

ГБОУ ВПО Красноярский государственный медицинский университет им. профессора В
Ф Войно-Ясенецкого.
Кафедра терапии ИПО

РЕФЕРАТ

Анкилозирующий спондилоартрит.

Выполнил: ординатор 2 года кафедры
терапии ИПО
Соколовский АП
Проверил: ДМН, профессор Грищенко ЕГ

Красноярск 2019

Оглавление

Общая характеристика патологии.....	3
Этиопатогенез заболевания	3
Классификация.....	4
Стадии прогрессирования заболевания.....	4
Диагностика	5
Лечение	5
Прогноз и профилактика.....	6
Список литературы.....	6

Общая характеристика патологии

Болезнь Бехтерева, или анкилозирующий спондилоартрит, – это системное воспалительное заболевание соединительной ткани с преимущественным поражением суставов и связок позвоночника. В патологический процесс также могут втягиваться периферические сочленения и внутренние органы. Заболевание характеризуется хроническим и прогрессирующим течением, приводит к развитию ограничения подвижности позвоночника и его выраженных деформаций, что часто становится причиной инвалидности больного человека.

Впервые данную патологию описал в 1892 году В.М. Бехтерев под названием “одеревенелость позвоночника с искривлением”. Заболевают в основном молодые мужчины (соотношение по половому признаку 9 к 1) возрастом 15-30 лет. Если патология встречается у женщин, то протекает значительно легче.

Этиопатогенез заболевания

Причины развития анкилозирующего спондилоартрита до сих пор остаются неизвестными. Большинство исследователей считают, что в основе болезни – генетический дефект. Подтверждением этому является то, что у 90-97% больных находят антиген гистосовместимости типа HLA-B27.

Но одной генетической склонности для дебюта болезни Бехтерева недостаточно. Для этого необходимо воздействие провоцирующих факторов: инфекционные заболевания (особенное значение придают урогенитальным и кишечным инфекционным поражениям); гормональные нарушения и болезни эндокринной системы; переохлаждения и другие неблагоприятные воздействия внешней среды; травматические поражения опорно-двигательного аппарата; острые и хронические стрессовые ситуации.

Механизм развития болезни очень сложный и не до конца изучен. Самая распространенная гипотеза патогенеза анкилозирующего спондилоартрита звучит следующим образом.

Когда носитель патологического гена подпадает под действие негативных факторов внешней среды (особенно это инфекционные заболевания), иммунная система начинает вырабатывать антитела для борьбы с инфекционными агентами, причем происходит гиперактивация иммунитета, то есть вырабатывается больше антител, нежели этого требует ситуация.

После того, как все микробы уничтожены, антитела начинают приобретать признаки аутоагрессии, то есть они начинают атаковать собственные ткани организма. В большинстве случаев место первичной атаки – крестцово-подвздошные сочленения.

Постепенно прогрессируют деструктивные изменения позвоночника, развивается оссификация всех его структур, соседние позвонки срастаются между собой, что приводит к ограничению подвижности и деформациям. Из-за остеопороза позвонков часто случаются переломы позвоночника.

Классификация

Анкилозирующий спондилит в МКБ-10 (международная классификация болезней 10 пересмотра) находится под шифром М45. В зависимости от того, какие суставы втягиваются в патологический процесс, различают несколько клинических вариантов болезни:

1. Центральная форма – поражается только позвоночник. При этом может встречаться кифозный тип, когда деформация происходит по типу гиперкифоза грудного отдела позвоночника и гиперлордоза шейного. Вторым вариантом является ригидный тип, когда все физиологические изгибы позвоночника исчезают, а позвоночный столб выглядит как прямая палка.
2. Ризомелическая форма – при этом поражение суставов позвоночника сочетается с воспалением плечевых и тазобедренных сочленений.
3. Периферическая форма – наряду с поражением позвоночника в патологический процесс втягиваются периферические суставы конечностей (коленные, локтевые, голеностопные, лучезапястные).
4. Скандинавская форма – когда параллельно с поражением позвоночника воспаляются мелкие суставы кистей рук.
5. Висцеральная форма – объединяет в себе одну из выше перечисленных форм + любые поражения внутренних органов.

Также выделяют три типа протекания болезни:

- стабильный медленнопрогрессирующий;
- медленнопрогрессирующий с периодами обострений;
- быстропрогрессирующий.

Таким образом, какой бы вариант болезни Бехтерева ни был, в каждом случае присутствуют симптомы поражения позвоночного столба, что можно считать патогномоническим признаком этого заболевания.

Стадии прогрессирования заболевания

1. На начальной стадии развития видимых изменений в позвоночнике не наблюдается, болевой синдром также отсутствует. Распознать болезнь можно по следующим признакам: при пальпации наблюдается боль в крестцовом отделе и пораженном суставе, тонус мышц спины, признаки сакроилита.
2. На второй стадии происходит сращивание позвонков на определенных сегментах позвоночника, что влечет за собой изменение осанки, ограничение подвижности. Возникает постоянная боль в ночное время, мышечная слабость. На рентгенологическом снимке можно отметить склеротические изменения в крестцово-подвздошном соединении и межпозвоночных дисках. Формируется гиперкифоз или лордоз. При сглаженном лордозе или кифозе происходит фиксирование шейного отдела, которое значительно ограничивает подвижность шеи. Любая травма может спровоцировать перелом шейного позвонка.
3. На третьей стадии развития патологии происходит поражение всего позвоночного столба. Практически все позвонки склерозированы, осанка сильно деформирована. Эта стадия характеризуется снижением качества жизни больного, часто присоединяются воспаления легких, переходящие в хроническую форму.

Диагностика

Диагностика анкилозирующего спондилоартрита основывается на клинической картине и некоторых данных дополнительных обследований: рентгенографии, обнаружении HLA-B27 и лабораторных признаков воспаления.

Диагностические критерии болезни Бехтерева:

1. Боль в крестцово-подвздошной области, которая беспокоит человека от 3 месяцев и не уменьшается в покое.
2. Боль и скованность в грудном отделе позвоночника и грудной клетке.
3. Ограничение подвижности в поясничном отделе позвоночника.
4. Воспаление радужной оболочки глаза – ирит (острый или перенесенный в прошлом). Рентгенологические признаки двустороннего воспаления крестцово-подвздошных суставов.

Диагноз считается достоверным, если присутствует последний критерий (рентгенологический), а также один из других вышеперечисленных или все клинические без рентгенологического подтверждения. Рентгенография – обязательный метод диагностики при болезни Бехтерева.

Лечение

Нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП) доказали свою эффективность при лечении анкилозирующего спондилоартрита. Однако лишь несколько НПВП показали положительные результаты в клинических многоцентровых исследованиях. К ним в первую очередь относят индометацин и фенилбутазон. Их назначение при анкилозирующем спондилоартрите в некоторых случаях может носить диагностический характер. Возможно также применение вольтарена, бруфена и некоторых других НПВП.

Глюкокортикоиды показаны при высокой активности болезни и отсутствии эффекта от лечения НПВП. В этом случае наиболее эффективным является внутрисуставное введение гидрокортизона при активном и длительном артрите (по 125 и 50 мг в крупные и мелкие суставы), а также препаратов длительного действия (кеналог по 40 и 20 мг соответственно). При наличии выраженного полиартрита с сильными болями и припухлостью к НПВП иногда добавляют преднизолон (15-20 мг/сут) на короткое время. При очень высокой активности болезни и неэффективности проводимого лечения можно проводить пульс-терапию метилпреднизолоном (вводится внутривенно капельно 1000 мг метилпреднизолона 1 раз в день в течение 3 дней).

В последние годы в качестве базисного препарата, действующего на патогенетические механизмы заболевания, стали использовать сульфасалазин по 2 - 3 г в день в течение нескольких месяцев. Данные многоцентровых исследований свидетельствуют о его эффективности у 57 - 59% пациентов с анкилозирующим спондилоартритом.

Показаниями к назначению негормональных иммунодепрессантов (цитостатиков) являются: тяжелое течение заболевания с лихорадкой и висцеритами. В этом случае обычно применяется азатиоприн (имуран) по 50-100 мг/сут, циклофосфамид по 50-100 мг/сут, хлорбутин (лейкеран) по 5-10 мг/сут. Лечение продолжают в течение 2-3 месяцев, дозы уменьшаются при наступлении значительного улучшения. Лечение проводится под обязательным контролем анализа крови (возможен цитопенический синдром).

Для расслабления мышечного спазма назначают изопретан по 0,25 г 2-3 раза в день, скутамил по 1 таблетке 3 раза в день, а также массаж мышц спины.

Программа лечебной гимнастики составляется индивидуально. Упражнения должны выполняться ежедневно. Для предупреждения развития порочных поз (поза просителя, поза гордеца) пациенту рекомендуют спать на жесткой постели без подушки и регулярно заниматься видами спорта, укрепляющими мышцы спины (плавание, ходьба на лыжах). Для сохранения подвижности грудной клетки необходимо выполнять дыхательные упражнения. В лечении применяют массаж, магнитотерапию, рефлексотерапию. Пациентам с болезнью Бехтерева показаны радоновые, сероводородные, азотные лечебные ванны.

При тяжелой степени поражения вследствие анкилозирующего спондилоартрита может потребоваться хирургическое вмешательство. Операция проводится очень редко: в случае ослабления двух позвонков шейного отдела и давлении на спинной мозг, симптомах, таких как онемение и слабость в ладонях или руках, проводится операция по сращению двух позвонков. В крайних и очень редких случаях проводится операция по выравниванию серьезно искривленного позвоночника, однако данная операция является рискованной и не всегда может восстановить двигательную функцию.

Прогноз и профилактика

Полностью излечиться от болезни Бехтерева невозможно, однако, при соблюдении рекомендаций и правильно подобранном лечении развитие заболевания можно затормозить. Пациентам, страдающим данным заболеванием, необходимо постоянно наблюдаться у врача, а в период обострения проходить лечение в условиях стационара.

Все существующие на сегодня методы лечения только на время замедляют прогрессирование патологии и улучшают качество жизни, но рано или поздно болезнь приводит к специфическим деформациям позвоночника и человек становится инвалидом, а случае поражения внутренних органов возникает прямая угроза для жизни. Но, несмотря на такой пессимистический прогноз, сегодня полным ходом проводятся клинические исследования новых методов лечения болезни Бехтерева, которые смогут вылечить человека от этого недуга. Одним из таких является терапия стволовыми клетками.

Список литературы

- Клиническая ревматология/ Мазуров В.И.
- Ревматология. Клинические рекомендации/ Насонов Е.Л.
- Атлас рентгенологической диагностики анкилозирующего спондилита (болезни Бехтерева)/ Смирнов А.В.
- Рациональные подходы к диагностике и терапии анкилозирующего спондилоартрита/ Беляева И.Б., Мазуров В.И.// Эффективная фармакотерапия. Ревматология. Травматология. Ортопедия - 2017 - №1

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

КАФЕДРА

Терапии ИПО

Рецензия КМН, профессора кафедры терапии ИПО Грищенко Елены Георгиевны на реферат ординатора второго года обучения специальности терапия Соколовского Алексея Павловича по теме Анкилозирующий спондилоартрит.

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: 12.03.19.

Подпись рецензента:

Подпись ординатора: