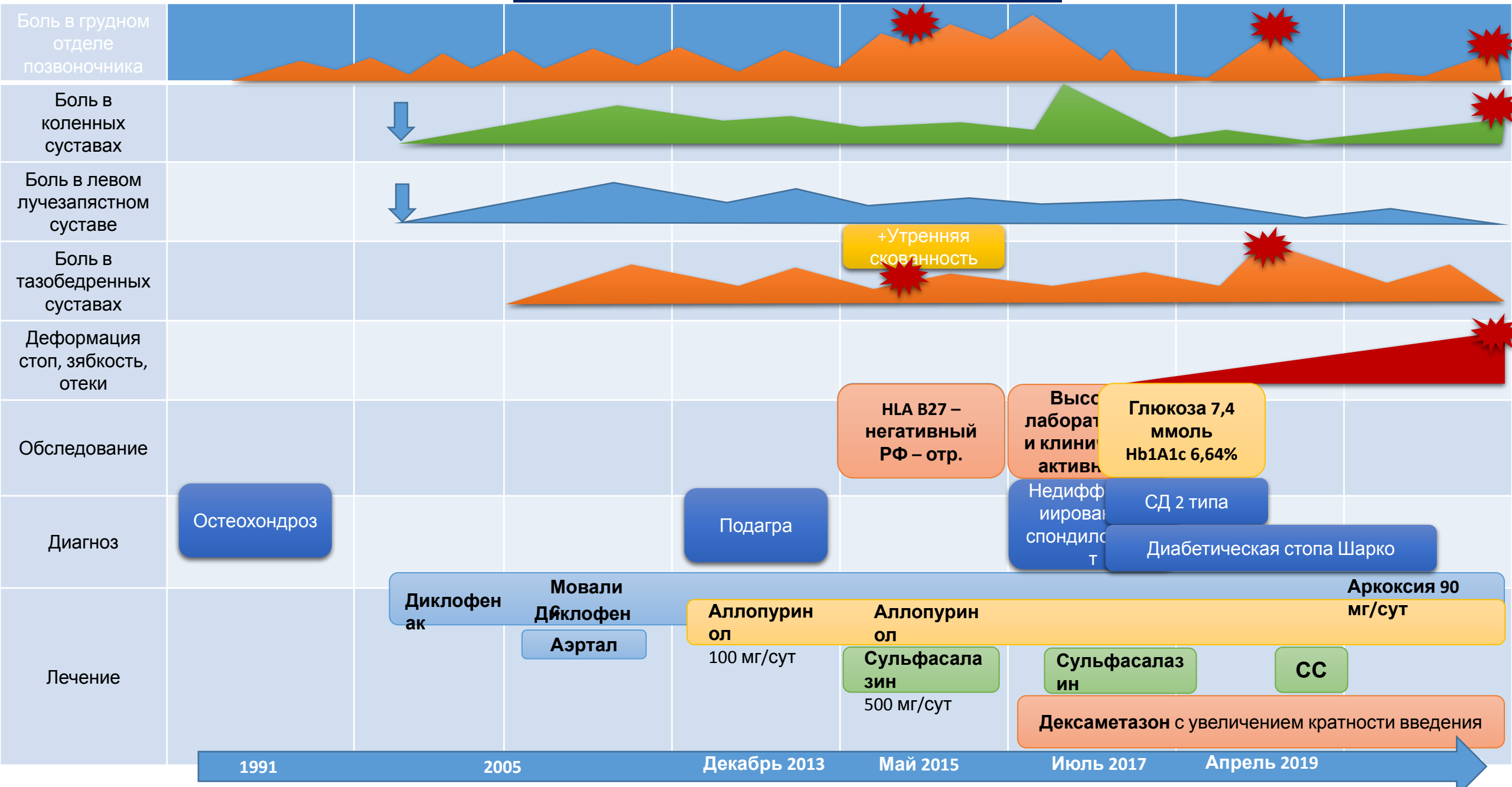


Анамнез заболевания



Диагностический поиск

Диагноз анкилозирующего спондилита выставлен на основании Российской версии модифицированных Нью-Йоркских классификационных критериев АС:

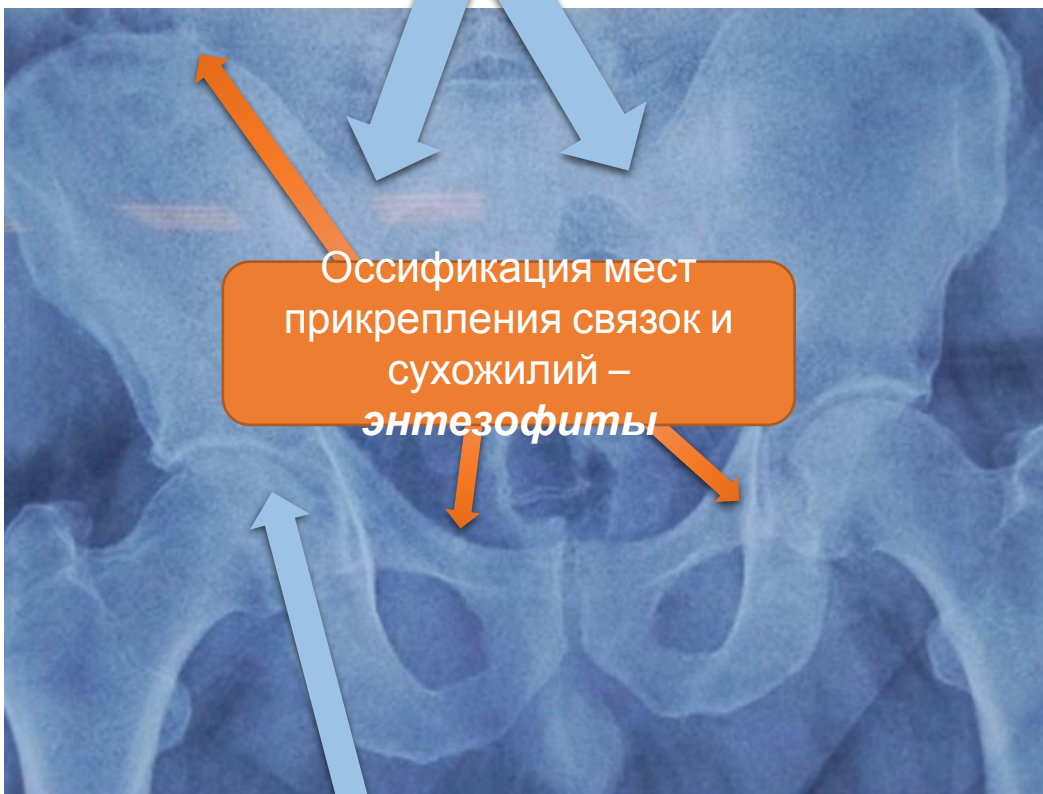
- Определяемый методом визуализации **двухсторонний сакроилеит** (с преимущественным поражением правого КПС) по данным рентгенографии костей таза;
- Воспалительная боль в спине (согласно критериям экспертов ASAS2009: длительность более 3-х месяцев, возраст начала <40 лет (с 1991г), постепенное начало, отсутствие улучшения в покое);
- Ограничение дыхательной экскурсии грудной клетки в сравнении с показателями у здоровых лиц.

Также в пользу анкилозирующего спондилита говорят сниженные функциональные пробы на подвижность в шейном отделе позвоночника (расстояние затылок-стена 9 см при норме 0 см; повороты головы на 64 градуса в обе стороны при норме более 70)

Стадия анкилозирующего спондилита 3 – поздняя: на рентгенограммах костей таза и позвоночника определяется достоверной двухсторонний сакроилеит 2 стадии по Келлгрону, а также имеются синдесмофиты шейно-грудного отдела позвоночника.

Рентгенографические признаки АС

Двухсторонний сакроилеит 3 стадии: склероз, выраженное сужение суставной щели и ее частичное заращение – более выражен справа



Оссификация мест прикрепления связок и сухожилий – **энтезофиты**

Грибовидная деформация головки бедренной кости, сужение суставной щели

- аксиальный компонент
- периферический компонент
- поражение связочного аппарата



Синдесмофиты, соединяющие позвонки – местами с полным заращением суставной щели

Повреждения Романуса «shiny corner sign»

Квадратизация позвонков

Обызвествление продольных связок позвоночника

Дифференциальный диагноз (1)

Заболевание	Аргументы	Вывод
Ревматоидный артрит	<ul style="list-style-type: none">• Не характерно поражение позвоночника;• Более характерно симметричное поражение мелких суставов кисти;• Отсутствие локальной гипертермии и покраснения кожи над суставами;• Утренняя скованность более часа (у пациента менее получаса),• Отсутствие внесуставных системных проявлений РА (в т.ч. ревматоидных узелков);• В иммунологическом анализе крови отр РФ и <u>отр АЦЦП</u>,• Нет характерных признаков подвывихов на рентгенограмме и «типичных для РА эрозий».	<p>Мы не можем выставить диагноз РА по Классификационным критериям РА ACR/EULAR 2010г., так как:</p> <ol style="list-style-type: none">1) Нет ни одного припухшего сустава по данным физикального осмотра;2) По данным критериям набрано 2 из 10 баллов (для постановки РА необходимо минимум 6 баллов).
СКВ	<p>Нет характерной кожной симптоматики, фотосенсибилизации и поражения внутренних органов (в т.ч. почек! – креатинин норма, ОАМ норма)</p>	<p>Мы не можем выставить диагноз СКВ по Диагностическим критериям СКВ ACR 1997г., так как по данным критериям набрано 2 из 11 баллов (для постановки СКВ необходимо минимум 4 балла)</p>
Системная склеродермия, дерматомиозит	<p>Отсутствие других клинических симптомов более характерных для данного заболеваний, нежели артриты (например, специфическое поражение кожи, внутренних органов)</p>	<p>Диагноз исключён из дифференциально-диагностического поиска</p>

Дифференциальный диагноз (2)

Заболевание	Аргументы	Вывод
Туберкулез позвоночника	<ul style="list-style-type: none"> Поражение одного или нескольких позвонков, но не тотальный спондилит; Отсутствие туберкулёзного анамнеза 	<p>➔</p> <p>Диагноз исключён из дифференциально-диагностического поиска</p>
Псориатический артрит	<ul style="list-style-type: none"> Отсутствие кожных псориатических высыпаний или поражения ногтей; Отсутствие наследственного анамнеза; Отсутствие остеолиза; Более характерен асимметричный сакроилеит 	<p>➔</p> <p>Диагноз исключён из дифференциально-диагностического поиска</p>
Реактивный артрит	<p>Длительный анамнез заболевания нехарактерен;</p> <p>Отсутствие анамнеза кишечных и урогенитальных инфекций</p>	<p>➔</p> <p>Диагноз исключён из дифференциально-диагностического поиска</p>
Суставной синдром при болезни Крона	<ul style="list-style-type: none"> Отсутствие жалоб со стороны ЖКТ; Чаще манифестирует с моноартрита коленного/голеностопного сустава, сопровождается узловой эритемой; нет сопутствующих конъюнктивита/эписклерита; Не характерно поражение позвоночника 	<p>➔</p> <p>Диагноз исключён из дифференциально-диагностического поиска</p>
Суставной синдром при язвенном колите	<ul style="list-style-type: none"> Отсутствие жалоб со стороны ЖКТ; Нет сопутствующего иридоциклита 	<p>➔</p> <p>Диагноз исключён из дифференциально-диагностического поиска</p>
Болезнь Уиппла	<p>Отсутствие жалоб со стороны ЖКТ, лихорадки и полисерозитов в анамнезе</p>	<p>➔</p> <p>Диагноз исключён из дифференциально-диагностического поиска</p>

Дифференциальный диагноз (3)

Заболевание		Вывод
Остеoarтрит	<ul style="list-style-type: none">Отсутствие характерных дегенеративных рентгенографических изменений (краевые остеофиты, субхондральный склероз и кисты, сужение суставной щели крупных суставов)Не характерен плохой ответ на НПВС;Отсутствие узелков Бушара и Гебердена;	Диагноз исключён из дифференциально-диагностического поиска
Пирофосфатная артропатия	<ul style="list-style-type: none">Отсутствие хондрокальциноза по данным рентгенографии	Диагноз исключён из дифференциально-диагностического поиска
Подагрический артрит	<p>Нормоурикемия; Нехарактерная клиническая картина и динамика заболевания (начало с множественного поражения крупных суставов и позвоночника); Отсутствие подагрических тофусов (с учётом длительности заболевания)</p>	Диагноз исключён из дифференциально-диагностического поиска
Болезнь Форестье (анкилозирующий гиперостоз)	<ul style="list-style-type: none">Нет оссификации передней продольной связки позвоночника и связок других локализацийПрисутствуют признаки активного воспаления (при болезни Форестье отсутствуют)	Диагноз исключён из дифференциально-диагностического поиска
Болезнь Педжета	<p>Поражение позвоночника</p> <ul style="list-style-type: none">Клиновидное изменение тел позвонковНет высокой активности ЩФ (нет данных)	Диагноз исключён из дифференциально-диагностического поиска

Клинический диагноз

Основное заболевание:

Анкилозирующий спондилит, 3 стадия, аксиально-периферическая (смешанная) форма с поражением шейного-грудного отдела позвоночника, двусторонним поражением крестцово-подвздошных сочленений (преимущественно правого), двустороннего поражения тазобедренных и коленных суставов, левого лучезапястного сустава, мелких суставов обеих кистей и стоп; высокой степени активности (BASDAI 4,7), ФК 3 - выраженные функциональные нарушения (BASFI 4,7), HLA-B27-негативный.

Осложнения:

1. Экзогенный гиперкортицизм (экзогенный синдром Кушинга): Стероид-индуцированный сахарный диабет. Остеопороз. Синдром диабетической стопы: стопа Шарко, 3 стадия.
2. Шейно-грудной кифоз.

Сопутствующие заболевания:

1. Гипертоническая болезнь, II стадия, 3 степень АГ, риск ССО - 4. Атеросклероз сонных артерий без гемодинамически значимого стеноза. Дислипидемия: гиперхолестеринемия, гипертриглицеридемия.
2. Конституционально-алиментарное ожирение I степени. Неалкогольная жировая болезнь печени: стеатоз печени.
3. Хронический гастрит, тип В (H. Pylori-ассоциированный). Язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки. Полип жёлчного пузыря.
4. Доброкачественная гиперплазия предстательной железы 1 степени.
5. Мочекаменная болезнь: однократное камневыделение в 2007 г.
6. Подагра (?)

Обоснование

- Ведущая жалоба пациента на и отёчность стоп, зябкость и о



и о
мче
бет
рам
зо с
НОГО
ы Ц
ические признаки: деформация и отёк
сто, уплощение свода стопы, околоусть
фрагментация костей стоп (в основном

Деформация и отек стоп

Уплотнение свода стопы

льно заращенные переломы костей
кфаланговых суставов стопы.

Рентгенографические признаки остеопороза и стопы Шар

Деструкция суставных поверхностей
Сужение межсуставных щелей



Подвывихи

Неправильно зарощенные переломы костей
плюсны, деформация костей, остеолизис



Выраженный остеопороз

Осификация мест
прикрепления связок и
сухожилий –
антезисы

План обследования и тактика лечения

1. Нефармакологические методы лечения: образование пациентов (школы больных) и регулярные физические упражнения (лечебная физкультура)
2. Фармакологическая терапия: цель - уменьшение (купирование) воспаления, улучшение самочувствия, увеличение функциональных возможностей и замедление прогрессирования процесса.
 1. **прекратить парентеральное введение ГКС! (возможно внутрисуставное введение);**
 2. **сульфасалазина в дозе 3г/сут** с оценкой эффективности в течение 3 месяцев в связи с наличием периферического артрита коленных суставов
 3. **иФНОα (инфликсимаб, адалimumаб, этанерцепт, голимумаб) следует рассмотреть к назначению больному**, т.к. известно, что у пациента имеется высокая активность процесса (BASDAI 4,7), резистентность к лечению несколькими НПВП более 4 недель (аркоксиа, диклофенак, мелоксикам, аэртал) и сульфасалазином в дозе 2г/сут в течение 5 месяцев
 4. Основными *анальгетиками* при неэффективности НПВП (как у пациента из задачи), они могут быть заменены на **парацетамол/трамадол**.
3. Также для определения дальнейшей тактики лечения и обсуждения показаний и противопоказаний к реконструктивной операции необходима **консультация ортопеда**, после которой может быть назначено проведение **дополнительных визуализационных методов исследования стопы** для определения целесообразности и возможности выполнения