

Литература

1. Агабабова Э.Р. Артриты, сочетающиеся со спондилоартритом // Клиническая ревматология: Руководство для врачей / Под ред. В.А. Насоновой и М.Г. Астапенко. — М.: Медицина, 1989. — С.338-380.
2. Аковбян В.А., Резайкина А.В., Тихонова Л.И. Характеристика эпидемических закономерностей, определяющих распространение заболеваний, передаваемых половым путем // Вестн. дерматол. — 1998. — №1. — С.4-6.
3. Диагностика, лечение и профилактика заболеваний, передаваемых половым путем: Методические мат-лы (Издание третье, перераб., дополн.) Под ред. проф. К.К. Борисенко. — М.: "Ассоциация СА-НАМ", 1998. — 188с.
4. Зарецкая Ю.М. Клиническая иммуногенетика. — М.: Медицина, 1983. — 208с.
5. Ильин И.И. Негонококковые уретриты у мужчин. — 3-е изд., перераб. и доп. — М.: Медицина, 1991. — 288с.
6. Ким Э.Г., Кан М.К. Ассоциация генетических маркеров с предрасположенностью к сифилису // Вопросы патогенеза и терапии кожных и венерических заболеваний. — Ташкент, 1989. — С.64-67.
7. Ковалев Ю.Н., Ильин И.И. Болезнь Рейтера. — Челябинск: Вариант-книга, 1993. — 238с.
8. Певницкий Л.А. Статистическая оценка ассоциаций HLA-антигенов с заболеваниями // Вестн. АМН СССР. — 1988. — №7. — С.48-51.
9. Петрунин Ю.П. Тканевые (HLA) антигены в клинике инфекционных болезней // Дисс. ...д-ра мед. наук. — М., 1988. — 310с.
10. Скрипкин Ю.К., Самсонов В.А., Селицкий Г.Д., Гомберг М.А. Современные проблемы дерматовенерологии // Вестн. дерматол. — 1997. — №6. — С.4-8.
11. Тихонова Л.И. Общий обзор ситуации с инфекциями, передаваемыми половым путем. Анализ заболеваемости врожденным сифилисом в Российской Федерации // Вестн. дерматол. — 1999. — №2. — С.4-7.
12. Шабалин В.Н., Серова Л.Д. Клиническая иммуногематология. — Л.: Медицина, 1988. — 312с.
13. Chan S.H., Wan T., Samarudin F. HLA and sexually Transmitted diseases in Prostitutes // Brit. J. Vener. Dis. — 1979. — Vol.55. — N.6. — P.207-210.
14. Hill Adrian V.S. HLA and infection // J. Roy. Coll. Physicians London. — 1992. — N.1. — P.11-16.
15. Martinov S.P., Popov G.W., Dimitrov K.D. Chlamydia infection in Reiter's syndrome // Z. Hautkr. — 1987. — Feb1. — Bd.62, N.3. — S.216-219.
16. Terasaki P.I., Bernav D., Dark M.S. Microdroplettesting for HLA-A, -B, -C and D-antigens // Amer. J. Clin. Path. — 1978. — Vol.69. — N.1. — P.103-120.

© ГОРЯЕВ Ю.А., ПАВЛОВА Н.М. —
УДК 616.721-002-071

К ВОПРОСУ О РАННЕЙ ДИАГНОСТИКЕ АНКИЛОЗИРУЮЩЕГО СПОНДИЛОАРТРИТА

Ю.А. Горяев, Н.М. Павлова.

(Иркутский государственный медицинский университет, ректор - акад. МТА и АН ВШ А.А. Майборода, кафедра пропедевтики внутренних болезней, зав. — проф. Ю.А. Горяев)

Резюме. Обследованы две группы больных анкилозирующим спондилоартритом (АС) — заболевшие в период с 1960 по 1979 гг. и с 1980 по 1999 гг. (по 50 чел). Оценены своевременность диагностики, сроки начала лечения, варианты дебюта и активность течения АС в исследованных группах. Полученные результаты сопоставлены с литературными данными. В период с 1980 по 1999 гг. отмечено значительное улучшение диагностики АС.

Анкилозирующий спондилоартрит — хроническое воспалительное заболевание суставов, характеризующееся сакроилеитом, спондилоартритом, артритами периферических суставов и другими суставными и висцеральными проявлениями и ассоциацией с HLA — В₂₇ (Beyles C.) [10]. Исходом АС является анкилозирование суставов позвоночника и сакроилеальных сочленений, вызывающее значительное ограничение подвижности больного и ведущее к развитию тяжелой функциональной недостаточности. Заболевание поражает преимущественно лиц молодого, наиболее трудоспособного возраста, что обуславливает его социальную значимость. До настоящего времени, не смотря на наличие критериев диагностики ранней и поздней стадий АС, заболевание выявляется достаточно поздно, что задерживает начало адекватного лечения.

Материалы и методы

На базе Иркутского городского ревматологического центра обследовано 80 больных с достоверным диагнозом АС и проанализировано 100 историй болезни. Диагноз АС устанавливался консилиумом ревматологов на основании модифицированных нью-йоркских критериев. В обязательный минимум рентгенологических исследований входили рентгенография сакроилеальных сочленений и позвоночника. Из лабораторных методов были использованы определение общего анализа крови, СРБ, ЦИК и исследование уровня сывороточных цитокинов методом ИФА.

Результаты и обсуждение

Для оценки сроков диагностики АС и эффективности его лечения на современном этапе, обследованных больных разделили на две равные группы (по 50 человек). В первую группу вошли

лица, заболевшие в период с 1960 по 1979 гг. Вторую группу составили больные, дебют заболевания у которых приходится на период с 1980 по 1999 гг.

Были выявлены значительные различия в сроках диагностики заболевания между исследованными группами. Так среднее время от появления первых симптомов до установления диагноза в первой группе составило $19,7 \pm 1,27$ лет, а во второй группе $5,64 \pm 0,59$ лет ($p < 0,05$).

Если в период с 1960 по 1979 гг. случаи ранней диагностики (< 5 лет от дебюта) были единичными (2%), то в настоящее время, процент ранней диагностики увеличился до 44% ($p < 0,05$). (рис.1)

Так же во второй группе значительно увеличилось количество больных, которым диагноз был установлен в сроки от 5 до 10 лет от момента дебюта (14% и 46% в первой и второй группах соответственно; $p < 0,05$). И все же в настоящее время встречаются случаи поздней диагностики АС (позже 10 лет от момента заболевания), хотя и в 8 раз реже, чем в период до 1979 г. В первой группе – 80%, а во второй – 10% ($p < 0,05$).

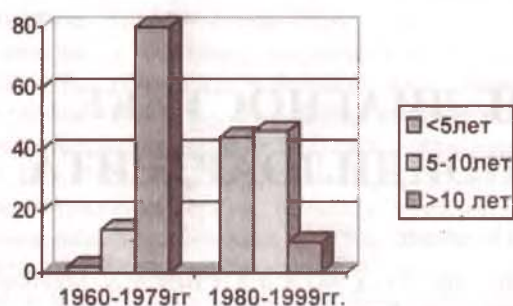


Рис.1. Сроки диагностики анкилозирующего спондилоартрита (%)

Ряд исследований, проведенных в 1960-1980гг., подтверждают преобладание поздней диагностики АС. Так, по данным Л.Н. Беневоленской и М.М. Бржезовского [3], у большинства больных имела место поздняя диагностика АС. Среднее время от момента заболевания до установления диагноза по их данным составило 5-7 лет, что значительно меньше, чем в первой группе больных. По данным Г. Гуобиса [5], распознавание АС в 1980 г. оставалось очень сложным, а диагностика поздней. В исследованиях зарубежных авторов отмечаются трудности в диагностике только атипичных и малосимптомных форм заболевания, удельный вес которых в странах Западной Европы не превышает 3-5% от общего числа больных [11,12].

Улучшение диагностики АС в 1980-1999 гг. можно объяснить рядом причин. Во-первых, создание специализированного отделения и ревматологического центра, координирующих деятельность ревматологов города и ведущих просветительную работу. Во-вторых, по сравнению с 1960-1979 гг. накоплен большой клинический опыт в

диагностике и ведении больных АС. И, конечно, существенную помощь оказывает доработка и модификация нью-йоркских критериев диагностики АС с увеличением их специфичности и использование критериев ранней диагностики АС, предложенных Институтом Ревматологии РАМН в 1990 г.

До верификации диагноза болезнь Бехтерева в большинстве случаев протекает под “масками” других заболеваний (рис.2).



Рис.2. “Маски” анкилозирующего спондилоартрита (%)

Наиболее часто встречающимся ошибочным диагнозом был “пояснично-крестцовый радикулит”. В первой группе под этой “маской” заболевание протекало у 54% больных, а во второй – у 40% ($p > 0,05$). На втором месте – остеохондроз позвоночника – по 20% в каждой группе. Остеохондроз позвоночника в трактовке отечественных авторов ближе всего подходит к принятому за рубежом термину “спондилез”, хотя полного соответствия понятий нет [9]. В первой группе у 22% в дебюте заболевания был диагностирован инфекционно-аллергический полиартрит, что по современной классификации соответствует реактивному артрит. Во второй группе реактивный артрит был диагностирован в дебюте у 8% больных, а болезнь Рейтера – у 4%. Но на основании имеющихся данных трудно точно установить, что имело место в дебюте: диагностическая ошибка или переход болезни Рейтера и реактивного артрита в АС [6]. Среди заболевших до 1980 г. не отмечено случаев диагностики АС сразу с момента заболевания и случаев ведения больных с диагнозом “вероятная болезнь Бехтерева”. Во второй группе эти цифры составляют соответственно 14% и 12%.

Не смотря на то, что в обеих группах в большинстве случаев ошибочных диагнозов фигурирует поражение позвоночника, наиболее частым вариантом дебюта до 1980 г. был моно-олиго артрит нижних конечностей (36%), по сравнению с второй группой (24%). Однако полученные различия не существенны ($p > 0,05$). Частота дебюта заболевания с периферического артрита по данным разных авторов варьирует от 32-36% [6], до

45-50% [8,2]. Такие различия можно объяснить тем, что у большинства больных (73%) артриты в дебюте были нестойкими и в ряде случаев они не обращались за медицинской помощью. Среди остальных вариантов дебюта АС в обеих группах различий не выявлено.

В большинстве случаев заболевание начиналось в возрасте 20-40 лет. Существенных различий между исследованными группами выявлено не было. Заболели в возрасте младше 19 лет 41% больных, а 58% считают себя больными с 20-40 лет. Только у одного больного заболевание началось в 43 года. Л.В. Иевлева и соавт. [7] указывает на еще более раннее начало заболевания – преимущественно в возрасте 15-20 лет.

Возможно, что сохраняющаяся до настоящего времени поздняя диагностика АС обусловлена снижением активности воспалительного процесса в дебюте (рис.3)

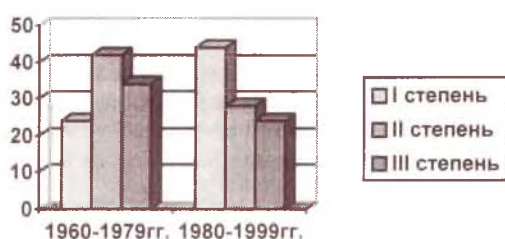


Рис.3. Степень активности в дебюте анкилозирующего спондилоартрита (%)

Так, в 1980-1999 гг. заболевание начиналось с I степени активности в 1,8 раза чаще, чем в период с 1960 по 1979 гг. ($p<0,05$). III степень активности в дебюте заболевания стала встречаться в настоящее время несколько реже, чем до 1980 г (по 24% и 34% соответственно; $p<0,05$).

В обеих группах преобладающим вариантом является центральная форма (75%), значительно реже периферическая и ризомелическая (по 19% и 6% соответственно). Такое распределение отличается от данных, полученных при обследовании больных в европейской части России [1,6], и неоднократно описано как региональная особенность течения АС [8,4].

Сроки начала лечения зависят от многих факторов, и в первую очередь от своевременности диагностики. Не смотря на восьмикратное снижение случаев поздней диагностики АС (рис.1), различия в сроках начала патогенетического лечения оказались не столь значительными (рис.4).

В первые 5 лет от начала заболевания во II группе не получали патогенетической терапии (НПВС) 18% больных, а в первой – эта цифра составляла 42% ($p<0,05$).

Кроме своевременной диагностики, на сроки начала лечения возможно оказывает влияние степень активности воспалительного процесса в первые годы заболевания.

Снижение активности в дебюте заболевания в 1980-1999 гг. (рис.3), вероятно задерживало начало терапии НПВС.

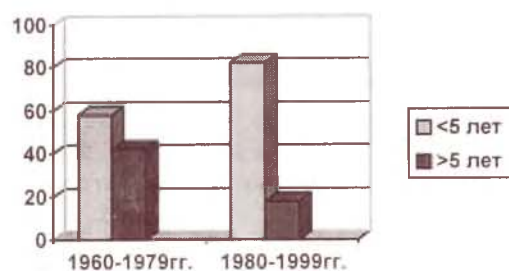


Рис.4. Сроки начала лечения

Медицинская помощь больным АС и в настоящее время оказывается далеко не в полном объеме, не смотря на улучшение диагностики.

Если в 1960-1979 гг. в первые 5 лет стационарное лечение получили 32%, то сейчас эта цифра составляет всего 50% ($p<0,05$, рис.5). Еще более неутешительны различия в объемах санаторно-курортного лечения. Так, в первой группе 32% больных получали регулярно санаторно-курортное лечение, то во второй – всего 8%. Столь значительную разницу можно объяснить ухудшением материально-бытовых условий больных.

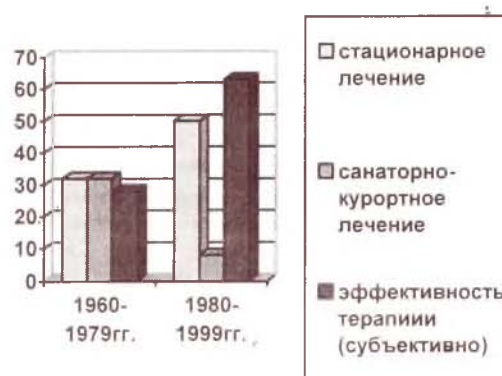


Рис.5. Лечение в первые 5 лет

Эффект от проводимой терапии (по субъективной оценке больного) в первой группе отмечался только в 29% случаев, то во второй – в 63% ($p<0,05$), что скорее всего связано с использованием в настоящее время новых НПВС в адекватных дозах (рис.5).

Невзирая на улучшение сроков диагностики и большую эффективность патогенетической терапии, уровень инвалидности в обеих группах остается достаточно высоким. Инвалидность установлена в 53% случаев среди обследованных. При этом, больные имеют II группу инвалидности – в 70%, а III – в 30%.

Таким образом, до настоящего времени АС у большинства больных диагностируется достаточно поздно, так как длительно протекает под “масками” других заболеваний. Наиболее частой клинической маской АС является проявления характерные для спондилеза позвоночника.

Сравнение двух групп (заболевших в период 1960-1979 гг. и 1980-1999 гг.) показало, что в последние годы заболевание значительно чаще ди-

агностируется ранее 5 лет от дебюта и реже бывают случаи поздней диагностики АС (свыше 10 лет).

В период 1980-1999 гг. заболевание чаще начиналось с I степени активности, что затрудняло диагностику и оттягивало начало патогенетической терапии.

Стационарное лечение, включающее комплекс реабилитационных мероприятий, в первые 5 лет в последние годы получают только 50% больных, по сравнению с 32% в 1960-1979 гг. А количество больных, получающих санаторно-курортное лечение, снизилось за последние 20 лет в 4 раза.

ADDITION TO A QUESTION ON EARLY DIAGNOSTICS OF AN ANKYLOSING SPONDYLITIS (AS)

U.A. Goryaev, N.M. Pavlova

(Irkutsk State Medical University)

Two groups of patients who had AS from 1960 to 1979 and from 1980 to 1999 have been investigated. Each group consisted of 50 men. Timeliness of diagnostics, data of beginning of treatment, variants of debut and activity of course of AS in the investigated groups have been estimated. The obtained results have been compared with the literary data. In the period from 1980 to 1999 the significant improvement of diagnostics of an AS was marked.

Литература

1. Астапенко М.Г., Чепой В.М., Трофимова Т.М. и др. // Тер. архив. – 1980. – №6. – С.10-12.
2. Балабан С.Я. // Ревматология. – 1989. – №1. – С.67-68.
3. Беневоленская Л.И., Бржезовский М.М. Эпидемиология ревматических болезней. – М.: Медицина, 1988. – 137с.
4. Горяев Ю.А., Васильева Е.И., Щуко Н.И. Течение болезни Бехтерева в Вост. Сибири // Тез. докл. пленума правления ВНОР. – Казань, 1979. – С.25.
5. Гуобис Г. // Тер. архив. – 1980. – №6. – С.25-30.
6. Гусейнов Н.И. Анкилозирующий спондилоартрит: особенности патогенеза, клиника, эволюция и прогноз различных клинических форм.: Дис. ... докт. мед. наук. – Москва, 1990. – 960с.
7. Иевлева Л.В., Акимов Т.Ф., Мылов Н.М. и др. // Тер. архив – 1980. – №6. – С.47-49.
8. Карлова О.Г., Фатыхова В.А. // Сиб. мед. журн. – 1998. – №2. – С.47-49.
9. Качков И.А., Филимонов Б.А., Кедров А.В. // Рус. мед. журн. – №15. – С.997-1012.
10. Beyles C. // Ther. Umsch. – 1994. – Vol.9, N.6. – P.418-424.
11. Gran J.T., Skomswoll J. F. // Br. J. Rheumatol. – 1997. – Vol.36, N.7. – P.76-71.
12. Oliver J., Cantini F., Salvaralii C. // Curr Opin Rheumatol. – 1997. – Vol.9, N.14. – P.284-290.