Министерство здравоохранения РФ

Самарский государственный университет

**КУРСОВАЯ РАБОТА**

**На тему: “Анкилозирующий спондилоартрит (болезнь Бехтерева)”**

Самара 2005 год

**ПЛАН**

Актуальность данного заболевания

Цель изучения данного заболевания

Основная часть ( описание нозологии )

Клинические примеры

Выводы

Список литературы

***АКТУАЛЬНОСТЬ***

Болезнь Бехтерева ( ББ, анкилозирующий спондилоартрит, болезнь Бехтерева-Штрюмпель-Мари ) встречается достаточно часто среди ревматологических заболеваний. В разных странах, в том числе, в России ББ составляет 0,5-2%. На 60 больных ревматологического отделения приходится, примерно, 3 больных с ББ, что составляет, примерно, 5 % от общего числа больных. Чаще болеют мужчины. Соотношение заболевших мужчин и женщин равно 9:1. Пик данного заболевания приходится на возраст 15-30 лет. Данная возрастная категория захватывает детскую часть населения, а так же является самой работоспособной. ББ несёт большой процент потери трудоспособности и инвалидизации, что и указывает на несомненную актуальность данного заболевания, и разработку мероприятий по его выявлению и постановке на диспансерный учёт, лечению, реабилитации.

***ЦЕЛЬ***

Целью является изучение особенностей данного заболевания (в связи с его актуальностью (ранней потерей трудоспособности и инвалидизацией)) и проведение своевременного и эффективного лечения.

***ОПИСАНИЕ НОЗОЛОГИИ***

Идиопатический анкилозирующий спондилоартрит (АС)-

Хроническое системное заболевание, характеризующееся воспалительным поражением суставов позвоночника, околопозвоночных тканей и крестцово-подвздошных сочленений с анкилозированием межпозвоночных суставов и развитием кальцификации спинальных связок.

Впервые термин “ анкилозирующий спондилоартрит “ для обозначения этого заболевания был предложен в 1904 году.

Этим термином определяется ББ по классификации ревматических болезней. В настоящее время АС входит в группу заболеваний, объединённых под названием “серонегативные спондилоартриты“ .

**Этиология** заболевания до сих пор остаётся неясной. В происхождении ББ большое значение придаётся генетическим факторам, в частности антигену гистосовместимости HLA-B27, который встречается у 90-95% больных, примерно у 20-30% их родственников первой степени родства и лишь 7-8% в общей популяции.

Обсуждается роль инфекционных факторов в развитии ББ. Имеются сведения о роли некоторых штаммов Klebsiella и других видов энтеробактерий в развитии периферического артрита у больных ББ. Получены данные о наличии у данной категории больных воспалительных изменений в кишечнике, а также признаков дисбактериоза различной степени.

**Патогенез.**

Был проведен эксперимент на трансгенных мышах, которым был перенесен НLА-В27 антиген человека. В ходе эксперимента было отмечено, что клинические проявления, отмеченные ниже преобладали у самцов:

• воспаление кишечника

• синовит задних лапок

• спондилит

• орхит

• увеит

• изменение кишечной флоры

Однако, при содержании в стерильных условиях у этих животных не развивается спондилоартрит. Следовательно, кроме генетических факторов, определённое значение имеют и факторы внешней среды.

Существует три теории патогенеза, объясняющие важную роль HLA-B27 в развитии ББ.

Согласно ***рецепторной теории*** антиген HLA-B27 является рецептором для этиологического повреждающего фактора (например, бактериального антигена, вируса, артритогенного пептида и др.). Образующийся комплекс ведёт к продукции цитотоксических Т-лимфоцитов, которые затем могут повреждать клетки или участки тканей, где расположены молекулы антигена В27.

Согласно **теории *молекулярной мимикрии***бактериальный антиген или какой-либо другой повреждающий агент в комплексе с другой молекулой HLA может иметь сходные с HLA-B27 свойства и распознаваться цитотоксическими Т-лимфоцитами как HLA-B27, либо снижать иммунную реакцию на вызывающий болезнь пептид (феномен иммунной толерантности).

В итоге развивается иммуновоспалительный процесс. Чаще он начинается с поражения крестцово-подвздошных сочленений, затем вовлекаются межпозвонковые, реберно-позвоночные, реже - периферические суставы. Вначале происходит инфильтрация лимфоцитами и макрофагами, затем развивается активный фибропластический процесс с образованием фиброзной рубцовой ткани, которая подвергается кальцификации и оссификации.

***ТРЕТЬЯ ГИПОТЕЗА*** - Плазмида микроба(клебсиелла) встраивается в НLА-В27 антиген, извращая иммунный ответ (идет агрессия против микроба и против собственного организма).

**Патоморфология.**

В основе патоморфологических изменений при ББ лежит воспалительная энтезопатия- воспаление мест прикрепления сухожилий, связок, фиброзной части межпозвоночных дисков, капсул суставов к костям. Преимущественно поражается крестцово-подвздошные суставы с развитием воспалительных изменений в них (сакроилеит). В позвоночнике процесс начинается в поверхностных слоях фиброзного кольца межпозвоночного диска, затрагивая примыкающие к нему края тел позвонков. В передних и переднелатеральных их отделах реактивное воспаление (остит), ведущее к формированию краевых эрозий и склерозированию данных участков. Пролиферативные процессы дают начало формированию костных мостиков- синдесмофитов за счёт соединения с оссифицированными наружными слоями межпозвоночных дисков. С прогрессированием заболевания развиваются фиброзные и костные анкилозы межпозвоночных суставов. В периферических суставах (преимущественносуставах нижних конечностей) наблюдаются явления синовита с выраженным фиброзом синовиальной оболочки и капсулы с наклонностью к оссификации и анкилозу.

**Классификация ББ:**

***По течению:***

1. медленно прогрессирующее;
2. медленно прогрессирующее с периодами обострения;
3. быстро прогресcирующее (за короткое время приводит к полному анкилозу);

4)септический вариант, характеризующийся острым началом, проливными потами, ознобами, лихорадкой, быстрым проявлением висцератов, СОЭ=50-60мм/ч и выше.

***По стадиям:***

I начальная (или ранняя)- умеренное ограничение движений в позвоночнике или в поражённых суставах; рентгенологические изменения могут отсутствовать либо определять нечёткость или неровность поверхности крестцово-подвздошных сочленений, расширение суставных щелей, очаги остеосклероза;

II стадия - умеренное ограничение движений в позвоночнике или периферических суставах, сужение суставных щелей или их частичное анкилозирование, сужение межпозвоночных суставных щелей или признаки анкилоза позвоночника;

III поздняя стадия – значительное ограничение движений в позвоночнике или крупных суставах в результате их анкилозирования, костный анкилоз крестцово-подвздошных сочленений, межпозвонковых и рёбернопозвонковых суставов с наличием оссификации связочного аппарата.

***По степени активности:***

I минимальная - небольшая скованность и боли в позвоночнике и суставах конечности по утрам, СОЭ- до 20мм/ч, СРБ+;

II умеренная – постоянные боли в позвоночнике и суставах, утренняя скованность (несколько часов), СОЭ- до 40мм/ч, СРБ++;

III выраженная – сильные постоянные боли, скованность в течение всего дня, экссудативные изменения в суставах, субфебрильная температура, висцеральные проявления, СОЭ - более 40 мм/ч, СРБ+++.

***По степени функциональной недостаточности суставов:***

I – изменение физиологических изгибов позвоночника, ограничение подвижности позвоночника и суставов;

II – значительное ограничение подвижности, вследствие чего больной вынужден менять профессию (третья группа инвалидности);

III – анкилоз всех отделов позвоночника и тазобедренных суставов, вызывающий полную потерю трудоспособности (вторая группа инвалидности), либо невозможность самообслуживания (первая группа инвалидности).

***Формы болезни (клинические варианты):***

1. Центральная форма – поражение только позвоночника.
2. Ризомелическая форма – поражение позвоночника и корневых суставов (плечевых и тазобедренных).
3. Периферическая форма – поражение позвоночника и периферических суставов (коленных, голеностопных и др.).
4. Скандинавская форма – поражение мелких суставов кистей, как при ревматоидном артрите, и позвоночника.
5. Висцеральная форма – наличие одной из перечисленных выше форм и поражение висцеральных органов (сердца, аорты, почек).

**Клиническая картина.**

ББ обычно начинается постепенно, в подростковом или молодом возрасте (15-30 лет). Заболеванию могут предшествовать недомогание, потеря аппетита, снижение веса, лихорадка, слабость и утомляемость.

Кардинальным симптомом является сакроилеит – двустороннее воспаление крестцово-подвздошных суставов. Для него характерны жалобы на боли воспалительного характера в крестце, ягодицах, по задней поверхности бёдер, напоминающие пояснично-крестцовый радикулит.

Боль в пояснично-крестцовом отделе позвоночника при ББ двусторонняя, носит постоянный характер, усиливаясь во вторую половину ночи. Нередко отмечается атрофия ягодичных мышц, их напряжение.

Вторым по значению ранним симптомом ББ является боль и скованность в пояснице. Боль усиливается к утру, но уменьшается после физических упражнений и горячего душа. Появляется тугоподвижность в поясничном отделе. Выявляются сглаженность или полное исчезновение поясничного лордоза.

Позже воспалительный процесс распространяется вверх по позвоночнику.

Поражение грудного отдела характеризуется болями, часто иррадиирующими по ходу рёбер. За счёт образования анкилозов грудинно-рёберных сочленений резко уменьшается экскурсия грудной клетки.

При поражении шейного отдела основной жалобой является резкое ограничение движений вплоть до полной неподвижности, а также боли при движении головой. Больной не может достать подбородком грудину.

При прогрессировании болезни исчезают физиологические изгибы позвоночника, формируется характерная *поза просителя* – выраженный кифоз грудного отдела позвоночника и гиперлордоз шейного отдела. При сдавливании позвоночных артерий выявляется синдром вертебро-базилярной недостаточности, характеризующийся головной болью, головокружением, тошнотой, колебаниями артериального давления.

Как реакция на воспалительный процесс в области позвоночника, возникает рефлекторное напряжение прямых мышц спины. При этом выявляется симптом «тетевы» - отсутствие расслабления прямых мышц спины на стороне сгибания при наклоне туловища во фронтальной плоскости.

Часто у больных в процесс вовлекаются периферические суставы. Особенностью такой формы ББ является то, что периферический артрит может быть временным проявлением заболевания и исчезать в процессе его течения.

Характерным является поражение корневых суставов – тазобедренных и плечевых. Поражение этих суставов носит симметричный характер, начинается постепенно, часто заканчивается анкилозированием. Вовлечение других периферических суставов в воспалительный процесс возникает реже (10-15%).

Ярким клиническим проявлением ББ являются энтезопатии – места прикрепления к пяточной кости пяточного сухожилия и подошвенного апоневроза.

При ББ наблюдаются висцеральные поражения. Так, по данным разных авторов, у 10-30% больных ББ имеется поражение глаз в виде переднего увеита, ирита, иридоциклита. Поражение глаз может быть первым проявлением заболевания, предшествуя симптомам сакроилеита и нередко носит рецидивирующий характер.

Поражение ***сердечно-сосудистой системы*** встречается в 20-22% всех случаев ББ. Больные жалуются на одышку, сердцебиение, боли в области сердца. Причинами этих жалоб являются аортит, миокардит, перикардит и миокардиодистрофия. У больных могут выявляться нарушения ритма, систолический шум над аортой или на верхушке сердца, глухие сердечные тоны. Описаны случаи тяжёлого перикардита с прогрессирующей недостаточностью кровообращения, полная атрио-вентрикулярная блокада. При длительном течении ББ с высокой клинико-лабораторной активностью может формироваться недостаточность аортального клапана. Это является отличительной особенностью поражения сердца при ББ.

При исследовании ***органов дыхания*** выявляется ограничение дыхательной экскурсии лёгких. Постепенно формируется эмфизема лёгких, развивающаяся в результате кифоза и поражения рёберно-позвоночных суставов. Специфичным поражением лёгких при ББ считается развитие апикального пневмофиброза, который встречается нечасто (3-4%) и требует проведения дифференциальной диагностики с туберкулёзными изменениями.

***Поражение почек***при ББ развивается у 5-31% больных. Отёки, гипертензия, анемический синдром и почечная недостаточность появляются на поздних стадиях заболевания на фоне присоединения амилоидоза почек, который является самым частым вариантом почечной патологии при ББ. Причинами амилоидоза почек являются высокая активность воспалительного процесса и тяжёлое прогрессирующее течение заболевания. Иногда причинами мочевого синдрома, проявляющегося протеинурией и микрогематурией, может стать длительный приём НПВС с развитием лекарственной нефропатии.

У некоторых больных ББ выявляются признаки ***поражения периферической нервной системы****,* обусловленные вторичным шейно-грудным или пояснично-крестцовым радикулитом. В связи с выраженным остеопорозом, после незначительной травмы могут развиваться переломы шейных позвонков с развитием квадрплегий.

Под влиянием небольшой травмы при деструкции поперечной связки атланта развиваются атлантоаксилярные подвывихи (2-3%). Более редким осложнением является развитие синдрома «конского хвоста» вследствие хронического эпидурита с импотенцией и недержанием мочи.

Таблица № 1.**Частота повреждений** **органов и систем при ББ.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ***Поражение органов и систем*** | ***Характерные***  ***признаки*** | ***Частота,%*** |
| Поражение глаз | Ирит, передний увеит, эписклерит, иридоциклит | 10-30 |
| Поражение сердечно-сосудистой системы | Аортит, недостаточность аортальных клапанов, перикардит, кардиомегалия, нарушение проводимости с развитием полной a-v блокады | 20-22 |
| Поражение лёгких | Двусторонний прогрессирующий фиброз верхушечных сегментов лёгких | 3-4 |
| Поражение почек | Вторичный амилоидоз, нефропатия | 5-31 |
| Поражение нервной системы | Синдром «конского хвоста», последствия атлантоаксилярного подвывиха, переломов С5-С6 позвонков с развитием параплегий | 2-3 |

**Течение ББ у женщин** имеет ряд особенностей:

1. периоды обострений чередуются с длительными ремиссиями (до 5-10 лет);
2. более частое одностороннее поражение крестцово-подвздошного сочленения;
3. часто наблюдается развитие аортальной недостаточности при поражении сердца;

4) редко встречается вариант «бамбуковой палки».

У **детей** выявляют **ювенильный анкилозирующий спондилоартрит**, начинающийся в возрасте 9-16 лет. Чаще у мальчиков. Дебют ЮАС характеризуется периферическим артритом суставов нижних конечностей, в основном тазобедренных и коленных, энтезопатиями. Примерно у 1/3 развивается острый передний увеит. Позже они предъявляют жалобы на боли в спине и илеосакральных сочленениях. Периферический артрит может исчезнуть или персистировать, однако поражение тазобедренных суставов почти всегда определяет неблагоприятный прогноз.

**Диагностика ББ.**

***Клинические, функциональные пробы для выявления сакроилеита:***

1. *Симптом Кушелевского (I):* больной лежит на спине на твёрдом основании. Врач кладёт руки на гребешки подвздошных костей спереди и резко надавливает на них. При наличии воспаления в КПС возникает боль в области крестца.
2. *Симптом Кушелевского(II):* больной лежит на боку, врач кладёт руки на область подвздошной кости и рывком надавливает на неё. Больной при этом ощущает боль в крестце.
3. *Симптом Кушелевского (III):* больной лежит на спине, одна нога согнута в коленном суставе и отведена в сторону. Врач одной рукой упирается на этот коленный сустав, а другой рукой надавливает на противоположную подвздошную кость. Больной при этом ощущает боль в области КПС. Затем проверяется наличие болезненности в области другого КПС.
4. *Симптом Макарова (I):* характеризуется возникновением боли при поколачивании диагностическим молоточком в области КПС.
5. *Симптом Макарова (II):* больной лежит на спине, врач обхватывает его ноги выше ГСС, заставляя расслабить мышцы ног, а затем рывком раздвигает и сближает ноги. Появляются боли в крестцово-подвздошной области.

***Диагностические пробы для выявления болевого синдрома и ограничения подвижности позвоночника.***

1. Определение болезненности по ходу остистых отростков позвоночника и в паравертебральных точках.
2. *Симптом Зацепина:* болезненность при надавливании у места прикрепления к позвонкам X-XII рёбер в связи с воспалением в рёберно-позвонковых сочленениях.
3. *Симптом Форестье:* для определения формы осанки. Больной стоит спиной к стенке, прикасаясь к ним пятками, туловищем, головой. У больных анкилозирующим спондилоартритом, болезнью Форестье вследствие развития кифоза не будет соприкосновения со стеной в какой-либо точке.
4. *Определение подвижности в шейном отделе позвоночника:* от VII шейного позвонка отмеряют вверх 8 см и делают отметку. Затем просят больного наклонить голову максимально вниз и снова измеряют это расстояние. У здоровых лиц оно увеличивается на 3 см. При поражении шейного отдела позвоночника это расстояние увеличивается незначительно или вообще не меняется. У больных с АС, с короткой шеей проба не информативна.
5. *Проба подбородок-грудина:* здоровый человек свободно дотрагивается подбородком до грудины, при поражении шейного отдела позвоночника остаётся расстояние между подбородком и грудиной при максимальном наклоне головы вперёд.
6. *Проба Отта:* для определения подвижности в грудном отделе позвоночника. От VII шейного позвонка вниз отмеряют 30 см и делают отметку. Затем расстояние между указанными точками измеряют повторно при максимальном наклоне обследуемого вперёд. У здоровых людей это расстояние увеличивается на 4-5 см, а у больного с ББ практически не меняется.
7. *Определение ограничения дыхательной экскурсии грудной клетки:* измерение производится сантиметром на уровне IV ребра. В норме разница окружности грудной клетки между максимальным вдохом и выдохом составляет 6-8 см. При развитии анкилоза рёберно-позвоночных суставов эта разница уменьшается до 1-2 см. При наличии эмфиземы лёгких проба не информативна.
8. *Проба Шобера:* для выявления ограничения подвижности в поясничном отделе позвоночника. От V поясничного позвонка откладывают вверх 10 см и делают отметку. При максимальном наклоне вперёд у здоровых лиц это расстояние увеличивается на4-5 см, а при АС практически не меняется (зависит от тяжести поражения позвоночника).
9. *Проба Томайера:* для оценки общей подвижности позвоночника. Определяется путём измерения в сантиметрах расстояния от среднего пальца вытянутых рук до пола при максимальном наклоне вперёд. Это расстояние в норме равно «0» и увеличивается при ограничении сгибания позвоночника.
10. *Позвоночный индекс (ПИ).* Для его определения складываются величины (в см): расстояние от подбородка до ярёмной вырезки грудины при максимальном отклонении головы назад + проба Отта + проба Шобера + дыхательная экскурсия грудной клетки. Из этой суммы вычитают показатель пробы Томайера (в см). Величина ПИ в норме составляет в среднем 27-30 см (индивидуально) и оценивается в динамике. Снижение ПИ свидетельствует о прогрессировании ограничения подвижности позвоночника. ***Рентгенологическая диагностика.***

Наиболее ранние изменения определяются крестцово-подвздошных сочленениях, где выявляются признаки сакроилеита. Выделяют стадии сакроилеита:

**I стадия** – нечёткость контуров сочленений, расширение суставной щели, умеренный субхондральный склероз;

**II стадия** – сужение суставной щели, выраженный субхондральный склероз, единичные эрозии;

**III стадия** – частичный анкилоз крестцово-подвздошных сочленений;

**IV стадия** – полный анкилоз крестцово-подвздошных сочленений.

Ранним признаком поражения позвоночника является передний спондилит, характеризующийся наличием эрозий в зоне верхних и нижних передних углов тел позвонков с зоной остеосклероза вокруг них, оссификацией передней продольной связки с исчезновением нормальной вогнутости позвонков – симптом «квадратизации». Прогрессирование заболевания ведёт к образованию синдесмофитов. Позвоночник приобретает вид бамбуковой палки.

***Данные лабораторных исследований.***

1. ОАК: увеличение СОЭ до 30-60 мм/ч, но на поздних стадиях болезни может быть стойко нормальной. Гипохромная анемия.
2. БАК: повышение СРБ, сиаловых кислот, фибриногена, альфа-1, альфа-2, гамма-глобулинов, серомукоида.
3. Ревматоидный фактор – отрицателен
4. Определение антигена HLA-B27 – определяется у 81-97% больных.
5. При высокой степени активности процесса отмечается повышение уровня циркулирующих иммунных комплексов, увеличение содержания в сыворотке крови иммуноглобулинов класса М и G.
6. Сцинтиграфия крестцово-подвздошных сочленений ( технеция пирофосфата) – повышенное его накопление отмечается даже при начальном сакроилеите со слабо выраженными воспалительными явлениями, ещё до развития ренгенологических изменений.

Таблица № 2. **Диагностические критерии ББ (Международный конгресс, Рим, 1961 год).**

|  |  |
| --- | --- |
| *Клинические* | *Рентгенологические* |
| 1. Боль и скованность в крестце не менее 3 месяцев, не облегчаемая отдыхом. 2. Боль и скованность в грудном отделе позвоночника. 3. Ограничение дыхательной экскурсии грудной клетки. 4. Ограничение движений в поясничном отделе позвоночника. 5. Ирит во время обследования или в анамнезе. | Двусторонний сакроилеит |

Таблица № 3. **Диагностические критерии ББ (Нью-Йоркские критерии, 1966 год).**

|  |  |
| --- | --- |
| *Клинические* | *Рентгенологические* |
| 1) Ограничение движений в поясничном отделе во всех плоскостях.  2) Боли в крестцово-подвздошном сочленении, в поясничном отделе позвоночника.  3) Ограничение дыхательной экскурсии до 2,5 см или менее, на уровне IV межреберья. | 1. Двусторонний саккроиелит III-IV стадий. 2. Односторонний сакроиелит III-IV стадий или двусторонний II стадии. |

**Дифференциальная диагностика.**

Воспалительный характер болевого синдрома при АС характеризуется следующими признаками:

а) возникновение болей в возрасте менее 40 лет;

б) постепенное начало заболевания;

в) длительность более 3 месяцев;

г) наличие утренней скованности;

д) уменьшение или исчезновение болей после физической нагрузки.

Дифференциальный диагноз ББ проводят с поснично-крестцовым радикулитом, ревматоидным артритом, туберкулёзом и т.д.

Таблица № 4.**Особенности болевого синдрома в спине при механическом (пояснично-крестцовый радикулит) и воспалительном (АС) их происхождении.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| *Критерии* | *Механические* | *Воспалительные* |
| Длительный анамнез | +/- | + |
| Наследственность | - | + |
| Начало болевого синдрома | Острое | Постепенное |
| Возраст больных | Любой | 15-40 лет |
| Ночные боли | +/- | + |
| Утренняя скованность | - | +++ |
| Вовлечение других органов и систем | - | + |
| Влияние движения на боль | Хуже | Лучше |
| Влияние отдыха на боль | Лучше | Хуже |
| Иррадиация боли | Анатомическая S1-Z5 | Диффузная - грудь, ягодицы |
| Чувствительные расстройства | + | - |
| Двигательные расстройства | + | - |

В поздней стадии развития РА также могут поражаться крестцово-подвздошные сочленения и суставы позвоночника. Однако при РА чаще вовлекается шейный отдел, отсутствует окостенение околопозвоночных тканей, не ограничена экскурсия грудной клетки, выявляется симметричный эрозивный артрит мелких суставов кистей и стоп.

Таблица № 5. **Дифференциальная диагностика между АС и ревматодным артритом.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| *Критерии* | *РА* | *ББ* |
| Поражение суставов | Симметричный полиартрит с поражением мелких и крупных суставов верхних и нижних конечностей | Асимметричный олигоартрит с преимущественным поражением крупных суставов нижних конечностей |
| Сакроилеит | Нет | Есть |
| Поражение позвоночника | Шейный отдел | Восходящий характер с поражением всего позвоночника |
| Ревматоидные узелки | Есть | Нет |
| Поражение глаз | Эписклерит | Увеит |
| Аортальная регургитация | Нет | Может быть |
| Поражение лёгких | Адгезивный плеврит, фиброзирующий альвеолит | Пульмональный фиброз верхней доли |
| Ревматоидный фактор | Есть | Нет |
| HLA-B27 | Нет | Есть |
| HLA-DR4 | Есть | Нет |
| Морфологические признаки | Воспалительный синовит | Энтезопатии |
| Рентгенологические данные | Симметричный эрозивный артрит | Асимметричный неэрозивный артрит с тенденцией к анкилозированию, синдесмофиты |

**Дифференциальная диагностика ББ с туберкулёзом.**

Туберкулёз позвоночника обычно поражает один или несколько позвонков, не носит характер тотального спондилоартрита. При этом не бывает оссификации связок, энтезопатий, а преобладает деструктивный характер с ограниченной локализацией. При дополнительном обследовании выявляются положительные пробы на туберкулёз (РСК с туберкулином, реакция Манту и др.).

**Лечение.** Лечение при ББ должно быть комплексным, длительным, систематическим.

***Режим.*** Больному рекомендуется вести активный образ жизни, заниматься плаванием, теннисом, волейболом. Необходимо постоянно следить за осанкой, постель должна быть жёсткой. При резком обострении заболевания рекомендуется постельный режим, но и в этот период следует осторожно заниматься лечебной физкультурой.

***Медикоментозное лечение.***

**\***НПВС: вольтарен (100мг/сут), ортофен (0,2-0,4 г 2-3 раза в сут), мовалис (15 мг/сут), целебракс (200 мг/сут), нацз (200 мг/сут), нимесил (200 мг/сут).Эти препараты дают хороший противовоспалительный и обезболивающий эффект.

**\***Иммунокорригирующие препараты: суьлфасалазин 2-3 г/сут не менее 4-6 месяцев, позднее поддерживающая доза (0,5-1 г/сут), длительно. Этот препарат относится к базисной терапии и является препаратом выбора.

**\***Негормональные иммунодепрессанты (цитостатики): метотрексат (7,5-10 мг/нед), азатиоприн (100-150 мг/сут). Метотрексат применяют по схеме: делят нужную дозу на 3 части и дают больному по одной части, например, во вторник в 8 часов утра, в 20 часов вечера и в 8 утра следующего дня. Далее прием препарата будет во вторник, на следующей неделе.

* Глюкокортикоиды: преднизолон (20-30мг/сут). При получении клинического эффекта дозу снижают до полной отмены. В случаях устойчивого, торпидного течения ББ быстрый и выраженный эффект даёт пульс-терапия 6-метилпреднизолоном, вводится внутривенно капельно в дозе 1000 мг ежедневно на изотоническом растворе натрия хлорида или 5% глюкозе в течение трёх дней подряд. При артрите периферических суставов хороший эффект даёт внутрисуставное введение глюкокортикоидов (дипроспан, метипред, кеналог).
* Миорелаксанты для снятия мышечного спазма – мидокалм (100-150 мг/сут).
* Улучшение микроциркуляции в связочном аппарате: трентал, пентоксифиллин, никотиновая кислота курсами по 1 месяцу 2-3 раза в год.
* Для повышения чувствительности к базисной терапии при высокой иммунологической активности производят плазмоферез, плазмосорбцию от 4 до 6 сеансов.

***Физиолечение и ЛФК.***

Физиолечение назначают в неактивной фазе болезни: ультразвук, магнитотерапия, рефлексотерапия, лазер, индуктотермия, фонофорез с гидрокортизоном, электрофорез с лидазой.

ЛФК: гимнастика, плавание, «сухой бассейн», ежедневно, 2-3 раза в день по 30 минут.

Массаж мышц спины снижает боли в позвоночнике, уменьшает мышечную ригидность, укрепляет мышцы.

***Санаторно-курортное лечение.***

В неактивной фазе больному рекомендуется ежегодное лечение радоновыми, сероводородными ваннами, грязями (Пятигорск, Сочи, Евпатория). Противопоказаниями к данному лечению являются высокая активность заболевания и поражение внутренних органов.

При анкилозах тазобедренных суставов с ФНС III осуществляется протезирование пораженных суставов.

***Диспансеризация.***

Больные с ББ наблюдаются ревматологом. Лица с периферической формой осматриваются 1 раз в 1-2 месяца, с центральной – 1 раз в 4-6 месяцев, с поражением глаз и внутренних органов – ежемесячно. Рентгенография суставов и позвоночника проводится 1 раз в год.

***Прогноз.***

Прогноз для жизни благоприятный, за исключением случаев развития амилоидоза почек.

**Клинические примеры.**

***Пример № 1.***

Больной Ю.,53 года, неоднократно лечился в ревматологическом отделении, болеет с 35 лет. Симптомы заболевания появились после автомобильной аварии (был компрессионный перелом L4).

Появились недомогание, снижение аппетита, боли в пояснице и крестце (особенно ночью), позже присоединилась утренняя скованность, проходящая после непродолжительной зарядки, повышение температуры до 37-37,5\*С.

Жалобы: на слабость, боли по всему позвоночнику (преимущественно ночью) и в обоих тазобедренных суставах, утреннюю скованность до 40 минут, проходящую после физических упражнений.

Объективно: состояние удовлетворительное, положение активное.

АД=150 и100 мм рт ст, ps=ЧСС=74 уд./мин., ЧД=18 в мин.,t=37,3\*С.

Внутренние органы без патологии (в пределах возрастной нормы).

Status localis: отмечается выраженный грудной кифоз и шейный гиперлордоз, сглаженность поясничного лордоза, болезненность при пальпации по ходу позвоночника, околопозвоночным линиям и тазобедренных суставах. Активные и пассивные движения вызывают боль.

ПРОБЫ:

1. Симптом Кушелевского I,II – положительны.

2. Проба Томайера-35см.

3. Проба Отта-32 см.

4. Проба Шобера-10 см.

5. Форестье-2см.

1. Проба пдбородок-грудина-5см.
2. Экскурсия грудной клетки- 100-96 см (4 см).
3. Позвоночный индекс-22 см.

Обследование:

*Офтальмолог*: без патологии (в пределах возрастной нормы).

*Рентгенограмма позвоночника и тазобедренных суставов*: Деформирующий спондилёз, двусторонний сакроилеит, частичный анкилоз крестцово-подвздошных сочленений.

*ЭКГ:* ритм правильный, признаки гипертрофии левого желудочка.

*ККФ:* без патологии.

*Лабораторные данные:*

А) ОАК – СОЭ-18 мм/ч, Lc-10, Er-4,2, Hb-122, Tr-216, п-1, с-63, м-4, э-2, л- 30.

Б) БАК – СРБ+,РФ-abs, HLA-DR4-abs, HLA-B27-положителен.

В) ОАМ – норма.

Диагноз: АС, I степень активности, медленно прогрессирующий с периодами обострения, двусторонний сакроиелит, III ренгенологическая стадия.

Лечение: мовалис (НПВС),преднизолон (ГК), никотиновая кислота (улучшение микроциркуляции), мидокалм (миорелаксация), инстилляции дипроспаном в тазобедренные суставы, паравертебральная новокаиновая блокада, электрофорез с лидазой (физиолечение), ЛФК.

***Пример № 2.***

Больной, К., 42 года, дважды находился на стационарном лечении в отделении ревматологии, болеет с 39 лет.

Заболевание быстро прогрессирует, началось со снижения аппетита, резкое похудание на 15 кг за 1,5 года (исходный вес – 68 кг), затем присоединились боли в позвоночнике, плечевых, тазобедренных суставах и утреннюю скованность в течение всего дня, при движениях становилось легче.

Сам больной не с чем не связывает начало своего заболевания, но отмечает, что в его семье родной брат и дед также болели ББ.

Жалобы: на слабость, снижение аппетита, резкое похудание, резко выраженную боль по всему позвоночнику, иррадиирующая в ягодицы, боль в плечевых и тазобедренных суставах, периодические, неприятные ощущения в правом глазу.

Объективно: общее состояние средней тяжести, положение пассивное, сознание ясное.

АД=130 и 70 мм рт ст,рs=ЧСС=76 уд./мин., ЧД=18 в мин., t= 37,9\*С.

Со стороны внутренних органов патологии не обнаружено.

Status locаlis: полное исчезновение поясничного лордоза, выраженный грудной кифоз, шейный гиперлордоз, пальпация суставов болезненна, движения в них резко ограничены, пальпация остистых отростков по ходу позвоночника вызывает боль, движения в нём практически невозможны.

ПРОБЫ:

1. Симптомы Кушелевского I,II,III резко положительны.
2. Проба Томайера-40 см.
3. Проба Отта-30,5 см.
4. Проба Шобера-10 см.
5. Проба Форестье-3см.
6. Проба подбородок-грудина-10 см.
7. Экскурсия грудной клетки – 84-80 см (4 см).
8. Позвоночный индекс-19,5 см.

Обследование:

*Офтальмолог:* Иридоциклит.

*Рентгенограмма позвоночника и тазобедренных суставов:* Симптом «квадратизации», двусторонний сакроиелит, остеофиты в тазобедренных суставах, признаки частичного анкилоза крестцово-подвздошных сочленений.

*ЭКГ:* ритм синусовый, признаки диффузных изменений миокарда.

*ККФ:* без патологии.

*Лабораторные данные:*

А) ОАК – СОЭ-45 мм/ч, Lc-11, Er-3,9, Hb-124, Tr-220, п-2, с-64, м-5, э-0, л-34.

Б) БАК – СРБ+++,РФ-abs, HLA-B27-положителен.

В) ОАМ – норма.

Диагноз: АС, III степень активности, быстро прогрессирующее течение с висцеральными изменениями (иридоциклит), III рентгенологическая стадия. ФНС II.

Лечение: см. выше + азатиоприн или метотрексат (цитостатики).

**Выводы:**

Таким образом, ББ - хроническое системное заболевание, характеризуется воспалением суставов позвоночника, околопозвоночных тканей и крестцово-подвздошных сочленений с анкилозированием межпозвоночных суставов и развитием кальцификации спинальных связок. По отношению больных с ББ и носителей антигена HLA-B27 (в поцентах): в Японии- 37:1, в Индии- 3,5:50, в РФ -1,5:12 (см. вкладыши № 1 и 2).

Мужчины болеют чаще, чем женщины в 9 раз. Пик заболевания приходится навозраст от 15 до 45 лет, но существует ювенильный анкилозирующий спондилоартрит, а также случаи проявления болезни после 45- 50 лет; следовательно, возрастные рамкм можно значительно увеличить от 10-12 до 40-50 лет (см. вкладыш № 3).

Болезнь имеет достаточно тяжёлое течение и несёт ряд внесуставных осложнений, которые имеют разную частоту проявлений (см. вкладыш № 4).

Данное заболевание несёт огромнный процент инвалидизации, а, следовательно потерю трудоспособности, что ведёт к перемене места работы , а в более тяжёлых случаях и отказу от неё.

Поэтому своевременное выявление, постановка на диспансерный учёт, качественная диагностика, правильное медикаментозное и физиотерапевтическое лечение дают более благоприятный прогноз и значительно уменьшают процесс инвалидизации, а значит и процент потери трудоспособности.

**Список литературы:**

1. «Клиническая ревматология», под редакцией профессора В. И. Мазурова, Санкт-Петербург, 2001 г.
2. «Ревматические болезни», В. А. Насонова, Н. В. Бунчук, Москва, 1997 г.
3. «Диагностика болезней внутренних органов», том 2, А. Н. Окороков, Москва, 2000 г.
4. «Лечение болезней внутренних органов», том 2, А. Н. Окороков, Москва, 2000 г.
5. «Лекарственные средства», четырнадцатое издание, М. Д. Машковский, Москва, 2001 г.
6. Данные интернета С 2000 по 2004 гг.