

Анкилозирующий СПОНДИЛИТ

Новые подходы к
диагностике и
лечению

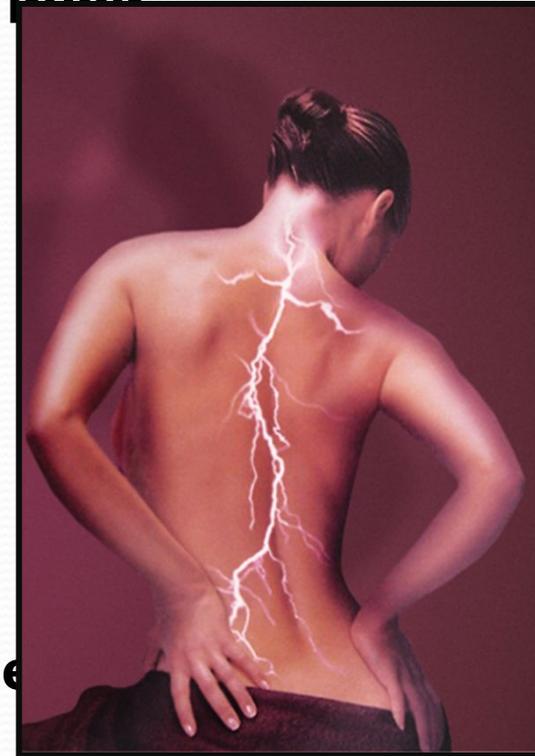


2017

Боли в спине:

актуальность проблемы

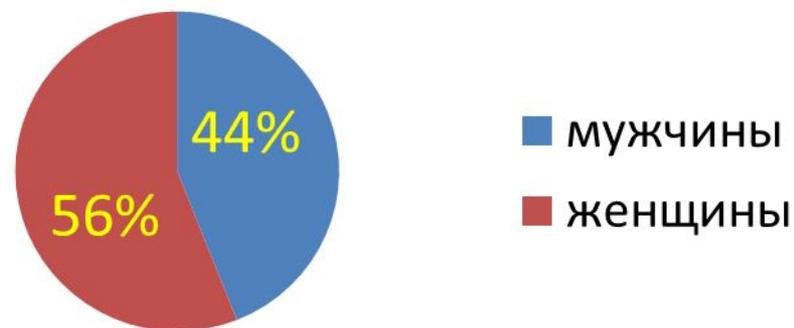
- Боли в спине характеризуются значительной распространенностью в популяции. В тот или иной период жизни они отмечаются у 90% лиц в популяции.
- Боли в спине вызывают более 80 заболеваний.
- У 33% пациентов длительность боли составляет более 10 дней, а у 10% - более 100 дней.
- Чаще всего развиваются у лиц в трудоспособном возрасте (пик заболеваемости 35-45 лет).
- Являются наиболее частой причиной ограничения трудоспособности у людей моложе 45 лет.
- У 80%-90% больных при адекватной терапии боли регрессируют в течение одного месяца.



Локализация наиболее распространенных хронических скелетно-мышечных болевых синдромов (n = 4835)

- Спина – 24 %
- Нижняя часть спины – 18%
- Коленный сустав – 16%
- Голова – 15%
- Голень – 14%
- Суставы – 10%
- Надплечье – 9%
- Шея – 8%
- Бедро – 8%
- Рука – 6%

Распространенность хронической боли по полу

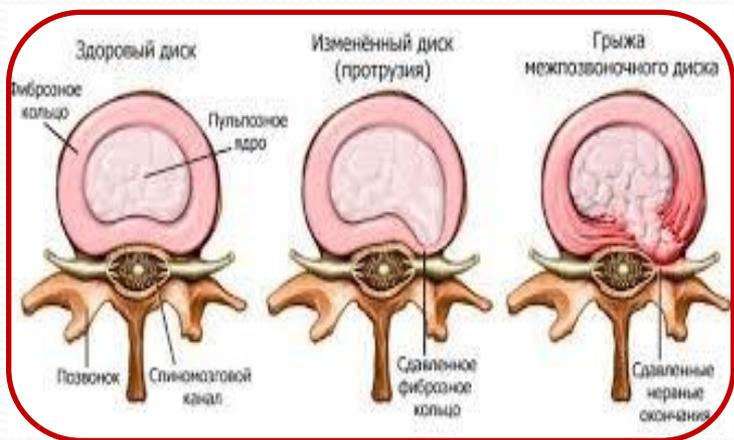


- ***АС – это системное хроническое воспалительное заболевание аксиального скелета с частым вовлечением в патологический процесс энтезисов и периферических суставов, а также других органов и систем.***

Наиболее частые причины БНЧС

1. Структурные/Механические – 90%
2. Воспалительные 3-5%
3. Метаболические 5%
4. Неопластические 1-2%

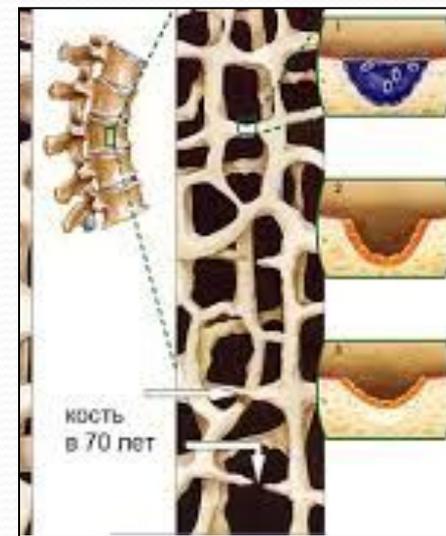
1



2



3



ASAS

(хроническая боль в спине, n = 648)

- возраст начала < 40 лет
- постепенное начало
- улучшение после физических упражнений
- отсутствие улучшения в покое
- ночная боль (с улучшением при пробуждении)

Чувствительность: 79,6%; Специфичность: 72,4%

Боль в спине считается воспалительной при наличии как минимум 4-х признаков из 5.

механической боли в ПОЗВОНОЧНИКЕ

	Воспалительные	Механические
Возраст начала	< 40	Любой возраст, обычно позже
Тип начала	постепенно	остро
Длительность	> 3 мес	< 4 недель
Утренняя скованность	> 60 мин	< 30 мин
Ночная боль	часто	отсутствует
Эффект упражнений	улучшает	обостряет
Скованность в КПС	часто	отсутствует
Подвижность позв-ка	Ограничена во всех проекциях	Ограничено сгибание
Экскурия грудной клетки	Часто снижена	Нормальная
Неврологические симптомы	нехарактерны	возможны

Таблица 1 Рабочая классификация АС

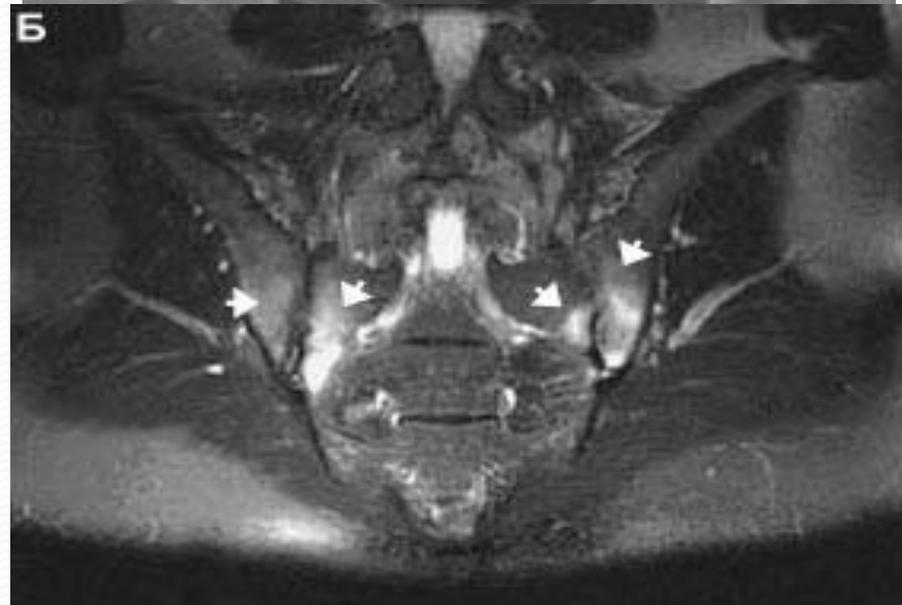
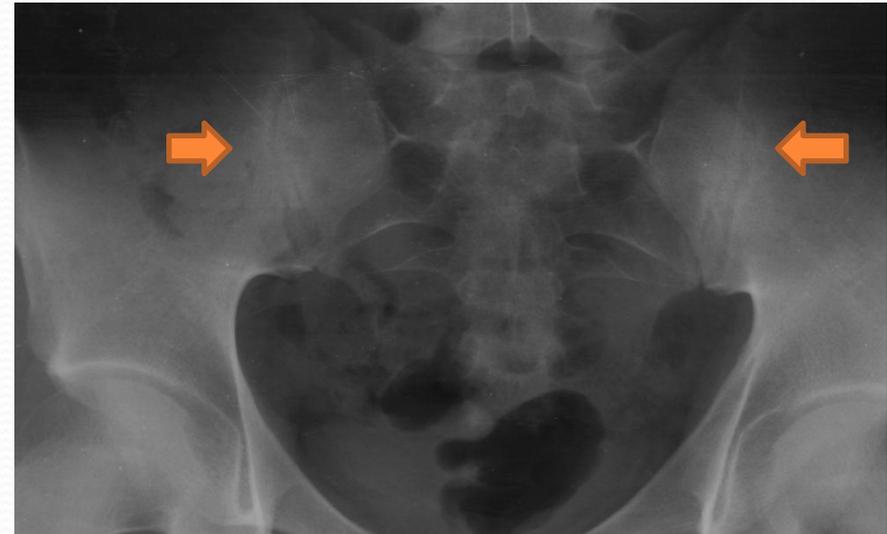
Признак	Градации
Стадия болезни	1 (дорентгенологическая) 2 (развернутая) 3 (поздняя)
Активность болезни	Низкая Умеренная Высокая Очень высокая
Внеаксиальные проявления	Артрит (дополнительно отмечается коксит) Энтезит Дактилит
Внескелетные проявления	Увеит Воспалительные заболевания кишечника (болезнь Крона, язвенный колит, неспецифическое воспалительное заболевание кишечника) Псориаз IgA-нефропатия Нарушение проводящей системы сердца Аортит
Дополнительная иммуногенетическая характеристика	HLA-B27(+) HLA-B27(-)
Осложнения	Амилоидоз Остеопороз Атеросклероз Нарушение ритма сердца Аортальный порок сердца Перелом позвонков, синдесмофитов Подвывих атлантаксиального сустава Анкилоз височно-нижнечелюстных суставов Шейно-грудной кифоз (расстояние затылок – стена) Нарушение функции тазобедренных суставов Контрактура периферического сустава
Функциональный класс	I II III IV

Клиническая классификация АС (ASAS, 2013)

Стадии АС

- 1-я стадия – дорентгенологическая (аксиальный СпА)

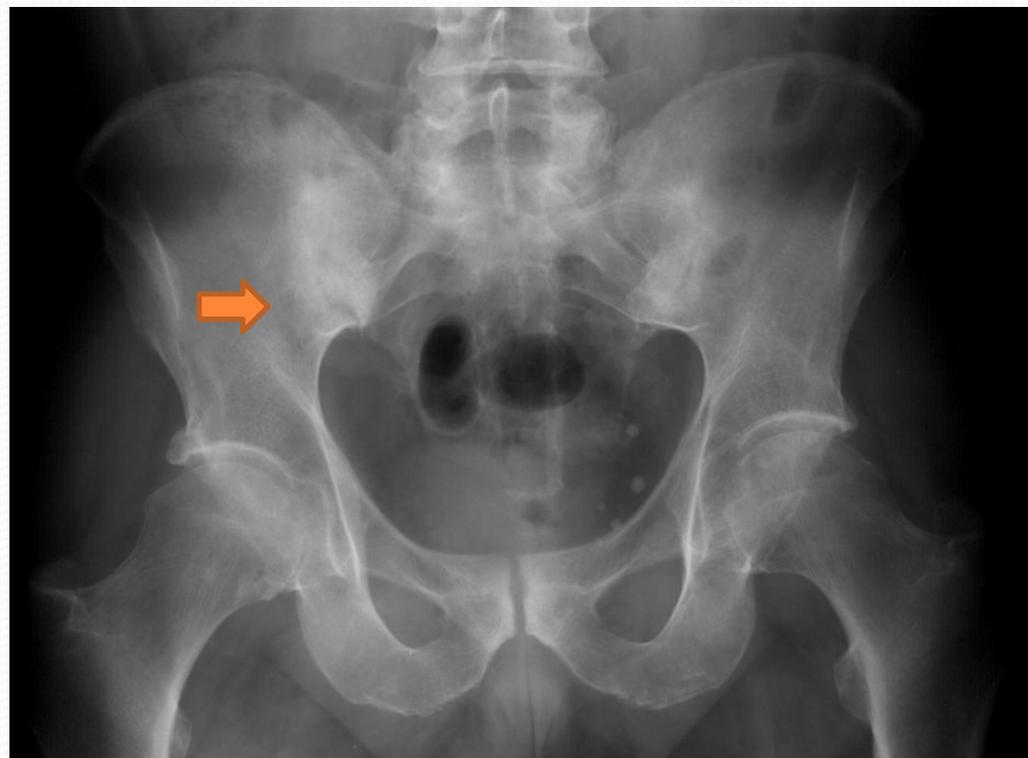
Нет достоверных рентгенологических изменений ни в крестцово-подвздошных суставах, ни в позвоночнике (синдесмофиты), однако имеется достоверный СИ по данным МРТ. СИ, выявляемый при МРТ, – это **активное (острое) воспаление (остеит)**, характерное для СпА.



классификация АС (ASAS, 2013)

● 2-я стадия – развернутая

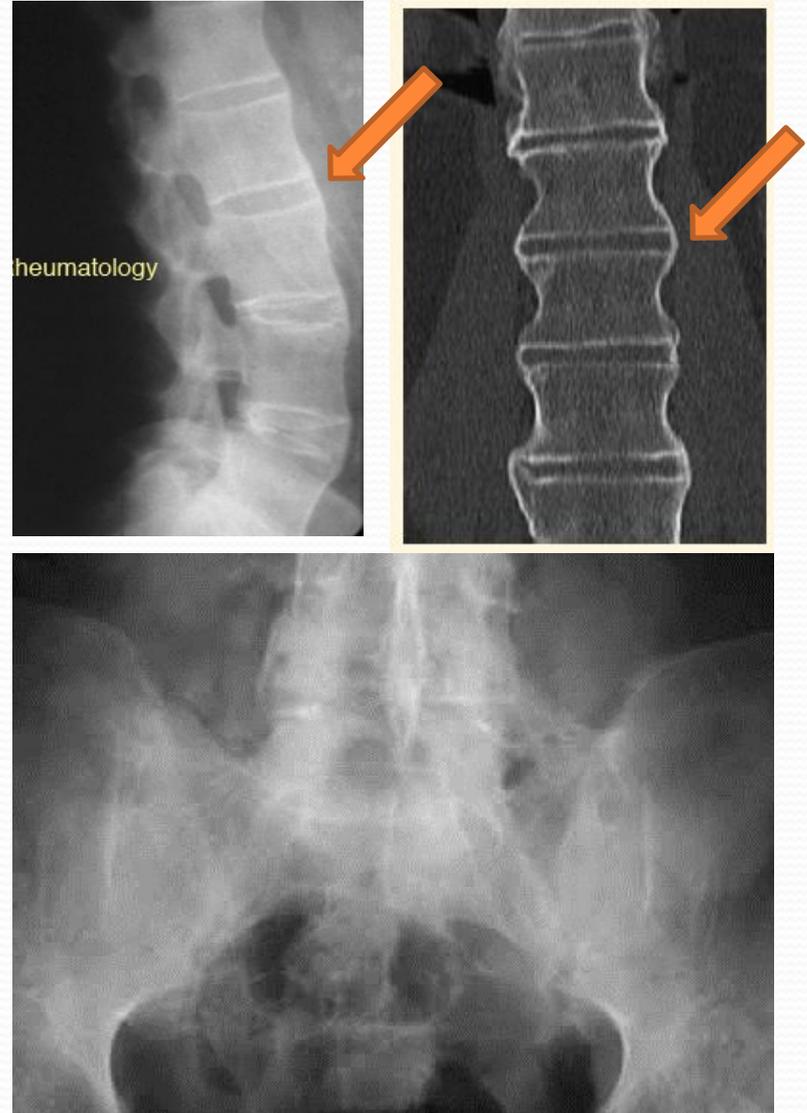
На рентгенограмме определяется **достоверный СИ** (**двусторонний 2-й стадии и выше** или **односторонний 3-й стадии и выше по Келлгрону**), изменений в позвоночнике в виде **синдесмофитов НЕТ**



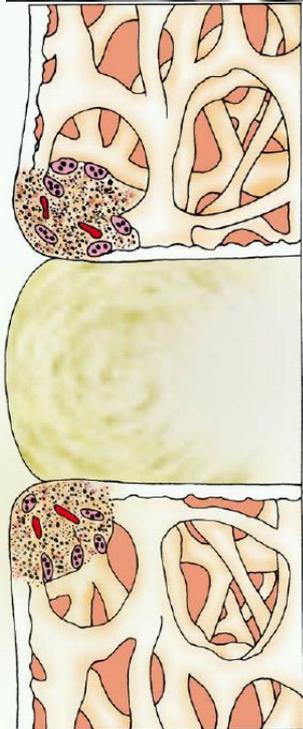
Клиническая классификация АС (ASAS, 2013)

- 3-я стадия –
поздняя

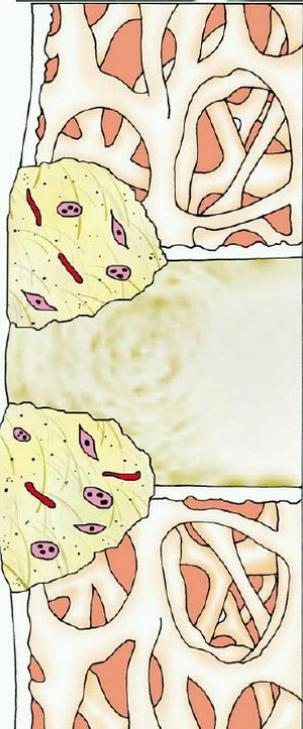
На рентгенограмме
определяются
достоверный СИ и
четкие структурные
изменения в
позвоночнике в виде
синдесмофитов



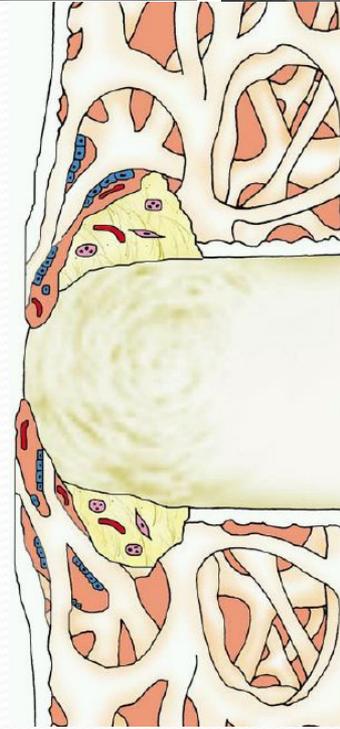
Предполагаемая последовательность структурных изменений при анкилозирующем спондилите



Воспаление



Эрозивное повреждение
Восстановление



Образование новой
костной ткани

Bath Ankylosing Spondylitis Disease Activity Index (BASDAI) с использованием ЧРШ

1. Как бы Вы охарактеризовали выраженность слабости/утомляемости в целом за последнюю неделю?

не было 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 очень сильная

2. Как бы Вы охарактеризовали выраженность боли в шее, спине или тазобедренных суставах в целом за последнюю неделю?

не было 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 очень сильная

3. Как бы Вы охарактеризовали выраженность боли в суставах (кроме шеи, спины или тазобедренных суставов) или их припухлости в целом за последнюю неделю?

не было 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 очень сильная

4. Как бы Вы охарактеризовали выраженность неприятных ощущений, которые Вы испытывали от прикосновения или надавливания на какие-либо болезненные участки тела в целом за последнюю неделю?

не было 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 очень сильные

5. Как бы Вы охарактеризовали выраженность утренней скованности, испытываемой с момента пробуждения в целом за последнюю неделю?

не было 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 очень сильная

6. Как долго продолжается утренняя скованность с момента Вашего пробуждения за последнюю неделю?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
0 часов 1 час 2 и более часов

Расчет индекса BASDAI:
-Рассчитайте среднее значение для вопросов 5 и 6.
-Рассчитайте сумму значений для вопросов 1-4 и прибавьте ранее полученное среднее значение для вопросов 5 и 6.
-Разделите результат на 5.

В качестве альтернативы может быть использована ВАШ (визуальная аналоговая шкала) 0-100 мм, за исключением вопроса 6. ASAS предпочитает использование ЧРШ (числовой рейтинговой шкалы).

Адаптировано из Garrett S et al. J Rheumatol 1994;21:2286-91 (с разрешения)

Поддубный ДА и др. Клиническая медицина. 2007;4:40-5 (русскаяязычная версия)



Клиническая классификация АС (ASAS, 2013)

Таблица 2. Уровни активности, определяемые по индексам ASDAS или BASDAI

Уровень активности	ASDAS	BASDAI (ЧРШ 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

Внеаксиальные проявления

(поражение скелета, кроме позвоночника)

- Периферический артрит встречается практически у каждого второго больного АС. Рекомендуется описывать распространенность поражения суставов – моно-, олиго- или полиартрит.
- КОКСИТ и артрит височно-нижнечелюстных суставов, которое относится к факторам неблагоприятного прогноза.



ДАКТИЛИТ (палец- «сосиска»)

- встречается у 3–7% пациентов с АС



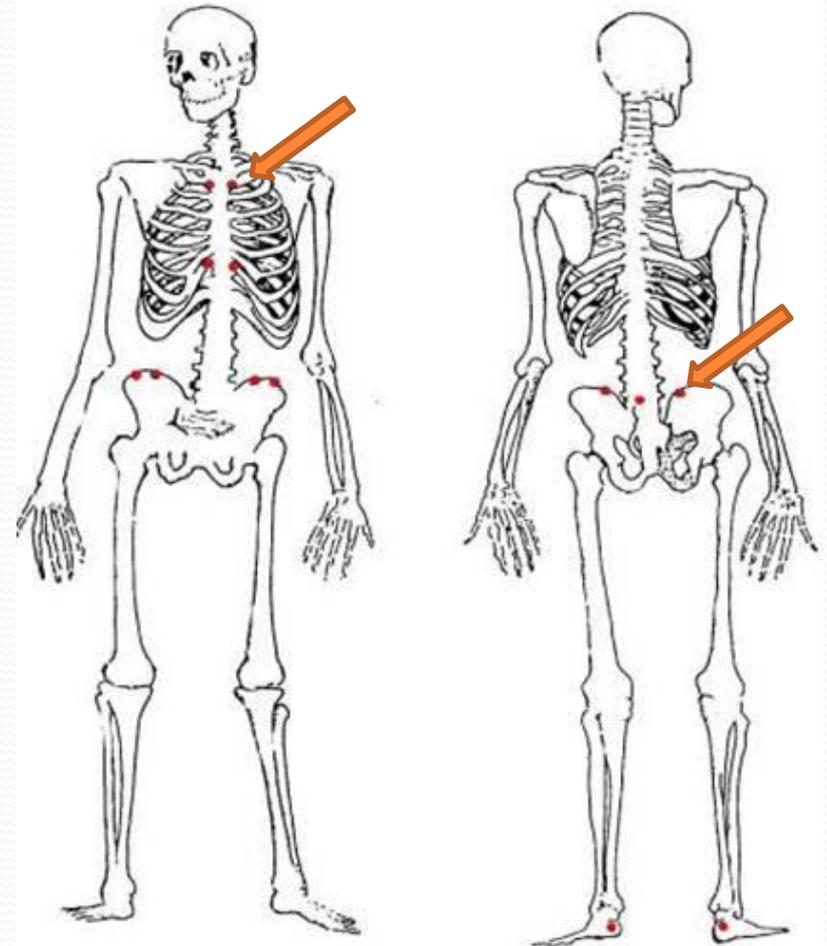
ЭНТЕЗИТ

воспаление места прикрепления СВЯЗКИ

● индекс Mases

- I грудно-реберное сочленение (2);
- VII грудно-реберное сочленение (2);
- задневерхняя и передневерхняя ость подвздошной кости (2);
- гребень подвздошной кости (2);
- остистый отросток V поясничного позвонка (1);
- место прикрепления ахиллова сухожилия к пяточной кости (2).

МАХ 13 баллов



Поражение крупных связок НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

АХИЛЛОДИНИЯ



ПЛАНТАРНЫЙ ФАСЦИИТ

Внескелетные проявления

патология других, помимо опорно-двигательного аппарата, органов и систем, характерных для всей группы
СПА

- *увеит*
- *кишечника (воспалительные поражения кишечника НЯК, болезнь Крона)*
- *псориаз*
- *IgA- нефропатия (болезнь Берже)*
- *Аортит*



Функциональный класс (ФК)

- I – полностью сохранены самообслуживание, непрофессиональная и профессиональная деятельность.
- II – сохранены самообслуживание и профессиональная деятельность, ограничена непрофессиональная деятельность.
- III – сохранено самообслуживание, ограничена непрофессиональная и профессиональная деятельность.
- IV – ограничены самообслуживание, непрофессиональная и профессиональная деятельность.

Наиболее частые диагнозы, с которыми наблюдаются пациенты в ранней стадии АС

- остеохондроз позвоночника
- протрузия диска с корешковым синдромом
- подагрический артрит
- острый (или обострение хронического) пиелонефрит
- пяточная шпора
- коксартроз, гонартроз
- серонегативный ревматоидный артрит

СОВРЕМЕННАЯ ДИАГНОСТИКА СПОНДИЛИТА

(Assesment Ankylosing Spondylitis Work Group, ASAS, 2009)

Эти критерии призваны дополнить (заменить) хорошо известные так называемые модифицированные Нью-Йоркские критерии диагноза анкилозирующего спондилита (АС), действующие уже **25 лет.**

Нью-Йоркские критерии 1966 г.

Клинические:

- 1. Ограничение движений в поясничном отделе позвоночника во всех плоскостях.
- 2. Боли в крестцово-подлодощном сочленении в поясничном отделе позвоночника.
- 3. Ограничение вертикальных экскурсий до 2,5 см или менее на уровне IV межреберья.

Рентгенологические:

- 1. Двусторонний сакроилеит I—IV стадий
- 2. Односторонний сакроилеит III—IV стадий или двусторонний сакроилеит II стадии

КРИТЕРИИ ДИАГНОСТИКИ АКС (ASAS, 2009)

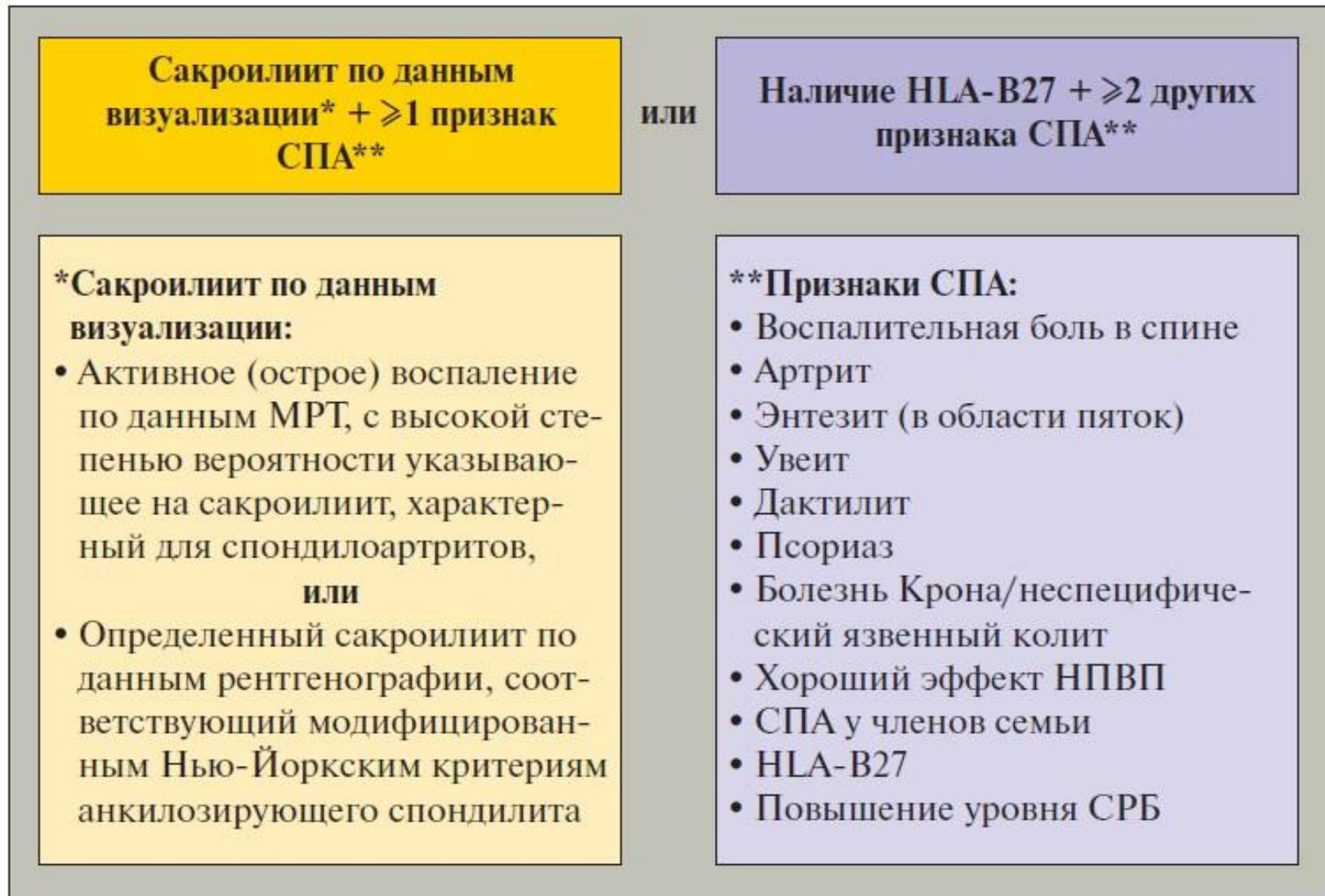


Рис. 1. Классификационные критерии ASAS для аксиального спондилоартрита (длительность болей в спине ≥ 3 мес у пациентов в возрасте < 45 лет)

КЛИНИКА АксСП

Таблица 1

Классификационные критерии воспалительных болей в позвоночнике

Критерии A. Calin и соавт.
(наличие любых 4
из 5 признаков)

Постепенное начало
Возраст начала <40 лет
Длительность боли в НЧС ≥ 3 мес
Наличие утренней скованности
Уменьшение болей
после упражнений

Чувствительность 89,9%
Специфичность 52,5%

Критерии ASAS
(наличие любых 4
из 5 признаков)

Постепенное начало
Возраст начала <40 лет
Ночные боли
Отсутствие уменьшения в покое
Уменьшение болей
после упражнений

Чувствительность 79,6%
Специфичность 72,4%

ФИЗИКАЛЬНЫЙ ОСМОТР ПАЦИЕНТА

● Bath Ankylosing Spondylitis Metrology Index (BASMI)

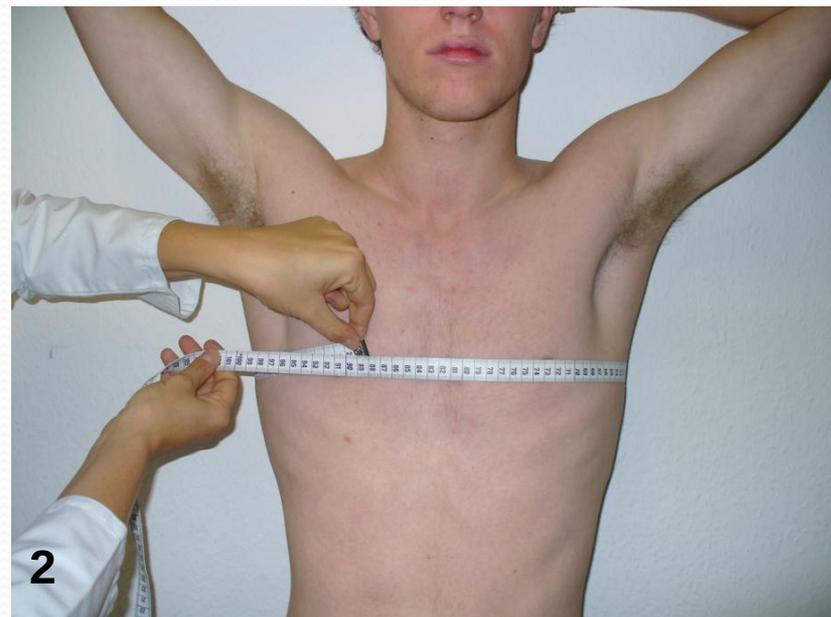
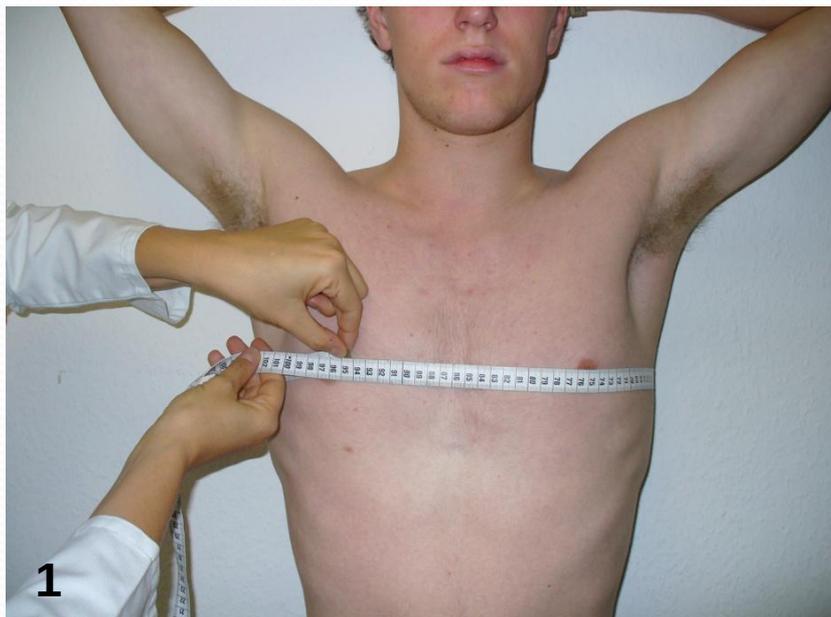
5 показателей, отражающих подвижность позвоночника:

- Расстояние от козелка до стены
- Ротация в шейном отделе позвоночника
- Сгибание в поясничном отделе позвоночника
- Боковое сгибание в поясничном отделе позвоночника
- Расстояние между лодыжками

Результаты оцениваются с использованием 3-балльной шкалы (0-2) или 11-балльной шкалы (0-10), или с помощью линейной функции. Общее значение индекса от 0 до 10.

ASAS рекомендует использование 11-балльной шкалы или линейной функции

Экскурсия грудной клетки



- Руки на голове или за головой
- Измерение производится спереди на уровне IV межреберья
- Регистрируется разница между измерениями на максимальном вдохе (1) и выдохе (2) в см (например, 4,3 см)
- Записывается результат лучшей из двух попыток

Подвижность позвоночника – модифицированный тест Шобера



- Пациент находится в вертикальном положении
- Проводится воображаемая линия, соединяющую задние верхние ости подвздошных костей (приблизительно соответствует линии, соединяющей боковые углы ромба Михаэлиса или ямки Венеры), и делается отметка на ее пересечении со срединной линией спины (1)
- Вторая отметка располагается на 10 см выше (2)
- Пациент максимально наклоняется вперед и измеряется расстояние между двумя метками (3)
- Регистрируется увеличение расстояния между метками (в см с округлением до 0,1 см)
- Записывается результат лучшей из двух попыток

Подвижность позвоночника – боковое сгибание позвоночника



- Пятки и спина расположены вплотную к стене, не допускается сгибание коленей и наклон вперед
- Делается отметка на бедре (1), пациент наклоняется вбок с выпрямленными коленями и пятками, прижатыми к полу (2), не совершая при этом перемещения плеч и бедер; делается вторая отметка и регистрируется расстояние между отметками (3)
- Записывается лучший результат из двух попыток отдельно для левой и правой сторон
- Затем рассчитывается среднее значение для обеих сторон (в см с округлением до 0,1 см).

Подвижность позвоночника – боковое сгибание позвоночника (альтернативный вариант измерения)



- Пятки и спина расположены вплотную к стене, не допускается сгибание коленей и наклон вперед
- Измеряется расстояние между концом среднего пальца пациента и полом до (1) и после бокового сгибания (2), разница регистрируется
- Записывается лучший результат из двух попыток отдельно для левой и правой сторон
- Затем рассчитывается среднее значение для обеих сторон (в см с округлением до 0,1 см).

Подвижность позвоночника – расстояние от затылка до стены (черная стрелка) и от козелка до стены (белая стрелка)



- Пятки и спина расположены вплотную к стене
- Подбородок поддерживается на обычном уровне
- Пациент пытается максимально приблизить голову (затылок) к стене, не запрокидывая при этом голову назад
- Записывается лучший результат из двух попыток (например, 10,2 см)

Подвижность позвоночника – ротация в шейном отделе



- Пациент сидит на стуле, подбородок на обычном уровне, руки на коленях
- Исследователь располагает гониометр над головой исследуемого на одной линии с носом (1)
- Исследователь просит повернуть голову максимально влево, следуя за ней гониометром, и регистрирует угол поворота (2)
- Исследование повторяется и записывается результат лучшей из двух попыток для левой стороны
- Аналогично измеряется максимальный угол ротации головы вправо
- Вычисляется и записывается средняя величина ротации (0-90 градусов)

Расстояние между лодыжками



- Пациент в положении на спине (А) разводит максимально широко ноги, при этом колени выпрямлены, а большие пальцы стоп направлены вертикально вверх (предпочтительный метод).
- Альтернативно, измерение может производиться в положении пациента стоя (В), ноги должны быть при этом максимально расставлены.
- Измеряется расстояние между медиальными лодыжками.

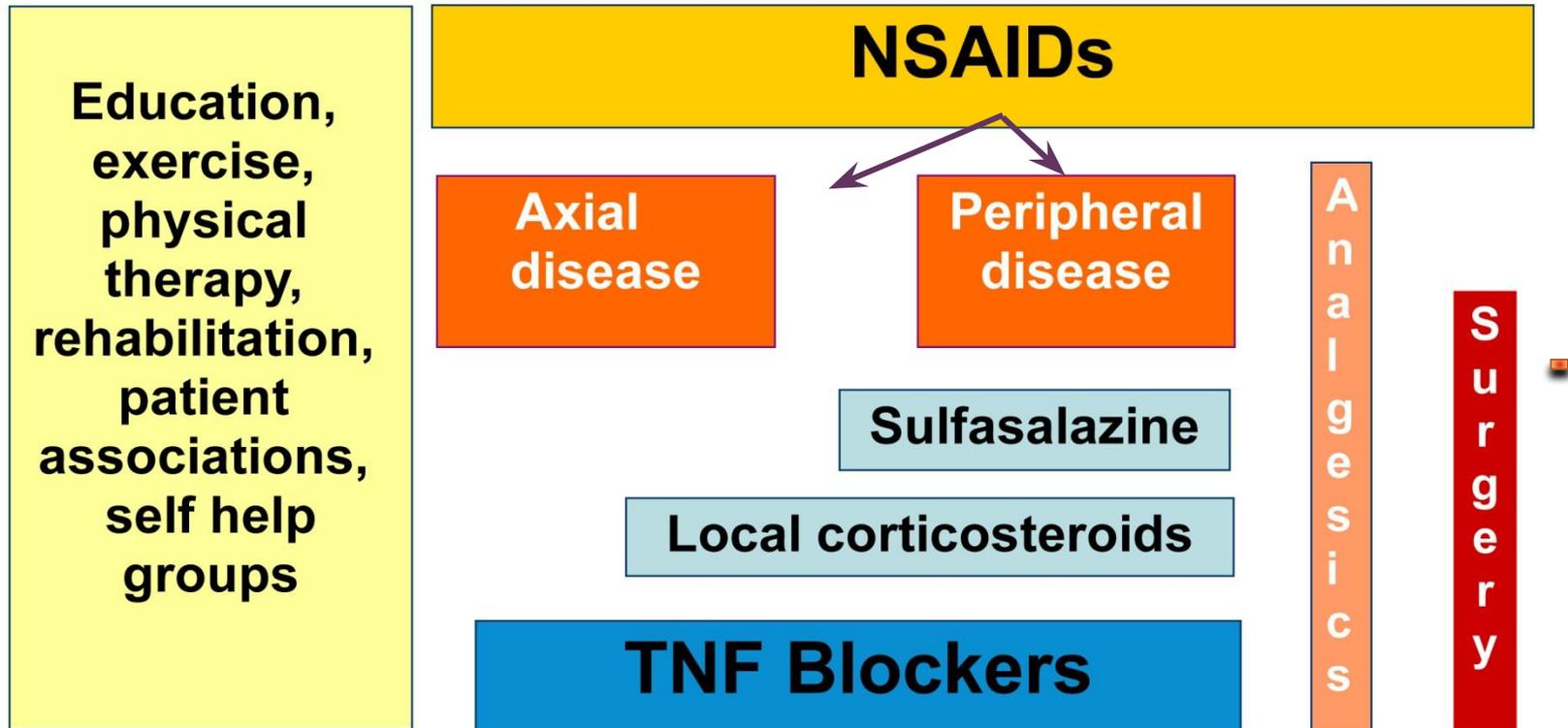
Лечение АС

Основные принципы ведения больных:

- мультидисциплинарный терапевтический подход, под координацией ревматолога

- комбинация нефармакологических и фармакологических методов

Рекомендации ASAS/EULAR по лечению анкилозирующего спондилита



НПВП

- АС является, вероятно, единственным ревматическим заболеванием при котором длительный прием НПВП патогенетически обоснован, высокоэффективен и **не имеет альтернативы**, кроме лечения иФНО α .
- НПВП являются препаратами первой линии у больных АС
- НПВП должны быть назначены больному АС сразу после установления диагноза, независимо от стадии заболевания
- У пациентов с персистирующей активностью АС терапия НПВП должна быть неопределенно 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

Лечение аксиального АС (поражение позвоночника)

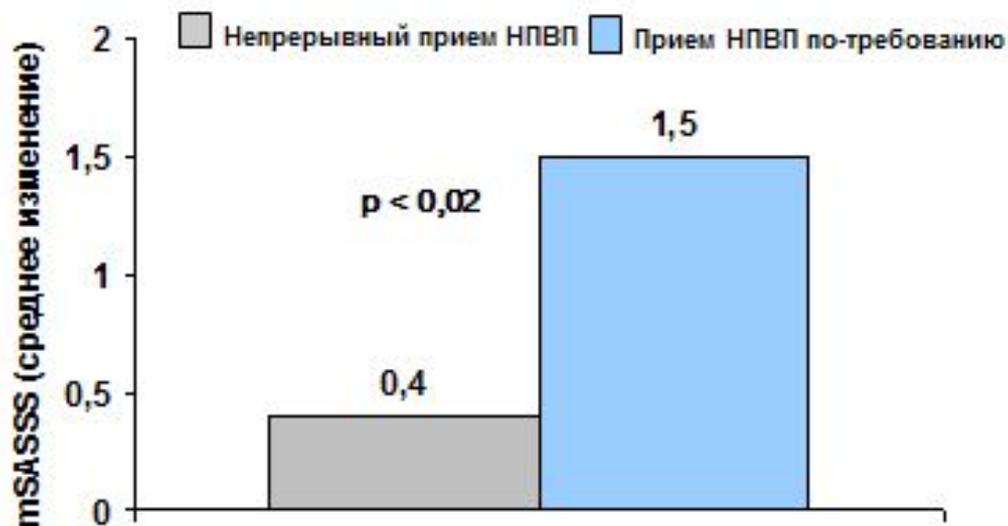
Медикаментозная

терапия



НПВП в лечении анкилозирующего спондилита: рентгенологическое прогрессирование

Рентгенологическое прогрессирование АС за два года (по индексу mSASSS) было менее выражено в группе непрерывного приема НПВП в сравнении с группой приема НПВП по-требованию (n = 150)



Нефармакологические методы лечения

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.

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(ов) **не рекомендуется**
- Местное лечение ГК эффективно при увеите
- 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 лефлуномид
- 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 (иФНО α) и другие генно-инженерные биологические препараты (ГИБП)

- При таких основных клинических проявлениях АС как боль, скованность, периферические артриты и энтезиты эффективность всех разрешенных к использованию иФНО α (*инфликсимаб, адалimumаб, этанерцепт, голимумаб*) практически одинакова
- Терапия иФНО α 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 иФНО α и одновременно с ней
- При назначении терапии иФНО α следует учитывать наличие внеаксиальных и внескелетных проявлений, вероятность развития нежелательных явлений и предпочтительный способ введения препарата.
- При АС нет доказательств эффективности других ГИБП, кроме иФНО α
- При потере эффективности одного из иФНО α (*вторичная неэффективность*) целесообразно назначение другого иФНО α
- 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, адалimumаб, этанерцепт, голимумаб*)
- Имеются данные об улучшении функциональных возможностей у больных АС даже при рентгенологически выявляемом полном анкилозе позвоночника

При отсутствии противопоказаний для назначения иФНО α , их следует назначать больным с установленным диагнозом АС (согласно *российской версии модифицированных Нью-Йоркских критериев АС*) в следующих случаях:

- 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).
- При наличии у пациента с достоверным диагнозом АС рецидивирующего (или резистентного к стандартной терапии) увеита, без учета активности болезни;
- При наличии у пациента с достоверным диагнозом АС быстро прогрессирующего коксита, без учета активности болезни.

Другие лекарственные средства.

● **Миорелаксанты**

Эффективность применения миорелаксантов при АС не доказана, поэтому их применение при этом заболевании не рекомендуется.

● **Бисфосфонаты**

Эффективность бисфосфонатов при лечении АС не доказана, поэтому в настоящее время не рекомендуется.

● **Хирургическая помощь**

Хирургическое лечение у больных АС ориентировано на лечение осложнений заболевания и показано при развитии выраженных деформаций позвоночника, переломах позвонков, стенозе позвоночного канала и поражении (в первую очередь, тазобедренных) суставов, а также поражении сердца.

