



Ассоциация ревматологов Украины
Ассоциация ортопедов-травматологов Украины

Ваш путеводитель

по жизни

с анкилозирующим спондилоартритом

Методические рекомендации для пациентов
сентябрь 2010

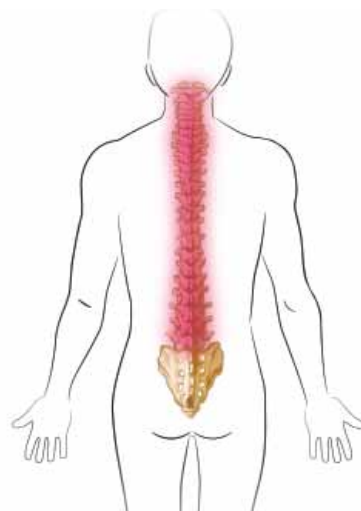
Что такое анкилозирующий спондилоартрит?

Это хроническое воспалительное заболевание, которое в основном поражает суставы между телами позвонков и область соединения позвоночника и костей таза (крестцово-подвздошное сочленение) и развивается у пациентов молодого трудоспособного возраста.

Хроническое воспаление в этих областях вызывает боль и скованность в позвоночнике и прилежащих к нему структурах. Со временем хроническое воспаление позвоночника (**спондилит**) приводит к полной потере его подвижности, то есть развивается **анкилоз**.

Анкилозирующий спондилоартрит (или болезнь Бехтерева) — это также и системное заболевание, при котором могут поражаться внутренние органы, такие как глаза, сердце, легкие и почки, а также периферические суставы.

Симптомы анкилозирующего спондилоартрита могут наблюдаться при других артритах, таких как псориатический артрит, реактивные артриты, а также артриты, связанные с заболеванием кишечника (язвенный колит и болезнь Крона). Любой из этих артритов может вызвать воспаление позвоночника, других суставов, глаз, кожи и других органов. Учитывая сходство этих заболеваний и их способность вызывать воспаление позвоночника, они объединены в отдельную группу под названием СПОНДИЛОАРТРИТЫ.



Анкилозирующий спондилоартрит в 2-3 раза чаще встречается у мужчин. У женщин чаще имеются внепозвоночные поражения суставов. Заболевание может встречаться в любом возрасте, включая детей, но чаще проявляется клинически во втором и третьем десятилетиях жизни.

Причина анкилозирующего спондилоартрита и можно ли его предупредить

В настоящее время не известно других причин, по которым может развиваться анкилозирующий спондилоартрит, кроме генетической предрасположенности.

До 90% людей с анкилозирующим спондилоартритом имеют при рождении специфический ген, который называется HLA-B27. Для изучения роли этого гена в развитии анкилозирующего спондилоартрита в мире были проведены многочисленные исследования. По их данным, наличие HLA-B27 у человека только увеличивает риск развития анкилозирующего спондилоартрита при воздействии определенных факторов окружающей среды. Тем не менее даже среди носителей этого гена вероятность развития заболевания подлежит дальнейшему изучению. Так, например, из 7% американской популяции носителей HLA-B27 анкилозирующий спондилоартрит наблюдается только у 1%. В скандинавских странах 24% населения имеют данный ген, а распространенность анкилозирующего спондилоартрита составляет всего 1,8%. Однако наличие у пациента HLA-B27 является одним из критериев для постановки диагноза «анкилозирующий спондилит» или «спондилоартрит». В последнее время в научных лабораториях были выделены еще 2 гена, названные ARTS1 и IL23R, которые могут быть связаны с развитием заболевания.

Для каждого случая заболевания имеется свое уникальное сочетание факторов, которые способствуют началу и дальнейшему развитию анкилозирующего спондилоартрита. В некоторых случаях в роли провоцирующего фактора может выступить микробная инфекция или сочетание различных бактериальных агентов. Попав в организм, микроб вызывает активацию иммунной системы, а при наличии у человека гена HLA-B27 эта активация переходит в хроническую самоподдерживающуюся форму, даже при отсутствии микробного агента. В результате формируется хроническое воспалительное аутоиммунное заболевание.

Учитывая, что на развитие заболевания оказывают влияние только генетические факторы, специфической профилактики анкилозирующего спондилоартрита и других спондилоартритов не существует. Тем не менее ранний диагноз и соответствующая противовоспалительная терапия могут значительно уменьшить боль и скованность в позвоночнике и суставах, а также предупредить или задержать развитие необратимых деформаций позвоночника и потерю трудоспособности.

Анатомия анкилозирующего спондилоартрита

При анкилозирующем спондилоартрите в первую очередь поражаются следующие отделы скелета: крестцово-подвздошные сочленения, позвоночник, связки, энтезисы (места прикрепления связок к костям).

Что такое позвоночник?

Это одна из самых важных частей Вашего тела, которая обеспечивает уникальную способность человека к прямохождению. Позвоночник также защищает спинной мозг и позволяет контролировать способность Вашего тела к произвольным движениям посредством соединения двигательных областей мозга с периферическими нервами в конечностях. Без спинного мозга Ваше тело не могло бы двигаться, а органы — функционировать. Поэтому необходимо сохранять позвоночник здоровым, если Вы хотите вести активный образ жизни.

Итак, позвоночник состоит из 24 костей (позвонков), которые с помощью связок и мышц соединяются в позвоночный столб, обеспечивающий форму и функционирование нашего тела. Движения в позвоночном столбе обеспечивает большое количество мышц, которые к нему прикрепляются.

Позвоночный столб состоит из 3-х отделов — шейного (7 позвонков), грудного (12 позвонков) и поясничного (5, иногда 6 позвонков) — и базируется на особом, крестцовом, отделе. В норме позвоночный столб имеет S-образную форму, которая позволяет здоровому позвоночнику выдерживать любые виды нагрузок и вес тела.



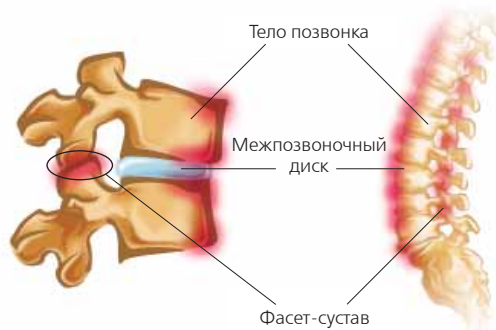
Строение позвоночника

Наиболее подвижный отдел позвоночника — шейный. Два первых позвонка в этом отделе (атлант и аксис) отличаются от других и обеспечивают движения головы во все стороны. Основную роль в обеспечении этой подвижности играют специальные связки между позвонками, которые поражаются при спондилоартритах в первую очередь.

Анатомия анкилозирующего спондилоартрита (продолжение)

Шейный отдел наиболее уязвим при различных травмах, даже незначительных, так как не имеет мощного мышечного каркаса и рассчитан на удержание небольшого веса головы.

Места воспаления в позвоночнике при анкилозирующем спондилоартрите



Грудной отдел наименее подвижный, так как соединяясь с ребрами за счет реберно-грудинных и реберно-позвоночных соединений, образует грудной каркас, а также имеет самые тонкие межпозвоночные диски и самый узкий спинномозговой канал.

Позвонки в поясничном отделе испытывают наибольшую нагрузку и поэтому имеют большие, чем в других отделах, размер и ширину спинномозгового канала, из которого выходит большое количество нервов. Поэтому боль в нижней части спины наиболее часто встречается среди различных возрастных групп населения. Причиной боли является подъем, перенос или передвижение тяжелых предметов, что приводит к повторяющимся повреждениям поясничного отдела позвоночника.

Позвонки соединяются между собой при помощи большого количества связок. Связки соединяют кость с костью, сухожилия соединяют мышцы с костями. Также позвоночник имеет самые настоящие суставы (как колено или локоть), которые называются фасет-суставы. Они расположены между каждой парой позвонков (по одному суставу с каждой стороны) и позволяют позвонкам двигаться относительно друг друга, обеспечивая подвижность всего позвоночника. Как и любой другой сустав, они имеют хрящ, синовиальную оболочку и суставную жидкость. Если суставы обеспечивают подвижность, то множественные пара-спинальные мышцы обеспечивают движение в позвоночнике и скелете в целом. При поражении какого-либо отдела позвоночника автоматически возникает спазм окружающих мышц, который ограничивает движения в данном отделе. В спазме мышечные клетки вырабатывают огромное количество молочной кислоты, которая вызывает боль, или, как ее еще называют, мышечную контрактуру. Таким образом,

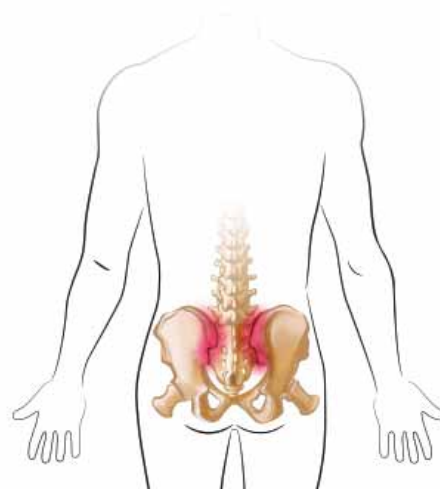
Анатомия анкилозирующего спондилоартрита (продолжение)

при анкилозирующем спондилоартрите на ранних стадиях ограничение подвижности позвоночника связано со спазмом мышц, и при правильном своевременном лечении возможно полное восстановление. Кроме того, через маленькие отверстия между позвонками выходят нервы, которые соединяют спинной мозг со специфической частью тела, могут сдавливаться и вызывать болевой синдром.

Знание нормальной анатомии позвоночника позволяет понять и объяснить все симптомы болезни. Здоровый позвоночник может осуществлять движения во всех направлениях. При анкилозирующем спондилоартрите связки кальцифицируются, развивается анкилоз (сращение) в фасет-суставах, позвонки срастаются между собой, спазмируются окружающие позвоночник мышцы, и движения в позвоночнике становятся невозможными, в результате чего на поздних стадиях заболевания неизбежно развивается инвалидность.

Что такое крестцово-подвздошное сочленение?

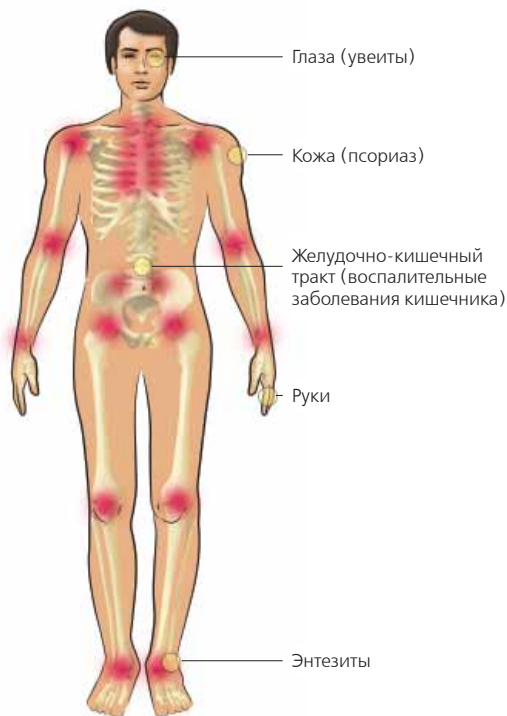
Это соединение крестца с правой и левой подвздошными костями. Крестец — это трехгранная кость, расположенная в нижней части спины, ниже 5-го, последнего, поясничного позвонка. В отличие от других, подвижных отделов позвоночника, где позвонки соединяются между собой при помощи суставов, крестец является цельной костью. Движения в этом отделе позвоночника в норме отсутствуют. Таз образуется из двух больших подвздош-



Крестцово-подвздошное сочленение

ных костей и крестца. Крестец и подвздошные кости соединяются между собой при помощи мощной системы связок, поэтому круговые движения в этом соединении минимальны и не превышают 4°. Движения в этой части скелета осуществляются за счет тазобедренных суставов и поясничного отдела позвоночника.

Анатомия анкилозирующего спондилоартрита (продолжение)



Какие еще области воспаляются при спондилоартритах?

- Крупные (коленные, тазобедренные) и мелкие суставы кистей и стоп;
- места соединения грудины с ключицей и грудины с ребрами;
- хрящ, который окружает кость (костохондрит);
- места, где связки и мышцы прикрепляются к кости (тендинит);
- место прикрепления ахиллова сухожилия к пяточной кости;
- подошвенная фасция;
- глаза;
- сердце;
- легкие;
- кишечник — при болезни Крона и неспецифическом язвенном колите;
- кожа — при псориазе.

Симптомы анкилозирующего спондилоартрита

Основные симптомы анкилозирующего спондилоартрита главным образом связаны с воспалением в позвоночнике, крестцово-подвздошных сочленениях, суставах и других органах. Однако наиболее общим симптомом активного воспаления при всех ревматических заболеваниях является усталость, которая появляется и медленно нарастает задолго до боли и нарушения функции позвоночника или суставов.

Начинаясь исподволь, воспаление в позвоночнике вызывает боль и скованность в области поясницы и крестца, шеи, верхнего плечевого пояса, постепенно распространяясь на другие отделы и ухудшаясь месяц за месяцем.

Иногда начало болезни может быть острым и быстрым. Проявляется внезапной сильной скованностью во всем теле, когда нет возможности встать и двигаться, температура до 38-39°C и ознобом.

Нередко один или два эпизода радикулита в молодом возрасте (18-25 лет) с последующим длительным периодом полного здоровья «вырастают» к 40 годам в полноценный диагноз «анкилозирующий спондилит» со значительными нарушениями осанки и подвижности позвоночника.

У подростков начало заболевания в виде болей в нижней части спины часто принимают за перетренированность при занятиях в тренажерном зале или других спортивных секциях.

Боль и скованность часто усиливаются во второй половине ночи и утром, а также после длительного покоя, и

уменьшаются после зарядки и теплого утреннего душа.

При анкилозирующем спондилоартрите (чаще у женщин) поражаются суставы не только позвоночника, но и конечностей. В коленных, голеностопных, мелких суставах кистей и стоп может быть боль, скованность, отечность. Сустав может быть красным и горячим. Поражение тазобедренных суставов часто выявляется уже на поздних стадиях по нарушению походки или на рентгенограммах. Нередко в таких случаях помочь может только замена сустава.

В процессе болезни кости, а особенно позвонки, становятся хрупкими и легко ломаются даже при незначительной травме. Остро возникшая боль в позвоночнике может указывать на перелом.

Часто наблюдаются боли в местах прикрепления связок к костям, пятке, подошвенной стороне стопы.

Поражение глаз (ирит, увеит) наблюдается у 25% пациентов и проявляется острым покраснением и болью в глазу, особенно при ярком свете. Это может повторяться несколько раз и поражать оба глаза, что приводит к снижению или потере зрения, а в некоторых случаях требует неотложной помощи окулиста.

Необходимо заметить, что ирит и поражение позвоночника могут быть при одной из других форм СПОНДИЛОАРТРИТОВ (псориатический, при заболеваниях кишечника, синдром Рейтера).

Осложнения анкилозирующего спондилоартрита



**Изменение осанки
при анкилозирующем спондилоартрите**

В процессе хронического заболевания позвоночник может полностью утратить подвижность, а сопутствующее поражение реберно-позвоночных суставов ограничивает дыхательные движения грудной клетки и приводит к уменьшению дыхательного объема легких и развитию одышки. Все это создает условия для развития инфекций легких и является серьезным осложнением анкилозирующего спондилоартрита.

Воспаление глаз в среднем у 40% пациентов может приводить к снижению или потере зрения, а в некоторых случаях требовать неотложной помощи окулиста.

Редким осложнением является поражение сердца. При анкилозирующем спондилоартрите иногда нарушено нормальное проведение электрического импульса, который обеспечивает сокращение сердца. При этом сердце может сокращаться реже, чем в норме (брадикардия), или возникают различные блокады проведения импульса. Воспаление аорты и аортального клапана может вызывать одышку, головокружение, отеки на ногах и другие проявления сердечной недостаточности.

Почки поражаются только при хроническом, длительном и нелеченном анкилозирующем спондилоартрите и, к сожалению, почти всегда сразу это проявляется признаками нарушения почечной функции (усталость, тошнота, повышение артериального давления), что в некоторых случаях требует применения искусственной почки.

Как правильно поставить диагноз?

Диагноз анкилозирующего спондилоартрита устанавливается на основании болей в спине воспалительного характера, поражения других органов и частей скелета и наличия признаков воспаления по результатам дополнительных методов обследования.

Для постановки диагноза важны следующие симптомы:

- начало заболевания в возрасте до 35 лет;
- боль в спине и суставах присутствует более 3-х месяцев (хроническая боль);
- боль и скованность в спине усиливаются ночью, утром или после длительного покоя и уменьшаются после зарядки или любых активных движений;
- при приеме неспецифических противовоспалительных препаратов (НПВП) развивается быстрое улучшение состояния.

В связи с тем, что жалобы на боли в спине есть в условиях современного малоподвижного образа жизни у всех людей независимо от возраста, для достоверного диагноза Вашему врачу необходимо провести следующие дополнительные методы обследования.

Рентгенография, компьютерная томография (КТ), магнитно-резонансная томография (МРТ)

Рентгенография позволяет увидеть изменения в костях и суставах, свойственные анкилозирующему спондилоартриту, однако уже на поздних стадиях.

При отсутствии или наличии сомнительных изменений на рентгенограммах Ваш врач может порекомендовать Вам проведение КТ или МРТ для выявления изменений в костях или признаков их воспаления.

NB! Все эти методы нужны не только для постановки диагноза, но и для своевременного выбора правильного варианта лечения, поэтому при необходимости они могут проводиться несколько раз.

Анализ крови

Они нужны для выявления воспаления в организме. Это — СОЭ и С-реактивный белок. СОЭ — это тест, при котором измеряется скорость оседания эритроцитов в тоненькой трубочке (капилляр), при воспалении скорость увеличивается. Увеличение С-реактивного белка происходит при активации иммунной системы организма в ответ на воспаление или инфекцию.

Другие тесты включают в себя общий анализ крови, где возможно обнаружение анемии хронического воспаления (снижение уровня гемоглобина и эритроцитов) и увеличения общего количества лейкоцитов, а также определение антигена HLA-B27.

На поздних стадиях болезни в общем анализе мочи могут определяться белок и повышенное количество лейкоцитов и эритроцитов.

На приеме у врача

Подготовка к первому визиту в поликлинику в условиях ограниченного времени приема врача может быть очень полезной. Мы предлагаем некоторую информацию, которая поможет Вам подготовиться к посещению врача-ревматолога.

Запишите ответы на предполагаемые вопросы врача:

- Все жалобы, которые имеются у Вас в настоящий момент, включая даже те, которые, по Вашему мнению, не связаны с основным заболеванием.
- Основные персональные данные, включая наиболее значимые стрессовые ситуации (травмы, операции), изменения в жизни и другие заболевания.
- Перечислите все медикаменты, которые Вы принимаете, включая витамины и пищевые добавки.
- Когда появились первые симптомы болезни?
- Как развивалось заболевание в дальнейшем: симптомы присутствовали постоянно или возникали эпизодически? Что способствовало развитию обострений?
- Усиливаются ли симптомы заболевания утром или после длительного периода покоя?
- Что облегчает Ваше состояние? Какие обезболивающие препараты Вы принимали, и какие из них были наиболее эффективны?

Также необходимо подготовить список вопросов, которые Вас наиболее интересуют. Для пациентов со спондилитом мы предлагаем список наиболее важных вопросов:

- Какая наиболее вероятная причина моего заболевания?
- Какие дополнительные обследования мне необходимы?
- Какие существуют основные методы лечения?
- Какой метод лечения Вы посоветуете мне?
- В связи с моей болезнью должен ли я соблюдать какие-либо ограничения?
- Должен ли я заниматься лечебной физкультурой, и какие упражнения я могу делать дома?
- Можно ли мне принимать физиотерапевтические процедуры, грязи, радоновые и другие ванны, а также все остальные виды санаторно-курортного лечения?
- Какие информационные материалы о моей болезни и методах лечения Вы можете посоветовать?

Лечение анкилозирующего спондилоартрита

NB! Лечение пациенту со спондилоартритом должно быть назначено врачом-ревматологом в зависимости от стадии заболевания, его активности и ограничения функциональной способности пациента.

Лечение анкилозирующего спондилоартрита складывается из двух равноценных и неотъемлемых частей:

- медикаментозное лечение;
- физическая реабилитация (упражнения, физиотерапия, санаторное лечение).

Медикаменты уменьшают воспаление в позвоночнике, суставах и других органах, а также тормозят прогрессирование заболевания.

Самыми известными и популярными лекарствами среди пациентов являются так называемые «обезболивающие», которые правильно называются **нестероидные противовоспалительные препараты, или НПВП** (диклофенак, мовалис, нимесил, напроксен, индометацин и другие). Как правило, при первом применении НПВП у пациентов с анкилозирующим спондилоартритом эффект наступает очень быстро, в первые 24 часа.

В последние годы на основании многочисленных научных исследований было установлено, что НПВП не

только уменьшают боль, но и предупреждают окостенение позвоночника.

Пациенты, которые принимают НПВП каждый день, имеют меньшее количество костных выростов (остеофиты) в позвоночнике, чем те, кто принимает при болях.

Общими побочными эффектами этой группы препаратов являются боли в животе, тошнота, диарея и даже иногда язвенная болезнь и язвенное кровотечение, которые могут потребовать неотложной помощи. Чтобы уменьшить эти побочные явления, лучше принимать НПВП во время приема пищи и своевременно обращаться к врачу при появлении жалоб со стороны желудочно-кишечного тракта.

При поражении суставов НПВП оказывают недостаточный эффект на воспаление, поэтому дополнительно назначают длительнодействующие болезнь-модифицирующие противоревматические препараты: **сульфасалазин, метотрексат** или **лефлунамид**. Метотрексат назначается в таблетках или инъекциях и в некоторых случаях может более эффективно уменьшать воспаление в суставах.

Лечение анкилозирующего спондилоартрита (продолжение)

Доказано, что при изолированном прогрессирующем поражении позвоночника, когда НПВП недостаточно эффективны, метотрексат, лефлуномид и сульфасалазин также неэффективны. В этом случае единственными препаратами на сегодняшний день, которые могут снизить активность заболевания, уменьшить воспаление и улучшить подвижность позвоночника, являются так называемые **блокаторы фактора некроза опухоли альфа (ФНО- α)**. В нашей стране зарегистрированы и успешно применяются два препарата из этой группы: адалимумаб (Хумира) и инфликсимаб (Ремикейд). В других странах дополнительно применяются этанерсепт, голимумаб и цертолизумаб.

ФНО- α — это основной белок, который вызывает воспаление и все связанные с ним жалобы и симптомы при всех воспалительных заболеваниях суставов и позвоночника. **Блокируя этот белок, мы радикально действуем на основной механизм развития болезни и можем остановить ее.** Блокаторы ФНО- α показаны, в первую очередь, тем пациентам, у которых поражен только позвоночник, а НПВП эффективны менее чем на 50%. Все препараты этой группы эффективны для лечения анкилозирующего спондилоартрита.

Наилучший эффект достигается, если лечение начато очень рано, когда еще нет изменений на рентгенограммах. Уменьшение боли и скованности в большинстве случаев развивается в первые несколько суток и нарастает при продолжении лечения. При длительном (годы) применении эффект сохраняется и не ослабевает. Если по любым причинам терапия прерывается, обострение заболевания может возникнуть вновь. Возобновление приема препаратов этой группы позволяет получить первоначальный эффект на основные проявления болезни.

У пациентов с поражением периферических суставов и неэффективностью или непереносимостью сульфасалазина, метотрексата и лефлуномида **блокаторы ФНО- α** оказывают мощный и продолжительный эффект на все проявления артрита. Кроме того, некоторые препараты этой группы эффективно лечат поражения глаз и предупреждают потерю зрения, также влияют на поражение кожи при псориатическом артрите, вплоть до полного исчезновения всех бляшек, и на кишечные проявления при неспецифическом язвенном колите и болезни Крона.

Лечение анкилозирующего спондилоартрита (продолжение)

Достаточно часто доктора для лечения анкилозирующего спондилоартрита назначают **гормональные препараты** (кортикостероиды) в таблетках и уколах. При первом назначении они, как правило, имеют быстрый и непреходящий эффект. Однако — это первое впечатление. В дальнейшем эффект ослабевает, а зачастую исчезает вовсе, и на первый план выступают серьезные побочные эффекты, включая катаракту, истончение кожи и костей, инфекции, диабет, повышение артериального давления и разрушение крупных суставов, особенно тазобедренных. При анкилозирующем спондилоартрите кортикостероиды в таблетках могут применяться кратковременно при очень высокой активности болезни и поражении внутренних органов (глаз) или изредка вводиться в суставы или места прикрепления связок к кости. Длительный прием не предотвращает окостенение позвоночника и утрату его функции. Инъекции в суставы и связки должны выполняться специалистом-ревматологом в условиях манипуляционного кабинета.

При иритах и увеитах кортикостероиды очень эффективны (предупреждают потерю зрения) и могут быть назначены в виде глазных капель или местных инъекций. Лечение в данном случае должно быть назначено офтальмологом.

При поражениях сердца иногда требуется установка кардиостимулятора (при блокадах) или лечение сердечной недостаточности.

Курение у людей с анкилозирующим спондилоартритом строго запрещено, так как может быть пусковым механизмом нарушения дыхания или значительно ухудшить уже имеющееся поражение легких.

При анкилозирующем спондилоартрите необходимо регулярно посещать врача для мониторинга и предупреждения серьезных осложнений терапии.

Лечебная гимнастика при анкилозирующем спондилоартрите

Неотъемлемая часть лечения анкилозирующего спондилоартрита — лечебная физкультура, которая помогает сохранить подвижность позвоночника, не позволяя позвонкам срастаться между собой. Регулярные упражнения улучшают подвижность позвоночника и увеличивают вентиляцию легких, которая снижается из-за поражения суставов грудной клетки.

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

Прежде чем начать занятия гимнастикой, проконсультируйтесь со своим врачом или физиотерапевтом, так как комплекс упражнений подбирается индивидуально, в зависимости от степени поражения позвоночника и суставов, стадии заболевания, а также других факторов.

Выполнять упражнения Вы можете в любое время в течение дня. Если Вы, как правило, чувствуете утреннюю скованность — это самое подходящее время для выполнения упражнений, чтобы уменьшить или устранить скованность.

Идеальный вариант — разделить комплекс упражнений в течение дня, например: утро начинать с разминки и несложных упражнений, в обеденное время — упражнения для шейного и грудного отдела позвоночника, для улучшения циркуляции воздуха в легких, вечером — комплекс для всех отделов позвоночника. Учитесь «слушать» свое тело и уделять внимание участкам, которые требуют значительных усилий.

На начальных этапах выполнение упражнений может быть трудным и болезненным, однако необходимо продолжать занятия, и уже через несколько дней Вы заметите существенное улучшение в подвижности и уменьшение болей.

DVD-материалы в приложении предназначены для пациентов с анкилозирующим спондилоартритом. Врач-реабилитолог руководит пациентами с разной степенью спондилоартрита в выполнении комплексов упражнений для различных отделов позвоночника. Также представлена техника правильного выполнения упражнений.

Диета при анкилозирующем спондилеоартрите

Существуют основные руководящие принципы правильного питания:

- Ешьте разнообразные продукты.
 - Ешьте много овощей, фруктов и цельнозерновых продуктов.
 - Употребление жиров (особенно насыщенных жиров в продуктах животного происхождения), холестерина, сахара и соли — в умеренных количествах.
 - Соблюдайте оптимальный водный режим.
 - Избегайте употребления алкоголя или продуктов, которые могут взаимодействовать с препаратами, которые Вы принимаете.
 - Обсудите с Вашим врачом необходимость дополнительного применения витаминов и минеральных веществ, если Вы не получаете достаточного их количества с пищевыми продуктами.
- Есть некоторые руководящие принципы, следуя которым можно улучшить состояние здоровья и благополучия для каждого.

NB! Люди со спондилеоартритом подвержены более высокому риску переломов в различных отделах скелета.

Снизить риск переломов Вам поможет:

- Диета с достаточным количеством кальция и витамина D.
- Ограничение приема алкогольных напитков.
- Регулярные физические упражнения и, по решению Вашего врача, специфическая терапия.

Практические советы относительно образа жизни пациентов с анкилозирующим спондилеоартритом



Регулярно посещайте врача-ревматолога и соблюдайте все рекомендации



Независимо от самочувствия каждое утро следует начинать с лечебной гимнастики



Соблюдайте диету с большим количеством белков, витаминов и кальция



Следует бросить курить, так как развивающийся при курении хронический бронхит уменьшает вентиляцию легких.
NB! Кроме того, по данным международных исследований, курение снижает эффективность ингибиторов ФНО- α на 25-30%

Половая жизнь и беременность при анкилозирующем спондилоартрите

Анкилозирующий спондилоартрит, в общем, лишь незначительно влияет на половую жизнь. Заболевание не оказывает влияния на потенцию и сексуальное влечение.

Однако ограничение сексуальной активности пациентов с анкилозирующим спондилоартритом может быть выраженным при активном воспалительном процессе (боли и скованности в суставах и позвоночнике), постоянным — при формировании стойких анкилозов.

Насколько глубоко влияют на половое влечение связанные с болезнью нарушения (боли, скованность, усталость), зависит от душевного состояния (самоуверенности, доверия между партнерами). Пациент и его партнер не должны терять оптимизма и найти индивидуальный выход.

Решающее значение при этом имеют открытость и непредубежденность.

Беременность у женщин с анкилозирующим спондилоартритом не означает никакого особенного риска для матери и ребенка.

В период беременности практически не наблюдается симптомов ухудшения состояния анкилозирующего спондилоартрита.

Анкилозирующий спондилоартрит не влияет на детородную функцию и вынашивание, не увеличивает риск преждевременных родов. В большинстве случаев роды физиологичны. При наличии изменений в тазобедренных суставах и крестцово-подвздошных сочленениях может возникнуть необходимость кесарева сечения. В любом случае акушер-гинеколог должен быть заранее проинформирован о Вашем заболевании.

ВНИМАНИЕ! С целью предупреждения осложнений у матери и ребенка решение о планируемой беременности в обязательном порядке необходимо согласовать с Вашим лечащим врачом.

Во время беременности противопоказан прием цитостатических препаратов (метотрексат, азатиоприн, циклофосфамид) и всех имеющихся на сегодняшний момент биологических агентов.

Работа и анкилозирующий спондилоартрит

Работа имеет очень важное социальное и экономическое значение в нашей жизни, поэтому одной из основных целей терапии для пациента и врача является сохранение трудоспособности. Наличие или отсутствие работы влияет как на материальный статус человека, так и на его настроение, желание лечиться, мотивирует постановку и достижение жизненных целей, обеспечивает социальное признание. В дебюте заболевания на трудоспособность влияет интенсивность воспаления (боли в позвоночнике и суставах, скованность, общая слабость), на более поздних стадиях способность работать определяется сформировавшимися стойкими деформациями скелета.

Адекватная терапия на ранних стадиях заболевания позволяет сохранить ранее приобретенную профессию и рабочее место, на более поздних стадиях при наличии профессиональных ограничений работу необходимо подбирать уже в соответствии с функциональными возможностями.

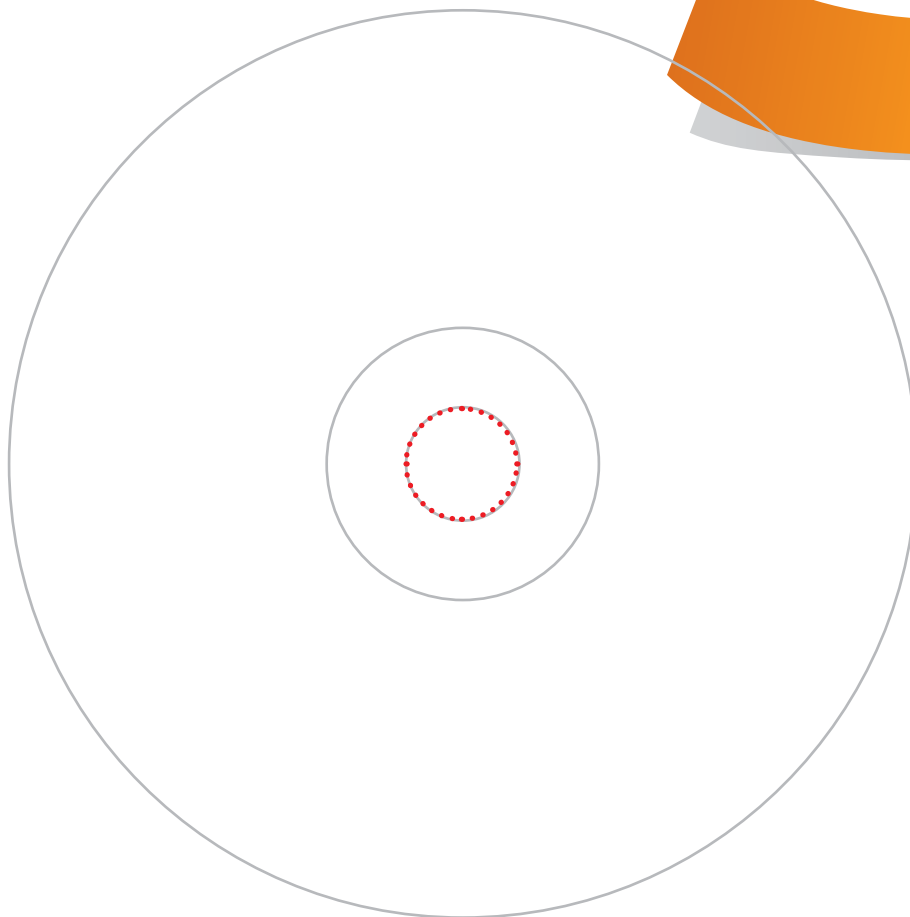
Не теряйте работу, используйте все существующие методы лечения и реабилитации для сохранения активного образа жизни, рабочего места, социального и семейного статуса, а также наиболее значимой эмоциональной составляющей нашей жизни – ощущения счастья.

Лечебная гимнастика при анкилозирующем спондилоартрите

Физические упражнения являются обязательными. Их эффект в улучшении подвижности и препятствии окостенению позвоночника приравняется к медикаментам.

Упражнения необходимо выполнять каждый день. Даже применение самых эффективных болезнь-модифицирующих препаратов (ингибиторы ФНО- α) не освобождает от ежедневных физических упражнений.

Начинать регулярную физическую активность необходимо сразу после появления болей в спине, даже до установления окончательного диагноза. На поздних стадиях заболевания физические упражнения должны подбираться индивидуально, в зависимости от степени поражения позвоночника и суставов.



Авторы:

- Коваленко В.Н.** академик НАМН Украины, президент Ассоциации ревматологов Украины, директор ГУ Национального научного центра Института кардиологии им. Н.Д. Стражеско
- Шуба Н.М.** профессор кафедры терапии и ревматологии НМАПО им. П.Л. Шупика
- Герасименко С.И.** профессор, заместитель директора по научно-лечебной работе Института травматологии и ортопедии АМН Украины
- Радченко В.А.** профессор, руководитель клиники вертебрологии, заместитель директора по научной работе Института патологии позвоночника и суставов им. М.И. Ситенко АМН Украины
- Борткевич О.П.** главный внештатный специалист МЗ Украины по специальности «ревматология», профессор кафедры терапии и ревматологии НМАПО им. П.Л. Шупика
- Гармиш Е.А.** канд. мед. наук, старший научный сотрудник отдела некоронарогенных болезней сердца и клинической ревматологии Института кардиологии им. Н.Д. Стражеско
- Тер-Вартаньян С.Х.** главный внештатный консультант по вопросам ревматологии ГУЗО и МО г. Киева, заведующий отделом ревматологии №2 Александровской клинической больницы г. Киева
- Петров А.В.** профессор кафедры внутренней медицины №2 ГУКГМУ им. С.И. Георгиевского
- Ерахторина Н.В.** главный внештатный ревматолог Управления здравоохранения Харьковской ОГА
- Крикливец Л.С.** главный внештатный ревматолог Управления здравоохранения Житомирской ОГА
- Креминская Н.К.** доцент, консультант Украинского ревматологического центра