

Rheum 1991;34:1218—25.
9. Amor B., Dougados M., Mijiyawa M. [Criteria of the classification of spondyloarthropathies]. Rev Rhum Mal Osteoartic

1990;57(2):85—9.
10. Rudwaleit M., Jurik A.G., Hermann K.G. et al. Defining Active Sacroiliitis on Magnetic Resonance Imaging (MRI) for

Classification of Axial spondyloarthritis a Consensual Approach by the ASAS/OMERACT MRI Group. Ann Rheum Dis, published online 17 May 2009.

Поступила 20.08.09

Т.В. Дубинина, Ш.Ф. Эрдес

Учреждение Российской академии медицинских наук Научно-исследовательский институт ревматологии РАМН

ПРИЧИНЫ ПОЗДНЕЙ ДИАГНОСТИКИ АНКИЛОЗИРУЮЩЕГО СПОНДИЛИТА В КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Контакты: Татьяна Васильевна Дубинина omsi@iramn.ru

Цель. Определить причины позднего установления диагноза анкилозирующего спондилита (АС) в амбулаторно-поликлинической практике.

Материал и методы. С помощью разработанной в НИИР РАМН анкеты было опрошено 80 пациентов, мужчин и женщин в возрасте 18 лет и старше, которым впервые в жизни был установлен достоверный диагноз АС.

Результаты. Диагноз АС в амбулаторной практике ставится в среднем через $8,1 \pm 6,0$ года от появления первых симптомов заболевания. В 75% случаев дебют АС начинается с воспалительной боли в спине. Самый частый диагноз, выставляемый пациентам до установления диагноза АС в амбулаторной практике, — остеохондроз позвоночника.

Выводы. Причины позднего установления диагноза АС: характер течения заболевания в дебюте и ошибки в диагностике.

Ключевые слова: анкилозирующий спондилит, воспалительная боль в нижней части спины, ошибки диагностики.

REASONS FOR LATE DIAGNOSIS OF ANKYLOSING SPONDYLITIS IN CLINICAL PRACTICE

T.V. Dubinina, Sh.F. Erdes

Research Institute of Rheumatology, Russian Academy of Medical Sciences, Moscow

Contact: Tatyana Vasilyevna Dubinina omsi@iramn.ru

Objective: To define reasons for late diagnosis of ankylosing spondylitis (AS) in the outpatient setting.

Subjects and methods. The questionnaire developed at the Research Institute of Rheumatology, Russian Academy of Medical Sciences, was used to interview 80 male and female patients aged 18 years or older with the valid diagnosis of AS being first established in their life.

Results. The outpatient diagnosis of AS is made $8,1 \pm 6,0$ years, on average, after the occurrence of the first symptoms of the disease. In 75% of cases, the onset of AS begins with inflammatory back pain. The most common diagnosis made in patients is vertebral osteochondrosis before AS is diagnosed in the outpatient practice.

Conclusion. The reasons for late diagnosis of AS are the pattern of the disease at its onset and diagnostic errors.

Key words: ankylosing spondylitis, inflammatory pain in the low back, diagnostic errors.

Анкилозирующий спондилит (АС) — хроническое системное воспалительное заболевание, характеризующееся преимущественным поражением крестцово-подвздошных сочленений (КПС) и позвоночника. АС относится к группе серонегативных спондилоартритов, куда включены также реактивные артриты, псориазический артрит, спондилоартриты при воспалительных заболеваниях кишечника (болезнь Крона и неспецифический язвенный колит) и недифференцированные спондилоартриты. Этим заболеваниям свойственны такие общие черты, как воспалительное поражение осевого скелета, несимметричный олигоартрит преимущественно нижних конечностей, энтезиты, поражение глаз (передний увеит), сердца (аортит, нарушение проводимости), наследственная предрасположенность, частое выявление HLA-B27 и отсутствие ревматоидного фактора (РФ) в сыворотке крови [1].

Диагноз АС устанавливается в среднем через 7—10 лет от возникновения первых проявлений заболевания [2, 3]. С какими же причинами связано столь позднее выявление этой болезни? В доступной литературе встречаются отдельные работы, посвященные изучению данной проблемы, которые показывают, что это может быть связано с рядом при-

чин. Во-первых, это малосимптомное течение болезни, в связи с чем пациенты редко обращаются за медицинской помощью в самом начале заболевания. Во-вторых, разнообразие клинической картины в дебюте, когда первыми проявлениями заболевания могут быть не только боли в спине, но и поражения суставов, энтезисов и отдельных органов (сердца, глаз и т. д.). Еще одной причиной может быть медленное развитие рентгенологических признаков сакроилита — симптома, который имеет решающее диагностическое значение.

Используемые в настоящее время диагностические критерии АС основываются на комбинации клинических симптомов и достоверных признаков сакроилита: двустороннего не ниже II стадии или одностороннего III—IV стадии. Однако на ранних этапах болезни рентгенографические изменения часто отсутствуют, и требуется несколько лет, чтобы они появились [4]. К этому следует добавить трудности в интерпретации рентгенограмм КПС на ранних стадиях сакроилита, т. е. I и II стадий [5]. Немаловажным в поздней диагностике является и то, что врачи воспринимают заболевание как редкое, а отсутствие до недавнего времени методов лечения, способных стойко контролировать симптомы заболевания и его прогрессирование, фактически превращало

врачей в наблюдателей за постепенным снижением функциональной активности и качества жизни их пациентов. Именно эта ситуация привела к тому, что АС, являющийся основным представителем группы серонегативных спондилоартритов, стал в определенной степени забываться врачами.

Данные литературы свидетельствуют о том, что для раннего установления диагноза необходимо проявлять повышенное внимание к пациентам молодого возраста, у которых болевые ощущения в нижней части спины носят воспалительный характер.

Важно отметить, что воспалительная боль в спине (ВБС) в 75% случаев считается первым клиническим симптомом АС в дебюте заболевания [6]. В настоящее время существует 3 варианта критериев ВБС.

1. Критерии ВБС, предложенные А. Calin и соавт. в 1977 г., которые входят в Нью-Йоркские критерии АС:

- Возраст начала боли <40 лет
- Длительность боли >3 мес
- Постепенное начало болевых ощущений
- Утренняя скованность
- Уменьшение боли после физических упражнений

Боль считается воспалительной при наличии любых 4 признаков [7].

2. Берлинские критерии (М. Rudwaleit и соавт.) включают следующие признаки:

- Утренняя скованность >30 мин
- Уменьшение боли после физических упражнений, но не после отдыха
- Боль в спине преимущественно во второй половине ночи
- Перемежающаяся боль в ягодицах

Боль, по мнению авторов, считается воспалительной при наличии 2 из 4 параметров [8].

Рентгенологические стадии сакроилиита

Стадия	Количество больных (n=80)
II	17 (21,2%)
III	41 (51,3%)
IV	22 (27,5%)

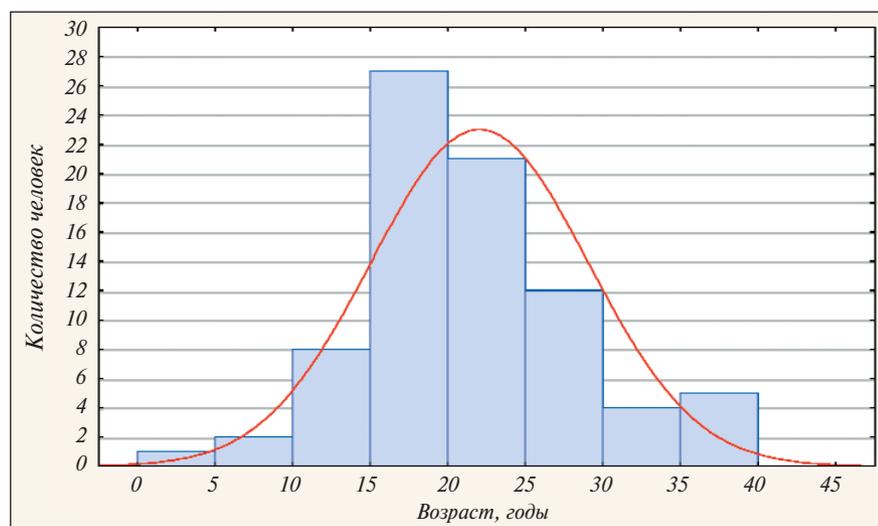


Рис. 1. Возраст появления первых симптомов АС

3. Недавно опубликованные критерии ВБС, установленные согласно мнению экспертов ASAS [9]:

1. Начало в возрасте до 40 лет
2. Постепенное начало
3. Улучшение после физических упражнений
4. Отсутствие улучшения после отдыха
5. Ночная боль (с улучшением после вставания)

Чувствительность и специфичность критериев составили 77,0 и 91,7% соответственно при наличии 4 из 5 параметров [9]. Несмотря на небольшую разницу между всеми перечисленными критериями, последние, по данным проведенного исследования, продемонстрировали лучший баланс между чувствительностью и специфичностью [9].

Говоря о ранних клинических проявлениях АС, нельзя забывать о том, что дебют заболевания может начаться не только с боли в спине, но и с поражения глаз, суставов, энтезисов (мест прикрепления к кости сухожилий, связок, суставных капсул) [10–13].

В отечественной литературе нам не встретилось данных, направленных на изучение причин поздней диагностики АС. В связи с этим мы провели исследование, целью которого было определить причины позднего установления диагноза АС в амбулаторно-поликлинической практике.

Материал и методы

Для решения этого вопроса в течение года было проведено анкетирование пациентов, мужчин и женщин в возрасте 18 лет и старше, последовательно поступивших на лечение в клинику НИИР РАМН, которым впервые в жизни был установлен достоверный диагноз АС.

Для регистрации и учета результатов исследования использовалась специально разработанная анкета, включающая паспортные данные, вопросы о первых симптомах заболевания, в том числе наличии критериев ВБС и времени их появления; возрасте пациента на момент дебюта болезни; ее длительности, частоте обострений; количестве обращений к врачам; методах проводившегося обследования, а также о диагнозах, которые устанавливались до распознавания АС, времени постановки диагноза от начала заболевания.

Результаты

Всего было опрошено 80 больных (средний возраст $29,5 \pm 6,7$ года), в том числе 51 (63,7%) мужчина (средний возраст $30,1 \pm 7,1$ года) и 29 (36,3%) женщины (средний возраст $31,8 \pm 6,7$ года).

Средняя продолжительность болезни на момент включения в исследование составила $8,5 \pm 6,1$ года (минимальная длительность 6 мес, максимальная — 26 лет). HLA-B27-позитивными были 75 человек (93,8%). У 100% больных сакроилиит был двусторонним. Рентгенологические стадии сакроилиита представлены в таблице, демонстрирующей, что среди больных преобладали лица с III и IV стадиями сакроилиита: 51,3 и 27,5% соответственно. У 27 (33,7%) больных по данным рентгенологического обследования выявлялись синдесмофиты в разных отделах позвоночника.

Жалобы на боль в суставах предъявляли 52,5% опрошенных, а на их припухание — 30,0%. На боли в

пояснично-крестцовом отделе позвоночника жаловались все пациенты (100%); кроме того, 54 (67,5%) больных предъявляли жалобы на боли в грудном отделе позвоночника и 36 (45,0%) — в шейном.

Средний возраст пациентов на момент появления первых симптомов болезни составил $21,9 \pm 6,9$ года. Несмотря на то что статистически значимых различий в возрасте дебюта заболевания между мужчинами и женщинами получено не было, надо отметить, что женщины были несколько старше (средний возраст дебюта $23,2 \pm 7,1$ года), чем мужчины ($21,1 \pm 6,8$ года). На рис. 1 представлено возрастное распределение пациентов на момент появления первых симптомов АС; видно, что пик дебюта заболевания приходился на возрастную категорию от 15 до 25 лет.

Из 80 больных у 60 (75,0%) заболевание дебютировало с боли в нижней части спины (БНС), с преимущественной локализацией в области пояснично-крестцового отдела позвоночника, у 18,7% — с артрита суставов нижних конечностей и у 6,3% — с переднего уелита. При этом у 35,0% пациентов БНС сопровождалась иррадиацией в нижнюю конечность (у 17,5% — в область ягодицы и у 17,5% — в бедро до колена), однако ни у одного пациента не было отмечено нарушения чувствительности в области нижних конечностей. Необходимо отметить, что у 96,3% пациентов начало болезни было постепенным.

Ночная боль в позвоночнике как один из характерных признаков воспалительной боли в начале болезни беспокоила только 23,8% больных, а у 76,2% она появилась в среднем через $55,0 \pm 35,7$ мес (минимум через 6 мес, максимум через 156 мес). При этом надо отметить, что перемежающийся характер болей в ягодицах в начале болезни был характерен для большинства пациентов (83,7%), а у 100% больных уменьшение болевых ощущений в спине отмечалось на фоне «расслаживания» или после физических упражнений.

Наличие чувства скованности в области позвоночника в дебюте отметили всего 35,0% опрошенных пациентов. Среднее время появления скованности от момента первых болевых ощущений в области позвоночника составило $43,9 \pm 31,7$ мес (минимум 3 мес, максимум 156 мес). Таким образом, в дебюте заболевания критериям ВВС согласно А. Calin и соавт. отвечали 33,8% пациентов, Берлинским — 90,0% и критериям экспертов ASAS — 98,8%.

По степени выраженности болевых ощущений на момент опроса преобладали пациенты с умеренной и выраженной интенсивностью боли (73,8 и 25,0% соответственно), тогда как в начале болезни характерной была слабая интенсивность боли, которую отмечали 58,6% пациентов.

На рис. 2 представлены данные о частоте обострений в дебюте АС, т. е. периодов появления болевых ощущений в области нижней части спины. Как видно, в начале заболевания критериям хронической боли соответствовали только 15,0% больных, у которых боль была постоянной. У большинства других пациентов обострения происходили 1 раз в 6 мес (37,5%), 1 раз в 3 мес (23,8%) и 1 раз в месяц (21,2%). Необходимо отметить, что при наличии обострений 1 раз в 6 и 3 мес длительность их составляла несколько недель, а при частоте обострений 1 раз в месяц — несколько дней.

На поражение энтезисов в дебюте заболевания указали 22,5% пациентов, тогда как на момент осмотра энтезисы выявлялись у 57,5%.

До установления диагноза АС 38,8% пациентов имели периферический артрит, наиболее частой локализацией

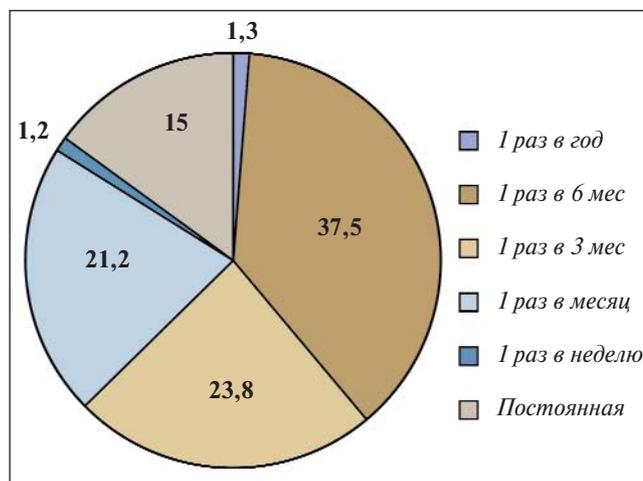


Рис. 2. Частота обострений в дебюте АС (%)

которого было изолированное поражение коленных и голеностопных суставов (в 16,3 и 7,5% случаев соответственно) или их одновременное воспаление (у 8,8% больных).

Среди 80 человек у 10,0% был выявлен положительный семейный анамнез по АС.

При анализе частоты обращаемости больных к специалистам по поводу БНС в начале заболевания оказалось, что 2/3 больных (75%) обращались к неврологу, к ревматологу обратились 26,2%, к участковому терапевту — 23,8% больных, а к хирургу — 3,8% всех опрошенных. Почти половина больных (47,5%) искали помощи и у других специалистов, из них наиболее частым было обращение к мануальному терапевту (37,8%), а также в равной степени к инфекционисту, фтизиатру, ортопеду, онкологу, урологу и гинекологу. Общее количество обращений к врачам до установления диагноза в среднем составило $7,0 \pm 5,4$ раза (минимум 1 раз, максимум 25 раз). Следует отметить, что первое обращение к врачу по поводу БНС в среднем происходило через $15,4 \pm 26,6$ мес (минимум через 0,2 мес, максимум через 132 мес) от появления первых симптомов.

При дебюте заболевания с артрита 54,8% больных обращались к терапевту, 48,3% — к ревматологу, 25,8% — к хирургу, а 9,7% — к другим специалистам. Важно отметить, что один больной мог обращаться к разным врачам. При этом первое обращение к врачу по поводу артрита в среднем происходило через $6,7 \pm 5,6$ мес (минимум через 2 мес, максимум через 30 мес) от появления симптомов артрита.

Обращает на себя внимание тот факт, что время, через которое пациенты обращались к ревматологу, в среднем составило $70,1 \pm 63,9$ мес (минимум 1 мес, максимум 312 мес). Нами получена отрицательная корреляция ($r = -0,30$, $p = 0,007$) в отношении наличия артрита и времени обращения к ревматологу, т. е. можно предположить, что наличие артрита способствует получению более ранней консультации ревматолога.

Самым распространенным диагнозом у больных с началом АС с БНС был «остеохондроз позвоночника». У пациентов, обратившихся к терапевту, его диагностировали в 31,8% случаев, к неврологу — в 75,0%, к хирургу — в 66,7%. Другими специалистами этот диагноз устанавливался так же часто — в 75,8% случаев. Ни одному пациенту, пришедшему на прием к ревматологу, диагноз остеохондроза не был установлен. Интересным представляется факт, что только в 5,0% случаев неврологи сомневались в диагнозе, в связи с чем он не был установлен, терапевты —

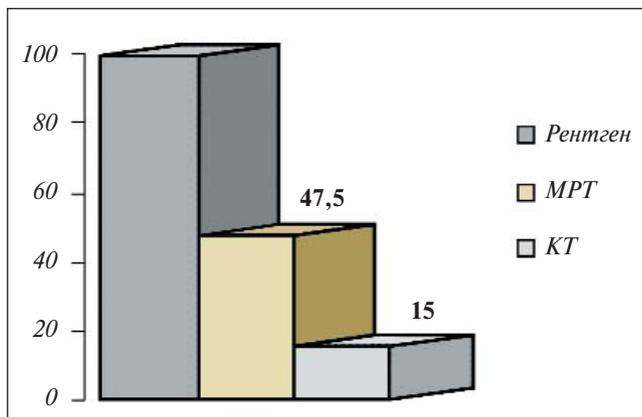


Рис. 3. Частота назначения инструментальных методов обследования (%)

в 10,5%, а другие специалисты — в 10,8%. Среди других диагнозов, рассматриваемых врачами как причина БНС, встречались: пиелонефрит, сколиоз позвоночника, грыжи межпозвоночного диска, туберкулез, фибромиалгия и даже истерия. Самым частым диагнозом, устанавливаемым ревматологом поликлиники, был недифференцированный серонегативный спондилоартрит (52,2%).

Появление артрита терапевты в 50,0% случаев связывали с дебютом ревматоидного артрита (РА), в 35,7% — с реактивным артритом (РеА), и только в 14,3% наблюдений диагноз не был установлен. Среди диагнозов, устанавливаемых хирургами по поводу артрита, практически с равной частотой встречались РеА, подагрический артрит, менископатия, плоскостопие, одному пациенту был установлен диагноз остеомиелита пяточной кости. Ревматолога причиной артрита в 66,7% случаев считали развитие РеА, в 6,7% — РА и в 26,6% — недифференцированного артрита.

На рис. 3 представлены данные о частоте назначения инструментальных методов обследования изученной группы больных. Как видно, наиболее часто используемым методом диагностики был рентгенографический, который врачи назначали в 98,8% случаев, магнитно-резонансную томографию (МРТ) применяли в 47,5% и компьютерную томографию (КТ) — в 15%. Всего у 27 (33,8%) пациентов нам удалось оценить рентгено- и томограммы, полученные при проведенных ранее обследованиях. Оказалось, что у 96,3% больных за 3—4 года до постановки окончательного диагноза выявлялись достоверные признаки сакроилиита, которые не были распознаны.

Приводим клинический пример поздней диагностики АС.

Больная Н., 32 лет, обратилась в НИИР РАМН с жалобами на ночные боли в области всех отделов позвоночника преимущественно во второй половине ночи и в ранние утренние часы, скованность по утрам в той же области в течение 2 ч, уменьшение боли на фоне физических упражнений и, напротив, усиление ее во время отдыха, ограничение движений во всех отделах позвоночника. Кроме того, беспокоили боли в лучезапястных, плечевых, коленных и височно-нижнечелюстных суставах, повышение температуры тела до 37,2—37,5 °С, выраженная утомляемость.

Из анамнеза известно, что в возрасте 25 лет был эпизод болей и припухания левого голеностопного сустава. Обращалась к терапевту в поликлинику по месту жительства. При обследовании определялись повышенная СОЭ (30 мм/ч), СРБ ++++. На рентгенограммах дистальных отделов стоп и

левого голеностопного сустава патологии не было выявлено. С целью уточнения диагноза и причины сохраняющейся высокой лабораторной активности была направлена на лечение в городскую больницу, где в результате проведенного обследования, в том числе и на исключение туберкулеза, был установлен диагноз РеА. В течение месяца проводилась антибиотикотерапия, назначались нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП), физиотерапевтическое лечение. Выписана с улучшением. В течение последующих 9 мес на фоне постоянного приема НПВП явления артрита были полностью купированы. В течение следующих 4 лет чувствовала себя хорошо. В декабре 2006 г. после переохлаждения появились перемежающиеся боли в ягодицах, через 6 мес присоединились ночные боли в пояснично-крестцовом отделе позвоночника, преимущественно во второй половине ночи, ближе к утру (больная вынуждена была просыпаться и для облегчения боли принимать горячую ванну), утренняя скованность длительно 40—60 мин. Обращалась к терапевту по месту жительства. Исключалось заболевание почек. При обследовании (анализ мочи, УЗИ почек) патологии не было выявлено, но в крови определялись повышенная СОЭ (28 мм/ч), СРБ ++++. Была консультирована ортопедом, неврологом. Диагноз: остеохондроз позвоночника, корешковый синдром. Мануальная терапия, иглорефлексотерапия, массаж и электростимуляция — без особого эффекта. С весны 2007 г. присоединились воспалительная боль в грудном отделе позвоночника, в ребрах по типу межреберной невралгии, усиливающаяся при глубоком дыхании. В связи с появлением этих симптомов больная вновь обратилась к неврологу. При обследовании в апреле 2007 г. на рентгенограммах нижнегрудного и поясничного отделов позвоночника выявлена клиновидная деформация тела L₁ позвонка, и диагноз трактовали как посттравматическую тораколюмбалгию. Прием НПВП уменьшал выраженность болей. Лабораторная активность сохранялась (СОЭ 35 мм/ч), в течение 6 мес больная похудела на 20 кг. В июне 2007 г. в связи с нарастанием выраженности боли в позвоночнике проведено МРТ-исследование поясничного отдела позвоночника в режимах T₁, T₂ с толщиной срезов 3 мм. На основании МРТ установлен диагноз — распространенный остеохондроз, спондилез поясничного отдела позвоночника. Компрессионный перелом тела L₁ позвонка, других изменений по данным описания томограмм не было выявлено, хотя уже тогда можно было заподозрить воспалительные изменения в телах L₁—L_{III} позвонков. В течение следующих 1,5 лет принимала курсы в течение 1 мес НПВП с положительным эффектом (уменьшение интенсивности боли), сохраняющимся на время лечения и 1—1,5 мес после его завершения. С 2008 г. стала отмечать ограничение движений в поясничном и грудном отделах позвоночника, с конца 2008 г. появились боли в шейном отделе позвоночника, а с января 2009 г. — боли в лучезапястных, плечевых, коленных, височно-нижнечелюстных суставах, выраженная утомляемость, субфебрилитет. Обращалась к терапевту, неврологу по месту жительства. Формулировка диагноза была прежней, рекомендовалось обследование для исключения хронических инфекций. С помощью Интернета узнала о болезни Бехтерева и обратилась в НИИР РАМН.

При осмотре: энтезиты (гребней подвздошных костей, I грудно-реберных сочленений, больших вертелов бедренных костей). Эскурия грудной клетки — 3,5 см, симптом Шобера — 2 см, боковые наклоны — 12 см с двух сторон, ротация в шейном отделе — 65° в обе стороны. Индекс BASDAI (Bath Ankylosing Spondylitis Disease Activity Index) — 7,8, BASFI (Bath Ankylosing Spondylitis Functional Index) — 3,2. При обследовании: выявлен HLA-B27, на обзорной рентгенографии костей

таза — двусторонний сакроилиит IV стадии, СОЭ 56 мм/ч. На основании жалоб на воспалительный ритм болей и ограничение движений во всех отделах позвоночника, наличия двустороннего сакроилиита IV стадии пациентке был установлен диагноз анкилозирующего спондилита. Диагноз был поставлен через 7 лет от появления первых симптомов, несмотря на то что на рентгенограммах позвоночника еще в апреле 2007 г. имелись достоверные признаки двустороннего сакроилиита III стадии.

Обсуждение

Как показало проведенное исследование, диагноз АС в среднем устанавливается через $8,1 \pm 6,0$ года (минимум через 0,5 года, максимум через 26 лет) от появления первых симптомов.

Основываясь на полученных результатах, мы бы разделили причины поздней диагностики на две составляющие. Первая — характер течения заболевания. В первую очередь это касается начала болезни, времени появления симптомов ВБС, количества обострений и интенсивности боли. По данным исследования, у большинства пациентов в дебюте боль была слабой интенсивности, а обострения наступали 1 раз в 6 мес (37,5%) или 1 раз в 3 мес (23,8%), при этом длительность их составляла всего несколько недель. Только у 15% всех опрошенных в начале болезни болевые ощущения были постоянными, т. е. отвечали проявлениям хронической боли. Наши данные совпадают с исследованием, проведенным недавно по инициативе ASAS (Assessment of SpondyloArthritis International Society), в котором было показано, что параметр «длительность боли больше 3 мес» не проводит существенных различий между ВБС и неВБС [9]. Немаловажным, на наш взгляд, является постепенный характер появления боли. По-видимому, медленное, как бы исподволь, начало не вызывает у пациента достаточно выраженных переживаний, столь характерных для острой боли, появляющейся внезапно на фоне полного здоровья. К этому надо добавить достаточно позднее возникновение отдельных симптомов ВБС, являющейся одним из обязательных диагностических критериев АС.

Таким образом, можно предположить, что постепенное начало, редкая частота и относительная непродолжительность периодов обострений, а также слабая интенсивность болевых ощущений способствовали тому, что пациенты не придавали должного внимания состоянию своего здоровья и в связи с этим поздно обращались к врачам, в первую очередь это касается пациентов, у которых дебют заболевания начался с БНС.

Ко второй составляющей позднего установления диагноза АС мы бы отнесли ошибки в диагностике. Общее количество обращений к врачам за период до установления АС составило в среднем $7,0 \pm 5,4$ раза, т. е. пациенты все же

пытаются найти «своего» врача. К сожалению, консультацию ревматолога они получали через $70,1 \pm 63,9$ мес, т. е. через 5 лет и более от начала болезни. Возможно, причины этого связаны с недоступностью ревматологической помощи, в том числе с нехваткой специалистов в амбулаторно-поликлинической практике, а возможно — с давно сложившейся в нашей стране традицией лечить БНС у неврологов.

В 2006 г. нами было проведено исследование, основанное на анкетировании 1300 пациентов, первично обратившихся за медицинской помощью в поликлинику, которое показало, что из 324 человек, предъявлявших жалобы на БНС, каждому второму был установлен диагноз «остеохондроз позвоночника» [14]. Результаты настоящей работы свидетельствуют о том, что остеохондроз продолжает оставаться «универсальной» причиной любых болевых ощущений в области спины у поликлинических больных. К сожалению, упрощенное понимание проблемы боли в спине как проблемы остеохондроза приводит к недопустимому умалению роли клинического обследования и неполноценному его проведению. Это подтверждают и данные настоящего исследования. В большинстве случаев не было придано значения семейному анамнезу, ассоциации между наличием БНС и поражением суставов, глаз, энтезисов как проявлениям одного заболевания.

Данные исследования также показали частое назначение в амбулаторной практике инструментальных методов диагностики, таких как рентгенография и МРТ позвоночника (98,8 и 47,5% соответственно). Однако в 96,3% случаев интерпретация полученных результатов, особенно оценка состояния КПС, вызывает серьезные сложности. Эти данные совпадают с результатами исследования, проведенного в Голландии, в котором было показано, что специфичность и чувствительность ранних стадий сакроилиита, интерпретируемых даже обученными рентгенологами и ревматологами, не превышала 80% [15].

Таким образом, диагноз анкилозирующего спондилита устанавливается в среднем через $8,1 \pm 6,0$ года от появления первых симптомов. В первую очередь, это связано со скудной клинической картиной в дебюте заболевания и поздним обращением пациентов за врачебной помощью. Во-вторых, с недостаточным знанием особенностей клинической картины АС врачами амбулаторно-поликлинической практики. С нашей точки зрения, для ранней диагностики АС необходимо уделять пристальное внимание пациентам молодого возраста (до 40 лет), предъявляющим жалобы на воспалительного характера боли в спине, а также имеющим в анамнезе сведения о поражении суставов, энтезисов, глаз и отягощенный семейный анамнез по АС, с целью своевременного направления таких пациентов к ревматологу.

ЛИТЕРАТУРА

1. Клинические рекомендации. Ревматология. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2005;72—3.
2. Khan M.A. Update on Spondyloarthropathies. *Ann Intern Med* 2002;136:896—907.
3. Rudwaleit M., van der Heijde D., Khan M.A. et al. How to diagnose axial spondyloarthritis early. *Ann Rheum Dis* 2004;63:535—43.
4. Said-Nahal R., Miceli-Richard C., Berthelot J.M. et al. on behalf of the Groupe Francais d'Etude Genetique des Spondylarthropathies. The familial form of spondylarthropathy: a clinical study of 115 multiplex families. *Arthr Rheum* 2000;43:1356—65.
5. Rudwaleit M., Khan M.A., Sieper J. The challenge of diagnosis and classification in early ankylosing spondylitis: do we need new criteria? *Arthr Rheum* 2005;52:1000—8.
6. Sieper J., Rudwaleit M. Early referral recommendations for ankylosing spondylitis (including pre-radiographic and radiographic forms) in primary care. *Ann Rheum Dis* 2005;64:659—63.
7. Sieper J., Braun J., Rudwaleit M. et al. Ankylosing spondylitis: an overview. *Ann Rheum Dis* 2002;61:8—18.
8. Rudwaleit M., Metter A., Listing J. et al. Inflammatory back pain in ankylosing spondylitis: a reassessment of the clinical history for application as classification and diagnostic criteria. *Arthr Rheum* 2006;54:569—78.
9. Sieper J., van der Heijde D.M., Landewe R.B.M. et al. New criteria for inflammatory

back pain in patients with chronic back pain a real patient exercise of the Assessment in SpondyloArthritis international Society (ASAS). *Ann Rheum Dis* 2009;68:784–8.

10. Rojas-Vargas M., Munoz-Gomariz E., Escudero A. et al. First signs and symptoms of spondyloarthritis — data from an inception cohort with a disease course of two years or less (REGISPONER-Early). *Rheumatology* 2009;48:404–9.

11. Linder R., Hoffmann A., Brunner R. Prevalence of the spondyloarthritis in patients with uveitis. *J Rheumatol* 2004;31:2226–9.

12. Feltkamp T., Ringrose J. Acute anterior uveitis and spondyloarthropathies. *Curr Opin Rheum* 1998;10:314–8.

13. Bergfeldt L. HLA-B27-associated cardiac disease. *Ann Med Interne* 1997;127(8):621–9.

14. Эрлес Ш.Ф., Дубинина Т.В., Галушко Е.А. Частота и характер болей в нижней части спины среди амбулаторных больных в г.Москве. Сообщение II. Науч.-практич ревматол 2006;2:6–12.

15. Van Tubergen A., Heuft-Dorenbosch L., Schulpen G. Radiographic assessment of sacroiliitis by radiologist and rheumatologists: does training improve quality? *Ann Rheum Dis* 2003;62:519–25.

Поступила 15.12.09

С.Х. Седышев¹, Б.В. Митриков², С.Г. Раденска-Лоповок¹

Учреждение Российской академии медицинских наук Научно-исследовательский институт ревматологии РАМН¹,
Московский государственный медико-стоматологический университет²

БИОПСИЯ ОКОЛОУШНОЙ СЛЮННОЙ ЖЕЛЕЗЫ В ДИАГНОСТИКЕ САРКОИДОЗА

Контакты: Самир Хатанович Седышев sedishev@mail.ru

Цель. Оценить информативность биопсии околоушной слюнной железы (ОУЖ) при диагностике саркоидоза.

Материал и методы. У 15 больных (4 мужчины и 11 женщин) с предполагаемым диагнозом саркоидоза проведена биопсия ОУЖ. Пациенты были сгруппированы по принципу наличия увеличенных слюнных желез.

Результаты. С учетом клинико-инструментальных данных и обнаруженных морфологических изменений в 20% случаев (n=3) был поставлен диагноз мультифокального фибросклероза, в 80% (n=12) — саркоидоза. Биопсия ОУЖ дала возможность установить гистологически верифицированный диагноз в группе больных с увеличенными ОУЖ (n=6) в 100% случаев (50% — саркоидоз, 50% — мультифокальный фибросклероз); в группе пациентов без увеличения желез (n=9) саркоидоз был диагностирован в 67% случаев. У больных саркоидозом в активной фазе заболевания (n=6) эпителиоидно-клеточные гранулемы обнаруживались в 100% случаев, в фазе ремиссии (n=6) — у 50% пациентов.

Выводы. Биопсия ОУЖ обладает высокой диагностической ценностью и может быть использована в диагностике саркоидоза.

Ключевые слова: саркоидоз, биопсия околоушной слюнной железы.

PAROTID GLAND BIOPSY IN THE DIAGNOSIS OF SARCOIDOSIS

S.Kh. Sedyshev¹, B.V. Mitrikov², S.G. Radenska-Lopovok¹

¹Research Institute of Rheumatology, Russian Academy of Medical Sciences; ²Moscow State University of Medicine and Dentistry

Contact: Samir Khatanovich Sedyshev sedishev@mail.ru

Objective: To assess the informative value of parotid gland (PG) biopsy in the diagnosis of sarcoidosis.

Subjects and methods. PG biopsy was made in 15 patients (4 males and 11 females) with a presumptive diagnosis of sarcoidosis. The patients were grouped by the presence of PG enlargement.

Results. By taking into account clinicoinstrumental data and found morphological changes, three (20%) and 12 (80%) patients were diagnosed as having multifocal fibrosclerosis and sarcoidosis, respectively. PG biopsy could establish a histologically verified diagnosis in 100% of cases (that of sarcoidosis (50%) and multifocal fibrosclerosis (50%) in the enlarged PG group (n=6)); sarcoidosis was diagnosed in 67% of cases in the non-enlarged PG group (n=9). Epithelioid cell granulomas were detectable in 100 and 50% of the patients with sarcoidosis in its active (n=6) and remission (n=6) phases, respectively.

Conclusion. PG biopsy is of high diagnostic value and may be used in the diagnosis of sarcoidosis.

Key words: sarcoidosis, parotid gland biopsy.

Саркоидоз — системное гранулематозное заболевание неизвестной этиологии, которое гистологически характеризуется неказеозными эпителиоидно-клеточными гранулемами в различных органах и тканях и клинически проявляется симптомами, зависящими от локализации повреждения [1].

Диагностика саркоидоза представляет собой непростую задачу. Это объясняется прежде всего тем, что диапазон дифференциально-диагностического поиска саркоидоза весьма широк и включает системные заболевания соединительной ткани, болезни суставов, системные васкулиты, инфекции, злокачественные новообразования и

лимфомы. Кроме того, дополнительную сложность представляет разнообразие клинических проявлений, мультиорганности поражения и относительной неспецифичности гранулематозных изменений. Поэтому диагноз ставится не только на основании анализа клинических данных, но и путем исключения других заболеваний с аналогичной симптоматикой и обязательного гистологического подтверждения [2]. Из лабораторных маркеров саркоидоза (С-реактивный протеин, ангиотензинпревращающий фермент, лизоцим, β₂-микроглобулин, неоптерин и т. д.), пожалуй, только ангиотензинпревращающий фермент может быть использован в диагностике [3].