

А. С. Кошкин, Т. А. Нехайчик

ВОЗМОЖНОСТИ РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПОЗВОНОЧНИКА У ВОЕННОСЛУЖАЩИХ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА

*Кафедра военно-полевой терапии военно-медицинского факультета
в УО «Белорусский государственный медицинский университет»*

Проведена оценка возможности ранней диагностики спондилоартритов врачами неревматологического профиля. Предложен пошаговый алгоритм скринингового обследования.

Ключевые слова: спондилоартриты, ранняя диагностика

A. S. Koshkin, T. A. Nekhaichik

POSSIBILITIES OF EARLY DIAGNOSTICS INFLAMMATORY DISEASES OF SPINE AMONG SERVICEMEN OF YOUNG AGE

To test the capabilities of early diagnostics of spondyloarthritis by non-rheumatological physicians. To proposed step-algorithm for screening examination.

Key words: spondyloarthritis, early diagnostics.

Группа спондилоартритов (SpA) объединяет ряд нозологических форм воспалительного ревматического поражения суставов, которые имеют общие клинические, рентгенологические и генетические признаки [2]. К генетическим относят высокую ассоциацию с геном комплекса гистосовместимости HLA-B27. Общие клинические и инструментальные проявления включают поражение осевого скелета (сакроилеит, спондилит), мест прикрепления к кости связок и сухожилий (энтезиты), периферический артрит (преимущественно олигоартрит нижних конечностей) и экстраартикулярную пато-

логию (поражение глаз, кожи, кишечника, сердца). В настоящее время к SpA относят анкилозирующий спондилит, псориатический артрит, реактивный артрит, артрит, ассоциированный с воспалительными заболеваниями кишечника (при неспецифическом язвенном колите (НЯК) и болезни Крона) и недифференцированный SpA.

Общая распространенность SpA в популяции среди взрослых варьирует от 0,15% (Финляндия) до 1,4% (Норвегия) [2]. Диагностика дебютных форм SpA является непростой клинической задачей, при этом SpA распознаются труднее, чем

ревматоидный артрит (Halverson P. B., 1997). В результате ошибочные первичные диагнозы достигают при СпА 72% и особенно часты у женщин – 94% [1]. Запоздалую диагностику СпА, особенно аксиальных форм, связывают с вариабельностью клинической симптоматики, которая не всегда четко очерчена, растянута по времени и имеет склонность к длительным спонтанным ремиссиям. Игруют роль и упрощенное понимание проблемы боли в спине, неоправданно частый диагноз «остеохондроз», в том числе у пациентов в возрасте 25–35 лет. В результате окончательный диагноз устанавливается в среднем через 8 лет после дебюта суставного синдрома, после обращений к 7–8 специалистам различного профиля [3] (рис. 1).

Разработка и внедрение рабочей группой ASAS (The Assessment of SpondyloArthritis international Society) новых классификационных критериев дебютных форм СпА – преимущественно аксиального [4, 6] и преимущественно периферического [5] – позволяет заподозрить диагноз СпА на ранних стадиях, в том числе до появления характерной рентгенологической симптоматики, а использование ряда функциональных тестов – выявить функциональные нарушения со стороны позвоночника. Однако эти критерии и тесты внедрены преимущественно в клиническую практику ревматолога и недостаточно известны врачам общей практики, в том числе войскового звена, и профильным специалистам.

Цель исследования: оценить возможности ранней диагностики дебютных форм спондилоартритов в практике интерниста с применением современных диагностических критериев и функциональных тестов.

Задачи исследования:

- Изучить частоту люмбагического синдрома среди военнослужащих – пациентов ГУ «432 Главный военный клинический медицинский центр».
- Оценить возможность выявления начальных проявлений СпА у лиц болевым синдромом в спине на основании критериев ASAS и функциональных тестов для оценки подвижности позвоночника.
- Разработать оптимальный диагностический алгоритм для скрининговой диагностики ранних форм СпА.

Материал и методы. По данным компьютерной базы исследования ГУ «432 Главный военный клинический медицинский центр» проведена выборка пациентов (военнослужащих) в возрасте до 45 лет, поступивших в стационар с болевым синдромом в спине за период с 09.2013 г. по 03.2014 г. с последующим анализом диагнозов поступления и выписки. Клиническое обследование 32 пациентов в возрасте от 18 до 45 лет (средний возраст $34 \pm 11,7$ лет) с торако- и люмбагическими синдромами с применением критериев ASAS и выполнением функциональных тестов для выявления нарушений подвижности позвоночника и признаков сакроилеита, находившихся на лечении и обследовании в отделениях этого же учреждения. Для сопоставления результатов эти пациенты были разделены на две группы: первая группа – с установленным ревматологическим диагнозом ($n = 6$, средний возраст $34,16 \pm 11,3$ года) и вторая – с неуточненным люмбагическим синдромом ($n = 26$, средний возраст $33,9 \pm 11,4$ года).

Результаты и обсуждение. По результатам анализа компьютерной базы данных за 6 месяцев, на стационарном лечении в трех отделениях медицинского центра (неврологическом (НО), 1 кардиологическом с койками для ревматологических больных (1 КО), нейрохирургическом (НХО)) было пролечено 136 пациентов с люмбагическим синдромом в возрасте до 45 лет. Эта цифра составила 23,7% от общего числа пролеченных и сопоставима с литературными данными, свидетельствующими, что боли в нижней части спины составляют 24,9% активных обращений за амбулаторной помощью лиц трудоспособного возраста [2]. В НО этот контингент составил



Рис. 1. Профильность обращений в дебюте воспалительного заболевания позвоночника

почти половину всех поступивших (45,0% (85)). На втором месте по частоте люмбагического синдрома было НХО – 35,8% (38). В 1 КО число таких лиц было наименьшим – 4,67% (13), так как большинство пациентов этого отделения поступали после осмотра ревматолога или находились под его наблюдением с установленным ревматологическим диагнозом либо с подозрением на заболевания данного профиля.

В НО наиболее частым диагнозом при поступлении была вертеброгенная люмбагия – 77,64%, которая в 47,07% случаев верифицирована при выписке как «люмбаго с ишиазом». Следует отметить, что в 8,23% случаев причина болевого синдрома так и не была уточнена. Лидирующим выписным диагнозом в НХО оказался «остеохондроз позвоночника», составив 57,89%. Ни в одном из анализируемых случаев не был заподозрен воспалительный характер поражения позвоночника с назначением консультации ревматолога. Наиболее частые диагнозы при поступлении в 1 КО отражали подозрение на заболевания группы HLA-B27, чаще неуточненные. При выписке в большинстве случаев диагнозы были конкретизированы.

В сравниваемых группах длительность симптомов люмбагии была сопоставима и составила по средним значениям 50,3 месяца в 1 и 54,3 месяца во 2 группе с минимальными значениями 3 и 4,5 месяца соответственно, что позволило оценить характер болевого синдрома в большинстве случаев как стойкий, с хронизацией и склонностью к рецидивам. Отягощенной наследственности по заболеваниям группы СпА в группах обследования выявлено не было. Вместе с тем болевой синдром в спине у родственников отметили 83,3% (5) респондента из первой группы и 77% (18) из второй.

Характер болевого синдрома в спине оценивали по критериям ASAS, 2009. При наборе любых 4 из 5 признаков воспалительной боли в позвоночнике – постепенное начало, возраст начала боли менее 40 лет, ночные боли, отсутствие уменьшения боли в покое, уменьшение боли после упражнений – болевой синдром оценивался как воспалительный. В группе пациентов с установленным ревматологическим поражением позвоночника 5 из 6 пациентов подпадали под действие критериев воспалительной боли, набрав 4–5 баллов. В группе с люмбагиями не было пациентов, набравших 5 баллов, 4 балла выявлено в 2 случаях. Однако, пограничное количество признаков – 3–4 балла имели 14 (53,8%) из 26 пациентов 2 подгруппы. Это подтверждает высокую специфичность и чувствительность указанных критериев для воспалительных заболеваний позвоночника.

Из функциональных тестов применяли тест Томайера, тест Шобера, измеряли боковое сгибание позвоночника, дыхательную экскурсию грудной клетки (ЭГК), расстояние «затылок-стена» и оценивали симптомы Кушелевского. В подгруппе с неревматическими люмбагиями тест Томайера, по которому оценивается ограничения движений в сагитальной плоскости, был чаще положительным по сравнению с первой группой: 38,46% (10) против 16,6% (1). Однако этот тест является недостаточно специфичным и может давать положи-

тельные результаты при неврологической патологии и ложно-отрицательные при поражении позвоночника на фоне СпА при хорошей тренированности мышц спины. Тест Шобера, который также используется для оценки ограничения движений позвоночника в сагитальной плоскости, в отличие от теста Томайера, является более специфичным (в соответствии с рекомендациями ASAS/EULAR). В 66,6% (4) в первой и 69,2% (18) второй группах выполнение названного теста позволило выявить ограничение подвижности в поясничном отделе позвоночника. Изменение подвижности позвоночника во фронтальной плоскости определяли при изменении расстояния от кончика среднего пальца до пола менее 10 см исходно и после бокового сгибания. Среди всех обследованных ограничение выявлено по одному пациенту из каждой подгруппы.

Тест «затылок-стена» ассоциирован с поражением шейного отдела позвоночника, что характерно для поздних стадий СпА в частности АС, поэтому отрицательный результат во второй группе и выявление ограничений у 1 пациента первой группы является закономерным. Важным критерием поражения грудного отдела позвоночника является выявление ограничения дыхательной ЭГК. У 5 из 6 пациентов с установленными ревматологическим заболеваниями позвоночника и у 18 из 26 с неуточненными люмбалгиями были выявлены дыхательные ограничения.

Признаки сакроилеита по данным выполнения тестов Кушелевского диагностированы в половине случаев в 1 группе (3) и лишь у 3 пациентов (11,5%) во второй, что подтверждает малую эффективность клинического выявления сакроилеита по этим тестам на ранних стадиях заболевания.

Из лабораторных данных, в соответствии с диагностическими критериями СпА, оценивали – СРБ и наличие HLA-B27. Следует отметить, что в целом, определение СРБ было проведено только в одном случае в группе с неврологическими люмбалгиями и у 5 из 6 пациентов 1 подгруппы, а определение HLA-B27 – лишь у 1 пациента 1 подгруппы. В этой же подгруппе чаще выявляли повышение СОЭ в пределах от 13 до 20 мм/ч.

Из инструментальных исследований всем пациентам была выполнена рентгенография позвоночника, однако целенаправленный поиск поражения крестцово-подвздошных сочленений во второй группе не проводился.

Для оценки рентабельности обследования была выполнена калькуляция минимального лабораторного и инструментального методов для диагностики ранних форм СпА, которая составила около 750 000 бел. руб., что несопоставимо меньше затрат, сопряженных с расходами на обследование, лечение, социальные нужды пациентов со СпА в поздних стадиях. Для клинического обследования пациента с подозрением на воспалительную люмбалгию достаточно 10–12 минут.

Выводы и практические рекомендации. Проведенное исследование позволяет констатировать, что люмбалгический синдром среди военнослужащих в возрасте до 45 лет, имеет такое же распространение как и в популяции, достигая 24%, а применение современных критериев диагностики СпА (ASAS) малозатратно по времени и доступно для выполнения врачами различных специальностей с использованием разработанного нами пошагового алгоритма, формирующего показания для консультации ревматолога (рис. 2). В первую очередь целесообразно оценить жалобы пациента с акцентом на проявление воспалительного компонента боли. При наборе 4–5 баллов по критериям ASAS следует направить пациента на консультацию к ревматологу, который будет определять дальнейшую тактику обследования. При наборе 3–4 баллов в сочетании с положительным по СпА анамнезу целесообразно дальнейшее обследование, в частности выполнение функциональных тестов, среди которых можно ограничиться тремя: тест Шобера, бокового сгибания позвоночника и измерение ЭГК. При выявлении ограничений такой пациент также должен быть направлен к ревматологу. При их отсутствии показано дальнейшее обследование с оценкой лабораторных данных – как минимум СОЭ и СРБ. При наличии повышения – также показана консультация ревматолога. Если лабораторные показатели не имеют отклонений, следует провести рентгенологическое обследование костей таза с оценкой крестцово-подвздошных и тазобедренных суставов. Сомнительные изменения являются показанием для выполнения МРТ крестцово-подвздошных сочленений в режимах с подавлением жировой ткани (T1 ВИ или STIR).



Рис. 2. Алгоритм скрининговой диагностики ранних форм спондилоартритов

Таким образом, внедрение представленного алгоритма в практику стационарного и амбулаторного звена позволит повысить шансы пациента на своевременную диагностику и патогенетическую терапию дебютных форм спондилоартритов.

Литература

1. Агабабова, Э. Р. Спондилоартриты как объект перспективных научных исследований в ревматологии. – В кн.: Избранные лекции по клинической ревматологии / Под ред. В. А. Насоновой, Н. В. Бунчука. – М.: «Медицина», 2001. – С. 74–82.

2. Ревматология: национальное руководство / под ред. Е. Л. Насонова, В. А. Насоновой. – М: ГЭОТАР-Медиа, 2010. – 720 с.

3. Эрдес, Ш. Ф., Балабанова Р. М. Динамика заболеваемости анкилозирующим спондилитом в России и субботние школы по спондилоартритам. Науч.-практич. ревматол. 2013; 2: 145–148.

4. Rudwaleit, M., Landew R., van der Heijde D. The development of assessment Spondyloarthritis international Society classificathion criteria for axial spondyloarthritis (part I): classification of paper patients by expert opinion including uncertainly appraisal / Ann. Rhem. Dis. – 2009. – Vol. 68, № 6. – P. 770–776.

5. Rudwaleit, M., van der Heijde D., Landewé R. et al. The Assessment of SpondyloArthritis International Society classification criteria for peripheral spondyloarthritis and for spondyloarthritis in general. Ann Rheum Dis. 2011 Jan; 70 (1): 25–31.

6. Rudwaleit, M., van der Heijde D., Landew R., The development of assessment Spondyloarthritis international Society classificathion criteria for axial spondyloarthritis (part II): validation and final selection / Ann. Rhem. Dis. – 2009. – Vol. 68, № 6. – P. 777–783.

Поступила 5.09.2014 г.