

Боль в спине воспалительного генеза: серонегативные спондилоартропатии – основные подходы к диагностике и терапии

Н.А.Шостак, Н.Г.Правдюк, Д.В.Абельдяев,
Л.А.Котлярова

Кафедра факультетской терапии
им. акад. А.И.Нестерова

Национальный Исследовательский РГМУ
им. Н.И.Пирогова Росздрава, Москва

Боль в спине (БС) для большинства людей это первый серьезный недуг, который влечет за собой ограничение трудоспособности. Обоснованность и рациональность диагностической и лечебной тактики в отношении развившегося болевого эпизода, в большинстве случаев, является основополагающим фактором исхода заболевания. Клинически БС может проявляться в соответствии с одним из указанных типов болей:

- механическая (простая) боль, усиливается во второй половине дня, после физической нагрузки и уменьшается после отдыха, может быть обусловлена функциональными или дегенеративными изменениями в структурах спины;
- воспалительная боль – максимально выражена в первой половине дня, проявляется утренней скованностью, уменьшается при физической нагрузке, существенно облегчается от приема нестероидных противовоспалительных средств [1].

БС в рамках механического синдрома имеет наибольшую распространенность и может быть связана как с формирующейся протрузией или грыжей дис-

ка, так и с поражением мягких тканей (мышечно-связочной дисфункцией) – спазмом и растяжением мышц и связок.

В происхождении БС особое место занимают **серонегативные спондилоартропатии (ССА)** – группа взаимосвязанных и клинически пересекающихся хронических воспалительных ревматических заболеваний, которая включает идиопатический анкилозирующий спондилоартрит (АС), реактивный артрит (РеА) (в том числе болезнь Рейтера), псориатический артрит (ПА) и энтеропатические артриты (ЭА), связанные с воспалительными заболеваниями кишечника. Некоторые менее очерченные клинические формы отнесены в категорию недифференцированных спондилоартропатий (табл. 1).

Наиболее характерной клинической особенностью семейства ССА является **воспалительная боль в спине**. Согласно оценочным данным Международного Общества по Спондилоартритам (The Assessment of SpondyloArthritis international Society – ASAS, 2009), определены следующие **критерии воспалительной БС** (табл. 2) [3].

В основе болевого синдрома в спине лежит воспалительный процесс в илиосакральных сочленениях, в местах прикрепления связочного аппарата к телам позвонков (энтезиты), а также в телах позвонков (спондилит) с вовлечением межпозвонкового диска (спондилодисцит) и дугоотростчатых суставах.

Наиболее тяжелое поражение позвоночника наблюдается при АС. Боль в нижней части спины при АС обычно имеет скрытое начало и невыраженный характер. Постепенно БС «поднимается» вверх по позвоночному столбу, охватывая шейно-грудной отдел позвоночника, а также реберно-позвоночные суставы. Появляется ограничение подвижности позвоночника, связанное с выравниванием поясничного лордоза, увеличением грудного кифоза, рефлекторным напряжением мышц спины. Ограничение подвижности развивается во всех плоскостях – сагиттальной, фронтальной, а также по вертикальной оси и с течением времени усугубляется за счет анкилозирования дугоотростчатых суставов, оссификации межпозвонковых дисков и образования синдесмофитов.

В дальнейшем у пациентов с АС формируется «поза просителя», проявляющаяся выраженным кифозом грудного отдела позвоночника, наклоном вниз и сгибанием ног в коленных суставах, а также резким ограничением экскурсии грудной клетки. Необходимо отметить, что скорость и результат описанного процесса существенно зависят от адек-

Информация о препарате

ФАРМАКОЛОГИЧЕСКОЕ ДЕЙСТВИЕ

Нестероидный противовоспалительный препарат, производное пропионовой кислоты. Оказывает анальгезирующее, противовоспалительное и жаропонижающее действие, подавляет агрегацию тромбоцитов. Воздействуя на циклооксигеназное и липооксигеназное звено метаболизма арахидоновой кислоты, кетопрофен ингибирует синтез простагландинов, лейкотриенов и тромбоксанов. Анальгезирующее действие обусловлено как центральным, так и периферическим механизмами. Обладает антибрадикининовой активностью, стабилизирует лизосомальные мембраны.

ПОКАЗАНИЯ

НПВП для лечения болевого синдрома.

Предназначен для симптоматической терапии, уменьшения боли и воспаления на момент использования, на прогрессирование заболевания не влияет.

ФЛАМАКС (Сотекс Фармфирма, Россия), Кетопрофен
Капсулы 50 мг; Раствор для в/в и в/м введения, 50 мг/мл 2 мл
ФЛАМАКС ФОРТЕ, таблетки п. о. 100 мг

Воспалительные и дегенеративные заболевания опорно-двигательного аппарата: ревматоидный артрит; серонегативные артриты: анкилозирующий спондилит (болезнь Бехтерева), псориатический артрит, реактивный артрит (синдром Рейтера); подагра, псевдоподагра; остеоартроз. Болевой синдром: тендинит, бурсит, миалгия, невралгия, радикулит; мигрень; посттравматический и послеоперационный болевой синдром; болевой синдром при онкологических заболеваниях; альгодисменорея.

Разделы: Фармакокинетика, Противопоказания, С осторожностью, Способ применения и дозы, Побочное действие, Передозировка, Лекарственное взаимодействие, Особые указания – см. в инструкции по применению препарата.

Таблица 1. Классификация серонегативных спондилоартропатий (Bertin, 2002) [2]

А. Анкилозирующий спондилоартрит
Б. Реактивный артрит, включая болезнь Рейтера
В. Псориатический артрит
Г. Энтеропатические артриты, связанные с болезнью Крона и неспецифическим язвенным колитом
Д. Недифференцированные спондилоартриты

Таблица 2. Критерии воспалительной БС*

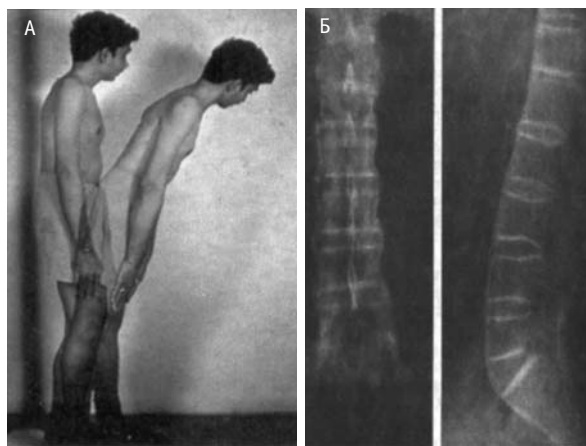
1. Возраст начала БС < 40 лет
2. Постепенное начало БС
3. БС уменьшается после физических упражнений
4. БС не уменьшается в покое
5. БС присутствует в ночное время (с усилением болевых ощущений после пробуждения)
Примечание. *Боли в спине считаются воспалительными при наличии любых 4 признаков.

ватности используемой реабилитации и получаемого пациентом медикаментозного лечения. Рентгенографические признаки поражения позвоночника включают симптом «квадратизации» позвонков, формирование синдесмофитов. С течением времени позвоночник приобретает классический «бамбуковый» вид (рисунок).

При развитии энтезопатий в местах прикрепления сухожилий могут быть обнаружены очаги деструкции костной ткани.

Поражение позвоночника при РеА, большинстве случаев ПА является причиной серьезного нарушения функции позвоночника. При хронических формах РеА и ПА известны характерные для этих заболеваний рентгенологические признаки поражения позвоночника – асимметричные грубые синдесмофиты (паравертебральные оссификации). Примерно в 10% случаев реактивного артрита заболевание эволюционирует (в том числе по характеру поражения осевого скелета) в картину АС.

Одним из основных диагностически значимых проявлений БС при ССА является **сакроилиит**. По-

Поздняя стадия АС. А – ограничение подвижности позвоночника у пациента с АС; Б – рентгенологические изменения в позвоночнике (синдром «бамбуковой палки»).

следний возникает изподволь, локализуется в области ягодиц, может носить перемежающийся характер (т.е. перемещаться с одной стороны на другую) и иррадиировать в проксимальные отделы бедер. Необходимо отметить, что зачастую сакроилиит отчетливо выявляется не клинически, а с помощью инструментальных методов обследования.

Последнее десятилетие привнесло фундаментальные изменения в диагностику и лечение ССА. Приоритетной составляющей пересмотра критериев заболевания явилась проблема ранней диагностики и лечения, внедрение новых инструментальных методов обследования. Предложены диагностические критерии аксиального спондилоартрита, основанные на двух диагностических составляющих: наличия генетического маркера – HLA-B27 или сакроилиита, подтвержденного с помощью магнитно-резонансной томографии или рентгенографии (табл. 3).

Особое внимание уделяется МРТ-диагностике сакроилиита, позволяющей выявить изменения в илиосакральных сочленениях на ранней стадии болезни. Для диагностики ранних признаков (острое воспа-

Таблица 3. ASAS-критерии аксиального спондилоартрита (у пациентов с БС > 3 мес. и возрастом началом БС до 45 лет) [2]

Сакроилиит, подтвержденный инструментальными методами # + ≥ 1 признак SpA* ИЛИ HLA-B27 + ≥ 2 признак SpA*	
Признак SpA*	Сакроилиит, подтвержденный инструментальными методами #
• Воспалительная БС • Артрит • Энтезит (талалгия) • Увеит • Дактилит • Псориаз • Болезнь Крона/НЯК • Положительный эффект от НПВП • Семейный анамнез SpA • HLA-B27 • ↑ CRP	• Острое воспаление в илиосакральных сочленениях при МРТ, ассоциированное со SpA • Рентгенологические признаки сакроилиита: - двусторонний (≥ 2 ст.) - односторонний (3–4 ст.)

Таблица 4. Особенности МРТ-диагностики сакроилиита

Ранние признаки (острое воспаление)	Поздние признаки (хроническое воспаление)
(STIR/T-1 взвешенный режим изображения с контрастированием)	(T-1 взвешенное изображение, обычный режим)
Остеит	Эрозии
Капсулит	Склероз
Синовит	Отложения жира
Энтезит	Синдесмофиты/анкилоз

Таблица 5. Сравнительная характеристика клинических особенностей основных спондилоартропатий [4]

Клинические особенности	Анкилозирующий спондилоартрит	Реактивный артрит (включая болезнь Рейтера)	Псориатический артрит	Энтеропатический артрит
Возраст начала болезни	Молодые люди, подростки	Молодые люди, подростки	35–45 лет	Любой
Пол (мужчины/женщины)	3:1	5:1	1:1	1:1
HLA-B27	90–95%	80%	40%	30%
Сacroiliит	100%, двусторонний	40–60%, односторонний	40%, односторонний	20%, двусторонний
Синдесмофиты	Мелкие, краевые	Массивные, не краевые	Массивные, не краевые	Мелкие, краевые
Периферический артрит	Иногда, асимметричный, нижние конечности	Обычно, асимметричный, нижние конечности	Обычно, асимметричный, любые суставы	Обычно, асимметричный, нижние конечности
Энтезит	Обычно	Очень часто	Очень часто	Иногда
Дактилит	Не характерно	Часто	Часто	Не характерно
Поражение кожи	Нет	Циркулярный баланит, кератодермия	Псориаз	Узловатая эритема, гангренозная пиодермия
Поражение ногтей	Нет	Онихолизис	Онихолизис	Утолщение
Поражение глаз	Острый передний увеит	Острый передний увеит, конъюнктивит	Хронический увеит	Хронический увеит
Поражение слизистой рта	Язвы	Язвы	Язвы	Язвы
Поражение сердца	Аортальная регургитация, нарушения проведения	Аортальная регургитация, нарушения проведения	Аортальная регургитация, нарушения проведения	Аортальная регургитация
Поражение легких	Верхнедолевой фиброз	Нет	Нет	Нет
Желудочно-кишечные поражения	Нет	Диарея	Нет	Болезнь Крона, язвенный колит
Поражение почек	Амилоидоз, IgA-нефропатия	Амилоидоз	Амилоидоз	Нефролитиаз
Мочеполовые поражения	Простатит	Уретрит, цервицит	Нет	Нет

ление), таких как капсулит, энтезит, синовит, остеит предпочтительно использовать STIR/T-1 взвешенный режим изображения с контрастированием. Хронические признаки воспалительного процесса: эрозии, склероз, отложения жира, синдесмофиты/анкилоз диагностируются в обычном режиме с использованием T-1 взвешенного изображения (табл. 4).

При общности клинических проявлений БС при ССА указанной группе присущи значительные вариации в частоте выявления других клинических признаков (табл. 5).

В лечении отдельных форм серонегативных спондилоартропатий (ReA) должна присутствовать этиотропная терапия. В случае, когда при недавнем дебюте заболевания удается установить присутствие этиологического фактора (*Chlamidia trachomatis* при урогенном реактивном артрите), возможно этиотропное лечение соответствующими антибиотиками, дополняемое другими видами терапии. В случае постэнтероколитического артрита антибиотикотерапия не эффективна.

В остальных случаях можно говорить только о патогенетической терапии, которая включает применение медленно действующих («базисных») препаратов, таких как сульфасалазин, метотрексат, лефлюномид (в том числе при АС с поражением периферических суставов). В терапии аксиальной формы АС показано использование генноинженерных антицитокиновых препаратов (инфликсимаб).

Существенное значение в поддержании БС имеет рефлекторный спазм паравертебральных мышц, закономерно выявляемый при клиническом осмотре у каждого пациента, и требующий применения миорелаксантов.

Несмотря на то, что лечение может отличаться в зависимости от нозологической формы, в комплекс медикаментозной терапии обязательно входят симптоматические препараты, непосредственно влияющие на воспаление и боль. Среди последних центральное место занимают нестероидные противовос-

палительные препараты (НПВП). Одним из современных препаратов указанной группы является **кетопрофен (Фламакс)** – производное арилкарбоксимой кислоты. Препарат оказывает выраженные противовоспалительное и анальгезирующее действия, связанные с подавлением активности ЦОГ-1 и ЦОГ-2, регулирующих синтез простагландинов. Препарат быстро и полностью всасывается после перорального приема, время достижения пиковой концентрации в плазме крови составляет 1 час, биодоступность – 90%. Преимуществом Фламакса является его представленность в разных формах: таблетки 100 мг, капсулы 50 мг, ампулы 2 мл 50 мг/мл. Клиническая эффективность данного препарата также доказана при хронических болевых синдромах, остеоартрозе, ревматоидном артрите, подагре.

Таким образом, воспалительная боль в спине представлена широким спектром серонегативных спондилоартропатий, отличающихся как по частоте, так и по тяжести проявлений в зависимости от нозологической формы. В соответствие с тем, какое место в клинической картине заболевания занимает поражение позвоночника, определяется и индивидуальный для каждого пациента план медикаментозной терапии и адекватной реабилитации.

Литература

1. Hadler N. M. Low back pain. Arthritis and Allied conditions: a textbook of rheumatology, 13th ed. Ed. by William J. Koopman. Baltimore: Williams & Wilkins, 1997; 2: 1821–1835.
2. Braun J., Sieper J. Building consensus on nomenclature and disease classification for ankylosing spondylitis: results and discussion of a questionnaire prepared for the International Workshop on New Treatment Strategies in Ankylosing Spondylitis, Berlin, Germany, 18–19 January 2002. Ann Rheum Dis. 2002; 61.
3. Dougados M., Hermann K.G., Landewe R. et al. Assess spondyloarthritis to international Society (ASAS) handbook: a guide The Assessment of spondyloArthritis. Ann Rheum Dis. 2009; 68: 1–44.
4. Kataria R.K., Brent L.H. Spondyloarthropathies. Am Fam Physician. 2004; 69 (12): 2853–60.