

№4 (2013)

Содержание

Статьи

Ранняя диагностика анкилозирующего спондилита

Ш. Ф. Эрдес, А. Г. Бочкова, Т V Dubinina, О А Rummyantseva, А. В. Смирнов 365-367

Современные стандарты лабораторной диагностики ревматических заболеваний и их применение в реальной клинической практике

Елена Николаевна Александрова, А. А. Новиков, Евгений Львович Насонов 368-376

Ассоциативная взаимосвязь генетических маркеров с эффективностью лечения ревматоидного артрита тоцилизумабом

Irina Anatolyevna Guseva, Е. Ю. Панасюк, N E Soroka, A S Avdeeva, Елена Николаевна Александрова, Е. Л. Лучихина, Е Е Gubar, Е V Fedorenko, Т N Gavva, Е S Tsvetkova, Е Yu Loginova, Е Yu Samarkina, Г. В. Лукина, D Yu Trofimov, Евгений Львович Насонов 377-382

Значение ультразвуковых индексов для оценки активности ревматоидного артрита и эффективности терапии тоцилизумабом

Р. А. Осипянц, Дмитрий Евгеньевич Каратеев, Е. Ю. Панасюк, Г. В. Лукина, Елена Николаевна Александрова, С. И. Глухова, А. В. Волков, Евгений Львович Насонов 383-386

Боль как один из факторов риска прогрессирования остеоартроза коленных суставов

Н. Г. Кашеварова, Е. М. Зайцева, А. В. Смирнов, Людмила Ивановна Алексеева 387-390

Метаболический синдром при ревматоидном артрите: роль адипонектина (предварительные результаты)

Yulia Nikolaevna Gorbunova, Т. В. Попкова, Л. В. Кондратьева, Д. С. Новикова, Елена Николаевна Александрова, М. В. Черкасова, Евгений Львович Насонов 391-395

Фибромиалгия — стоматологические аспекты

Maria Panchovska, N Nikolov, E Firkova, Zl Kolarov 396-397

Комплексная реабилитация больных ранним ревматоидным артритом: результаты 6-месячной программы

Evgenia Vladislavovna Orlova, Дмитрий Евгеньевич Каратеев, А V Kochetkov 398-406

Панникулиты в практике ревматолога (лекция)

Б. С. Белов, О. Н. Егорова, S G Radenska-Loprovok 407-415

Ингибция интерлейкина 6 — новые возможности фармакотерапии иммуновоспалительных ревматических заболеваний

Евгений Львович Насонов, Елена Николаевна Александрова, А S Avdeeva, Е. Ю. Панасюк 416-427

Канакинумаб (ингибитор интерлейкина 1 β) — прорыв в возможностях противовоспалительной терапии при подагре

Maksim Sergeevich Eliseev, В. Г. Барскова, Евгений Львович Насонов 428-431

Гомеостаз В-лимфоцитов и направления анти-В-клеточной терапии при ревматоидном артрите

Ekaterina Valeryevna Suponitskaya, Елена Николаевна Александрова, А Р Aleksankin, Евгений Львович Насонов 432-438

Применение препаратов гиалуроновой кислоты при остеоартрозе коленных суставов

С. Г. Аникин, Людмила Ивановна Алексеева 439-445

Ревматические заболевания у детей и подростков Российской Федерации (2009—2010)	
Римма Михайловна Балабанова, Н. Н. Кузьмина, Ш. Ф. Эрдес	446-450
Аортит при анкилозирующем спондилите: возможности диагностики и лечения	
А А Годзенко, А Г Бочкова, О V Mukhortova, I P Aslanidi, N V Bunchuk	451-455
Дозирование метотрексата при лечении ревматоидного артрита	
Yuri Vladimirovich Muravyev	456-459
Юбилейный конгресс Европейского общества по кальцификации тканей (European Calcified Tissue Society — ECTS 2013): итоги исследований в области заболеваний костной ткани за 50 лет	
Lev Nikolaevich Denisov, E V Orlova	460-465
Отчет о проведении VI Съезда ревматологов России с международным участием (14—17 мая 2013 г., Москва)	
Евгений Львович Насонов	466-468
Резолюция VI Съезда ревматологов России с международным участием (14—17 мая 2013 г., Москва)	
V N Amirdzhanova	469-470
Маргарита Михайловна Иванова	
	471-471
Андрей Анатольевич Баранов	
	472-472

Ранняя диагностика анкилозирующего спондилита

Ш.Ф. Эрдес, А.Г. Бочкова, Т.В. Дубинина, О.А. Румянцева, А.В. Смирнов

ФГБУ «Научно-исследовательский институт ревматологии им. В.А. Насоновой» РАМН, Москва

V.A. Nasonova Research Institute of Rheumatology, Russian Academy of Medical Sciences, Moscow

Контакты: Шандор Федорович Эрдес
123456_57@mail.ru

Contact: Shandor Fedorovich Erdes
123456_57@mail.ru

Поступила 27.06.13

Анкилозирующий спондилит (АС) — хроническое воспалительное заболевание, поражающее преимущественно аксиальный скелет. Обычно оно начинается в молодом возрасте — средний возраст дебюта $25,1 \pm 7,6$ года [1]. Диагностика АС в европейских странах запаздывает на 5–10 лет [2–4], а в России в среднем на 9 лет [1, 5]. Столь большая задержка в установлении диагноза в основном происходит по двум причинам. Во-первых, врачи первичного контакта слабо знают клинические проявления болезни, особенно в ее дебюте. Соответственно, такие ранние признаки АС, как воспалительная боль в спине, ахиллобурсит и др., не распознаются своевременно или трактуются неправильно. Значимость этой причины можно существенно уменьшить, организовав специальные образовательные программы для врачей [6]. Во-вторых, в существующих критериях [7], принятых еще 30 лет назад, для подтверждения диагноза обязательно требуется наличие рентгенологически определенного сакроилиита (рСИ). В то же время уже хорошо известно, что у большинства пациентов с АС проходят многие годы от появления первых клинических симптомов до развития рСИ, отражающего наличие костных деструктивных изменений в крестцово-подвздошных суставах, которые развиваются относительно медленно. Так, еще в 80-х годах прошлого века было показано, что среди пациентов с клинической картиной, сходной с АС (воспалительная боль в спине, периферический артрит, ахиллобурсит, острый увеит или повышение острофазовых показателей), но с рентгенологически нормальными крестцово-подвздошными суставами, в 36% случаев рСИ развился через 5 лет, а в 59% — через 10 лет и более от начала болезни [8]. В другом исследовании, основанном на обследовании родственников больных АС [9], было показано, что рСИ имелся у 40% пациентов с длительностью клинической симптоматики <10 лет, у 70% — с длительностью 10–19 лет и у 86% — при длительности характерного для АС симптомокомплекса ≥ 20 лет. Таким образом, время (длительность заболевания) является важным фактором в развитии рСИ, основополагающего критерия диагностики АС и, соответственно, одного из главных препятствий для раннего установления диагноза у большинства больных [10].

Отсутствие рСИ в начальных стадиях АС не говорит об отсутствии воспаления в крестцово-подвздошных суставах, а указывает в первую очередь на то, что к моменту обследования еще не развились структурные изменения в этих сочленениях. Уже первые исследования с использованием магнито-резонансной томографии (МРТ) [11–13] показали, что активное воспаление данной локализации встречается за годы до рентгенологически выявляемых изменений костной ткани. В дальнейшем для обозначения заболевания с клинической картиной АС, при наличии признаков сакроилиита на МРТ, но без рСИ, был предложен термин «аксиальный спондилоартрит» [14]. При этом АС рассматривается как дальнейшая, продвинутая стадия его развития [15]. Соответственно считается, что в начале болезни при наличии воспалительной боли в спине воспаление в костных структурах позвоночника и/или крестцово-подвздошных суставах сначала может быть визуализировано только с помощью МРТ (дорентгенологическая стадия АС). В дальнейшем наступает следующая стадия болезни, когда появляются костные структурные изменения и сакроилиит становится определяемым при рентгенологическом исследовании. Последняя стадия — появление синдесмофитов [14]. Такая трехэтапная модель эволюции АС позволяет разделить течение болезни на соответствующие стадии: начальная (дорентгенологическая), развернутая (появление рСИ) и поздняя (синдесмофитообразование). С изменением стадии болезни у пациентов меняются прогноз и терапевтическая тактика.

К сожалению, МРТ не дает 100% вероятности постановки диагноза сакроилиита, что предположительно связано с недостаточной чувствительностью данного метода для выявления слабо выраженного воспаления костной ткани [16]. Данное предположение нашло подтверждение в недавно представленных результатах. Было показано, что диагностированное по МРТ воспаление в крестцово-подвздошных суставах в 100% случаев подтверждается анализом биоптатов, в то время как воспаление, обнаруженное в биоптатах крестцово-подвздошных суставов, только в 38% случаев подтверждается методом МРТ [17].

Исследование клинических особенностей «дорентгенологического» и «продвину-