая проекция. Поясничный отдел

- Поясничный лордоз: норма L _____, усилен L _____ **выпрямлен L_I-L_V**, кифоз L _____
- Симптом распорки (**нет**) L_{I-II}, L_{II-III}, L_{III-IV}, L_{IV-V}, L_{V-S_I} (LV-S_I)
- Кифотическая установка сегментов: (нет) T_{XI} T_{XII} L_I L_{II} L_{III} L_{IV} L_V S_I (L_{VI}) S_I
- Спондилолистез: **кзади: L_{II} = 2 мм, L = _____ мм, L = _____ мм, L = _____ мм, кпереди: L = _____ мм, L = _____ мм, L = _____ мм, L = _____ мм**
- Спондилолиз L = _____ мм, L = _____ мм, (**нет**)
- Крестец расположен: **∠α = 40°, ∠δ = 35°**, **нормально**, вертикально, горизонтально
- Копчик располож.: нормально, смещен кпереди, кзади



II. Аномалии развития

1. Аномалия Киммерле есть, _____ **нет**. 2. Седловидная гиперплазия атланта есть, **нет**
3. Гиперплазия реберно-поперечных отростков C_{VII} , (шейные ребра) слева I II III ст., справа I II III ст.
4. Гипоплазия (агенезия) XII ребер 5. Spina bifida posterior _____ ширина _____
6. Ядро окостенения верхушки остистого отростка нет, есть
7. Открытый канал крестца $S_V, S_{IV}, S_{III}, S_{II}, S_I$ полностью
8. **Сакрализация L_V** полная (4 поясничных позвонка), **частичная, слева, справа [8а, 9а]. Вид соединения с крестцом**
9. **Люмбализация S_I** полная (6 поясничных позвонков), частичная, слева, справа синхондроз, синартроз, синостоз
10. Аномалия тропизма суставных отростков: суставные отростки L_V-S_I стоят **сагиттально справа, слева**
11. Прочие аномалии **лордозирование аксиса, базилярная импрессия**

III. Костная структура

- Тел, отростков, дужек 1. **Не изменена**. 2. Остеосклероз. 3. Остеопороз (общий): функциональный, инволютивный
выраженность: слабо, умеренно, резко, крайняя степень С _____ Т _____ L _____ S _____
4. Грыжи Шморля внутрителовые T_V-T_X, L_I-L_V _____ передние _____
 5. Обызвествление хрящевых отделов ребер I II III (**нет**), частичное, полное

IV. Форма тел позвонков

1. Обычная. 2. Уплощенная _____ 3. Вазообразная _____
4. Ящикообразная _____ 5. «Рыбьи позвонки» _____
6. Клин обратный: _____
7. **Клин сбоку** (сколиоз) _____
вершина слева С _____ Т _____ L _____
вершина **справа** С _____ Т _____ L _____
8. Клин передний: односторонний, _____ двусторонний _____
9. Равномерное снижение высоты тел _____
10. Скошенность переднего контура тел (нет)
С _____ Т _____ L _____
11. **Шиповидные остеофиты**
спереди _____, сзади _____
слева _____, справа _____
12. Клювовидные остеофиты: (нет) спереди _____
сзади _____ слева _____ справа _____

V. Замыкающие пластины тел позвонков (норма)

1. Субхондральный остеосклероз T_V-L_V _____
2. Неоднородность структуры С _____ Т _____ L _____ S_I
3. Разволокнение С _____ Т _____ L _____ S_I

VIII. Спондилоартроз суставов

1. Дугоотростчатых: $C_{III}-V_{II}, T_{IV}-V_{III}, L_{III}-V_{S_I}$ (нет) 2. Полулуночных: C_{III} л п, C_{IV} л п, C_V л п, C_{VI} л п, C_{VII} л п
3. Атлантаксиальных: переднего (нет), есть; боковых (**нет**) слева _____ справа _____ 4. Атлантозатылочных: (**нет**)
5. Реберно-позвоночных: слева Т _____ Т _____, справа Т _____ Т _____ (**нет**) 6. Лонного: есть (нет)
7. Крестцово-подвздошных: (нет), **есть: слева, справа** 8. **Симптом Бострупа** (межостистый неоартроз) $C_I-C_{II}, L_{II}-L_V$
9. Крестцово-копчикового: (нет), есть.

IX. Другие заболевания

1. Кальцинация магистральных сосудов: аорты, позвоночных, подвздошных артерий: слева _____ справа _____
2. Оссификаты в мягких тканях _____ на уровне _____

Заключение: левосторонний сколиоз шейно-грудного перехода с клиновидной деформацией тела T_I справа. Усилен шейный лордоз. Ретролистез C_{II}, L_I, L_{II} . Симптом линейного выстраивания остистых отростков: $T_{III}-T_X, L_I-L_V$. Симптом этажерки $T_{VI}-T_{IX}, T_{XII}-L_V$. Симптом цилиндра $C_{III}-C_{VI}$. Лордозирование аксиса. Грыжи Шморля в телах T_V-T_X, L_I-L_V . Межостистый неоартроз (симптом Бострупа) $C_I-C_{II}, L_{II}-L_V$. Субхондральный гиперостоз в телах $T_V-T_{XII}, T_{XII}-L_V$ позвонков. Аномалия тропизма суставных отростков L_V-S_I . Двусторонняя симметричная суставная сакрализация L_V . Базилярная импрессия.

Врач _____ Орел А.М. _____ Дата 05.03.2012 _____

Рисунок 4. Системная модель САРП того же пациента Г., 30 лет

Таблица 1. Границы значений индексов ротационной установки (R-индекса) у больных анкилозирующим спондилитом, при синдроме системного ограничения подвижности позвоночника и при сколиозе I–II степени

Группа	Границы значений	Медиана
Анкилозирующий спондилит	0,21 ± 0,06	0,24
Синдром системного ограничения подвижности позвоночника	0,27 ± 0,06	0,29
Сколиоз I–II ст.	0,35 ± 0,08	0,39

Наблюдается аномалия тропизма суставных отростков LV–SI. Как и в грудном отделе, в телах TXII–LV позвонков имеются признаки субхондрального гиперостоза.

В рентгенологической картине позвоночника данного больного наблюдается симптом линейного выстраивания остистых отростков и симптом этажерки на уровне грудного и поясничного отделов; симптом цилиндра в шейном отделе, межостистый неартроз на уровне LII–LV и одновременно на уровне CI–CII. Имеются признаки двусторонней симметричной суставной сакрализации LV и одновременно базилярной импресии. Совокупность клинической и рентгенологической картины позволяет установить наличие у пациента признаков синдрома системного ограничения подвижности позвоночника.

Клинико-морфологическая картина заболевания у этого пациента не позволила установить диагноз АС. Вместе с тем расчет индекса ротационной установки позвоночника (индекса R) показал результат 0,213, близкий к значениям индекса R при анкилозирующем спондилите ($0,21 \pm 0,06$).

Ограничения подвижности носили временный характер, и после проведения курса мягкотканой мануальной терапии пациент почувствовал значительное улучшение. Скованность движений, особенно по утрам, уменьшилась. Уменьшилась усталость в конце дня, меньше беспокоят головные боли. Боли в спине периодически повторяются, однако выраженных ограничений подвижности не было. Пациент наблюдается мануальным терапевтом с периодичностью 1 раз в 2–3 месяца.

Количественная интегральная оценка изменений пространственного положения позвоночника была проведена с помощью вычисления индекса ротационной установки (Орел А.М., Семенова О.К., Табиев В.И., 2012). Индекс характеризует смещения остистых отростков относительно вертикали базового отвеса и тела позвонка. Процессы закрепощения позвоночника сопровождаются уменьшением абсолютного значения индекса. При сколиотической деформации значения индекса увеличиваются.

Значения индекса ротационной установки позвоночника у пациентов с синдромом системного ограничения подвижности позвоночника

Ретроспективное исследование рентгенограмм и системных моделей системного анализа рентгенограмм позвоночника (САРП) 30 пациентов с дорсо-

патией, степень сколиоза которых составила не более I–II, выявило ряд пациентов, индекс ротационной установки которых был близок к таковому у больных АС или пересекался с ним. Таких пациентов оказалось 17: 7 мужчин и 10 женщин в возрасте от 29 до 54 лет.

У всех пациентов наблюдались симптомы системного ограничения подвижности позвоночника. Отсутствовала выраженная сколиотическая деформация позвоночника. На основе моделей САРП им было проведено вычисление индекса ротационной установки позвоночника (Орел А.М., Семенова О.К., Табиев В.И., 2012). Значения индексов ротационной установки позвоночника данных пациентов приближались к значениям таковых у больных АС (табл. 1).

Результаты исследования представлены на рис. 5. По оси Y (ось значений) представлены значения индексов угла наклона остистых отростков, а по оси X (ось категорий) — значения индексов шага смещения остистых отростков относительно тел позвонков каждого пациента. Индекс ротационной установки определяется как точка пересечения этих двух параметров (Орел А.М., Семенова О.К., Табиев В.И., 2012).

Дальнейшее изучение проблемы привело к выводу, что синдром системного ограничения подвижности позвоночника встречается довольно часто вне зависимости от возраста. У молодых пациентов он наблюдался при функциональных расстройствах. У пожилых пациентов ССОПП неоднократно был выявлен при фиксирующем гиперостозе (болезнь Форестье).

Клиническая диагностика синдрома системного ограничения подвижности позвоночника

Синдром системного ограничения подвижности позвоночника — это неспецифическая реакция структур удержания равновесия тела на внешнее биомеханическое воздействие. Появляется как ответ на прилагаемую внешнюю биомеханическую нагрузку в виде микротравмы при привычных физических перемещениях во время рабочих операций или при занятиях спортом. В его основе лежат естественные физиологические механизмы натяжения и сдавления структур опорно-двигательного аппарата. Именно они обуславливают формирование, развитие и изменение, а также нормальное функционирование всех структур тела. Однако при сложении уникальных факторов микро- и макротравматизации эти механизмы накладываются на измененный ответ самих

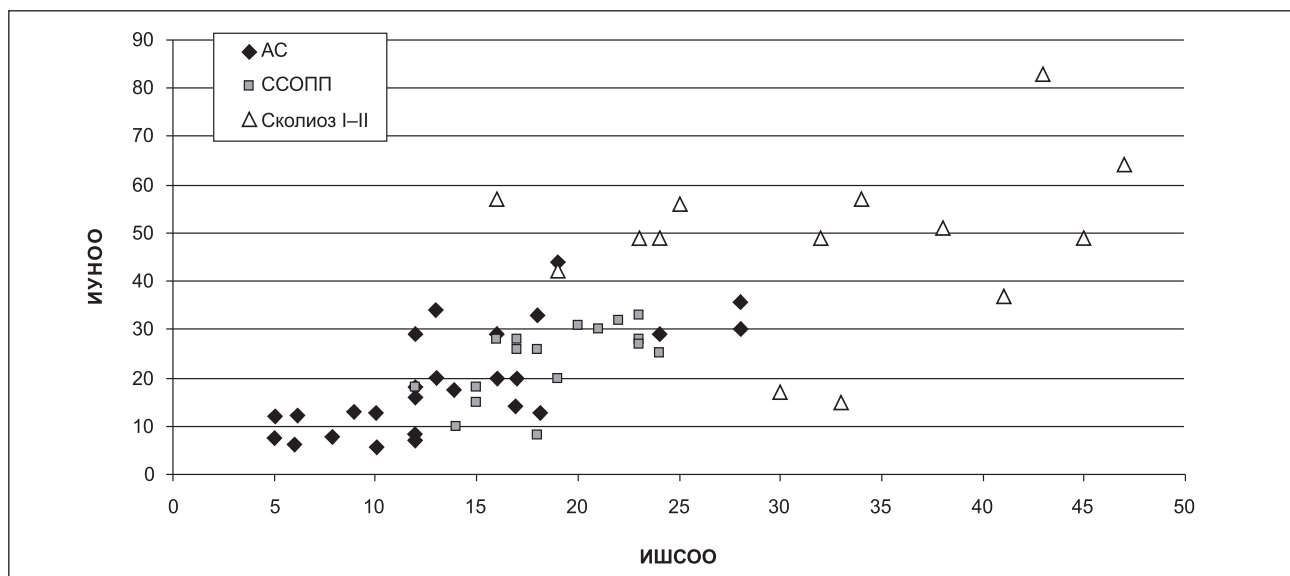


Рисунок 5. Значения индексов ротационной установки позвонков больных при анкилозирующем спондилите, синдроме системного ограничения подвижности позвоночника и сколиозе I–II степени

структур соединительной ткани, чем запускаются биомеханические механизмы ограничения подвижности сразу на всех уровнях позвоночника.

В ходе клинической диагностики позвоночника выявляется ряд симптомов, совокупность которых позволяет заподозрить наличие синдрома системного ограничения подвижности позвоночника. К ним относятся: симптомы нарушения статики и симптомы ограничения подвижности. Исследование статики позвонков начинают при вертикальном положении пациента. Диагностируется: 1) положение остистых отростков позвонков вдоль одной прямой линии. Для этого необходимо, как это принято при исследовании сколиоза у детей, по спине пациента провести пальцем линию вдоль верхушек остистых отростков от CVII к SI. И если более 3–4 остистых отростков подряд стоят вдоль одной прямой, проба считается положительной; 2) при внешнем осмотре пациента выявляется уплощение поясничного лордоза; 3) уплощение пояснично-крестцового перехода нередко сопровождается сближением остистых отростков LII–LV; 4) вертикальное положение крестца распознается по отсутствию выраженности заднего наружного контура (сглажена выпуклость) крестца и ягодиц. Положение крестца обычно бывает нормальным, нередко вертикальным, а в отдельных случаях горизонтальным; 5) весь шейный отдел позвоночника может быть смещен кпереди; 6) голова иногда имеет вынужденное положение — уходит несколько кпереди или вбок; 7) остистые отростки позвонков краниоцервикального перехода — C1–C2 и чешуя затылка бывают сближены.

Симптомы нарушения подвижности позвоночника исследуются в положении больного стоя и лежа:

1) исследуется пальцевая проба Томайера. Больного просят наклониться вперед, не сгибая колени. В норме расстояние от кончиков пальцев до пола составляет 0–5 см. При ССОПП это расстояние может существенно увеличиться;

2) для дифференциальной диагностики можно провести пробу Форестье. Пациента, стоящего с прижатой к стене спиной и пятками, просят дотянуться затылком до стены. Ограничения подвижности диагностируют в случае, когда пациент с большим трудом дотягивается затылком до стены или когда расстояние между стеной и затылком сохраняется. У пациентов с ССОПП эти симптомы нередко бывают отрицательными;

3) с целью исключения сакроилеита традиционно используются клинические функциональные пробы, смысл которых состоит в том, чтобы вызвать реакцию боли в ответ на внешнее мануальное воздействие: симптом Кушелевского I, II, III, симптом Макарова I, II и другие;

4) ограничения подвижности позвонков исследуют в положении больного лежа на животе. Его голова, с целью общего расслабления, повернута набок. Техника известна в практике мануальной терапии и остеопатии как роллинг. Врач стоит сбоку от пациента. Одна рука накладывается на область крестца, и толчками задается качательное движение всего позвоночника. Пальцы второй руки поочередно накладываются на остистые отростки позвонков. Изучается наличие их подвижности относительно окружающих позвонков и общей подвижности позвоночника от крестца до изучаемого позвонка;

5) тест подвижности крестцово-подвздошных суставов проводят так, как это принято при исследовании КПС в остеопатии и мануальной те-

рапии. Пациент лежит на спине, нога на стороне исследуемого КПС согнута в коленном суставе. Врач стоит сбоку, одна рука врача находится на области крестцово-подвздошного сустава снизу, вторая охватывает соответствующий сустав. Врач, используя коленный сустав пациента в качестве рычага, смещает все структуры нижней конечности и оценивает подвижность крестцово-подвздошного сустава с одной стороны. А затем исследование проводится и с другой стороны. Сравнивается подвижность крестцово-подвздошного сустава с одной и с другой стороны.

Рентгенологическая диагностика синдрома системного ограничения подвижности позвоночника

Рентгенологические критерии выявления синдрома системного ограничения подвижности позвоночника базируются на стандартных рентгенограммах. Стандарты и условия рентгенографии описаны в монографии (Орел А.М., 2006). Исследуются рентгенограммы пояснично-крестцового отдела, выполненные при вертикальном положении больного. Выявляется: 1) симптом линейного выстраивания остистых отростков; 2) симптом этажерки; 3) симптом цилиндра; 4) вертикальное или нормальное положение крестца; 5) двусторонняя симметричная суставная сакрализация LV; 6) межостистый неоартроз 2–3 поясничных позвонков. Если на рентгенограммах пояснично-крестцового отдела эти симптомы обнаружены, рекомендуется дополнительно провести рентгенографию шейного отдела позвоночника при вертикальном положении больного. Здесь можно выявить нарушения пространственного положения структур краниоцервикальной зоны: 7) смещения зуба СII выше линий Макгрегора, Чемберлена и де ла Питти; 8) симптом цилиндра; 9) симптом этажерки шейного отдела; 10) межостистый неоартроз СI–СII.

Выделение данных клинических и рентгенологических симптомов в совокупности с изучением жалоб и анамнеза больных позволяют установить диагноз «синдром системного ограничения подвижности позвоночника». Выявление ССОПП в молодом возрасте до 30–40 лет позволит отнести данного пациента к группе риска по анкилозирующему спондилиту. Выявление ССОПП в возрасте старше 40–50 лет может свидетельствовать о системном ограничении подвижности.

Синдром системного ограничения подвижности позвоночника при анкилозирующем спондилите имеет наиболее выраженную и устойчивую форму. Фиксация поражений приобретает не только функциональное, но и морфологическое воплощение в виде синдесмофитов и анкилозов. При дорсопатиях в основном встречаются функциональные ограни-

чения подвижности. Они развиваются постепенно и выражены неярко, реже инвалидизируя больных, что одновременно является и основной трудностью. Данные пациенты наиболее часто становятся посетителями клиник восстановительного лечения. Явные ограничения подвижности, ограничения свободы отдельных движений вынуждают их вновь и вновь обращаться за помощью. И это предмет для обсуждения с врачами восстановительной медицины и реабилитологами. Такие пациенты хорошо поддаются аппаратной физиотерапии и методам неспецифического как лекарственного, так и не лекарственного лечения. Среди прочих методов им хорошо помогают ЛФК, массаж, рефлексотерапия, методы лечения с биологической обратной связью, мануальная терапия, остеопатия.

Итак, синдром системного ограничения подвижности позвоночника имеет вполне очерченные клинические и рентгенологические признаки. Он наблюдается у больных как с анкилозирующим спондилитом, так и с дорсопатиями. Выделение данного синдрома в отдельную нозологическую форму позволит решить ряд организационных задач медицинской помощи этой группе больных. Обнаружение данного синдрома у молодых пациентов, юношей и в детском возрасте позволит определить их в группу риска по анкилозирующему спондилиту. Это, в свою очередь, даст возможность наблюдать их в дальнейшем, поддерживать лечебными мероприятиями, помогать в определении выбора профессии и рода занятий. С другой стороны, при отсутствии симптомов анкилозирующего спондилита больные этой группы смогут получать квалифицированную врачебную помощь, направленную на устранение симптомов неподвижности с учетом особенностей их состояния. Кроме того, выделение данного синдрома в отдельную нозологическую форму сможет стимулировать научные изыскания в направлении разработки реабилитационных программ таким больным, что, по сути, позволит целенаправленно выстроить систему их восстановления.

Список литературы

1. Орел А.М. Рентгенодиагностика позвоночника для мануальных терапевтов. Том I: Системный анализ рентгенограмм позвоночника. Рентгенодиагностика аномалий развития позвоночника. — М.: Видар-М, 2006. — 312 с.
2. Орел А.М., Семенова О.К., Табиев В.И. Патент на изобретение № 2454179 от 27 июня 2012 г. Способ диагностики патологии позвоночника пациента с использованием индекса Орла. Заявка № 2011121452 от 30 мая 2011 г.
3. Орел А.М. Концепция патогенеза анкилозирующего спондилита (биомеханические аспекты поражения) // Международный неврологический журнал. — 2012. — 7(53). <http://www.mif-ua.com/archive/article/34957>

Получено 28.04.13 □

Орел О.М.

Факультет післявузівської професійної освіти лікарів
ДБОУ ВПО «Перший МДМУ ім. І.М. Сеченова
Мінздраву Росії», м. Москва

СИНДРОМ СИСТЕМОГО ОБМЕЖЕННЯ РУХЛИВОСТІ ХРЕБТА У ПАЦІЄНТІВ ІЗ ДОРСОПАТІЄЮ

Резюме. Рентгенологічне дослідження всіх відділів хребта з побудовою системних моделей системного аналізу рентгенограм хребта 30 хворих із дорсопатіями та сколіозом I–II ступеня показало, що серед них є особи з синдромом системного обмеження рухливості хребта. У статті наведено клініко-рентгенологічне спостереження такого хворого. Подані критерії інтегральної кількісної оцінки статички хребта у цих пацієнтів — значення індексу ротаційної установки хребців. Описана клінічна та рентгенологічна діагностика синдрому системного обмеження рухливості хребта.

Ключові слова: дорсопатія, синдром системного обмеження рухливості хребта.

Oryol A.M.

Faculty of Postgraduate Professional Education of Physicians
of State Budgetary Educational Institution of Higher
Professional Education «First Moscow State Medical University
named after I.M. Sechenov of Ministry of Healthcare
of Russia», Moscow, Russia

SYNDROME OF SYSTEMIC SPINAL MOTION RESTRICTION IN PATIENTS WITH DORSOPATHY

Summary. X-ray examination of all spinal system with the construction of system models of system analysis of the spine radiographs in 30 patients with dorsopathy and scoliosis grade I–II showed that among them there are persons with syndrome of systemic spinal motion restriction. The article presents the clinical and radiological follow-up of such patient. Criteria for integral quantitative assessment of spine statics in these patients — the indices of rotary position of vertebrae — are provided. There has been described the clinical and radiographic diagnosis of syndrome of systemic spinal motion restriction.

Key words: dorsopathy, syndrome of systemic spinal motion restriction.