

УДК 616.728.16-002-07

DOI: 10.22141/2224-0713.7.85.2016.86923

СЛОБОДИН Т.Н.

Національна медичинська академія последипломного образования ім. П.Л. Шупика,  
г. Київ, Україна

## САКРОИЛЕИТЫ. ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ КАПКАНЫ

**Резюме.** *Статья посвящена проблеме боли в спине, обусловленной поражением крестцово-подвздошного сочленения — сакроилеитом. Приведена характеристика сакроилеитов разной этиологии, а также описаны наиболее информативные тесты для диагностики поражения крестцово-подвздошного сочленения. Дана характеристика препаратов Ксефокам и Келтикан, которые рекомендуется применять в комплексном лечении сакроилеитов.*

**Ключевые слова:** *крестцово-подвздошное сочленение; сакроилеит; лечение; Ксефокам; Келтикан*

Боль в спине с преимущественной локализацией в пояснично-крестцовой области, которая может ограничивать движения в поясничном отделе позвоночника, иррадиировать в ягодицу и по задней поверхности ноги, чаще всего связывают с неврологическими проявлениями дегенеративных изменений пояснично-крестцового отдела позвоночника, тем более что эти изменения, как правило, обнаруживаются при магнитно-резонансной томографии и нередко сочетаются с протрузиями дисков данного отдела. Однако подобные жалобы могут быть проявлением поражения крестцово-подвздошного сочленения — сакроилеита (СИ), а дегенеративные изменения позвоночника — сопровождать его, но не являться причиной боли.

Так что же надо знать неврологу о сакроилеите, который способен маскироваться под дегенеративные заболевания позвоночника (ДЗП), имеет сходство с миофасциальными синдромами и радикулитом, чтобы вовремя начать правильное лечение?

Сакроилеит — это воспалительный процесс в крестцово-подвздошном суставе, который может быть как самостоятельным заболеванием, так и симптомом других болезней инфекционного или аутоиммунного характера. Обычно СИ развивается с одной стороны, но поражение может иметь и двусторонний характер. Одновременное вовлечение обоих крестцово-подвздошных суставов может наблюдаться при бруцеллезе

(реже — при туберкулезе). Двусторонний СИ является также постоянным симптомом болезни Бехтерева (ББ), хотя наличие одно- или двустороннего поражения крестцово-подвздошного сочленения не может быть решающим симптомом при постановке диагноза.

В зависимости от распространенности воспалительного процесса выделяют следующие виды СИ: синовит, остеоартрит и панартрит. По характеру воспаления СИ бывает неспецифическим (имеет неинфекционную природу, когда поражение обусловлено дегенеративно-дистрофическими процессами в области сустава или воспалением крестцово-поясничной связки), специфическим (сифилитическим, туберкулезным, бруцеллезным, иерсиниозным), а также асептическим (аутоиммунным).

Особого внимания заслуживает ранняя диагностика инфекционного сакроилеита, лечение которого требует антибактериальной терапии на ранней стадии заболевания, чтобы не развились необратимые изменения в суставе, а в некоторых случаях — прогрессирующие аутоиммунные изменения, требующие пожизненного лечения.

### Туберкулезный сакроилеит

Заболевают главным образом взрослые женщины, по непонятной причине в 2 раза чаще, чем мужчины. Клинический диагноз, несмотря на ряд довольно

характерных симптомов, труден и ненадежен, так что в практической жизни здесь допускается немало ошибок в сторону как гипер-, так и гиподиагностики. Помочь диагностировать туберкулезное поражение крестцово-подвздошного сустава (которое, как правило, бывает односторонним) позволяет рентгенологическое исследование. Первоначальные деструктивные изменения исходят то из подвздошной, то из крестцовой кости, а затем процесс обычно распространяется на сочленение. Выраженный воспалительный процесс на рентгенограмме выглядит как массивная деструкция в области подвздошной кости или крестца. Секвестры могут занимать треть и более пораженной кости. При этом контуры сустава размыты, края изъедены. В некоторых случаях наблюдается частичное или полное исчезновение суставной щели.

Во время хронического течения раньше или позже всегда или почти всегда в разных местах появляются натечные абсцессы. Рентгенодиагностика становится более убедительной, когда патологический процесс односторонен и есть критерий для сравнения с другой стороной.

### Сакроилеит при сифилисе

При вторичном сифилисе сакроилеит развивается редко и обычно протекает в виде артралгии, быстро проходящей под влиянием специфической антибиотикотерапии.

При третичном сифилисе может наблюдаться гуммозный СИ в виде синовита или остеоартрита. Отмечаются нерезкие разлитые боли (преимущественно ночные) и некоторая скованность, имеющая анталгическое происхождение. При синовите изменения на рентгенограмме не выявляются. При остеоартрите рентгенологическая картина может отличаться — от незначительных изменений до частичного или полного разрушения суставных поверхностей. Рентгенологическая картина пораженного сустава оказывается не всегда информативной, поскольку изменения могут быть незначительными, достигая выраженности со временем.

### Сакроилеит при бруцеллезе

Обычно поражение суставов при бруцеллезе носит преходящий характер и протекает в виде летучих артралгий. Однако в некоторых случаях наблюдается стойкое, длительное, трудно поддающееся лечению воспаление в виде синовита, периаартрита, артрита или остеоартрита. При этом СИ наблюдается достаточно часто (42 % от общего числа поражений суставов).

Сакроилеит при бруцеллезе может быть как односторонним, так и двусторонним. Пациент с сакроилеитом предъявляет жалобы на болезненность в крестцово-подвздошной области, усиливающуюся при движениях, особенно при разгибании и сгибании позвоночника. Отмечается ригидность и скованность. На рентгенограмме при бруцеллезном сакроилеите изменений нет даже при наличии выраженной клинической симптоматики.

Еще менее патогномичные признаки поражения крестцово-подвздошного сочленения можно увидеть на рентгенограмме у больных на ранних стадиях бруцеллезного СИ.

### Сакроилеит при иерсиниозе

На первый взгляд, редкое заболевание, на самом же деле чаще не выявляется из-за отсутствия настороженности. Кроме того, подтвердить диагноз иерсиниоза лабораторно редко получается с первого раза. Доля положительных результатов не превышает 20 %. Такой показатель обусловлен низкой концентрацией возбудителя инфекции в крови и биологическом материале. При манифестном течении этот показатель может достигать 50 %.

Когда речь заходит о СИ, который стал следствием иерсиниоза, следует помнить, что данному инфекционному антропозоонозному заболеванию присуща энтеральная фаза. Далее в своем течении болезнь может проходить генерализованную, регионарную, вторичноочаговую и аллергическую стадии с обострениями и возможным развитием мезаденита, инфекционно-аллергического миокардита, узловой эритемы, увеита. Переносчиками иерсиний являются дикие животные — свиньи, грызуны, собаки, коровы и кошки. Инфицирование происходит вследствие загрязнения экскрементами продуктов питания. Еще один путь — зараженная вода из открытых водоемов.

Основные симптомы острой фазы иерсиниоза проявляются энтероколитом. Могут также наблюдаться абдоминальный синдром (клиника аппендицита); мезаденит; инфекционно-аллергический миокардит; узловатая эритема; лихорадка (38–39 °С); увеличение скорости оседания эритроцитов (СОЭ); лейкоцитоз; поражения глаз (конъюнктивит, эписклерит, увеит). Кишечно-желудочные проявления могут быть стертыми, легкими и кратковременными, вспоминаемыми ретроспективно, когда выясняется причина СИ, начавшего развиваться спустя 1–3 недели от проявлений энтероколита. Иерсиниозный артрит, и в частности СИ, относится к реактивным заболеваниям. Однако воспаления суставов септического характера также иногда наблюдаются. В зоне поражения находятся средние и крупные суставы (чаще страдают нижние конечности, иногда — кисти рук). Артрит при поверхностном рассмотрении похож на ревматический. Часто наблюдается изолированный СИ.

Длительность болезни — около 1–5 месяцев. Затем наступает полное выздоровление или болезнь приобретает рецидивирующий характер. Возможно и хроническое течение. Рецидивы и обострения иерсиниоза возникают с частотой от 8 до 55 %. Причем в 3–10 % случаев болезнь переходит в подострую и хроническую форму. Первые рецидивы могут наступать уже в начале третьей недели заболевания. Что касается осложнений, то они многочисленны. Кроме хронического прогрессирующего поражения суставов, заболевание может дать осложнения в форме миокардита, холецистита, гепатита, панкреатита, аппендицита, перитонита и др.

## Асептический (инфекционно-аллергический) сакроилеит

Асептический СИ может наблюдаться при многих ревматических заболеваниях, в том числе ревматоидном артрите, псориатическом артрите и болезни Рейтера.

Двусторонний СИ имеет особое диагностическое значение при ББ. Характерная для СИ рентгенологическая картина в таких случаях обеспечивает раннюю постановку диагноза и позволяет начать лечение в максимально благоприятный для этого период.

О генетической детерминированности болезни Бехтерева свидетельствует наличие более чем у 90 % пациентов антигена HLA-B27 (HLA — Human Leukocyte Antigen), в то время как в общей популяции этот антиген встречается лишь у 7 % лиц. Он определяется при других спондилоартритах, однако существенно реже — в 30–60 % случаев, что указывает на патогенетическую близость болезни Бехтерева и болезни Рейтера.

Кроме того, в развитии ББ важную роль могут играть приобретенные факторы, главным образом инфекция. В последнее время дискуссия развивается вокруг потенциального провокатора этого серьезного прогрессирующего рецидивирующего аутоиммунного заболевания — микроорганизмов кишечной группы, в частности *Klebsiella*.

Болезнь Бехтерева требует дифференциальной диагностики с проявлениями дегенеративных изменений позвоночника. Различить эти состояния помогает возраст больного. ББ в основном развивается у молодых мужчин, тогда как ДЗП, несмотря на тенденцию к омоложению, возникает после 35–40 лет. При ББ в первую очередь поражается крестцово-подвздошное сочленение, затем — межпозвонковые и реберно-позвонковые суставы, в которых в начале болезни первично развивается хроническое воспаление синовиальной оболочки, гистологически схожее с синовитом при ревматоидном артрите. Клинические проявления сакроилеита при ББ неяркие, в виде слабой или умеренной боли в пояснице, крестце, отдающей в ягодицу, бедро. Боли усиливаются в покое и ослабевают при движениях. Примечательно, что при ББ боли усиливаются в состоянии покоя или при длительном пребывании в одной позе, особенно во второй половине ночи. Пациенты отмечают утреннюю скованность, исчезающую после физической нагрузки. А в случае ДЗП болевой компонент возникает или усиливается после физической нагрузки, в конце рабочего дня.

Один из ранних признаков ББ — напряжение мышц спины, постепенная их атрофия и тугоподвижность позвоночника. Вместе с тем при ДЗП ограничение движения наступает на высоте боли, а ее купирование позволяет восстановить подвижность позвоночника. При объективном обследовании пациента на ранней стадии патологии большое значение имеет выявление болей при нагрузке на крестцово-подвздошное сочленение (положительные симптомы Кушелевского и Меннеля, реже — Томайера). Для

ранней диагностики важны и такие редко встречающиеся симптомы, как артралгия или артрит в области грудино-ключичных и грудино-реберных сочленений, наличие ирита, болей в пятках, напряжение мышц в области поясницы, сглаженность поясничного лордоза, ощущение затруднения при сгибании в пояснице.

Лабораторные данные: выявление HLA-B27, увеличение СОЭ добавляют убедительности в постановке диагноза.

Следует помнить, что характерные для ранней стадии ББ рентгенологические признаки поражения крестцово-подвздошных суставов не встречаются при ДЗП. На первой стадии сакроилеита при ББ на рентгенограмме определяются умеренный субхондральный склероз и расширение суставной щели. Контуры сочленений нечеткие. На второй стадии сакроилеита субхондроз становится выраженным, суставная щель сужается, определяются единичные эрозии. На третьей формируется частичный, а на четвертой — полный анкилоз крестцово-подвздошных суставов.

Ранняя диагностика ББ имеет исключительно важное значение, так как при этом заболевании не ограничение движений, а именно правильно спланированная двигательная активность позволяет предотвратить быстроразвивающиеся необратимые суставные изменения в виде анкилозов.

## Сакроилеит неинфекционной природы

Неинфекционные поражения крестцово-подвздошного сочленения сложно назвать сакроилеитом, поскольку в таких случаях наблюдаются либо дегенеративные изменения крестцово-подвздошного сустава, либо воспаление крестцово-подвздошной связки. Однако в клинической практике в подобных случаях нередко выставляется диагноз «сакроилеит неясной этиологии». Такие патологические изменения могут быть обусловлены предшествующими травмами, постоянной перегрузкой сустава вследствие беременности, занятий спортом, ношения тяжестей или сидячей работы. Риск развития данной патологии возрастает при нарушении осанки, увеличении угла пояснично-крестцового перехода, незаращении дуги пятого поясничного позвонка. Пациенты предъявляют жалобы на приступообразную или спонтанную боль в области крестца, обычно усиливающуюся при движениях, длительном стоянии, сидении или наклонах вперед. Возможна иррадиация в поясницу, бедро или ягодицу. При осмотре выявляется слабая или умеренная болезненность в области поражения и некоторая скованность. В отдельных случаях развивается утиная походка (расшатывание из стороны в сторону при ходьбе). Патогномичным является симптом Фергюсона: пациент встает на стул сначала здоровой, а затем больной ногой, после чего сходит со стула, опуская сначала здоровую, а потом больную ногу. При этом возникает боль в области крестцово-подвздошного сочленения.

## Наиболее информативные тесты для диагностики поражения крестцово-подвздошного сустава

### Растяжение

Растягивающую силу прикладывают к передней поверхности суставов, пораженных СИ.

— Пациент лежит на спине, его просят поместить предплечье под поясницу для сохранения изгиба позвоночника и поддержки поясничного отдела. Под колени пациента помещают подушку. Врач ставит кисти на переднюю и медиальную поверхность левой и правой верхней передней подвздошной ости пациента, скрестив руки и оставив локти прямыми.

— Медленное и стабильное задненаправленное усилие прикладывается при наклоне к пациенту (рис. 1).

### Признак FABER (Flexion, ABduction, External Rotation), или тест Патрика

Пациент лежит на спине, одна нога выпрямлена, другая согнута в коленном суставе. Наружная лодыжка согнутой ноги располагается поперек и выше надколенника противоположной ноги. Возможно расположение стопы согнутой ноги на медиальной поверхности противоположного коленного сустава. Врач осуществляет давление на область коленного сустава согнутой ноги, одновременно фиксируя рукой таз с противоположной стороны. В норме отведение возможно практически до касания коленом кушетки. При положительном гиперабдукционном тесте движение ограничено, определяется напряжение приводящих мышц, и пациент ощущает боль при достижении конечностью положения, при котором начинают напрягаться приводящие мышцы (рис. 2).

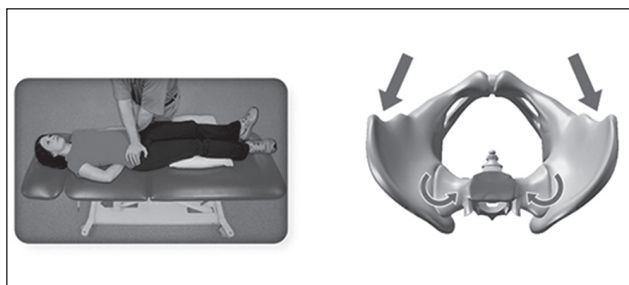


Рисунок 1

### Компрессия

#### Тест давления на подвздошную кость

Пациент лежит на боку. Врач двумя руками, расположенными на подвздошной кости на стороне поражения, осуществляет сдавление таза. Появление боли во время проведения теста связано с патологией крестцово-подвздошного сустава (рис. 3).

#### Тест Генслена (Gaenslen's)

Пациент лежит на спине, располагаясь как можно ближе к краю стола или свисая с него на стороне поражения. С целью стабилизации такого положения и фиксации поясничного отдела позвоночника противоположная нога сгибается в коленном и тазобедренном суставах так, чтобы она была максимально подтянута ближе к туловищу. Врач выполняет пассивное переразгибание ноги, свисающей за край стола. При поражении крестцово-подвздошного сустава боль возникает или усиливается (рис. 4).

#### Радиологическое исследование позволяет выявить следующие признаки сакроилеита:

- сужение суставной щели крестцово-подвздошного сустава вплоть до полного ее отсутствия;
- неровность, размытость контуров суставных поверхностей костей;
- уплотнение костной ткани;
- наличие эрозий и субхондрального склероза (замещение нормальной ткани соединительной в области под суставным хрящом) в обеих сочленяющихся костях (II–III рентгенологические стадии по классификации Kellgren);
- при гнойном сакроилеите отмечается расширение суставной щели и умеренный остеопороз (снижение плотности костной ткани) суставных отделов крестца и подвздошной кости.

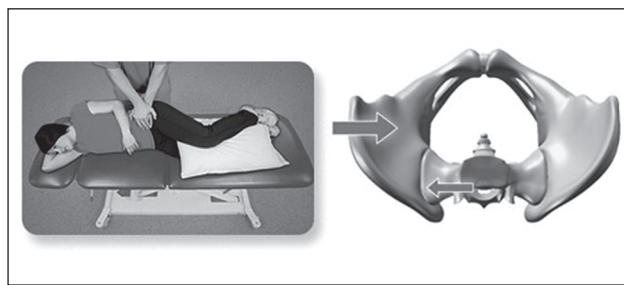


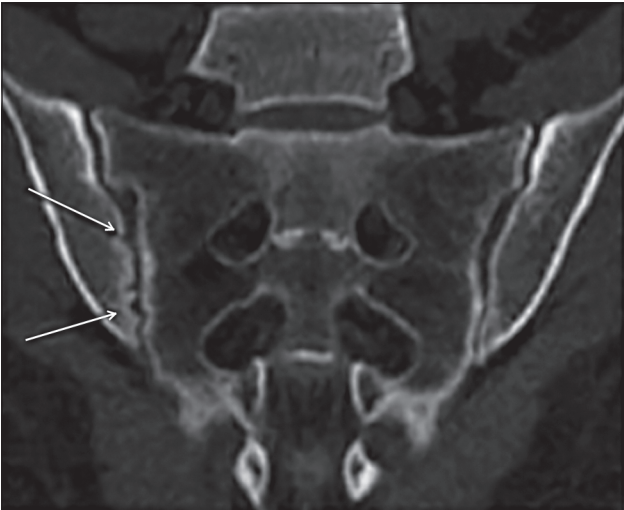
Рисунок 3



Рисунок 2



Рисунок 4



**Рисунок 5. Компьютерная томограмма крестцово-подвздошного сустава в коронарной проекции. В субхондральных отделах тела правой подвздошной кости на уровне нижних отделов сустава определяются локальные дефекты кортикального слоя**

Эрозии замыкательных костных пластинок при компьютерной томографии выглядят как локальные краевые дефекты кортикальной кости (рис. 5). Эрозии являются результатом воспалительных поражений краевых отделов кости. Склеротические изменения связаны с уплотнением суставных поверхностей в ответ на воспалительный процесс и представляют собой зону повышенной костной плотности различных размеров, расположенную вблизи замыкательной пластинки подвздошной кости и/или боковой массы крестца. Субхондральный склероз при сакроилеите возникает больше со стороны подвздошной кости.

Суставная щель считается расширенной, если ее ширина составляла 5 мм или более, и суженной, если ее ширина была менее 2 мм. Анкилоз представляет собой отсутствие визуализации суставной щели на всем протяжении (полный анкилоз) или на ограниченном участке (частичный анкилоз). Частичный анкилоз выглядит на рентгенограммах и компьютерных томограммах как костный мостик между сочленяющимися поверхностями. Полный анкилоз характеризуется отсутствием визуализации суставной щели на всем протяжении полости сустава вследствие сращения суставных поверхностей.

Успешность лечения специфического СИ напрямую зависит от назначения этиотропной терапии. В то же время, независимо от причины, выраженный и стойкий болевой синдром вследствие поражения крестцово-подвздошного сочленения требует быстрых мероприятий по купированию воспаления, являющегося причиной боли.

В большинстве случаев лечебная тактика может потребовать продолжительного применения противовоспалительных препаратов с благоприятным профилем безопасности, которые при необходимости можно было бы назначать длительно.

В связи с этим целесообразным выглядит назначение лорноксикама (Ксефокам, Takeda).

## Почему Ксефокам?

Ксефокам — оригинальный нестероидный противовоспалительный препарат европейского качества, обладающий выраженным обезболивающим и противовоспалительным действием.

В основе обезболивающего и противовоспалительного действия препарата Ксефокам лежит сбалансированное ингибирование циклооксигеназы-1 (ЦОГ-1) и ЦОГ-2, что дополняется стимуляцией выработки эндогенного динорфина и эндорфина [1] и ингибированием продукции интерлейкина-6 (ИЛ-6), оксида азота, а также ингибированием миграции полиморфноядерных лейкоцитов [2].

В работе J. Berg (1999) было показано, что лорноксикам *in vitro* значительно ингибировал образование ИЛ-6, подтверждая тем самым свою противовоспалительную и анальгетическую активность. Как известно, ИЛ-6 — один из важнейших медиаторов острой фазы воспаления, избыточная продукция которого вызывает повреждение ткани, в частности хрящевой. В отдельных работах показана возможность предотвращения лорноксикамом деструкции хрящевой ткани.

Кроме того, Ксефокам равномерно подавляет ЦОГ-1 и ЦОГ-2, в то же время он имеет короткий период полувыведения, что обеспечивает достаточно низкую вероятность возникновения побочных эффектов (Antman et al., 2007; J. Pleiner et al., 2009).

Всю вышеуказанную информацию подтверждает тот факт, что Ксефокам успешно применяется в странах Европы более 20 лет.

При сопровождающем сакроилеит миофасциальном синдроме (например, синдроме грушевидной мышцы) нередко развивается компрессионный синдром седалищного нерва с последующим развитием нейропатии. В таком случае, учитывая наличие нейропатического компонента боли, уместным будет включение в схему терапии комбинации нуклеотидов — препарата Келтикан. Это комбинация двух нуклеотидов, цитидина и уридина, которые играют важную роль в процессах синтеза нуклеиновых кислот, липидов и белков. Имея возможность способствовать регенерации пораженных структур периферической нервной системы, Келтикан обеспечивает снижение выраженности болевой симптоматики, тем самым повышая качество жизни пациента.

**Использование в одной схеме лечения комбинации препаратов Ксефокам и Келтикан способствует улучшению функциональной активности и качества жизни пациентов.**

**Список литературы находится в редакции**

UA/XEF/1116/0077

При содействии ООО «Такеда Украина»

Получено 22.11.2016 ■

---

Слободин Т.М.

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

### САКРОІЛЕЇТИ. ДІАГНОСТИЧНІ КАПКАНИ

**Резюме.** Статтю присвячено проблемі болю в спині, обумовленого ураженням крижово-клубового зчленування — сакроілеїтом. Наведено характеристику сакроілеїтів різної етіології, а також описано найбільш інформативні тести для діагностики ураження крижово-клубового зчленування.

Дано характеристику препаратів Ксефокам і Келтікан, що рекомендується застосовувати в комплексному лікуванні сакроілеїтів.

**Ключові слова:** крижово-клубове зчленування; сакроілеїт; лікування; Ксефокам; Келтікан

---

Slobodyn T.M.

P.L. Shupyk National Medical Academy of Postgraduate Education, Kyiv, Ukraine

### SACROILIITIS. DIAGNOSTIC TRAPS

**Abstract.** The article deals with the problem of back pain caused by lesion of the sacroiliac joint — sacroiliitis. The characteristics of sacroiliitis of various etiologies is presented, and also the most informative tests for the diagnosis of lesions of the sacroiliac joint are

described. There is provided the characteristics of the drugs Xefocam and Keltican, which are recommended in the comprehensive treatment of sacroiliitis.

**Keywords:** sacroiliac joint; sacroiliitis; treatment; Xefocam; Keltican