



**Болезнь  
Бехтерева –**

**Анкилозирующий  
спондилоартрит**



- **Болезнь Бехтерева** — хроническое прогрессирующее заболевание позвоночника и суставов. Заболевание встречается у 0,05 % населения, преимущественно (90 %) у лиц 15—30 лет мужского пола.
- Подробное клиническое описание этого заболевания впервые дал В.М. Бехтерев (1892). Болезнь Бехтерева в литературе встречается также под названиями «анкилозирующий спондилоартрит», «пельвиоспондилит» и др.

# Этиология и патогенез

- Этиология заболевания не выяснена. Есть основания считать, что природа болезни Бехтерева полиэтиологична. Среди многочисленных факторов одни являются ведущими (хроническое воспаление уrogenитальных органов, кишечника, травма костей таза), — другие — предрасполагающими (наследственность, переохлаждение, гормональное нарушение и др.).
- Имеются сведения о роли некоторых штаммов *Klebsiella* и других видов энтеробактерий в развитии периферического артрита у больных ББ. Важнейшим фактором патогенеза является семейная предрасположенность, маркером которой считается антиген гистосовместимости HLA-B27.

## Формы заболевания:

Центральная форма (поражение только позвоночника).

Ризомелическое поражение позвоночника и крупных суставов (плечевые, тазобедренные).

Периферическая форма (поражение позвоночника и периферических суставов — коленных, голеностопных и др.).

Скандинавская форма (поражение мелких суставов кистей).

Висцеральная форма (поражение позвоночника и внутренних органов — сердца, аорты, почек).

## ***Патогенез болезни Бехтерева***

сложен, многие его звенья еще не ясны. В основе патогенеза лежит первичный воспалительный процесс крестцово-подвздошных, межпозвоночных, реберно-позвоночных суставов.

Процесс имеет прогрессирующий, рецидивирующий характер.

Оссификация происходит как на основе метахромазии хрящевой ткани, так и непосредственно в результате дифференцировки недифференцированных соединительнотканых клеток.

## Клиническая картина

Проявления болезни Бехтерева отличаются большим полиморфизмом и зависят от локализации поражения, стадии, степени активности и течения патологического процесса. Различают несколько форм поражения позвоночника и суставов при болезни Бехтерева.

- 1. Центральная форма, при которой поражается только позвоночник, делится на два вида:
  - а) кифозный вид — кифоз грудного отдела и гиперлордоз шейного отдела позвоночника (описан Бехтеревым);
  - б) ригидный вид — отсутствие лордоза поясничного и кифоза грудного отделов позвоночника; спина больного прямая, как доска

2. Ризомелическая форма, при которой, помимо позвоночника, поражаются так называемые корневые суставы (плечевые, тазобедренные.).

- Периферическая форма. Наряду с позвоночником поражаются также периферические суставы (локтевые, коленные и голеностопные).
- Скандинавская форма характеризуется поражением мелких суставов кистей, как при ревматоидном артрите.

По данным литературы выделяют пятую — **висцеральную форму** этого заболевания, при которой независимо от стадии поражения позвоночника и суставов выявляется поражение внутренних органов (сердце, аорта, почки, глаз).

- Продромальный период болезни Бехтерева обычно не определяется, хотя у части больных за несколько месяцев, а иногда и лет возникают общая слабость, похудание, раздражительность, сонливость, чувство зуда подошв, артралгии, миалгия. Эти субъективные ощущения мало выражены и выявляются только при опросе. Предвестником поражения позвоночника нередко могут быть резистентные к обычным методам лечения ириты, иридоциклиты и эписклериты.

**Центральная форма.** В большинстве случаев эта форма болезни Бехтерева начинается исподволь, незаметно, без повышения температуры тела и увеличения СОЭ. Нередко начало заболевания совпадает с перенесенной острой инфекцией (грипп, ангина), урологической инфекцией, переохлаждением, травмой.

Боли иррадиируют в крестцово-подвздошные суставы и паховую область. В пояснично-крестцовом отделе позвоночника они возникают при физической нагрузке, длительном пребывании тела в одном положении или в покое. Часто боли иррадиируют поочередно то в левое, то в правое бедро. Нередко приходится слышать от больных, что в течение дня они вынуждены совершать небольшие прогулки или делать несколько упражнений, чтобы работать. Характерно усиление или возникновение болей во второй половине ночи (в 3—4 ч), причем после подъема они исчезают.

При наличии сакроилеита болевой синдром может усиливаться к вечеру, к концу рабочего дня. Такая симптоматика в основном наблюдается у людей, занятых физическим трудом. Как и при других ревматических заболеваниях, больные чувствительны к перемене погоды. При осмотре больного выясняется, что осанка в норме, ходьба не нарушена, движения в позвоночнике сохранены. Только при выраженных болях походка становится щадящей, скованной.





В поздней стадии заболевания, как правило, боли в пояснично-крестцовом отделе не беспокоят, поскольку в этом отделе уже развился анкилоз.

Анкилозы реберно-позвоночных суставов обуславливают ограничение экскурсии грудной клетки. Возникает одышка, особенно после еды, поскольку дыхательная экскурсия совершается за счет диафрагмы.



На рентгенограммах в поздней стадии болезни Бехтерева выявляется частичный или полный анкилоз крестцово-подвздошных суставов, оссификация фиброзного кольца, прежде всего на уровне Т<sub>11</sub> и L<sub>1</sub>, склерозирование покровных пластинок и неровность их контуров, изменение формы тел позвонков и межпозвонковых дисков, реже деструкция краев тел позвонков — дисцит.

**Юношеская форма болезни Бехтерева. Клиническая картина имеет ряд особенностей, которые необходимо учитывать при дифференциации от ревматоидного артрита.**

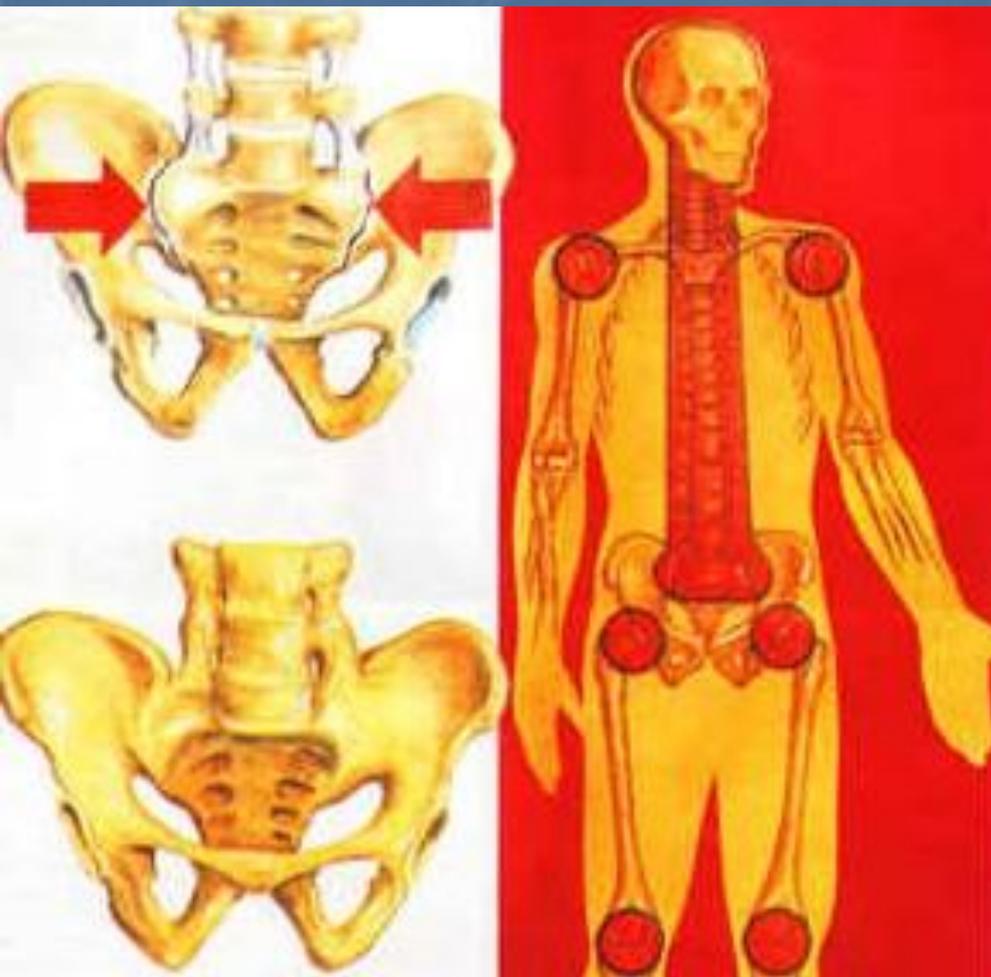
**Арритрит нижних конечностей выявляется у большинства больных. Признаки воспаления в суставах слабо выражены и имеют нестойкий характер. У части больных поражены периартикулярные ткани.**

**Для юношей характерно начало заболевания с поражения 1—2 крупных суставов, особенно часто тазобедренных. Коксит длительное время может протекать изолированно, признаки общего воспаления отсутствуют. Заболевание медленно прогрессирует, симптомы поражения позвоночника мало выражены, продолжительное время сохраняется функция позвоночника.**



Начало и течение болезни Бехтерева в детском возрасте имеют ряд особенностей, что затрудняет диагностику. Первыми симптомами являются болезненность связок и сухожилий, ирит, поражение аорты.

Как указывают большинство авторов, болезнь Бехтерева в детском возрасте очень трудно диагностировать. Часто заболевание начинается с рецидивирующего поражения суставов нижних конечностей, особенно коленных суставов. Ремиссия артрита длится от нескольких месяцев до нескольких лет. Как правило, повторный приступ артрита возникает после какой-либо острой инфекции (грипп, ангина, переохлаждение, физическое перенапряжение, травмы). Крестцово-подвздошные суставы позднее вовлекаются в патологический процесс. Боли в позвоночнике длительное время носят периодический характер. Рентгенологические изменения крестцово-подвздошных суставов трудно оценить из-за возрастных изменений скелета, обусловленных ростом.



**Течение:**

**1) медленно прогрессирующее;**

**2) быстро прогрессирующее (за короткое время наступает полный анкилоз).**

# *Рентгенологические стадии:*

- I стадия - расширение суставной щели, нечёткость контуров сочленений
- II - заметны единичные эрозии суставной ткани
- III - частичный анкилоз (фиксация) крестцово-подвздошных сочленений
- IV – ярко выраженный полный анкилоз

## Три степени активности:

I — минимальная: боли в позвоночнике и суставах конечностей, преимущественно при движении, небольшая скованность в позвоночнике по утрам, СОЭ в норме или 15—20 мм/ч, проба на СРБ положительная ( + );

II — средняя: постоянные боли в позвоночнике и суставах при их поражении, умеренная скованность по утрам, СОЭ 20—40 мм/ч, проба на СРБ положительная ( + + );

III — выраженная: сильные боли постоянного характера в позвоночнике и суставах. При поражении периферических суставов могут отмечаться субфебрильная температура тела, экссудативные изменения. СОЭ более 40—50 мм/ч, проба на СРБ положительная ( + + + ).

## Основные симптомы болезни Бехтерева:

- 1) боли воспалительного характера в пояснично-крестцовой области;
- 2) чувство скованности в пояснично-крестцовом отделе позвоночника;
- 3) доброкачественный, рецидивирующий моноолигоартрит нижних конечностей у лиц молодого возраста;
- 4) клинические признаки сакроилеита (положительные симптомы Кушелевского);
- 5) поражение грудиноключичных и грудинореберных сочленений;
- 6) ирит, иридоциклит в анамнезе или в период обследования;
- 7) признаки двустороннего сакроилеита (на рентгенограмме);
- 8) скintiграфическое выявление повышения концентрации радиоиндикатора в области крестцово-подвздошных, грудиноключичных и грудинореберных суставов;

## Второстепенные симптомы при болезни Бехтерева:

- 1) периодические, односторонние боли в области крестца;
- 2) рецидивирующий, негнойный уретрит;
- 3) хронический колит;
- 4) конъюнктивит;
- 5) кифоз в грудном отделе позвоночника;
- 6) сглаженность поясничного лордоза;
- 7) напряжение прямых мышц спины;
- 8) ограничение движений в позвоночнике;
- 9) признаки одностороннего сакроилеита на рентгенограмме;
- 10) поражение аорты;
- 11) отягощенная наследственность (болезнь Бехтерева у родственников).



**Если каждый из основных симптомов оценить в 1 балл, а из второстепенных — в 1/2 балла, то при наличии 4—5 баллов диагноз болезни Бехтерева достоверный, 3 баллов — сомнительный, 1—2 баллов — вероятный.**

# Диагностические признаки болезни

## Бехтерева:

### По рекомендации института ревматологии РАМН, 1997

- 1. Боль в поясничной области, не проходящая в покое, облегчающаяся при движении и длящаяся более 3 мес.;
- 2. Ограничение подвижности в поясничном отделе позвоночника в сагиттальной и фронтальной плоскостях;
- 3. Ограничение дыхательной экскурсии грудной клетки относительно нормальных величин согласно возрасту и полу;
- 4. Двусторонний сакроилеит II-IV стадии.

*Диагноз считается достоверным, если у больного имеется четвертый признак в сочетании с любым другим из первых трех.*

# Лечение

К сожалению, болезнь Бехтерева продолжает оставаться заболеванием, при котором все еще отсутствуют методы полной приостановки болезненного процесса.

- НПВС
- Препараты 5-АСК
- Цитостатики
- ГКС
- Аминохинолиновые препараты
- В литературе есть данные о назначении пульс-терапии при высокой степени активности процесса, применения блокаторов ФНО-α
- Немедикаментозные методы лечения (ЛФК, физиолечение)