

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф. Войно - Ясенецкого» Министерства здравоохранения Российской Федерации

КАФЕДРА

Внутренних болезней и иммунологии с курсом ПО

Рецензия КМН, доцента кафедры внутренних болезней и иммунологии с курсом ПО Павловой Натальи Юрьевны на реферат ординатора 1 года обучения специальности «Терапия» Галанина Владислава Васильевича по теме: «Анкилозирующий спондилит»

Рецензия на реферат – это критический отзыв о проведенной самостоятельной работе ординатора с литературой по выбранной специальности обучения, включающий анализ степени раскрытия выбранной тематики, перечисление возможных недочетов и рекомендации по оценке. Ознакомившись с рефератом, преподаватель убеждается в том, что ординатор владеет описанным материалом, умеет его анализировать и способен аргументированно защищать свою точку зрения. Написание реферата производится в произвольной форме, однако, автор должен придерживаться определенных негласных требований по содержанию. Для большего удобства, экономии времени и повышения наглядности качества работ, нами были введены стандартизированные критерии оценки рефератов.

Основные оценочные критерии рецензии на реферат ординатора первого года обучения специальности «Терапия»:

Оценочный критерий	Положительный/ отрицательный
1. Структурированность	+
2. Наличие орфографических ошибок	-
3. Соответствие текста реферата его теме	+
4. Владение терминологией	+
5. Полнота и глубина раскрытия основных понятий темы	+
6. Логичность доказательной базы	+
7. Умение аргументировать основные положения и выводы	+
8. Круг использования известных научных источников	+
9. Умение сделать общий вывод	+

Итоговая оценка: положительная/отрицательная

Комментарии рецензента:

Дата: 14.02.2020

Подпись рецензента:

Подпись ординатора:

тема раскрыта
использована современная литература, наличие рекомендаций

Дал
Васильев

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования "Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф.Войно-Ясенецкого" Министерства здравоохранения Российской Федерации

Реферат на тему: «Анкилозирующий спондилит»

Выполнил: Ординатор 1 года
Кафедры внутренних болезней и
иммунологии с курсом ПО
Галанин Владислав Васильевич

Проверил: КМН, доцент Павлова Наталья Юрьевна

Красноярск, 2020г.

Содержание:

1. Определение, этиология и эпидемиология;
2. Классификация заболевания;
3. Диагностика анкилозирующего спондилита;
4. Принципы лечения системной склеродермии;
5. Реабилитационные мероприятия;
6. Список литературы.

1 Определение, этиология и эпидемиология

АС – хроническое воспалительное заболевание из группы спондилоартритов, характеризующееся обязательным поражением крестцово-подвздошных суставов (КПС) и/или позвоночника с потенциальным исходом их в анкилоз, с частым вовлечением в патологический процесс энтезисов и периферических суставов [1]. Прогрессирование заболевания в первую очередь связано с пролиферацией костной ткани (в противоположность эрозированию при ревматоидном артрите), что проявляется ростом синдесмофитов (и/или энтезофитов) и процессом анкилозирования позвоночника и суставов. АС относится к группе спондилоартритов (SpA), куда включены также реактивный артрит, псориазический артрит, спондилоартрит при воспалительных заболеваниях кишечника (болезнь Крона и язвенный колит), а также недифференцированные спондилоартриты. Этим заболеваниям свойственны следующие общие черты: боль в позвоночнике воспалительного ритма, несимметричный олигоартрит (преимущественно нижних конечностей), энтезиты, сакроилиит и поражение других отделов позвоночника, а также передний увеит, псориаз, наследственная предрасположенность, частое наличие HLAB27 и отсутствие ревматоидного фактора.

Этиология заболевания до настоящего времени остается не ясной. По данным многочисленных семейных и близнецовых исследований, АС относится к мультифакториальным заболеваниям, т.е. к болезням с наследственной предрасположенностью, обусловленной многими генетическими и средовыми факторами. Ряд генов предрасположенности к АС уже идентифицированы. Основное место среди них занимает HLA-B27. Его вклад составляет 16-23% всего генетического риска этого заболевания.

Распространенность АС зависит в основном от частоты HLA-B27 в конкретной популяции, и составляет среди взрослых от 0,02% до 2,0%. По последним эпидемиологическим данным в России распространенность болезни составляет 0,1-0,2%. Эти цифры значительно отличаются от официальных статистических данных, согласно которым в России в 2009г. было зарегистрировано 39,4 тысяч больных АС (0,034%) при ежегодном выявлении 4-6 тысяч новых случаев [18].

Пик заболеваемости АС приходится на возрастной интервал 25-35 лет. Болезнь дебютирует в 10-20% случаев до 18-летнего возраста, а возрасте старше 50 лет заболевает не более 5-7% больных.

Мужчины в 3-6 раз чаще болеют, чем женщины. Однако в последние годы с развитием учения о спондилоартритах, это соотношение все больше приближается к соотношению 2:1 и даже, при ранних формах - к 1:1.

Исходы у больных АС обычно благоприятнее, чем при ревматоидном артрите (РА), хотя частота инвалидизации примерно одинаковая [5,20]. У существенной части пациентов заболевание носит хронический характер и постепенно прогрессирует, приводя к выраженной функциональной недостаточности и инвалидизации вследствие поражения осевого скелета и, не в последнюю очередь, тазобедренных суставов (коксит). Продолжительность жизни пациентов АС практически не отличается от такового в популяции в целом, за исключением больных, у которых имеется тяжелое течение болезни или развиваются осложнения со стороны внутренних органов - сердца, почек и другие.

2 Классификация заболевания

Специальной классификации АС, в настоящее время не существует, для использования в ежедневной клинической практике **эксперты рекомендуют** использовать временную клиническую классификацию:

Основной диагноз:

- Анкилозирующий спондилит

Клиническая стадия:

- Ранняя (нерентгенологическая) стадия: отсутствуют достоверные рентгенологические изменения в КПС (сacroiliит (СИ) двусторонний второй стадии и выше или односторонний третьей стадии и выше, оцениваемый по методу Келлгрена) и в позвоночнике (синдесмофиты), однако имеется достоверный СИ по данным магнитно-резонансной томографии (МРТ).
- Развернутая стадия: на обзорной рентгенограмме костей таза определяется достоверный СИ (сacroiliит двусторонний второй стадии и выше или односторонний третьей стадии и выше, оцениваемый по методу Келлгрена), но отсутствуют четкие структурные изменения в позвоночнике в виде синдесмофитов.
- Поздняя стадия: на обзорной рентгенограмме костей таза определяется достоверный СИ (сacroiliит двусторонний второй стадии и выше или односторонний третьей стадии и выше, оцениваемый по методу Келлгрена) и имеются четкие структурные изменения в позвоночнике (синдесмофиты).

Активность болезни:

Эксперты рекомендуют определять по индексу ASDAS (*Ankylosing Spondylitis Disease Activity Score*) и BASDAI (*Bath Ankylosing Spondylitis Disease Activity Index*)

	ASDAS	BASDAI (ЧПИ 0-10)
Низкая активность	< 1.3	< 2.0
Умеренная активность	1.3 - <2.1	2.0 – <4.0
Высокая активность	2.1 – <3.5	4.0 – <7.0
Очень высокая активность	3.5	7.0

Рекомендовано в качестве базового метода оценки активности применять индекс BASDAI.

Внеаксиальные проявления:

1. Артрит (отдельно отмечается коксит)
2. Энтезит
3. Дактилит

Внескелетные проявления:

1. Увеит
2. Воспалительные заболевания кишечника (*болезнь Крона, язвенный колит*)
3. Псориаз
4. IgA- нефропатия
5. Нарушение проводимости сердца и аортит

Дополнительная иммуногенетическая характеристика – HLAB27

- HLAB27 – позитивный
- HLAB27 – негативный

Функциональный класс (ФК):

I – полностью сохранены: самообслуживание, непрофессиональная и профессиональная деятельность

II – сохранены: самообслуживание, профессиональная деятельность, ограничена: непрофессиональная деятельность

III – сохранено: самообслуживание, ограничены: непрофессиональная и профессиональная деятельность

IV – ограничены: самообслуживание, непрофессиональная и профессиональная деятельность

Осложнения:

1. вторичный системный амилоидоз
2. остеопороз (системный)
3. Аортальный порок сердца
4. Нарушение ритма сердца
5. Перелом синдесмозита
6. Подвывих в атлanto-аксиальном суставе, в том числе с миелопатией, нестабильностью шейного отдела позвоночника
7. Анкилозы и контрактуры периферических суставов
8. Нарушение функции тазобедренных суставов (межлодыжечное расстояние меньше 70 см)
9. Шейно-грудной кифоз (расстояние затылок-стена больше 5 см)

3 Диагностика анкилозирующего спондилита

Клинические критерии:

- Боль в нижней части спины, уменьшающаяся после физических упражнений, но сохраняющаяся в покое (в течение более 3 месяцев)
- Ограничение движений в поясничном отделе позвоночника, как в сагиттальной, так и во фронтальной плоскостях
- Ограничение дыхательной экскурсии грудной клетки в сравнении с показателями у здоровых лиц

Рентгенологический критерий:

- Сакроилиит: двусторонний (стадия ?2) или односторонний (стадия 3-4).

Диагноз устанавливается при наличии рентгенологического критерия и хотя бы одного клинического критерия. Развернутая характеристика сакроилиита

Рекомендовано данные анамнеза систематизировать следующим образом:

- Характер боли в спине в прошлом и настоящем: следует установить тип боли (воспалительная или механическая), длительность болей (меньше или больше 3-х месяцев), причину возникновения и провоцирующие факторы (травмы, инфекции и т.п.), иррадиацию болей (вероятность корешковых болей), наличие перемежающейся боли в ягодицах (большая вероятность наличия активного СИ), распространение боли на отделы позвоночника, влияние боли на повседневную активность и трудоспособность, наличие ограничений функциональных возможностей;
- Предшествующие обращения к врачам (каких специальностей), результаты проведенных ранее диагностических и лечебных мероприятий;
- Наличие артрита, энтезита, дактилита и внескелетных проявлений;
- Наследственный анамнез по ревматическим заболеваниям, болям в спине, увеиту, псориазу, ВЗК;
- Прочие заболевания – наличие неврологической симптоматики, сахарного диабета, онкологических, инфекционных заболеваний (в первую очередь, туберкулез, бруцеллез), болезней желудочно-кишечного тракта, сердечно-сосудистой и мочеполовой систем (возможность применения НПВП и др. лекарственных препаратов), других болезней опорно-двигательного аппарата (дисплазии, болезнь Шейермана-Мау, синдром гипермобильности, фибромиалгия и т.д.), которые могут оказать влияние на выбор дополнительных диагностических мероприятий и терапевтическую тактику.

Физикальное обследование

При физикальном обследовании **рекомендовано** обращать внимание на:

- Оценку внешнего вида больного (*телосложение, дефицит массы тела, лихорадочный румянец, потливость, состояние кожных покровов, ногтей, конъюнктив, увеличение лимфоузлов*).
- Оценку осанки и походки больного (- *усиление или выпрямление физиологических изгибов позвоночника - «поза просителя» или «поза гордеца»*), определение фиксированности грудного кифоза, наличие сколиоза и состояние паравerteбральных

мышц (*повышение тонуса, гипотрофия, болезненность при пальпации*). Походка больного (*наличие хромоты, «утиной походки», использование палки или костылей*), причина нарушения походки (*боли в области КПС, тазобедренных или периферических суставах нижних конечностей, области пяток, атрофия или слабость мышц нижних конечностей в связи с корешковым поражением, истинное или из-за сколиоза укорочение одной нижней конечности*).

- Оценка подвижности позвоночника:
 - Для выявления ограничения движений в поясничном отделе в сагиттальной плоскости использовать модифицированный тест Шобера. Выполняется в положении пациента стоя прямо: по средней линии спины отмечается точка на воображаемой линии, соединяющей задне-верхние ости подвздошных костей. Затем отмечается вторая точка на 10 см. выше первой. После чего просят пациента нагнуться максимально вперед, не сгибая колен, и в этом положении с помощью сантиметровой ленты измеряют расстояние между двумя точками. В норме это расстояние становится больше 15 см. Измерение проводится дважды. Записывается результат наилучшей попытки.
 - Для оценки подвижности в поясничном отделе позвоночника во фронтальной плоскости использовать измерение бокового сгибания в этом отделе. У пациента, стоящего у стены с прижатыми к ней пятками, ягодицами и лопатками, с помощью сантиметровой ленты сначала определяется расстояние между кончиком среднего пальца руки и полом, затем пациентом выполняется наклон вбок и снова измеряется это расстояние. Оценивается разница между исходным расстоянием и расстоянием после наклона. В норме эта разница должна составлять не менее 10 см. Измерение проводится дважды для каждой из сторон. Записывается результат наилучшей попытки.
 - Для оценки степени выраженности шейного кифоза использовать расстояние козелок-стена и затылок-стена: больного ставят спиной к стене и просят прижать к ней лопатки, ягодицы и пятки. Подбородок поддерживается на обычном уровне. Пациент пытается максимально приблизить голову (затылок) к стене, не запрокидывая при этом голову назад. С помощью сантиметровой ленты измеряется расстояние от затылка до стены и козелка до стены. Измерение проводится дважды для расстояния затылок стена и для каждой из сторон при измерении расстояния козелок-стена. Записывается результат наилучшей попытки.
 - Для оценки степени выраженности подвижности в шейном отделе позвоночника измерять ротацию в шейном отделе позвоночника с помощью гониометра, и в норме угол поворота должен быть не менее 70 градусов.
 - Для оценки нарушений подвижности в ТБС измерять максимальное расстояние между лодыжками (см.). Для этого, лежа на спине, больного просят максимально раздвинуть ноги и измеряют расстояние между медиальными лодыжками. Нормой считается расстояние 100 см. и выше. Измерение проводится дважды. Записывается результат наилучшей попытки.
 - Оценку дыхательной экскурсии грудной клетки рекомендовано проводить отдельно. Экскурсия грудной клетки определяется как разница между ее окружностью при глубоком вдохе и полном выдохе на уровне 4-го межреберья. В норме она должна быть не менее 5 см. Измерение проводится дважды. Записывается результат наилучшей попытки.

Лабораторные исследования

Для АС нет специфических диагностических лабораторных тестов;

Определение HLA-B27 имеет вспомогательную роль в диагностике АС, но не является специфическим тестом для этого заболевания; для определения активности заболевания и эффективности терапии рекомендуется определять уровень СОЭ (по возможности методом Вестергрена, мм/ч) и СРБ (количественным методом, по возможности высокочувствительным, мг/л).

Инструментальные исследования

Инструментальное обследование пациентов с подозрением на АС должно начинаться с проведения стандартной рентгенографии крестцово-подвздошных суставов /КПС/ (обзорный снимок таза). После установки диагноза рентгенографию таза следует проводить не чаще 1 раза в 2 года при отсутствии коксита. При наличии клинических показаний (боль воспалительного ритма в нижней части спины и относительно небольшой давности заболевания – до 2-3 лет) и отсутствии достоверных признаков сакроилиита на рентгенограммах целесообразно проведение МРТ КПС с обязательным использованием T1 и T2 FatSat (или T2 STIR) импульсных последовательностей в полукоронарной плоскости с толщиной среза не более 4 мм. КТ КПС целесообразно проводить в случае наличия сомнительных изменений по данным рентгенографии и отсутствия МРТ-признаков достоверного сакроилиита.

Рентгенография является основным методом выявления структурных изменений в КПС (сакроилиит) и позвоночнике (квадратизация позвонков, поражение Романуса (эрозии, остеосклероз или «сияющие углы»), синдесмофиты) Выявление достоверного сакроилиита (2 стадия и выше) является одним из альтернативных визуализационных критериев диагноза АС.

КТ имеет вспомогательную роль в диагностике АС.

МРТ-диагностику необходимо использовать для диагностики сакроилиита и спондилита при АС у взрослых, выявления локальной активности болезни и наблюдения за эффективностью лечения. Для диагностики СИ при АС основное значение имеет выявляемый при МР исследовании отек костного мозга (ОКМ) в прилежащих к суставу костях - «достоверный сакроилиит». Наличие только синовита КПС, капсулита или энтезита без субхондрального отека костного мозга/остеита согласуется с диагнозом активного сакроилиита, но не является достаточным для его постановки; • Если присутствует только один сигнал (воспалительные изменения только в одной области) он должен определяться, как минимум, на двух срезах. Если выявляется более чем два сигнала на одном срезе, одного среза может быть достаточно для подтверждения определенного СИ.

5 Принципы лечения анкилозирующего спондилита

Нефармакологические методы лечения анкилозирующего спондилита

Основные положения по немедикаментозным методам лечения

- Среди нефармакологических методов лечения АС основное место занимают образование пациентов (школы больных) и регулярные физические упражнения (лечебная физкультура);
- ЛФК больной должен заниматься постоянно, однако если она проводится в группах, под присмотром инструктора, ее эффективность несколько выше, чем в домашних условиях;
- Роль других нефармакологических методов лечения АС (физиотерапия, массаж, акупунктура и др.) не доказана, поэтому они не рекомендуются для повседневного клинического использования.

К лекарственным средствам, которые активно используются и рекомендуются при АС относятся:

- Нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП);
- Анальгетики;
- Глюкокортикоиды (ГК);
- Базисные противовоспалительные препараты (БПВП);
- Ингибиторы фактора некроза опухоли-альфа (иФНОα).

Нестероидные противовоспалительные препараты

АС является, вероятно, единственным ревматическим заболеванием при котором длительный прием НПВП патогенетически обоснован, высокоэффективен и не имеет альтернативы, кроме лечения иФНОα.

НПВП являются препаратами первой линии у больных АС и должны быть назначены больному АС сразу после установления диагноза, независимо от стадии заболевания. У пациентов с персистирующей активностью АС терапия НПВП должна быть длительной. Непрерывный прием НПВП замедляет прогрессирование болезни, в то время как прием «по требованию», т.е. при болях, на прогрессирование практически не влияет. При назначении НПВП необходимо учитывать кардиоваскулярный риск, наличие желудочно-кишечных заболеваний и заболеваний почек.

Анальгетики

Анальгетики, такие как парацетамол и трамадол, могут быть использованы в качестве дополнительного краткосрочного симптоматического лечения, особенно в тех случаях, когда терапия боли при помощи НПВП неэффективна, противопоказана, и/или плохо переносится.

Глюкокортикоиды

Системное применение ГК (в таблетках) как при аксиальной форме АС, так и при наличии периферического артрита не рекомендуется. При периферическом артрите, сакроилиите и энтезитах можно использовать локальное введение ГК.

Базисные противовоспалительные препараты

Для лечения АС только с поражением аксиального скелета не рекомендуется назначение базисных противовоспалительных препаратов, таких как

сульфасалазин, метотрексат или лефлюномид. У пациентов с периферическим артритом рекомендуется лечение сульфасалазином (в дозе до 3 гр. в сутки). Эффективность оценивается в течение 3 месяцев

Ингибиторы фактора некроза опухоли альфа (иФНОα) и другие генноинженерные биологические препараты (ГИБП)

При таких основных клинических проявлениях АС как боль, скованность, периферические артриты и энтезиты эффективность всех разрешенных к использованию иФНОα (инфликсимаб, адалимумаб, этанерцепт, голимумаб) практически одинакова. Терапия иФНОα должна быть назначена/начата больному при персистирующей высокой активности АС, которая сохраняется, несмотря на стандартную терапию НПВП при аксиальном варианте, и сульфасалазина и локальной терапии при периферическом артрите. При аксиальном варианте АС не обязательно назначение базисной терапии перед назначением терапии иФНОα и одновременно с ней. При назначении терапии иФНОα следует учитывать наличие внеаксиальных и внескелетных проявлений, вероятность развития нежелательных явлений и предпочтительный способ введения препарата. При потере эффективности одного из иФНОα (вторичная неэффективность) целесообразно назначение другого иФНОα. При АС нет доказательств эффективности других ГИБП, кроме иФНОα. Доказано, что эффективность терапии иФНО-α намного выше на ранней стадии болезни и при ее высокой активности, однако и при развернутой и поздней стадии заболевания они часто дают хороший клинический эффект (инфликсимаб, адалимумаб, этанерцепт, голимумаб). Имеются данные об улучшении функциональных возможностей у больных АС даже при рентгенологически выявляемом полном анкилозе позвоночника.

При отсутствии противопоказаний для назначения иФНОα, их следует назначать больным с установленным диагнозом АС (согласно российской версии модифицированных НьюЙоркских критериев АС) в следующих случаях:

1. При высокой активности болезни (BASDAI > 4 или ASDAS > 2,1) и при резистентности (или непереносимости) двух предшествующих НПВП, назначенных последовательно в полной терапевтической дозе с длительностью применения в целом не менее 4-х недель; у больных с периферическим артритом при резистентности (или непереносимости) к терапии сульфасалазином в дозе не менее 2гр в течение не менее чем 3-х месяцев и внутрисуставных инъекций ГК (не менее 2-х);
2. При наличии у пациента с достоверным диагнозом АС рецидивирующего (или резистентного к стандартной терапии) увеита, без учета активности болезни;
3. При наличии у пациента с достоверным диагнозом АС быстро прогрессирующего коксита, без учета активности болезни.

Перед назначением иФНОα обязательным является скрининг на туберкулез (проба Манту или Диаскин-тест (квантифероновый тест) и рентгенография легких) и повторение его раз в 6 месяцев на фоне терапии.

6 Образование и обучение пациентов

	Результаты исследований	Рекомендации
Обучение пациентов	Основу обучения составляет представление основной информации о заболевании, принципах терапии	Необходимо проведение обучения больных в «школах АС» технике самомониторирования
Лечебная физкультура	ЛФК занимают основное место среди нефармакологических методов лечения	Систематические занятия ЛФК улучшают течение и прогноз болезни

Роль других нефармакологических методов лечения АС (физиотерапия, массаж, акупунктура и др.) не доказана, поэтому они не рекомендуются для использования.

Занятия ЛФК при АС жизненно необходимы, т.к. только двигательная активность сохраняет объем движения в суставах и позвоночнике. Продолжительность и количество занятий определяются двигательным режимом в течение дня, недели, месяца, года. Утром необходимо обязательно выполнять утреннюю гигиеническую гимнастику. Это важнейший пункт ежедневного двигательного режима. Ночью, во время сна, более активно идут процессы воспаления и анкилозирования. Утреннее занятие устраняет скованность и восстанавливает объем движения. В течение дня необходимо несколько раз (2 – 4 раза) выполнять мини занятия – «пятиминутки», а если приходится работать или находится в неудобной или вынужденной позе, то проводить эти занятия следует через каждый час.

Литература

1. РОССИЙСКИЕ КЛИНИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ. РЕВМАТОЛОГИЯ под редакцией Насонова Е.Л. 2020г.
2. КЛИНИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИЯ АНКИЛОЗИРУЮЩЕГО СПОНДИЛИТА, Москва 2013г.
3. АНКИЛОЗИРУЮЩИЙ СПОНДИЛИТ Агабабова Э.Р. 1999г.
4. РЕНТГЕНОВСКАЯ КОМПЬЮТЕРНАЯ ТОМОГРАФИЯ В ДИАГНОСТИКЕ САКРОИЛЕИТА У БОЛЬНЫХ РАННИМИ СПОНДИЛОАРТРИТАМИ Левшакова А.В., Бочкова А.Г., Бунчук Н.В., 2009г.
5. ОСНОВНЫЕ ПРИНЦИПЫ ТЕРАПИИ АНКИЛОЗИРУЮЩЕГО СПОНДИЛИТА (БОЛЕЗНИ БЕХТЕРЕВА) Эрдес Ш.Ф. Науч.-практ. ревматология. 2013. № 2 (21). С. 686-696.