

КОКСИТ ПРИ АНКИЛОЗИРУЮЩЕМ СПОНДИЛИТЕ: СОПОСТАВЛЕНИЕ КЛИНИЧЕСКИХ И ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫХ ДАННЫХ

Е.М.Агафонова, Ш.Ф.Эрдес, Т.В.Дубинина, О.А.Румянцева, А.Б.Демина,
М.В.Подряднова, А.С.Старкова, С.О.Красненко

Федеральное государственное бюджетное научное учреждение «Научно-исследовательский институт ревматологии имени В.А.Насоновой»
(ФГБНУ НИИР им. В.А.Насоновой), г.Москва, Российская Федерация

Цель: сопоставить клинические проявления коксита с данными ультразвукового исследования (УЗИ) и рентгенографии тазобедренных суставов (ТБС). *Материалы:* включено 53 больных АС с УЗ признаками коксита. *Результаты:* активность заболевания по индексам (ASDAS и BASDAI) у пациентов с BASRI-hip 0-1 и BASRI-hip 2-4 не различима. *Выводы:* прогрессирование коксита связано с длительностью заболевания и не связано с его активностью.

Ключевые слова: анкилозирующий спондилит; коксит; ультразвуковое исследование.

Введение. Анкилозирующий спондилит (АС) поражает до 1% взрослого населения и часто приводит к ранней инвалидности, причиной которой нередко является поражение тазобедренных суставов (ТБС) [1]. Вовлечение в системный аутовоспалительный процесс структур тазобедренного сустава называется кокситом. Соответственно, он может затрагивать как костные, так и мягкотканые (такие как синовия, сухожилия, хрящи) структуры, формирующие его. Проблема диагностики коксита является актуальной и недостаточно изученной, что, в свою очередь, связано с отсутствием общепринятого определения данного патологического процесса [2]. Диагностировать его можно клинически, а также с помощью УЗИ, рентгенографии и магнитно-резонансной томографии (МРТ). Каждый из этих методов позволяет охарактеризовать различные аспекты поражения ТБС.

УЗИ используют не только для выявления воспалительного выпота в полость суставов, но и для количественной его оценки. Нормальное шеечно-капсулярное расстояние (ШКР) в ТБС – ≤ 7 мм. Во время недавно проведенного исследования было показано, что выпот на УЗИ (ШКР ≥ 7) обнаруживался и у больных без клинических признаков коксита (12%), отсутствие корреляции между наличием коксита и данными УЗИ наблюдалось чаще в случае небольшого увеличения количества жидкости [3].

Коксит при АС может приводить к раннему появлению рентгенологических симптомов, характерных для дегенеративных поражений суставов: субхондрального остеосклероза, остеофитов на краях суставных поверхностей и сужения суставных щелей без развития околосуставного остеопороза. Эти рентгенологические признаки хрониче-

ского воспаления часто расцениваются как симптомы остеоартроза.

В настоящее время для количественной оценки динамики рентгенологических изменений в ТБС используется международный индекс BASRI (Bath Ankylosing Spondylitis Roentgenologic Index).

Целью нашего исследования являлось сопоставление клинических проявлений коксита у больных АС с данными УЗИ и рентгенографии ТБС.

Материалы и методы. В одномоментное исследование включено 53 пациента с диагнозом АС (соответствующих модифицированным Нью-Йоркским критериям 1984г.) с клиническими и УЗИ признаками коксита (боль и ограничение функции), которые наблюдались в НИИР им. В.А.Насоновой в 2013–2015 гг.

В ходе исследования у больных выясняли демографические данные, анамнез заболевания, проводили стандартные ревматологические обследования, а также УЗИ и рентгенографию ТБС. Диагноз коксита устанавливался на основании клинических признаков – наличие боли в области ТБС в покое, при активных и пассивных движениях, и/или ограничение движений в ТБС на момент поступления пациента в клинику. Для клинической характеристики коксита использовали выраженность боли в каждом ТБС по числовой рейтинговой шкале (ЧРШ, 0–10). В клиническом анализе учитывалась любая интенсивность боли, в том числе самая минимальная (по ЧРШ от 1 до 10). Боль, обусловленная энтезопатиями в области сустава (большие вертелы, седалищные бугры, передне-верхние и нижние ости подвздошных костей), если их можно было четко дифференцировать, а также иррадиирующая боль из крестцо-

во-подвздошных суставов и поясничного отдела позвоночника во внимание не принимались.

УЗИ ТБС проводилось на аппарате Sono Diagnost 360 (Philips) с использованием линейного (7,5МГц) и конвексного (5,0МГц) датчиков. Наличие выпота в полости сустава устанавливалось в том случае, если расстояние между сигналами от капсулы сустава и внутренней части шейки бедренной кости составляло более 7мм [4].

При анализе рентгенограммы тазобедренных суставов (обзорный снимок таза в прямой проекции) оценивались по индексу BASRI-hip (табл.1) [5].

Статистический анализ проводился непараметрическими методами с помощью компьютерной программы Statistica. При описании данных и их вариабельности использовались медиана, мини-

мальное и максимальное значения, межквартильный диапазон (от 25% до 75% квартиля). Для оценки значимости различий между анализируемыми группами применялся U-критерий Манна-Уитни. Для проверки гипотезы о различии частот признаков в анализируемых группах использовался критерий χ^2 (если частота признака составляла 5, использовался двухсторонний точный тест Фишера).

Результаты и обсуждение. Все пациенты имели синовит по данным УЗИ. У 43 (80%) интенсивность боли по числовой рейтинговой шкале была хотя бы в одном суставе 4 и выше. Больные были распределены на две группы: по наличию (BASRI hip>1) или отсутствию (BASRI hip 0-1) достоверного рентгенологического коксита (табл.2).

Таблица 1

Индекс BASRI-hips, баллы

BASRI-Hips	Градация изменений	Описание рентгенологических симптомов
0	Норма	Изменений нет
1	Сомнительные	Локальное незначительное сужение суставной щели
2	Минимальные	Незначительное сужение суставной щели. Ширина суставной щели >2мм в наиболее узкой части сустава или на всем протяжении
3	Умеренные	Сужение суставной щели по всей окружности сустава <2мм; соприкосновение сочленяющихся поверхностей на протяжении <2см
4	Выраженные	Резкое сужение суставной щели, деформация бедренной головки, соприкосновение сочленяющихся поверхностей костей на протяжении >2 см

Примечание. Градации 1 и 2 увеличиваются на единицу при наличии любых двух из следующих костных изменений: эрозии, остеофиты, кисты, протрузия бедренной головки.

Таблица 2

Клинические особенности пациентов с АС, имеющих или не имеющих рентгенологических признаков коксита

Показатели	Больные с кокситом по данным УЗИ		P
	Группа 1 (BASRI-hip 0-I) (n=20)	Группа 2 (BASRI-hip II-IV) (n=33)	
Пол (м/ж), n	18/2	23/10	0,04
Длительность АС, месяцы, Me [25%; 75%;]	94 [77-111,5]	221 [176-321]	0,03
Возраст пациентов	35,5 [25,7-43,2]	46,3 [37,2-49,1]	0,02
Трохантериты по УЗИ	3 (15%)	5 (12,1%)	0,4
BASDAI, Me [25%; 75%]	4,9 [3,7-6,8]	4,3 [3,3-5,4]	0,2
BASFI, Me [25%; 75%]	4,8 [2,3-5,7]	5,3 [4,3-6,9]	0,03
HLA-B27, n (%)	19 (95%)	30 (93,9%)	0,6
ASDAS (СРБ) Me [25%; 75%]	3,3 [2,95-3,9]	3,7 [2,4-4,7]	0,6
ЧРШ ТБС Me [25%; 75%]	6 [4-8]*	4 [2-6]	0,002
СОЭ, мм/ч, Me [25%; 75%]	14,5 [10-35]	20,5 [25-45]	0,02
СРБ, мг/мл, Me [25%; 75%]	22,5 [4,8-33,9]*	17,4 [5,3-27,5]	0,03
Двусторонний коксит, n (%)	15 (75%)	20 (60%)	0,5
Расстояние между лодыжками при максимальном разведении ног <100см, n	1 (5%)	3 (10%)	0,5
ШКР мм, Me [25%; 75%]	7,9 [7,5-8,4]	7,8 [7,4-8,5]	0,5

Активность заболевания по индексам BASDAI и ASDAS была высокой в обеих группах. Клинические и инструментальные признаки коксита у мужчин и женщин не отличались.

Пациенты двух групп различались по возрасту, половому распределению и по функциональным возможностям (BASFI). Заслуживает внимания то, что лабораторные показатели системного воспаления (СОЭ и СРБ) значимо различались между анализируемыми группами, однако комбинированные индексы (BASDAI и ASDAS), отражающие активность, были практически одинаковыми.

Медианы индекса BASDAI и СРБ были несколько выше у пациентов без рентгенологических изменений, однако, различия были статистически не значимы (тест Манна-Уитни; $p=0,06$), а медиана индекса BASFI была достоверно ниже ($p=0,03$). Корреляционной связи между выраженностью боли по ЧРШ и ШКР ТБС нам выявить не удалось (тест Спирмена $r=-0,003$; $t=-0,002$).

ШКР не зависело от стадии рентгенологических изменений сустава.

Заключение. По полученным данным можно сделать следующие выводы:

1. Чем больше длительность АС, тем тяжелее рентгенологическая стадия коксита и более выражены функциональные нарушения.
2. Активность АС не связана с рентгенологической стадией коксита.
3. Интенсивность боли в тазобедренных суставах не связана с выраженностью синовита в них.

ЛИТЕРАТУРА

1. Van der Cruyssen B., Munoz-Gomariz E., Font P., Mulero J., de Vlam K., Boonen A., Vazquez-Mellado J., Flores D., Vastesaeger N., Collantes E. Hip involvement in ankylosing spondylitis: epidemiology

and risk factors associated with hip replacement surgery. *Rheumatology (Oxford)*. Jan 2010; 49(1); 73-81; ID 19605374.1.

2. Joshi A.B., Markovic L., Hardinge K., Murphy J.C. Total hip arthroplasty in ankylosing spondylitis: An analysis of 181 hips. *J Arthroplasty*, 2002;17: 427-33. doi:10.1054/arth.2002.32170.
3. Подряднова М.В., Балабанова Р.М., Урумова М.М. [и др.] Коксит при анкилозирующем спондилите: сопоставление клинических проявлений с данными ультразвукового исследования. *Научно-практическая ревматология*. 2014;52(4):417-22.
4. Дубинина Т.В., Демина А.Б., Смирнов А.В. [и др.] Диагностика коксита при анкилозирующем спондилите. *Научно-практическая ревматология*. 2015;53(6):624-31.
5. BASRI (Bath Ankylosing Spondylitis Roentgenologic Index). *Clin J Rheumatol*. 1999;26:988-92.

COXITIS IN ANKYLOSING SPONDYLITIS: COMPARISON OF CLINICAL AND INSTRUMENTAL DATA

Agafonova E.M., Erdes Sh.F., Dubinina T.V., Romyanceva O.A., Demina A.B., Podryadnova M.V., Starkova A.S., Krasnenko S.O.

Federal State Budgetary Scientific Institution "V.A.Nasonova Scientific and Research Institute of Rheumatology", Moscow, Russian Federation

Objective: to compare the clinical manifestations of coxitis with hip joint (HJ) ultrasound (US) and X-ray data. Materials: 53 AS patients with coxitis ultrasound signs were included. Results for disease activity per indices (ASDAS and BASDAI) in patients with BASRI-hip 0-1 and BASRI-hip 2-4 are not discernible. Conclusions: coxitis progression is related to the duration of the disease but not to its activity.

Keywords: ankylosing spondylitis; coxitis; ultrasonography.