

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ АНКИЛОЗИРУЮЩЕГО СПОНДИЛИТА В НОВГОРОДСКОЙ ОБЛАСТИ.

М.К. Курбанмагомедов, Т.К. Фан, А.В. Иванова

*Кафедра внутренних болезней человека института медицинского образования
Новгородского государственного университета имени Ярослава Мудрого.*

Аннотация. В данной работе представлен анализ особенности течения анкилозирующего спондилита в г. Великий Новгород и в Новгородском районе за 2014 — 15 гг. Был выявлен рост заболеваемости, чаще болеют мужчины. Одним из особенностей АС является поздняя диагностика, которая отстает на 10 лет от первых клинических симптомов заболевания. Выявлены основные осложнения такие как: коксартроз, гонартроз, аортальная недостаточность, увеит, нефропатия.

Ключевые слова: сакроилеит, энтезопатии, HLA-B₂₇, поражение позвоночника, синдесмофиты, «бамбуковая палка», коксартроз, увеит.

Актуальность. Анкилозирующий спондилит (АС) — хроническое воспалительное ревматическое заболевание, характеризующиеся поражением суставов позвоночника, околопозвоночных тканей и крестцово-подвздошных сочленений с анкилозированием, межпозвоночных суставов и развитием кальцификации спинальных связок нередко ассоциирующее с патологией периферических суставов, глаз, кишечника и сердца [1,2].

В концепции спондилоартритов АС занимает центральное положение. Если распространенность АС среди взрослого населения России составляет в среднем от 0,1 % до 1,4 % в северных районах — 0,4 — 1,1 %, то по Великому Новгороду и Новгородскому району заболеваемость составила 0,3 %. Заболеваемость АС за 2015 г. выросла на 0,1 % (20 пациентов) по сравнению с 2014 г. Средний возраст пациентов в дебюте заболевания составляет 25 лет. Уровень инвалидности при АС составляет от 50 % до 66 %. Показатель смертности достаточно высокий — 5 % [3].

Особенностью АС до настоящего времени является поздняя диагностика заболевания (в среднем 10 лет), что связано с: недооценкой характера воспалительной боли в спине, длительным отсутствием типичных рентгенологических проявлений спондилита, лабораторных признаков воспалительного процесса (СОЭ, СРБ в норме) и с поздним обращением пациентов к врачу.

Цель исследования: изучить особенности течения анкилозирующего спондилита.

Материалы и методы. На основании данных о больных с АС, находившихся на стационарном лечении в ревматологическом отделении

ГБОУЗ ЦГКБ МЦР г. Великого Новгорода в 2014-15 гг. проведен ретро- и проспективный анализ данных по историям болезни у 16 больных в возрасте от 22-70 лет (средний возраст $45 \pm 0,6$ лет). Из них мужчин 14 (87,5 %), женщин 2 (12,5 %).

Результаты и их обсуждение. При анализе данных средний возраст дебюта АС среди всех больных, который составляет 25 лет. Данная патология у мужчин встречается чаще, чем у женщин (7:1). У 62,5 % больных выявлено поражение позвоночника (центральная форма), а у 37,5 % отмечалось поражения позвоночника и периферических суставов, энтезиты. Одним из первых симптомов АС у 63,5 % больных была боль в поясничном отделе позвоночника, которая носила постоянный характер, возникала после физической нагрузки и усиливалась в ночное время и в ранние утренние часы. В среднем утренняя скованность составляла 30-50 мин. В 14 % первые симптомы были связаны с болью в крупных (тазобедренные, коленные, голеностопные и плечевые) и в мелких (лучезапястные, нижнечелюстные и фаланговые) суставах. У 12,5 % больных АС преобладала боль в шейном и шейно — грудном отделах позвоночника.

Все пациенты с АС по степени активности распределились следующим образом: I степень активности — 18,7 %, II степень активности — 50 %, III степень активности — 31,3 %. Степень активности АС по критериям составляют BASFI (среднее значение — 6,2), а BASDAI (4,6).

Достоверный диагноз АС был выставлен пациентам в среднем в 37 лет, что позднее на 10 лет от появления первых клинических симптомов.

Впервые пациенты по поводу болей в спине обращались к неврологу (37,5 %), ортопеду (31,3 %), терапевту/участковому врачу (18,7 %) и в последнюю очередь к ревматологу (12,5 %). Основными жалобами были: *постоянная боль воспалительного характера* в шейном, грудном и поясничном отделе позвоночника, усиливающаяся в ночное время и в утренние часы, боль в ягодичной области и в бедрах, боли в тазобедренных, коленных и голеностопных суставах. *Утренняя скованность в позвоночнике* наблюдалась у 100% больных. Все пациенты в дебюте заболевания принимали неспецифические противовоспалительные препараты (НПВП) самостоятельно, периодически с положительным обезболивающим эффектом, в связи с чем редко обращались к врачу.

Среди осложнений АС наиболее часто встречались: коксартроз (56,3 %), гонартроз (31,3 %), синовит лучезапястного и тазобедренного суставов (12,5 %), анкилоз шейного и поясничного отдела позвоночника, и тазобедренного сустава (12,5 %), асептический некроз головки правой бедренной кости (6,3 %), вторичный остеоартроз (6,3 %), компрессионный перелом L_{II} (6,3 %),

аортальная недостаточность (6,3), увеит (6,2 %), нефропатия (6,3 %), анемия (18,8 %). Эндопротезирование левого и правого тазобедренных суставов проведено у одного пациента.

Затрудняло своевременную диагностику АС позднее обращение пациентов к врачу, недостаточная квалификация врачей, трудности

своевременного определения антигена гистосовместимости первого класса HLA-B₂₇, МРТ крестцово-подвздошных сочленений (КПС).

Достоверность полученных данных требует уточнения на большей популяции больных.

Выводы.

- 1) Выявлен рост заболеваемости АС у больных в г. Великий Новгород и в Новгородском районе на 0,1 %.
- 2) До настоящего времени отмечается поздняя диагностика АС в среднем на 10-й год заболевания.
- 3) Показано динамическое наблюдение за пациентами с болью в спине неясной этиологии для своевременного выявления признаков АС с учетом диагностических критериев.
- 4) При наличии воспалительного характера болей в спине необходим ранний контроль МРТ КПС и HLA-B₂₇.

Литературные ссылки:

1. Е.В. Волнухин, Е.А. Галушко, А.Г. Бочкова. и др. Клиническое многообразие анкилозирующего спондилита в реальной практике врача-ревматолога в России (часть 1) // Науч-практическая ревматология. 2012.
2. Е.Л. Насонова Ревматология: Клинические рекомендации. - 2-е изд., испр. и доп. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. -752 с.
3. Ш.Ф. Эрдес, А.Г. Бочкова, Т.В. Дубинина, О.А. Румянцева, А.В. Смирнов «Ранняя диагностика анкилозирующего спондилита» // Журнал Научно-практическая ревматология:- Изд.: ИМА-Пресс. - 4 / 2013.