

Діагностика та лікування спондилоартропатій у практиці сімейного лікаря

Л.В. Хімюн, О.Б. Яценко, Т.О. Ситюк, С.В. Данилюк

Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, м. Київ

У статті представлено основні етіопатогенетичні механізми, диференційно-діагностичні критерії, принципи лікування, маршрути пацієнтів з різними формами спондилоартропатій, що зустрічаються у практиці сімейного лікаря. Розглянуто сучасні підходи до профілактики, лікування та реабілітації цієї категорії пацієнтів.

Ключові слова: спондилоартропатії, реактивний артрит, псоріатичний артрит, анкілозивний спондиліт, недиференційована спондилоартропатія, ювенільний хронічний спондилоартрит.

До спондилоартропатій (СпА) належать:

- анкілозуючий спондиліт (АС, хвороба Бехтерева);
- реактивний артрит (РеА, включаючи синдром Рейтера);
- псоріатичний артрит (ПсА);
- артрит, асоційований із хронічними запальними захворюваннями кишечника;
- недиференційована спондилоартропатія;
- ювенільний хронічний спондилоартрит (ЮХС) [2–4].

Етіологія і патогенез СпА залишаються остаточно не визначеними. Основною теорією є автоімунна теорія розвитку цих захворювань та тлі генетичної схильності (наявності антигену HLA-B27). Встановлено етіологічну роль деяких інфекційних агентів (збудників ентероколіту або урогенітальних інфекцій) у розвитку РеА: *Chl. trachomatis* (L2b серотип), *Ureaplasma urealyticum*, *Neisseria gonorrhoeae*, *Shigella flexneri*, *Salmonella enterica* (серовари *Typhimurium*, *Enteritidis*, *Hadar*), *Mycoplasma pneumoniae*, *Mycobacterium tuberculosis*, *Cyclosporin*, *Yersinia enterocolitica* і *Yersinia pseudotuberculosis*, *Campylobacter jejuni* і *Campylobacter coli*, *Clostridium difficile*, *Viridans Streptococci*.

Спільні клініко-лабораторні ознаки СпА:

- хронічний біль у спині (хребті) запального характеру (триває більше 3 міс, посилюється вночі у передранкові години, супроводжується скутістю у хребті, зменшується під час руху; типово швидко покращується при застосуванні нестероїдних протизапальних препаратів – НПЗП);
- ураження іліосакральних з'єднань;
- ентезопатії (біль і запалення у місцях з'єднань сухожиль, суглобових капсул, зв'язок із кістками);
- дактиліт (запалення пальця по всій довжині) – є типовим для всіх СпА окрім АС;
- часті позасуглобові ураження (увеїт, ураження травного тракту, шкіри, легень) і навпаки – розвиток СпА як позакишкового прояву хвороби Крона або виразкового коліту;
- сімейний анамнез СпА та асоціація з антигеном HLA-B27;
- відсутність ревматоїдного фактора у сироватці крові (серонегативність).

Діагностика

Діагностичні критерії СпА існують, але мають обмежене застосування у клінічному аналізі, здебільшого діагноз є результатом оцінювання даних анамнезу і фізикального обстеження пацієнта.

Основні завдання сімейного лікаря:

- виявлення пацієнтів із хронічним болем у спині (3 міс і більше), які потребують консультації ревматолога (офтальмолога, гастроентеролога, уролога, гінеколога, дерматолога, невролога);
- разом із спеціалістом прийняття рішення про необхідність проведення додаткових діагностичних інструментальних обстежень (фіброколоноскопії, езофагогастроскопії, рентгенографії/МРТ ілеосакральних з'єднань, рентгенографії/МРТ хребта, рентгенографії/КТ легень, ЕхоКГ тощо);
- участь у контролі безпеки та ефективності медикаментозного лікування хворих на СпА;
- направлення на санаторно-курортне лікування;
- формування прихильності хворих до призначеної медикаментозної терапії, здорового способу життя, немедикаментозного лікування; регулярних оглядів ревматолога та інших спеціалістів за необхідності [1–4].

Типові ознаки самих найпоширеніших форм СпА наведено у табл. 1.

Типові місця розвитку ентезитів при СпА:

- прикріплення ахіллового сухожилля до п'ятки;
- прикріплення підшовної фасції до п'ятки;
- прикріплення сухожилля надколінка до горбистості великої гомілкової кістки;
- верхній і нижній край надколінка;
- голівки плюсневих кісток;
- п'ята плюснева кістка;
- прикріплення поздовжньої зв'язки хребта до тіл хребців.

Ключовим симптомом усіх захворювань, що належать до групи СпА є хронічний біль у нижній частині спини. За міжнародною статистикою сімейний лікар консультує як мінімум одного хворого із таким болем на тиждень. Відомо, що приблизно 65% таких хворих звертаються до сімейного лікаря, 55,9% – до ортопеда-травматолога, 50,5% – до фізіотерапевта і 46,7% – до мануального терапевта.

Під час прийому нового пацієнта з хронічним болем у нижній частині спини сімейний лікар повинен провести первинний огляд та детальний збір анамнезу захворювання і життя хворого з метою категоризації кожного випадку згідно з такими категоріями:

- неспецифічний біль у спині;
- біль, пов'язаний із радикулопатією або стенозом хребтового каналу;
- біль у спині, не пов'язаний із хребтом;
- біль, пов'язаний із специфічними проблемами хребта.

Головні диференційні ознаки різних видів хронічного болю у нижній частині спини представлено в табл. 2.

Для пацієнтів із радикулопатією, стенозом хребтового каналу або іншими специфічними проблемами хребта для уточнення діагнозу корисним є проведення магнітно-резонансної томографії (МРТ) або комп'ютерної томографії (КТ) [4, 5].

Анамнез. Збір анамнезу у хворого із болем у спині повинен обов'язково включати запитання щодо травм, остеопорозу, онкологічних захворювань, наявності ревматичних захворювань у членів родини, симптомів псоріазу (у хворого і рідних), перене-

Ознаки найпоширеніших форм спондилоартропатії

Ознака	АС	РеА	ПсА	СПА, асоційований із запальними захворюваннями кишечника
Поширеність у загальній популяції	0,1-0,2%	0,1%	0,2-0,4%	Рідко
Вік початку	10-40 років	10-40 років	35-45 років	Будь-який
Чоловіча стать: жіноча стать	3:1	5:1	1:1	1:1
HLA-B27	40-90%	80%	40%	30%
Сакроілеїт: - частота - особливості	100% симетричний	40-60% асиметричний	40% асиметричний	20% асиметричний
Синдесмофіт	Нижній, крайовий	Грубий	Грубий	Нижній, крайовий
Периферійний артрит: - частота - особливості	Часто асиметричний, нижні кінцівки	Типово асиметричний, нижні кінцівки	Типово асиметричний, будь-які суглоби	Типово асиметричний, нижні кінцівки
Ентезит	Типово	Типово	Типово	Часто
Дактилїт	Нетипово	Типово	Типово	Рідко
Ураження шкіри	Немає	Баланїт, кератодермія, бленорагія	Псоріаз	Вузлувата еритема, піодермія
Зміни нігтів	Немає	Онїхолїзїс	Симптом наперстка, онїхолїзїс	Потовщення
Ураження очей	Гострий передній увеїт	Гострий передній увеїт, кон'юнктивїт	Хронїчний увеїт	Хронїчний увеїт
Ураження слизової рота	Виразки	Виразки	Виразки	Виразки
Ураження серця	Аортальна регургїтація, порушення провідності	Аортальна регургїтація, порушення провідності	Аортальна регургїтація, порушення провідності	Аортальна регургїтація
Ураження легень	Фїброз верхніх вїддїлів	Немає	Немає	Немає
Шлунково-кишковї ураження	Немає	Дїарея	Немає	Хвороба Крона, неспецифічний виразковий колїт
Ураження нирок	Амїлоїдоз, IgA-нефропатїя	Амїлоїдоз	Амїлоїдоз	Нефролїтіаз
Урогенїтальні ураження	Простатит	Уретрит, цервіцит	Немає	Немає

сених інфекцій (кишкових, урогенїтальних). Важливим є виявлення «червоних прапорцїв» (симптомів, які свїдчать про наявність серйозного захворювання як причини болю) (табл. 3).

Фїзикальне обстеження. Огляд пацієнта із болем у нижній частині спини повинен включати проведення тесту із підняттям рївних нїг (з положення на спинї підняти випрямлену в колїні ногу на 30–70°; поява болю свїдчить про міжхребцеву грижу); проведення визначення глибоких сухожильних рефлексів, чутливості та м'язової сили; пальпацію хребцїв; пальпацію ілеосакральних з'єднань. Пїсля виключення радикулопатїї та міжхребцевої грижі необхідно виконати проби на визначення рухливості хребта; провести пальпацію живота, перевірити симптом Пастернацького, стан периферїйних лїмфатичних вузлів; провести аускультатію серця і легень [5].

Лабораторне обстеження. За відсутності показань до термінової госпіталїзацїї необхідно призначити лабораторні та інструментальні обстеження з урахуванням результатів фїзикального обстеження та даних анамнезу:

- загальний аналіз крові (ЗАК) із визначенням кількості тромбоцитів та ШОЕ;
- рївень С-реактивного бїлка (СРБ);

- загальний аналіз сечі;
- біохїмічні дослідження (визначення лужної фосфатази, кальцію, фосфору сироватки крові – за підозри на порушення метаболїзму кїсток (хвороба Педжета, метастази);
- тести на виявлення збудників РеА.

Інструментальне обстеження:

- рентгенографїя (МРТ, КТ) рїзних вїддїлів хребта;
- рентгенографїя (МРТ) ілеосакральних з'єднань;
- рентгенографїя суглобів (за наявності одночасно болю у суглобах);
- обстеження внутрїшніх органів (наприклад УЗД – за наявності показань).

При веденні пацієнтів із болем у нижній частині спини, як у будь-якому іншому випадку хронїчного болю, слїд пам'ятати про часте формування стїйких психосоціальних порушень у даного контингенту хворих. Так, деякі дослідження продемонстрували формування тривожності, зниження рївня самооцїнки і вїдчуття контролю над власним життям, порушення настрою та інші проблеми у хворих із болем, який не зникає протягом 6 тиж лікування. У табл. 4

Диференційний діагноз при хронічному болю у нижній частині спини

Неспецифічний (ідіопатичний) біль (70%)	Іррадіація болю у спини (2%)	Механічний біль (27%)	Немеханічний біль (1%)
Зміщення хребця	Аневризма аорти	Дегенеративні зміни пульпозного ядра і фасеткових суглобів	Пухлина:
	Захворювання тазових органів:	Міжхребцеві грижі	- множинна мієлома - метастази - лімфома, лейкоз - пухлина спинного мозку - ретроперитонеальна пухлина - первинна пухлина хребця
	- простатит - ендометріоз - хронічний тазовий біль	Остеопоротичний перелом	
		Стеноз хребтового каналу	
		Травматичний перелом	
	Захворювання органів травлення:	Вроджена патологія	
	- панкреатит	Тяжка форма сколіозу	
	- холецистит	Тяжка форма кіфозу	СПА
	- пенетрація виразки	Спондильоз	Інфекція:
	Захворювання нирок:	Дискогенний біль, внутрішній розрив диска	- остеомиєліт - септичний дисцит - абсцес - остеохондроз - хвороба Педжета
	- пієлонефрит	Нестабільність	
	- сечокам'яна хвороба		
	- паранефрит, абсцес		

Таблиця 3

"Червоні прапорці" у хворих із хронічним болем у нижній частині спини

Ознака	Діагностична оцінка				Стратегія		
	Синдром кінського хвоста	Перелом	Рак	Інфекція	ЗАК, ШОЕ, СРБ	Рентгенографія	МРТ
Вік більше 50 років		X	X		1*	1	2
Лихоманка, озноб, нещодавня інфекція, рана				X	1	1	1
Значна травма		X				1	2
Нічний біль, біль у стані спокою			X	X	1*	1	2
Прогресуюче порушення рухів, чутливості	X		X				1E
Раптова втрата чутливості, слабкість у ногах, дизурія, нетримання калу	X						1E
Схуднення			X		1*	1	2
Рак в анамнезі або підозра на рак			X		1*	1	2
Остеопороз в анамнезі		X				1	2
Імуносупресія				X	1	1	2
Застосування ГКС		X		X	1	1	2
Внутрішньовенне уведення наркотичних препаратів		X		X	1	1	2
Залежності		X		X	1	1	2
Немає покращення за 6 тиж лікування			X	X	1*	1	2

Примітка: 1 – дослідження «першої лінії», 2 – дослідження у процесі спостереження; ЗАК – загальний аналіз крові; ГКС – глюкокортикостероїди; ШОЕ – швидкість осідання еритроцитів, СРБ – С-реактивний білок; * – визначення рівня простатоспецифічного антигену (ПСА) може бути необхідним для чоловіків.

Психосоціальні предиктори тривалого порушення працездатності у пацієнтів із хронічним болем у нижній частині спини («жовті прапорці»)

Афект	Поведінка	Емоційні фактори	Соціальні фактори	Робота
Тривога	Неправильна стратегія подолання	Негативні думки	Насильство в анамнезі	Очікування посилення болю з початком роботи, активності
Депресія	Порушення сну внаслідок болю	Зневіра у можливість контролю і подолання	Залежність в анамнезі	Проблеми із виплатами
Відчуття безсилля	Пасивне відношення до лікування	Необхідність подолання болю до початку активності	Дефіцит підтримки	Невдоволення роботою
Дратівливість	Відмова від активності		Старший вік	Дефіцит підтримки в робочому оточенні
			Занадто турботлива сім'я	

наведено «жовті прапорці» – психосоціальні фактори, які визначають формування тривалого порушення працездатності у хворих із хронічним болем у спині [5].

Анкілозний спондиліт – найпоширеніше захворювання групи СпА, що найчастіше уражує чоловіків віком 15–40 років. Біль у спині – тулий, із іррадіацією у сідниці, посилюється зранку, покращується при рухах; має нічний компонент. Уражуються усі відділи хребта. Розвиток захворювання може бути поступовим, із інтермітуючим болем, що призводить до пізнього діагнозу на стадії анкілозу з відсутністю рухів у хребті та формуванням патологічної постави (відсутність поперекового лордозу, підсилення грудного кіфозу, перерозгинання шийного відділу).

Функціональні порушення у поперековому відділі хребта виявляють тестом Шофара. Слід відмітити ручкою риску над п'ятим поперековим хребцем і риску на 10 см вище попередньої позначки; попросити хворого максимально нахилитися вперед і виміряти відстань між двома позначками. У нормі, за нормальної рухливості у поперековому відділі, відстань збільшується на 5 см і більше. У деяких хворих на АС першою скаргою є не біль у спині, а біль у суглобах (найчастіше вражаються асиметрично суглоби нижніх кінцівок; може бути ураження плечових і кульшових суглобів). Також характерною ознакою АС є ентезит, особливо стопи, що клінічно проявляється болем при наступанні на п'ятку. Захворювання може супроводжуватись конституціональними симптомами: субфебрилітетом, стомлюваністю, погіршенням апетиту.

Позасуглобові прояви за наявності АС включають ураження очей, серця, легень. Найчастіше (у 25–30%) уражуються очі у вигляді переднього увеїту, який найчастіше характеризується гострим перебігом, що рецидивує. Ураження серця проявляється порушеннями провідності, формуванням дилатації легеневого стовбура і аорти із недостатністю відповідних клапанів. У разі тривалого перебігу АС може формуватись фіброз верхівок легень.

Не існує лабораторних тестів, які б підтверджували діагноз АС. Вважається що 90–95% хворих на АС білої раси із Західної Європи і Північної Америки мають антиген HLA B-27, однак він є неспецифічним, і лише 1–2% осіб з антигеном HLA B-27 хворіють на АС. Внаслідок запального характеру процесу при АС під час загострення можна виявити підвищення ШОЕ і збільшення кількості СРБ, хоча їхній рівень часто не корелює з інтенсивністю больових відчуттів і активністю захворювання.

Рентгенологічними ознаками АС є двобічний сакроіліїт, який прогресує від звуження щілин до анкілозу з'єднань (мал. 1).

При рентгенологічному дослідженні хребта виявляється квадратизація тіл хребців (внаслідок ентезиту), формування остеоїтів і синдесмофітів, осифікація пульпозних ядер і зв'язок хребта та формуванням рентгенологічної картини класичної «бамбукової палки» внаслідок анкілозу на пізніх стадіях захворювання.



Мал. 1. Двобічний сакроіліїт у хворого на анкілозуючий спондиліт

Сімейний лікар має запідозрити АС у пацієнтів молодого віку із хронічним запальним болем у спині, особливо у чоловіків молодого віку. У жінок аксіальні симптоми можуть бути виражені менше, більше може турбувати біль у суглобах [3, 7–9].

Реактивний артрит

РеА – асептичний артрит, який виникає через 1–4 тиж після перенесеної тригерної інфекції. Найчастішою клінічною формою РеА є артрит після негонококового уретриту (синдром Рейтера: артрит, уретрит, кон'юнктивіт). Найчастішими збудниками є хламідії, уреоплазми (виділяються із сечівника, шийки матки при урогенітальній формі), шигели, сальмонели, ієрсинії, кампілобактер (при ентероколітичній формі).

Типовий початок захворювання – гострий, супроводжується лихоманкою, схудненням; із асиметричним oligo-артикулярним ураженням суглобів нижніх кінцівок, ентезитом, дактилітом і болем у нижній частині спини.

Типовою клінічною ознакою є позасуглобові ураження: 50% хворих у різний час перебігу РеА мають кон'юнктивіт, уретрит (від безсимптомного до тяжкого ступеня), цервіцит, простатит; виразки слизової оболонки рота; висип на статевому члені; баланіт (у 20% хворих чоловіків); гіперкератоз стопи та долонь, що починається як пухірецевий висип на еритематозному тлі із подальшим формуванням папул, пустул, вузликів (часто картина нагадує посоріатичний висип). Постентероколітичному РеА передують епізоди гострої діареї.

Хоча гострий РеА досить часто має самолімітуючий перебіг і закінчується протягом 3–12 міс, 50% хворих мають перебіг, що рецидивує, у 15–30% хворих формується хронічний артрит або сакроіліїт.



Мал. 2. Псоріатичний артрит. Симптом «ручка у ковпачку» (дистальний міжфаланговий суглоб другого пальця)

При лабораторному обстеженні виявляють лейкоцитоз, підвищення ШОЕ у ЗАК, підвищення рівня СРБ – у гострій фазі захворювання. При рентгенологічному дослідженні можливо виявити односторонній сакроілеїт, ентезит із періостальною реакцією; спондиліт із некрайовими синдесмофітами [4, 5, 12].

Псоріатичний артрит

ПсА виявляється у 5–20% хворих на псоріаз. Здебільшого артрит розвивається на тлі шкірних проявів, однак у деяких випадках поява артриту передуює появі типового висипу.

Виділяють такі різновиди ПсА:

- олігоартикулярний варіант;
- поліартикулярний варіант;
- із переважним ураженням дистальних міжфалангових суглобів;
- мутилююча форма;
- спондиліт.

Переважає зустрічається олігоартикулярний варіант (70%). ПсА, як правило, характеризується асиметричним ураженням із частим залученням дистальних міжфалангових суглобів кисті, що відрізняє клінічну картину ПсА від ревматоїдного артриту. Тяжкість перебігу ПсА не корелює із тяжкістю ураження шкіри псоріазом. У 80% хворих виявляється псоріатичне ураження нігтів.

При рентгенологічному дослідженні кистей виявляється ерозивний артрит із залученням дистальних міжфалангових суглобів, підвивихами суглобів; при мутилюючій формі виявляється симптомом «ручки у ковпачку» (мал. 2) [5, 10].

Спондилоартропатія, асоційована з хронічними запальними захворюваннями кишечника

СпА виявляється у 20% хворих на неспецифічний виразковий коліт (НВК) і хворобу Крона (ХК) (дещо частіше при ХК). У деяких пацієнтів маніфестація СпА передуює розвитку клінічної картини ураження кишечника. Вражаються найчастіше суглоби нижніх кінцівок, асиметрично; у 20% хворих ураження суглобів маніфестує клінікою спондиліту з болем у спині, сакроілеїтом. Характерним є рецидивуючий перебіг із формуванням хронічного артриту у 10% хворих; зазвичай загострення периферійного артриту і запального

процесу в кишечнику співпадають у часі. Ураження хребта маніфестує незалежно від активності кишкового процесу.

Недиференційована спондилоартропатія

Даний термін використовується для пацієнтів, які мають симптоми СпА (найчастіше – мігруючий артрит, ентезит, односторонній сакроілеїт, запальний біль у нижній частині спини), однак не вистачає критеріїв для встановлення конкретної форми захворювання. Найчастіше такі пацієнти потребують лікування і спостереження. З часом можливий розвиток захворювання в одну із наведених вище форм СпА. Загалом недиференційований СпА має добрий прогноз, симптоми відповідають на застосування НПЗП. У випадку тяжкого перебігу необхідним є проведення такого самого лікування, як і при АС [3, 4, 11].

Лікування спондилоартропатії

Лікувальний план для хворих на СпА включає застосування:

- медикаментозної терапії;
- нефармакологічних методів лікування (фізіотерапія, фізичні вправи, масаж);
- хірургічних методів лікування;
- лікування позасуглобових проявів.

План ведення і лікування хворого на СпА визначає сімейний лікар разом із спеціалістами (ревматологом або іншими спеціалістами – дерматологом, офтальмологом, гастроентерологом, ортопедом-травматологом тощо).

Сімейний лікар проводить консультування хворого з поясненням природи захворювання, необхідності дотримання здорового способу життя, призначеного режиму фізичної активності і спеціальних фізичних вправ; формування прихильності до призначеного фармакологічного лікування та контроль за безпекою застосування ліків; спостереження за перебігом і активністю захворювання із вчасним направленням на консультацію спеціаліста.

Сімейному лікарю (як лікарю першого контакту) важливо пам'ятати, що ранній діагноз СпА та вчасний початок лікування значно покращує функціональний прогноз хворих, сприяє тривалому збереженню працездатності та якості життя пацієнтів.

Для усіх хворих на СпА, особливо хворих на АС, надзвичайно важливим є виконання щоденних фізичних вправ, спрямованих на зміцнення м'язів спини, збереження рухливості хребта і периферійних суглобів. Ефективним є плавання, йога, вправи на розтягнення м'язів, дихальні вправи. Важливим є навчання пацієнта підтримувати випрямлене положення спини протягом денної активності і сон на ортопедичному матраці. Фізичні вправи протипоказані у разі високої активності СпА, підозри на перелом хребця, невизначеному діагнозі. Консультація спеціаліста із ЛФК, ортопеда показана усім пацієнтам із СпА [3–5].

Фармакологічна терапія спондилоартропатії

На сьогодні не існує медикаментозних засобів, які могли б вважатись препаратами, що можуть модифікувати перебіг АС, найскладнішим у плані досягнення ремісії є аксіальне ураження (ураження хребта) при АС. На сучасному етапі лише препарати біологічної терапії (інгібітори фактора некрозу пухлин альфа – ФНП- α) розглядаються як такі, що можуть впливати на перебіг спондиліту.

Симптоми артриту, ентезиту при СпА добре відповідають на застосування НПЗП (як класичних – диклофенак, індометацин, напроксен; так і селективних інгібіторів ЦОГ-2 – целекоксиб, німесулід, мелоксикам). Застосовувати НПЗП слід в повній протизапальній добовій дозі (наприклад, диклофенак – 150 мг/добу, німесулід – 200 мг/добу) протягом тривалого часу (можливе зменшення дози після досягнення ремісії).

Тривале застосування НПЗП при АС сприяє гальмуванню прогресування рентгенологічних ознак анкілозивних процесів у хребті. Якщо призначення одного з найменувань НПЗП не призводить до полегшення симптомів, слід

призначити інший препарат. До встановлення точного діагнозу при запальному болі у спині доцільно призначити парацетамол до 2 г на добу.

Сульфасалазин рекомендується як базисний препарат, ефективний у лікуванні периферійних артритів при АС та для лікування хворих на СпА, що асоційована із запальними захворюваннями кишечника. Добова доза у фазі загострення становить зазвичай 2–4 г, підтримувальна доза – 1–1,5 г. Ефективність сульфасалазину при аксіальній формі АС низька.

Метотрексат використовується при різних СпА, наявності позасуглобових проявів (разом із фолієвою кислотою); зазвичай тижнева доза становить 10–20 мг.

ГК використовуються для індукції ремісії при високій активності СпА, наявності позасуглобових проявів; призначаються як таблетовані препарати, так і парентеральні форми для введення у суглоби і сухожильні сумки. Найчастіше використовується преднізолон, метилпреднізолон, бетаметазон (для введення в суглоби), будесонід (при запальних захворюваннях кишечника). Дози залежать від активності захворювання, наявності позасуглобових проявів та інших факторів.

Біологічна терапія – нова група препаратів, які найчастіше мають генно-інженерне походження і є агентами, що впливають на імунологічні чинники (цитокіни, інтерлейкіни, лімфоцити). У лікуванні СпА ефективним є застосування інгібіторів та антагоністів ФНП- α (інфліксимаб,

адалімумаб, етанерцепт, голімумаб). Слід пам'ятати, що перед призначенням таких препаратів необхідно провести рентгенографію легень, консультацію фізіотерапевта – для виключення наявності активного туберкульозу.

Інші види терапії

Хірургічне лікування необхідне при значних порушеннях постави, переломах хребців, важких деструктивних артритах.

Ортопедичне лікування – із застосуванням спеціальних засобів фіксації – може бути корисним практично всім хворим.

Санаторно-курортне лікування – показане у фазі ремісії, залежить від форми СпА, включає бальнеотерапію, парафіно-, грязе-, електро-, магнітолікування; масаж; використання інших природних факторів [2–5].

ВИСНОВКИ

Враховуючи високий відсоток пацієнтів з хронічним болем у хребті та суглобах лікарям загальної практики-сімейним лікарям потрібно вчасно та правильно проводити чітку патогенетичну диференційну діагностику з метою встановлення діагнозу спондилоартропатій на початкових стадіях захворювання та визначення адекватної тактики лікування для покращання прогнозу і забезпечення співпраці з іншими спеціалістами у рамках мультидисциплінарного підходу.

Diagnostic approach and treatment of spondyloarthritis in family practice

L.V. Khimion, O.B. Yaschenko, T.O. Sytiuk, S.V. Danyliuk

The article describes the main etiopathogenetic mechanisms, differential diagnostic criteria, principles of treatment of various forms of spondyloarthropathy in primary care. Presented are modern approaches to the issues of prevention, treatment and rehabilitation of this category of patients.

Key words: spondyloarthritis, reactive arthritis, psoriatic arthritis, ankylosing spondylitis, undifferentiated spondyloarthropathy, juvenile chronic spondyloarthritis.

Диагностика и лечение спондилоартропатий в практике семейного врача

Л.В. Химион, О.Б. Яценко, Т.А. Сыток, С.В. Данилюк

В статье рассмотрены основные этиопатогенетические механизмы, дифференциально-диагностические критерии, принципы лечения, маршруты пациентов с разными формами спондилоартропатий, которые встречаются в практике семейного врача. Представлены современные подходы к вопросам профилактики, лечения и реабилитации данной категории пациентов.

Ключевые слова: спондилоартропатии, реактивный артрит, псориатический артрит, анкилозирующий спондилит, недифференцированная спондилоартропатия, ювенильный хронический спондилоартрит.

Сведения об авторах

Химион Людмила Викторовна – Кафедра семейной медицины Национальной медицинской академии последипломного образования имени П.Л. Шупика, 04112, г. Киев, ул. Дорогожицкая, 9; тел.: (044) 288-10-34. E-mail: ludmilahimion@hotmail.com

Яценко Оксана Борисовна – Кафедра семейной медицины Национальной медицинской академии последипломного образования имени П.Л. Шупика, 04112, г. Киев, ул. Дорогожицкая, 9; тел.: (044) 483-04-35

Данилюк Светлана Владимировна – Кафедра семейной медицины Национальной медицинской академии последипломного образования имени П.Л. Шупика, 04112, г. Киев, ул. Дорогожицкая, 9; тел.: (044) 501-69-42. E-mail: svetlanadanyliuk@mail.ru

Сыток Татьяна Александровна – Кафедра семейной медицины Национальной медицинской академии последипломного образования имени П.Л. Шупика, 04112, г. Киев, ул. Дорогожицкая, 9. E-mail: sytuktanya@ukr.net

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Внутрішня медицина: порадник лікарю загальної практики: навчальний посібник / А.С. Свінцицький, О.О. Абрагамович, П.М. Боднар [та ін.] / За ред. А.С. Свінцицького. – К.: ВСВ «Медицина», 2014. – 1272 с.
2. Казимирко В.К., Коваленко В.Н. Ревматологія. Учебное пособие в вопросах и ответах. – Издательский Дом Заславский. – 2009. – 626 с.
3. Національний підручник з ревматології / В.М. Коваленко, Н.М. Шуба, В.К. Казимирко [та ін.] / За ред. В.М. Коваленка, Н.М. Шуби. – К.: МОРІОН, 2013. – 671 с.
4. Ревматологія: національне керівництво / Под ред. Е.Л. Насонова, В.А. Насоновой. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. – 720 с.
5. Хіміон Л.В., Яценко О.Б., Данилюк С.В. Основи ревматології для лікарів загальної практики-сімейних лікарів (методичні рекомендації). – К., 2014. – 192 с.
6. Gupta N. Management of Uveitis in Spondyloarthropathy: Current Trends / N. Gupta, A. Agarwal // Perm J. – 2018. – № 22. – P. 17–41.
7. Bidad K. Pain in ankylosing spondylitis: a neuro-immune collaboration / K. Bidad, E. Gracey, K.S. Hemington et al. // Nat Rev Rheumatol. – 2017. – № 13 (7). – P. 410–442.
8. Ranganathan V. Pathogenesis of ankylosing spondylitis - recent advances and future directions / V. Ranganathan, E. Gracey, M.A. Brown et al. // Nat Rev Rheumatol. – 2017. – № 13 (6). – P. 359–367.
9. Wendling D. An overview of investigational new drugs for treating ankylosing spondylitis. Expert Opin Inv Drug 2015;25:95–104.
10. Costa L. Small molecule therapy for managing moderate to severe psoriatic arthritis / L. Costa, A. Del Puente, R. Peluso // Expert Opin Pharmacother. – 2017. – № 18 (15). – P. 1557–1567.
11. Leford C. Spine Conditions: Mechanical and Inflammatory Low Back Pain / C. Leford // FP Essent. – 2017. – № 461. – P. 15–20.
12. Ledingham J. Diagnosis and early management of inflammatory arthritis / J. Ledingham, N. Snowden, Z. Ide // BMJ. – 2017. – № 27. – P. 358–364.

Статья поступила в редакцию 27.12.17

ТЕСТОВІ ЗАПИТАННЯ

(один або декілька правильних варіантів відповідей на кожне запитання)

1. У хворого 42 років з'явився біль і припухлість дистальних суглобів пальців рук; нічний «глибокий» біль у попереку. При огляді на шкірі тулуба виявлені псоріатичні висипання. Лабораторно: збільшення ШОЕ, від'ємний ревматоїдний фактор. Рентгенологічно – ознаки сакроіліїту. Про яке захворювання йде мова?

- Ревматоїдний артрит
- Псоріатичний артрит
- Остеохондроз
- Подагра
- Ревматичний артрит.

2. Хворий, 49 років, скаржиться на різке обмеження рухів у хребті, утруднений вдих. Хворіє 5–6 років, коли з'явився біль у хребті, обмеження рухливості хребта й великих суглобів. Обмеження рухливості поступово збільшувалося, а біль зменшувалася. Об'єктивно: кіфоз, бочкоподібна грудна клітка, ребра нерухливі. Різке обмеження грудного дихання. Рентгенологічно: хребет у вигляді «бамбукової палиці», остеопороз тіл хребців, окостеніння жовтих зв'язок. Ваш діагноз?

- Хвороба Вільсона-Коновалова
- Хвороба Бехтерева
- Хвороба Паркінсона
- Хвороба Аддісона-Бірмера
- Хвороба Верльгофе.

3. Хвора Р., 36 років, скаржиться на біль у правому колінному суглобі, уртикарний висип на тулубі, підвищення температури тіла до 38 °С. HLA-B27 позитивний. Ревматоїдний фактор у крові відсутній. Тиждень назад перенесла ентероколіт. Який попередній діагноз?

- Ревматоїдний артрит
- Неспецифічний бактеріальний артрит
- Реактивний артрит
- Ревматичний артрит
- Хвороба Уілла.

4. Хворий, 27 років, протягом 5 років лікувався у невропатолога з приводу остеохондрозу хребта з корінцевим синдромом. Останні 2 роки лікування проходило без клінічного ефекту. Лікар помітив зростання лабораторної активності процесу, зникнення фізіологічного лордозу. Була запідозрена хвороба Бехтерева. Яке дослідження допоможе підтвердити діагноз?

- Наявність ревматоїдного фактора
- Рентгенографія ілеосакральних сполучень
- Рівень ЦІК у крові
- Визначення HLA-B27 антигену
- Пунктат кісткового мозку.

5. Чоловіка 32 років протягом останнього року турбує біль у крижовому відділі хребта та кульшових суглобах, болючість та скутість при рухах у поперековому відділі хребта. ШОЕ – 56 мм/год. Рентгенологічно виявлено ознаки двобічного сакроіліїту. Хворий є носієм антигену HLA-B27. Який діагноз є найбільш вірогідним?

- Анкілозуючий спондилоартрит
- Ревматоїдний артрит
- Спондиліоз
- Хвороба Рейтера
- Коксартроз.

6. Хвора, 22 роки, перенесла гострий ентероколіт іерсиніозного генезу. Лікувалася в інфекційній лікарні. Після виписки з'явився гострий біль у правому колінному суглобі, набряк, обмежена рухливість. У крові: лейкоцитоз, ШОЕ – 30 мм/год, СРБ – 2 мм, фібриноген – 5,2 г/л, РФ (-). Який діагноз найбільш вірогідний?

- Реактивний артрит
- Гнійний артрит
- Деформуючий остеоартроз
- Ревматоїдний артрит
- Хондроматоз суглобів.

7. Хворий З., 28 років, звернувся до терапевта зі скаргами на біль у поперековому та крижовому відділі хребта, на обмеження рухів у них, ранкову скутість до 3 год. Позитивні симптоми Кушелевського. Аналіз крові – ШОЕ – 38 мм/год, Нв – 98 г/л, Л – 4,9×10⁹, Ер – 3,2×10¹². На рентгенограмі кісток таза – склероз крижово-клубових зв'язок. Про який діагноз слід подумати у першу чергу?

- Системний червоний вовчак
- Анкілозуючий спондилоартрит
- Остеохондроз
- Ревматоїдний артрит
- Подагра.

8. Чоловік, 37 років, скаржиться на біль у поперековому і грудному відділах хребта, обмеження рухливості в ньому протягом 5 років. При обстеженні встановлено діагноз: анкілозуючий спондилоартрит, центральна форма. Носієм якого антигену HLA найімовірніше є хворий?

- HLA-DR4
- HLA-DR20
- HLA-B27
- HLA-DR8
- HLA-B5.

9. Юнак, 16 років, поступив у ревматологічне відділення зі скаргами на біль у великих суглобах, набряк і почервоніння лівого колінного суглоба, температура тіла – 37,9 °С. Наведені вище скарги з'явилися 5 днів тому після перенесеної ангіни. Який найбільш вірогідний діагноз?

- Ревматичний артрит
- Ревматоїдний артрит
- Деформуючий артроз
- Подагра
- Реактивний артрит.

10. Пацієнт, 40 років, хворіє біля 8 років. Скаржиться на біль у поперековому відділі хребта при фізичному навантаженні, у шийному і грудному відділі, особливо під час кашлю, біль у кульшовому і колінному суглобах справа. Об'єктивно: тулуб фіксований у положенні нахилу вперед з опущеною вниз головою, атрофія сідничних м'язів. Рентгенографія хребта: остеопороз хребців, заокостеніння повздожних зв'язок. Який з діагнозів найбільш вірогідний?

- Туберкульозний спондиліт
- Псоріатична спондилоартропатія
- Спондилоартропатія на фоні хвороби Рейтера
- Анкілозуючий спондилоартрит
- Поширений остеохондроз хребта.

ЛЬВІВСЬКИЙ МЕДИЧНИЙ ФОРУМ

17-19 квітня

ПАЛАЦ МИСТЕЦТВ
(вул.Коперника, 17)

24

МЕДИЧНА ВИСТАВКА



«ГалMED»

ЗА ПІДРИМКИ:

- Міністерства охорони здоров'я України
- Департаменту охорони здоров'я ЛОДА

ОРГАНІЗАТОРИ НАУКОВИХ ЗАХОДІВ:

- Українська Асоціація по вивченню болю
- Українська Асоціація лікарів фізичної і реабілітаційної медицини
- Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького
- Українська асоціація медичного туризму
- Українське товариство ерготерапевтів
- Львівська обласна Асоціація фізичної терапії
- Українське лікарське товариство у Львові
- ЛДР Лікувально-Діагностичний Онкологічний центр
- Львівський державний університет фізичної культури
- Львівське обласне товариство неврологів
- Товариство дитячих пульмонологів і алергологів при УЛТ

ПАРТНЕР ФОРУМУ:



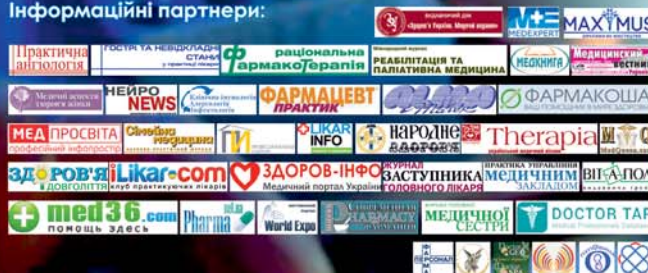
ПАРТНЕР ВИСТАВКИ:



Генеральний телепартнер:



Інформаційні партнери:



ТЕМАТИЧНІ РОЗДІЛИ:

- Лікувальне, діагностичне та реабілітаційне обладнання
- Лабораторна техніка та медицина
- Медичні прилади та інструменти
- Засоби реабілітації та товари для людей з обмеженими можливостями
- Медичний туризм
- Фармацевтичні препарати
- Сучасна клініка та послуги
- Засоби санітарії та дезінфекції
- Лікувальна косметика

В рамках виставки:

- IV спеціалізована експозиція «Реабілітація»
- IV спеціалізована експозиція «Медичний туризм»

Наукові заходи Форуму:

- 17 квітня Науково-практична конференція «Сучасна онкологія в еру скринінгових програм»
- 18 квітня Науково-практична конференція «Сучасні аспекти в комплексному підході до фізичної реабілітації»
- 18 квітня Семінар «Дитяча алергологія і пульмонологія в клінічних випадках»
- 19 квітня Науково-практична конференція «Актуальні питання неврології. Сучасні алгоритми діагностики та лікування»
- 19 квітня Практичний майстер-клас по новітнім технологіям в галузі реабілітації

ОРГАНІЗАТОР ФОРУМУ:

Гал-ЕКСПО®
АКЦІОНЕРНЕ ТОВАРИСТВО
тел.: (032) 2971369, 2970628

www.galexpo.com.ua/galmed
www.facebook.com/Lviv.Medical.Forum/