

БОЛЬ В СПИНЕ У МОЛОДЫХ ПАЦИЕНТОВ. КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ



Пациент И. 33 лет

Жалобы:

- на боль и ограничение движений во всех отделах позвоночника, в плечевых суставах;
- стойкую ночную, утреннюю и стартовую скованность в спине, проходящую после физической нагрузки;
- невозможность наклоняться вперед и в стороны;
- хромоту при ходьбе;
- выраженную утомляемость в вечерние часы;
- повышение температуры тела до 37,2°C.

Анамнез



В подростковом возрасте во время игры в футбол возникала резкая боль в крестце и ягодице. Спорт не бросил, и болевые эпизоды во время тренировок стали более интенсивными и регулярными, присоединилась боль в паховой области.



В 20 лет невролог поставил диагноз «хроническая люмбоишалгия, ассоциированная с остеохондрозом позвоночника». За последующие 5 лет болевой синдром в нижней части спины принял воспалительный характер, появились эпизоды субфебрильной лихорадки. Молодому человеку ставили диагнозы: «дорсалгия», «остеохондроз позвоночника», «протрузия межпозвоночного диска L4–L5», назначались курсы нестероидных противовоспалительных препаратов – НПВП (ибупрофен, мелоксикам, диклофенак) с положительным эффектом.



За три года до настоящего визита к врачу у пациента ухудшилось общее состояние, появилась ночная и утренняя скованность в течение 3 ч, значительно ограничилось движение в шейном отделе позвоночника, пациент не смог наклоняться вперед без дополнительных усилий, начал хромать на обе ноги из-за боли в крестце, появилась стартовая боль при вставании со стула. Пациент стал ежедневно принимать НПВП (нимесулид, диклофенак с положительным эффектом на протяжении нескольких месяцев в интермиттирующем режиме).



Направлен в стационар для дообследования и изменения схемы терапии.

При осмотре

Общий осмотр не выявил отклонений от нормы.

Прихрамывает на обе ноги (по типу «утиной походки»). Определяются сглаженность грудного кифоза и отсутствие поясничного лордоза – доскообразная спина, уплощение мышц спины. Пальпация паравerteбральных точек грудного и поясничного отделов позвоночника, остистых отростков 7 шейного позвонка, 4 и 5 поясничных позвонков и зоны проекции крестцово-подвздошных сочленений болезненная.



Функциональные тесты:

- По индексу BASFI 5,8 балла, что соответствует выраженной степени.
- По индексу BASMI 7 баллов.
- Симптом Томайера – 50 см.
- Тест «подбородок-грудина» – 6 см.
- Симптомы Кушелевского 1–5 – положительные.
- Показатели экскурсии грудной клетки – 2 см (при норме более 4–5 см).
- В клиническом анализе крови повышение СОЭ – 12 мм/ч (по Панченкову).
- В биохимическом анализе крови повышение С-реактивного белка (СРБ) до 44 мг/л, отрицательные серологические маркеры – ревматоидный фактор, антистрептолизин-О.
- Иммуногенетический маркер HLA-B27 – положительный.

- ⊙ Анкетирование для определения клинической активности заболевания согласно рекомендациям Международной федерации анкилозирующего спондилита (ASAS), которое основывается на Басовском индексе активности анкилозирующего спондилита (BASDAI) – 5,3 балла.
- ⊙ Активность заболевания с учетом лабораторных маркеров воспаления (СОЭ, СРБ) по шкале активности анкилозирующего спондилита (ASDAS) составила 5,0 и 3,9 балла соответственно.
- ⊙ Рентгенография костей таза с захватом тазобедренных суставов:
 - сакроилеит 3-й степени;
 - нечеткость краев и сужение щелей крестцово-подвздошных суставов (КПС), больше справа;
 - эрозии и околоуставной остеосклероз КПС;
 - частичный (на протяжении 2/3 справа и верхней трети

слева) анкилоз суставов КПС;

○ очаговый остеопороз головок бедренных костей, околоуставной остеосклероз вертлужной впадины тазобедренных суставов.

- ⊙ Рентгенограмма грудного и поясничного отделов позвоночника в прямой и боковой проекциях:
 - выпрямление поясничного лордоза;
 - квадратизация тел позвонков;
 - единичные синдесмофиты в поясничном отделе позвоночника;
 - анкилоз фасеточных суставов поясничного отдела;
 - формирующиеся синдесмофиты грудного и шейного отделов позвоночника.

Как можно сформулировать диагноз?

Анкилозирующий спондилит, HLA-B27-ассоциированный, поздняя стадия, высокой степени активности (BASDAI 5,3, ASDAS 3,9). Двусторонний сакроилеит 3-й степени. Двусторонний коксит (BASRI-Hips 1). Функциональный класс II.

Терапия

Лечебная физкультура – ежедневное выполнение пациентом специальных физических упражнений.

Один-два раза в день в течение 30 мин – дыхательная гимнастика и упражнения, направленные на поддержание достаточной амплитуды движений позвоночника (с акцентом на разгибательные движения), крупных суставов, а также на укрепление мышц спины.

1
2
3

От рекомендованной терапии ингибиторами фактора некроза опухоли альфа пациент отказался, терапия НПВП продолжена (мелоксикам 15 мг/сут).



На фоне комплексного подхода стал заметен значимый положительный клинический и лабораторный эффект, лихорадка не возобновлялась, регрессировали утренняя скованность и слабость, уровень СОЭ нормализовался, СРБ – 5 г/л.

Материал подготовлен по статье: Шостак Н.А., Правдюк Н.Г., Новикова А.В. Боль в спине у молодых: фокус на спондилоартрит (клиническое наблюдение). Поликлиника. 2020; 2: 22–8.