



Случай из практики

Распространенность анкилозирующего спондилоартрита (АС) – заболевания, характеризующегося хроническим прогрессирующим течением, – составляет от 0,2 до 1,1% [1]. Хроническое воспаление, деструкция костной ткани и развитие анкилозирования илеосакральных и межпозвоноковых суставов, обызвествление спинальных связок и ограничение подвижности позвоночника приводят к значительной потере трудоспособности, сравнимой с таковой при ревматоидном артрите [2].

АС (болезнь Бехтерева) – гетерогенное заболевание; у пациентов может выявляться поражение осевого скелета с нарастающим ограничением подвижности позвоночника и его деформацией либо периферическая форма, сопровождающаяся поражением локтевых, коленных, голеностопных и других суставов, либо поражение внутренних органов (в частности, увеит, аортит и др.). Такое разнообразие клинических проявлений в повседневной клинической практике обуславливает сложности в диагностике, определении активности и степени тяжести заболевания. Несмотря на то что диагностика АС не представляет сложности, в большинстве случаев постановка диагноза «запаздывает» на 5-10 лет, в основном в связи с поздним обращением пациента к ревматологу [3]. Следует также отметить, что ограничение подвижности осевого скелета и визуализация сакроилеита – два основных диагностических критерия АС – могут отсутствовать на ранних стадиях.

В настоящее время, когда доступно эффективное лечение ингибиторами фактора некроза опухоли, последствия несвоевременной диагностики АС являются значительными. Это, прежде всего, проведение дорогостоящих исследований и методов лечения, потеря подвижности позвоночника и прогрессирующее снижение трудоспособности [4]. Поэтому ранняя диагностика АС приобретает все большую значимость.

Представляем клинический случай АС, когда диагноз был распознан несвоевременно.

Клинический случай

Больной О., 38 лет, проживающий в г. Харькове, поступил в ревматологическое отделение больницы № 28 г. Харькова с жалобами на боли во всех отделах позвоночника, утреннюю скованность в позвоночнике длительностью около 1 ч, боли в коленных суставах, ограничение движений, воспалительный ритм болей, головные боли, общую слабость, быструю утомляемость. О наличии у родителей заболеваний суставов и позвоночника не знает. Около 5 лет назад появились боли и отечность в голеностопных, через полгода – в коленных суставах, поясничном отделе

Клинические подходы анкилозирующего

позвоночника; год назад появилось ограничение движений при наклоне туловища. Лечился амбулаторно по месту жительства по поводу остеохондроза пояснично-крестцового отдела позвоночника без особого эффекта; 3 мес назад состояние значительно ухудшилось, появились боли и ограничение движений в шейно-грудном отделе. В течение последних 2 нед лечился в поликлинике по месту жительства; при обследовании отмечено повышение СОЭ до 30 мм/ч; при рентгенографии выявлен двусторонний сакроилеит и впервые поставлен диагноз «Анкилозирующий спондилоартрит (болезнь Бехтерева)». В связи с отсутствием эффекта от терапии направлен на дообследование и лечение в ревматологическое отделение больницы № 28 г. Харькова.

При поступлении: кожа и слизистые обычной окраски. При осмотре отмечаются деформация позвоночника и грудной клетки, субатрофия мышц спины, пальпаторная болезненность паравертебральных точек всех отделов; движения в шейном и грудном отделах позвоночника ограничены; положительные симптомы Форестье, Отто, Шобера, Томайера (+39 см). Лимфоузлы и щитовидная железа не увеличены, грудные железы без изменений. Аускультативно в легких везикулярное дыхание. Границы относительной сердечной тупости не расширены. Сердце: деятельность ритмичная, ослаблен I тон на верхушке. АД 130/80 мм рт. ст.; ЧСС 68/мин, соответствует пульсу. Живот при пальпации мягкий, умеренно болезненный в эпигастрии, правом подреберье; печень у края реберной дуги, селезенка не увеличена. Периферических отеков нет.

Данные дополнительных методов исследования. Общий анализ крови: эритроциты $5,2 \times 10^{12}/л$, гемоглобин 158 г/л, ЦП 0,91; лейкоциты $8,0 \times 10^9/л$, СОЭ 29 мм/ч, общий белок 74 г/л; С-реактивный белок 12 ед./мл (положительный), ревматоидный фактор <12 мг/л (отрицательный), HLA-B27 присутствует; церулоплазмин 0,41, сиаловые кислоты 220 ед., кальций 2,6 ммоль/л.

Обзорная рентгенограмма таза: Ro-суставные щели крестцово-подвздошных сочленений значительно сужены, плохо визуализируются, особенно слева.

Рентгенограмма шейного отдела позвоночника: определяется выпрямленность шейного лордоза, снижение высоты межпозвоночных пространств С3-С4, С4-С5, обызвествление фиброзной капсулы межпозвоночного диска С3-С4 в переднем отделе, субхондральный склероз замыкательных пластинок тел позвонков, оссификация боковых масс тел позвонков.

Рентгенограмма поясничного отдела позвоночника в 2 основных проекциях: определяется обызвествление передней продольной, над- и межостистых связок, частичный костный анкилоз мелких суставов, остеопороз тел позвонков и поперечных отростков.

С учетом перечисленных данных был поставлен клинический диагноз: «Анкилозирующий спондилоартрит (болезнь Бехтерева), периферическая

форма, II стадия, активность II ст., двусторонний сакроилеит, Ro-изменения III ст., распространенный спондилит, оссифицирующий лигаментит, ФН II ст.».

На фоне назначенной терапии значительно уменьшились боли, снизилась активность процесса, однако ограничения движений в позвоночнике сохраняются.

Обсуждение

Данный клинический пример демонстрирует несвоевременную диагностику АС (болезни Бехтерева). Следует отметить, что АС (болезнь Бехтерева) болеют в основном мужчины в возрасте до 45 лет. Происхождение заболевания связывается с наследственной предрасположенностью. Так, у 90-97% больных в крови обнаружен антиген тканевой совместимости типа HLA-B27. В то же время характерные для ревматоидного артрита иммунные нарушения при АС не наблюдаются.

Поражение осевого скелета при АС (рис.) характеризуется воспалительным процессом в позвоночнике, проявляющимся двусторонним сакроилеитом – кардинальным и наиболее ранним признаком данной патологии; оссификацией связок позвоночника и/или наружных отделов фиброзного кольца с формированием единичных или множественных синдесмофитов; эрозиванием передних углов позвонков и изменением их формы; деструкцией дисков и их оссификацией, неструктивным краевым склерозом тел позвонков, неровностью суставных поверхностей и остеосклерозом межпозвоночных и реберно-позвоночных суставов, остеопенией и остеопорозом позвоночника.

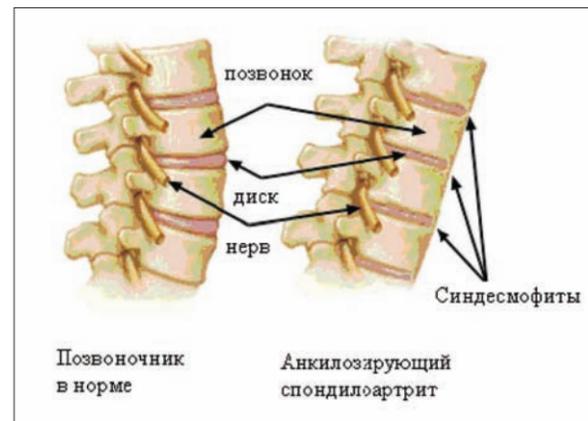


Рис. При АС образуются костные мостики (синдесмофиты) между прилегающими позвонками вследствие оссификации периферических отделов межпозвоночных дисков. Вначале они возникают у границы грудного и поясничного отделов позвоночника на боковой поверхности. При образовании синдесмофитов во всех отделах позвоночника появляется симптом «бамбуковой палки»

Согласно клинической классификации выделяют следующие формы АС (В.И. Чепой, 1990):

- центральную – поражается только позвоночник;
- ризомелическую – поражаются позвоночник и корневые суставы (плечевые, тазобедренные);

Л.В. Шаповалова, заведующая ревматологическим отделением городской больницы № 28 г. Харькова

К диагностике спондилоартрита



Л.В. Шаповалова

- периферическую — поражаются позвоночник и периферические суставы (коленные, голеностопные и др.);
- скандинавскую — поражаются позвоночник и мелкие суставы кистей;
- висцеральную — отмечаются наличие одной из вышеперечисленных форм и поражение внутренних органов (сердца, аорты, почек).

Заболевание, как правило, характеризуется постепенным началом. Воспалительному характеру болевого синдрома при болезни Бехтерева присущи такие признаки:

- боль в нижнем поясничном сегменте позвоночного столба длительностью более 3 мес; появление симптомов в возрасте до 45 лет;
- уменьшение или исчезновение болей после физической нагрузки и отсутствие улучшения при лечении покоем;
- ответ на лечение НПВП;
- ограничение движений поясничного отдела позвоночника в сагиттальной и фронтальной плоскостях;
- ограничение распространенных движений и разгибания в грудном отделе позвоночника относительно нормы в соответствии с возрастом и полом.

Важно также уточнить наличие у пациента симптома утренней скованности, который наиболее адекватно отражает активность воспалительного процесса при АС, причем в большей степени, чем лабораторные тесты [5]. Динамика продолжительности и выраженности утренней скованности имеет большое значение в оценке проводимого лечения.

Следует остановиться на простом и важном критерии — ответе на лечение НПВП. Быстрый и отчетливый положительный эффект последних на субъективные симптомы спондилоартрита, а именно уменьшение боли и ригидности в течение первых 48 ч приема НПВП, используется в качестве одного из диагностических критериев спондилоартритов.

Воспаление крестцово-подвздошных суставов, с которого начинается АС, не всегда сопровождается сильными болями, но обязательно вызывает изменения суставного хряща и костей, которые можно зафиксировать на рентгенограммах. Поэтому при подозрении на АС обязательным первоначальным методом визуализации является рентгенография илеосакрального сочленения и позвоночника. При исследовании илеосакрального сочленения рекомендуется выполнить 3 снимка: 1 в прямой проекции и 2 — в косой (правой и левой, под углом 45°) [6]. При исследовании позвоночника необходима рентгенография в прямой и боковой, а иногда — и в косых проекциях.

Таким образом, рентгенологические методы исследования имеют большую ценность в диагностике АС. При этом на ранних стадиях заболевания рентгенологическое исследование позвоночника может быть малоинформативным, но его обязательно следует проводить для дальнейшего сравнительного анализа выявляемых

изменений по мере прогрессирования заболевания, а также для исключения других причин болей в позвоночнике.

К ранним рентгенологическим признакам сакроилеита относятся [6]: субхондральный склероз, неровность суставной щели (эрозии), незначительное расширение суставной щели (за счет эрозий), а в дальнейшем — ее сужение. Вначале может быть изменен один сустав, но уже через несколько месяцев в процесс вовлекается и другой.

Другим важным признаком АС является характерное поражение межпозвонковых суставов — размытость суставных пластинок, а затем сужение суставной щели. В итоге формируется анкилоз и суставная щель не просматривается. При этом отсутствуют краевые остеофиты, длина суставной щели не увеличивается и не формируются неоартрозы. Этот признак в сочетании с двусторонним симметричным сакроилеитом позволяет с уверенностью поставить диагноз АС [6]. Менее специфичные рентгенологические признаки поражения позвоночника при АС изложены в соответствующих руководствах. Вовлечение в процесс тазобедренных и коленных суставов проявляется сужением суставной щели, эрозии обнаруживаются редко, и очень редко формируется анкилоз.

Более чувствительным методом для обнаружения сакроилеита считается магнитно-резонансная (МРТ) или компьютерная (КТ) томография, позволяющая обнаружить признаки сакроилеита гораздо раньше, чем они станут видны на рентгенограммах. Однако если таковые определяются рентгенологически, то отсутствует необходимость в использовании указанных методов.

В случае если рентгенограммы суставов в норме или с неясными изменениями, лучшим методом для выявления воспаления крестцово-подвздошных суставов и позвоночника является МРТ [4]. КТ является чувствительным инструментом в выявлении структурных изменений в суставах и сакроилеита, но в этом случае следует учитывать риск радиационного облучения.

Обязательно проводится исследование на носительство антигена тканевой совместимости HLA-B27 (гена предрасположенности к АС), его наличие иногда является существенным аргументом в пользу диагноза болезни Бехтерева.

Среди лабораторных методов наибольшее значение имеет определение СОЭ и С-реактивного белка. Эти показатели позволяют судить об активности воспалительного процесса, тем не менее не всегда корректно отражают состояние больного. Нормальные цифры СОЭ сами по себе не позволяют сделать заключение об отсутствии воспаления.

Для уточнения диагноза проводится обследование на кишечные и урогенитальные инфекции (хламидиоз, иерсиниоз и др). Роль возбудителей этих инфекций в патогенезе заболевания до конца не изучена, но считается, что иногда они могут влиять на степень тяжести болезни Бехтерева или частоту обострений, особенно при поражении периферических суставов [7].

При первичном осмотре следует провести возможно более полное обследование пациента для выявления сопутствующих заболеваний и внесуставных проявлений АС.

Таким образом, АС предполагается у пациентов, предъявляющих жалобы на длительные (≥ 3 мес) боли в спине при наличии нескольких из наиболее частых диагностических признаков АС: воспалительных болей в спине, болей в тазобедренных суставах, ответа на НПВП, появления симптомов в возрасте до 45 лет, периферических проявлений болезни (артрита, дактилита и др.), подтвержденного острого переднего увеита, положительного семейного анамнеза, положительного HLA-B27, сакроилеита/спондилита при визуализации. Для ранней диагностики при отсутствии на рентгенограммах илеосакрального сочленения и позвоночника признаков сакроилеита рекомендуется проведение МРТ или КТ. Пациентов с болями в спине продолжительностью 3 мес и более и воспалительным характером болей (возникновение симптомов в возрасте до 45 лет, боль в спине по ночам, утренняя скованность и улучшение состояния при физической нагрузке) для дальнейшего обследования и исключения АС следует направить на консультацию к ревматологу [8].

В данном клиническом случае пациенту, несмотря на длительный (более 12 мес) интенсивный суставной синдром и боль в спине, не проведено стандартное клиническо-инструментальное обследование, что привело к запоздалой диагностике АС (болезни Бехтерева). Вместе с тем еще раз подчеркнем, что ранняя диагностика заболевания дает возможность применить современные лекарственные средства, которые позволят надолго сохранить пациенту трудоспособность.

Литература

1. Braun J., Remlinger G. et al. Prevalence of spondylarthropathies in HLA-B27 positive and negative blood donors // *Arthritis Rheum.* — 1998. — Vol. 41. — P. 58-67.
2. Zink A., Braun J., Listing J., Wollenhaupt J. Disability and handicap in rheumatoid arthritis and ankylosing spondylitis — results from the German rheumatological database. German Collaborative Arthritis Centers // *J. Rheumatol.* — 2000. — Vol. 27. — P. 613-622.
3. Feldtkeller E., Khan M.A., van der Heijde D. et al. Age at disease onset and diagnosis delay in HLA-B27 negative vs. positive patients with ankylosing spondylitis // *Rheumatol. Int.* — 2003. — Vol. 23. — P. 61-66.
4. Kain T., Zochling J., Taylor A. et al. Evidence-based recommendations for the diagnosis of ankylosing spondylitis: results from the Australian 3E initiative in rheumatology // *M.J.A.* — 2008. — Vol. 188 (4). — P. 235-237.
5. Бадюкин В.В. Медикаментозная терапия анкилозирующего спондилоартрита (болезни Бехтерева) // *РМЖ.* — 2005.
6. Полойко Ю.Ф., Филиппович Н.С., Гончарик Д.Б. Современные возможности лучевой диагностики анкилозирующего спондилоартрита // *Новости лучевой диагностики.* — 2000. — № 2. — С. 10-12.
7. Бочкова А.Г. Нестероидные противовоспалительные препараты при анкилозирующем спондилоартрите // *Consilium medicum.* — 2006. — Т. 8. — № 2.
8. Sidiropoulos P.I., Hatemi G., Song I.H. et al. Evidence-based recommendations for the management of ankylosing spondylitis: systematic literature search of the 3E Initiative in Rheumatology involving a broad panel of experts and practicing rheumatologists // *Rheumatology (Oxford).* — 2008. — Vol. 47. — P.355-361.