

К.А. Гамаюнова*, А.П. Ребров, Я.В. Галстян,
Т.Г. Каменских

ФГБОУ ВО «Саратовский государственный медицинский университет
им. В.И. Разумовского» Минздрава России, Саратов, Россия

ТЯЖЕЛОЕ ТЕЧЕНИЕ АНКИЛОЗИРУЮЩЕГО СПОНДИЛИТА С ДЕБЮТОМ В ЮВЕНИЛЬНОМ ПЕРИОДЕ У ПАЦИЕНТКИ С РЕЦИДИВИРУЮЩИМ УВЕИТОМ

К.А. Gamayunova*, А.Р. Rebrov, Y.V. Galstyan, T.G. Kamenskikh

State Educational Institution of Higher Professional Education «Saratov State Medical University
n.a. V.I. Razumovsky», Saratov, Russia

CASE OF SEVERE JUVENILE-ONSET ANKYLOSING SPONDYLITIS IN A PATIENT WITH RECURRENT UVEITIS

Резюме

Цель работы — представить клиническое наблюдение тяжелого течения анкилозирующего спондилита с дебютом в ювенильном периоде у пациентки с постоянно рецидивирующим увеитом. **Материалы и методы.** Пациентка И., 43 лет, с 26 лет наблюдается в отделении ревматологии ГУЗ «Областная клиническая больница» (г. Саратов) с анкилозирующим спондилитом и ранним развитием такого внескелетного проявления, как увеит, с частыми его рецидивами и рядом осложнений. **Результаты.** За время наблюдения у пациентки с очень низкой комплаентностью терапии рано появились тяжелые осложнения заболевания, которые привели к полной потере зрения обоих глаз. **Заключение.** В клиническом наблюдении представлены некоторые особенности течения заболевания, терапии и развития осложнений у пациентки с анкилозирующим спондилитом и рецидивирующим увеитом.

Ключевые слова: анкилозирующий спондилит, увеит, внескелетные проявления, осложнения

Для цитирования: Гамаюнова К.А., Ребров А.П., Галстян Я.В. и др. ТЯЖЕЛОЕ ТЕЧЕНИЕ АНКИЛОЗИРУЮЩЕГО СПОНДИЛИТА С ДЕБЮТОМ В ЮВЕНИЛЬНОМ ПЕРИОДЕ У ПАЦИЕНТКИ С РЕЦИДИВИРУЮЩИМ УВЕИТОМ. Архивъ внутренней медицины. 2019; 9(3): 235-240. DOI: 10.20514/2226-6704-2019-9-3-235-240

Abstract

The objective of the study — to describe a clinical case of severe juvenile-onset ankylosing spondylitis in a patient with persistently recurrent uveitis. **Materials and methods.** Patient I., 43 years old, was constantly monitored since the age of 26 at the Department of Rheumatology of the Saratov Regional Clinical Hospital with ankylosing spondylitis, an early onset of extra-skeletal manifestations in the form of frequently recurring uveitis, and a number of complications. **Results.** Some complications, which caused complete loss of vision in both eyes, occurred during the observation period due to poor treatment adherence. **Conclusion.** The clinical observation presents some features of the disease, course treatment and the development of complications in the patient with ankylosing spondylitis and recurrent uveitis.

Key words: ankylosing spondylitis, uveitis, extra-skeletal manifestations, complications

For citation: Gamayunova K.A., Rebrov A.P., Galstyan Y.V. et al. CASE OF SEVERE JUVENILE-ONSET ANKYLOSING SPONDYLITIS IN A PATIENT WITH RECURRENT UVEITIS. The Russian Archives of Internal Medicine. 2019; 9(3): 235-240. [In Russian]. DOI: 10.20514/2226-6704-2019-9-3-235-240

DOI: 10.20514/2226-6704-2019-9-3-235-240

АС — анкилозирующий спондилит, БПВП — базисные противовоспалительные препараты, ГИБП — генно-инженерные базисные препараты, ГК — глюкокортикоиды, НПВП — нестероидные противовоспалительные препараты, СпА — спондилоартрит, ТБС — тазобедренный сустав, ТЭП — тотальное эндопротезирование

Введение

Спондилоартриты (СпА) в силу многообразия своих внескелетных проявлений постоянно требуют дифференциальной диагностики с другими ревматическими заболеваниями, в частности, с различными воспалительными артритами. Нередко пациенты со СпА нуждаются в консультации смежных специалистов, чаще всего офтальмологов, кардиологов. Сами же внескелетные проявления могут быть дополнительными факторами риска для тяжелого течения основного заболевания, более стремительного прогрессирования осложнений. Совместная работа врачей нескольких специальностей может помочь в ранней диагностике внескелетных проявлений, предупреждая в будущем развитие тяжелых осложнений, инвалидизацию пациентов, сохраняя качество жизни таких больных.

Одними из самых распространенных внескелетных проявлений СпА являются увеиты, на долю которых приходится от 20 до 40% случаев [1, 2]. В общей массе многочисленных заболеваний глаз на долю увеитов у больных ревматическими заболеваниями приходится 5-12%, в то же время, увеиты являются причиной слепоты в 25% случаев [3]. Дебют увеита, по данным литературы, приходится на возраст от 32 до 45 лет [4-7].

Наиболее частым заболеванием, для которого характерен увеит, является анкилозирующий спондилит (АС), хотя проявляется данное внескелетное проявление при всех формах СпА [8]. Относительно разницы встречаемости увеита в зависимости от пола данные противоречивы. Имеются сведения о преобладании увеита у лиц мужского пола [9-11], однако по данным других исследований встречаемость увеита у женщин составляет 40%, а у мужчин — 15,8% [12]. Важной составляющей в диагностике АС и связанного с ним увеита является слаженная работа врачей двух специальностей — ревматолога и офтальмолога [8]. Тяжелое течение самого АС может предвещать тяжелое течение увеита, а увеит, в свою очередь, может быть независимым фактором тяжести течения основного ревматического заболевания, отражая многообразие осложнений [8, 13, 14]. В то же время существуют различные взгляды на тяжесть некоторых внескелетных проявлений АС, в том числе и на течение увеита, прогноз которого иногда рассматривается как благоприятный: атаки, как правило, непродолжительные, поддаются местному лечению, включающему инстилляцию и субконъюнктивальные инъекции кортикостероидов [13]. В статье представлено клиническое наблюдение тяжелого течения анкилозирующего спондилита с дебютом в ювенильном периоде у пациентки с рецидивирующим увеитом.

Клиническое наблюдение

Пациентка Е., 43 лет, наблюдается в ГУЗ «Областная клиническая больница» (г. Саратов) с 2000 года (с 26 лет).

Из анамнеза известно, что в двенадцатилетнем возрасте (1986 г.) впервые развился артрит голеностопных, лучезапястных суставов. Пациентке по поводу ювенильного артрита была рекомендована терапия глюкокортикоидами (ГК), которые принимала эпизодически, кратковременно, без существенного эффекта. В дальнейшем пациентка периодически отмечала боли в суставах воспалительного характера, в лечении самостоятельно использовала нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП), эпизодически с положительным эффектом.

В возрасте 21 года (1995 г.) после рождения ребенка отмечала нарастание выраженности артрита периферических суставов (кистей, стоп, локтевых, коленных, голеностопных), появление боли в спине воспалительного характера. Не обследовалась, регулярно не лечилась, периодически принимала НПВП.

В возрасте 24 лет (1998 г.) впервые диагностирован острый двусторонний передний увеит, характерными признаками которого были острое начало заболевания, боль в глазах, слезотечение, светобоязнь, снижение зрения. Лабораторно выявлено наличие HLA-B27. При биомикроскопии определялась умеренная или выраженная перикорнеальная инъекция глазного яблока, отек эндотелия роговицы с отложением мелких и средних преципитатов светло-серого цвета, гиперемия радужки. Особенностью переднего увеита было быстрое формирование широких стойких задних синехий по зрачковому краю, приводящих к деформации зрачка (рис. 1).

Основной характерной чертой HLA-B27 ассоциированного увеита было его рецидивирующее течение с частыми обострениями. Провоцирующими факторами были общее переохлаждение, стресс и нарастание активности артрита. Клинически течение рецидива увеита, как правило, не отличалось от первой атаки фибринозно-пластического иридоциклита, но приобретало более тяжелое течение с генерализацией воспаления в задние отделы глаза и развитием осложнений, что привело к снижению остроты зрения менее 0,1 (с коррекцией) правого глаза и в дальнейшем полную потерю зрения левого глаза, в связи с наличием таких осложнений, как вторичная глаукома, отслойка сетчатки, а затем субатрофия глазного яблока.

Учитывая рецидивирующий увеит, наличие периферического артрита, повышение СОЭ, высокий уровень СРБ, положительный HLA-B27, впервые было



Рисунок 1.
Деформация зрачка.
Множественные
задние синехии.
Figure 1.
Pupil deformity.
Multiple posterior
synechia

высказано предположение о наличии у пациентки анкилозирующего спондилита. С того же времени в течение 5 лет пациентка постоянно принимала НПВП, периодически преднизолон 5 мг в сутки с незначительным положительным эффектом в виде уменьшения активности периферического артрита. В связи с тяжестью заболевания и частыми рецидивами увеита больная наблюдалась и периодически получала лечение в стационаре клиники глазных болезней Саратовского государственного медицинского университета имени В.И. Разумовского Минздрава России.

В возрасте 26 лет (2000 г.) в связи с высокой активностью артрита периферических суставов, усилением боли в поясничном отделе позвоночника, учащением числа рецидивов увеита (до 4-х обострений на каждый глаз за последний год) пациентка была впервые госпитализирована в отделение ревматологии ГУЗ «Областная клиническая больница» (г. Саратов). При обследовании в стационаре выявлены двусторонний сакроилиит 4-ой стадии, артрит периферических суставов 4-ой стадии, артроз коленных суставов 3-ей стадии, СОЭ 50 мм/ч, СРБ+++ , HLA-B27 положительный, BASDAI (the Bath Ankylosing Spondylitis Activity Index) — 7, ASDAS (AS Disease Activity Index) по СРБ — 3,6, исключены воспалительные заболевания кишечника, псориаз.

Впервые в стационаре был выставлен диагноз «Анкилозирующий спондилит с дебютом в ювенильном возрасте, высокая активность, полиартрит R IV стадии, двусторонний сакроилиит R IV стадии, с системными проявлениями — двусторонний рецидивирующий иридоциклит в стадии обострения, дистрофия роговицы, осложненная катаракта, фиброз стекловидного тела, хориоретинальная дистрофия, экссудативно-тракционная отслойка сетчатки обоих глаз, вторичная глаукома, субатрофия левого глаза. Вторичный двусторонний остеоартроз (гонартроз) R III стадии». Зрительные функции составляли светоощущение с неправильной проекцией света правого глаза, полную слепоту левого глаза. Рекомендован прием НПВП, ГК внутрь и местно в виде инстилляций, а также парабульбарно при обострении иридоциклита. По поводу вторичной глаукомы — местно комбинация β-блокаторов и ингибиторов карбоангидразы. В связи с развитием периферического артрита — прием метотрексата 10 мг в неделю.

Однако после выписки из стационара пациентка от рекомендованной терапии воздержалась, постоянно принимала только высокие дозы НПВП внутрь. Длительное время к врачам не обращалась. Как следствие отсутствия адекватной терапии, у пациентки развились деформации суставов: сгибательные контрактуры лучезапястных суставов (рис. 2), коленных, голеностопных суставов, анкилозирование и отсутствие движения во всех отделах позвоночника — BASMI (the Bath Ankylosing Spondylitis Metrology Index) — 0,4 (максимум — 2).

До 37 лет (2010 г.) пациентке терапия проводилась амбулаторно, предпринимались попытки назначения сульфасалазина 500 мг в сутки. Однако на фоне приема сульфасалазина — развитие диспепсии, боли в эпигастрии, в связи с чем препарат был отменен.

При госпитализации в 2010 году в возрасте 37 лет в ГУЗ «Областная клиническая больница» у пациентки выявлена высокая активность заболевания (клинически и лабораторно — СОЭ 42 мм/ч, СРБ 61 мг/л). При рентгенографии суставов установлен артроз коленных суставов 4-ой стадии, асептический некроз головки левой бедренной кости, артроз левого тазобедренного сустава (ТБС) 4-ой стадии, правого ТБС 2-ой стадии, при рентгенографии позвоночника и таза — полный анкилоз, сакроилиит 4-ой стадии.

На основании жалоб больной на низкое зрение правого глаза, отсутствие зрения левого глаза, данных анамнеза (увеит в стадии ремиссии), данных обследования (диффузное помутнение хрусталика, тракционная отслойка сетчатки) был диагностирован хронический увеит в стадии ремиссии, дистрофия роговицы, осложненная катаракта, тракционная отслойка сетчатки, хориоретинальная дистрофия сетчатки обоих глаз. Вторичная глаукома, субатрофия левого глаза. Была проведена микроинвазивная витрэктомия с тампонадой перфторорганическими соединениями с заменой на силиконовое масло, а также фактоэмульсификация катаракты с имплантацией интраокулярной линзы правого глаза. В послеоперационном периоде: visus OD = счет пальцев у лица.

В стационаре проведено лечение высокими дозами ГК в виде пульс-терапии преднизолоном 510 мг № 3 с эффектом в виде уменьшения активности заболевания клинически, рекомендована на амбулаторном этапе терапия метотрексатом 15 мг в неделю. Однако пациентка вновь метотрексат не принимала,



Рисунок 2. Деформация лучезапястного сустава, суставов кисти
Figure 2. Deformity of wrist and hand joints

продолжила прием преднизолона 15-20 мг в неделю, НПВП по требованию. Ортопедом рекомендовано тотальное эндопротезирование (ТЭП) левого ТБС, коленных суставов.

С 2011 г. в связи с возрастанием активности АС пациентка самостоятельно начала прием метотрексата 15 мг в неделю, ГК 15мг в сутки, ежедневно НПВП. В марте 2011г. проведено ТЭП левого ТБС (рис. 3), в сентябре 2011г. — ТЭП левого коленного сустава, в марте 2012г. — ТЭП правого коленного сустава (рис. 4).



Рисунок 3. Рубец после протезирования левого тазобедренного сустава

Figure 3. Scar after prosthetics of the left hip joint



Рисунок 4. Рубцы после протезирования коленных суставов

Figure 4. Scar after prosthetics of the left knee joints

В связи с неэффективностью базисной терапии, сохранением активности заболевания (BASDAI более 4, ASDAS по СРБ более 3,5), системными проявлениями — частыми рецидивами иридоциклита, наличием выраженных осложнений, рекомендована комбинация цитостатических препаратов с генно-инженерными базисными препаратами (ГИБП). С 2012 г. пациентке начата терапия ГИБП (инфликсимаб) в сочетании с базисными противовоспалительными препаратами (БПВП). С 2012 по 2015 гг. проводилась терапия ремикейдом 400 мг один раз в 8 недель. Переносимость хорошая, отмечено снижение клинических и лабораторных показателей активности заболевания (BASDAI менее 4, ASDAS по СРБ 1,5), рецидивы увеита до 1 раза в год, потребность в НПВП возростала только за 2-3 дня до последующего введения ремикейда. В 2013 году при рентгенографии суставов выявлен артроз левого плечевого сустава 4-ой стадии, ТЭП по данному поводу (рис. 5).

С 2015 по 2017 гг. в связи с отсутствием ремикейда проводилась терапия этанерцептом 25мг в неделю. Эффект был неполный — клинически отмечено отсутствие потребности в НПВП, лабораторно — нарастание показателей активности (СОЭ до 40 мм/ч.), обострение увеита до 4-х раз в год. При увеличении дозы этанерцепта до 50мг в неделю отмечено уменьшение активности процесса по лабораторным показателям до низкой степени активности, но сохранение рецидивов увеита до 2-х раз в год.

С 2017 года по настоящее время находится на постоянной терапии ремикейдом 400мг с введением один раз в 8 недель с положительным эффектом (BASDAI менее 4, ASDAS по СРБ 1,3).



Рисунок 5. Рубец после протезирования левого плечевого сустава

Figure 5. Scar after prosthetics of the left shoulder joint

Обсуждение

Данное клиническое наблюдение демонстрирует некоторые особенности течения увеита при АС. Во-первых, обращает на себя внимание дебют увеита как внескелетного проявления заболевания в молодом возрасте на фоне неадекватно леченого артрита, не диагностированного спондилита. В течение нескольких лет все попытки справиться с увеитом, остановить его прогрессирование были недостаточно эффективными, так как не было верифицировано основное заболевание, не было соответствующей терапии.

По данным литературы, увеит является одним из часто встречающихся внескелетных проявлений АС [13]. Несмотря на то, что преобладающей формой увеита при АС является иридоциклит (передний увеит) и редко вовлекаются задние отделы глаза с непосредственной угрозой зрению, у части больных могут развиваться осложнения, приводящие к существенному снижению зрительных функций. Известно, что частота осложнений коррелирует с частотой обострений увеита: более двух атак увеита в год, даже без учета их продолжительности и выраженности воспаления, может быть достаточно для развития осложнений [13]. Таким образом, основным фактором неблагоприятного прогноза увеита у больных АС является рецидивирующее течение.

Показателем серьезности увеита при АС является потребность в назначении ГИБП: в соответствии с отечественными рекомендациями по лечению АС, а также рекомендациями Международной ассоциации офтальмологов по лечению увеита при СпА, рецидивирующий увеит является показанием к назначению ГИБП, и в большинстве случаев они оказывают положительный эффект в отношении частоты обострений увеита.

При развитии и прогрессировании заболевания у пациентки, которая длительное время не получала адекватную терапию, установлено наиболее выраженное левостороннее поражение суставов и глаза, а именно — ранние осложнения в виде тяжелого увеита левого глаза, который в исходе привел к полной слепоте, тяжелый вторичный артроз с исходом в протезирование левого ТБС, левого коленного сустава, левого плечевого сустава.

В связи с поздней диагностикой основного заболевания было и позднее начало адекватной терапии как самого АС, так и внескелетных проявлений заболевания. К тому же пациентка отличалась низкой приверженностью к терапии, что существенно усугубляло и прогрессирование анкилозирующего спондилита, и тяжесть течения увеита. В определенной степени переломный момент наступил после начала терапии ГИБП: с этого времени отмечено снижение активности заболевания, уменьшение количества рецидивов увеита.

Данное клиническое наблюдение подтверждает особенность увеита у больных с АС — при отсутствии адекватной терапии, включающей ГИБП, увеит ха-

рактеризуется частыми рецидивами, протекающими на одном или обоих глазах, с утяжелением течения заболевания и развитием осложнений, значительно снижающих зрение у больных вплоть до полной слепоты.

Заключение

При диагностике АС, динамическом наблюдении за пациентами необходимо тщательное обследование для своевременной диагностики внескелетных проявлений заболевания, в том числе и таких часто встречающихся, как увеит. В свою очередь, при развитии и упорном рецидивирующем течении увеита необходимо тщательное обследование пациента для выявления ревматического заболевания, в том числе и АС. Как при дебюте увеита, так и при дебюте АС требуется диагностика и осмотр врачей как минимум двух специальностей — ревматолога и офтальмолога, так как своевременная постановка правильного диагноза, а также высокая комплаентность пациента, способствуют раннему началу лечения основного заболевания и внескелетного офтальмологического проявления, предупреждая частые рецидивы увеита, снижая риск развития тяжелых осложнений, существенно снижающих качество жизни пациентов.

Конфликт интересов/Conflict of interests

Авторы заявляют, что данная работа, её тема, предмет и содержание не затрагивают конкурирующих интересов/The authors state that this work, its theme, subject and content do not affect competing interests

Список литературы/References:

1. Кацнельсон Л.А., Танковский В.Э. Увеиты (клиника, лечение). Москва: 4-й филиал Воениздата. 2003; 208 с.
Katsnel'son L.A, Tankovskii V.E. Uveita (clinic, treatment). Moscow: 4th filial Voenizdata. 2003; 208 p. [in Russian]
2. Насонов Е.Л. Ревматология. Клинические рекомендации. Москва: ГЭОТАР-Медиа. 2009; 72 с.
Nasonov E.L. Rheumatology. Clinical recommendations. Moscow: GEOTAR-Media. 2009; 72 p. [in Russian]
3. Zierhut M., Kötter I., Lorenz H.M. Problems associated with treating ocular disease in underlying inflammatory rheumatic disease. *Rheumatol.* 2010; 69(5): 393–6. DOI:0.1007/s00393-009-0580-x.
4. Saari K.M. Pälviönsalo-Hietanen T., Vaahtoranta-Lehtonen H. et al. Epidemiology of endogenous uveitis in south-western Finland. *Acta Ophthalmol Scand.* 1995; 73(4): 345–9. DOI:http://dx.doi.org/10.1111/j.1600-0420.1995.tb00040.x.
5. Mercanti A., Parolini B., Bonora A. et al. Epidemiology of endogenous uveitis in north-eastern Italy. Analysis of 655 new cases. *Acta Ophthalmol Scand.* 2001; 79(1): 64–8. DOI:10.1034/j.1600-0420.2001.079001064.x.
6. Dandona L., Dandona R., John R.K. et al. Population based assessment of uveitis in an urban population in southern India. *Br J Ophthalmol.* 2000; 84(7): 706–9. DOI:10.1136/bjo.84.7.706.
7. Gritz D.C., Wong I.G. Incidence and prevalence of uveitis in Northern California; the Northern California Epidemiology of Uveitis Study. *Ophthalmology.* 2004; 111(3): 491-500. DOI:hhttp://dx.doi.org/10.1016/j.opthta.2003.06.014.

8. Zeboulon N., Dougados M., Gossec L. Prevalence and characteristics of uveitis in spondyloarthropathies: a systematic literature review. *Ann Rheum Dis.* 2008; 67(7): 955–9. DOI:http://dx.doi.org/10.1136/ard.2007.075754.
9. Braakenburg A.M., de Valk H.W., de Boer J. et al. Human leukocyte antigen-B27-associated uveitis: long-term follow-up and gender differences. *Am J Ophthalmol.* 2008; 145(3): 472–9. DOI:10.1016/j.ajo.2007.11.009.
10. Agnani S., Choi D., Martin T.M. et al. Gender and laterality affect recurrences of acute anterior uveitis. *Br J Ophthalmol.* 2010; 94(12): 1643–7. DOI:10.1136/bjo.2009.172312.
11. Fernandez- Melon J., Munoz-Fernandez S., Hidalgo V. et al. Uveitis as the initial clinical manifestation in patients with spondyloarthropathies. *J Rheumatol.* 2004; 31(3): 524–7.
12. Ребров А.П., Апаркина А.В., Акулова А.И. и др. Особенности диагностики анкилозирующего спондилита при наличии увеита у лиц разного пола. *Современная ревматология.* 2014; (4): 14–16.
13. Годзенко А.А., Бочкова А.Г., Румянцева О.А. и др. Частота и тяжесть внескелетных проявлений анкилозирующего спондилита. *Научно-практическая ревматология.* 2017; 55(2): 169–176. Godzenko A.A., Bochkova A.G., Romyantseva O.A. et al. The frequency and severity of extraskeletal manifestations of ankylosing spondylitis. *Rheumatology Science and Practice.* 2017; 55(2): 169-176 [in Russian]
14. Loh A.R., Acharya N.R. Incidence rates and risk factors for ocular complications and vision loss in HLA-B27-associated uveitis. *Am J Ophthalmol.* 2010; 150(4): 534–42. DOI: 10.1016/j.ajo.2010.04.031.

A

Статья получена/Article received 28.02.2019 г.
Принята к публикации/Adopted for publication
11.03.2019 г.

Дифференциальная диагностика анкилозирующего спондилита (АС)*

Боль в спине — симптом, часто встречающийся в клинической практике, который может выявляться при более чем восьмидесяти нозологических формах. Наиболее часто она встречается при миофасциальном синдроме и дегенеративных поражениях позвоночника. Для дифференциальной диагностики основное значение имеет ритм болевых ощущений (воспалительный), наличие и длительность утренней скованности (более 30 минут) и особенности ограничения движений в позвоночнике (характерно появление или наличие ограничения в сагиттальной плоскости). Определенное значение могут иметь также величина СОЭ и содержание СРБ, а также характерная рентгенологическая картина поражения костно-суставного аппарата. При дифференциальной диагностике с инфекционными спондилитом, спондилитом и сакроилиитом основное значение имеют данные томографического исследования, при котором воспалительные изменения пересекают анатомические границы КПС или тела позвонка с формированием «натечников» в прилежащих к костям мягких тканях. Рентгенологические проявления АС необходимо дифференцировать с рентгенологическими изменениями при болезни Педжета (деформирующий илеит) и болезни Форестье (идиопатический диффузный гиперостоз скелета), гипопаратиреозе, аксиальной остеомалации, флюорозе, врожденном или приобретенном кифосколиозе, конденсирующем иллиите. Однако во всех вышеперечисленных случаях сочетание клинической картины и данных рентгенологического (или МРТ) исследования не удовлетворяют критериям диагноза АС. У детей и подростков АС могут имитировать болезнь Шейермана-Мау (юношеский кифоз) или другие врожденные аномалии развития позвоночника, отличающиеся характерными рентгенологическими изменениями.

Показания к консультации ревматолога:

- Воспалительная боль в спине (по критериям ASAS), особенно у лиц молодого, трудоспособного возраста;
- Олиго- или моноартриты;
- Энтезиты (в первую очередь ахиллобурсит, плантарный фасциит) в молодом возрасте;
- Сочетание вышеперечисленных признаков с увеитом, псориазом или воспалительными заболеваниями кишечника (неспецифический язвенный колит или болезнь Крона).

Показания для консультации других специалистов:

- Окулист — развитие и лечение увеита;
- Дерматолог — развитие и лечение псориаза;
- Кардиолог — развитие и лечение недостаточности аортального клапана или нарушения атриовентрикулярной проводимости;
- Ортопед — значительное нарушение функций тазобедренных или коленных суставов, суставов стопы, выраженный кифоз, развитие остеопоротических переломов позвоночника;
- Инструктор по лечебной физкультуре — всем больным с установленным диагнозом АС

* — Клинические рекомендации по диагностике и лечению анкилозирующего спондилита (Болезни Бехтерева) Общероссийской общественной организации «Ассоциация ревматологов России», 2013 г.