

Диф.диагностика полиартрита (ПА)

Геращенко Кристина
607Б

Классификация заболеваний

суставов

- 1. Воспалительные заболевания суставов (Могут вызвать все 5 классов известных возбудителей: бактерии, вирусы, грибки, простейшие, глисты).

Инфекционные воспаления суставов, вызванные бактериями, могут быть неспецифической этиологией (ревматический полиартрит, палиндромный ревматизм, ревматоидный полиартрит, реактивные артриты и др.) и специфической этиологией (туберкулезный, сифилитический, гонорейный, бруцеллезный, дизентерийный, токсоплазмозный, менингококковый и др.). Вирусные артропатии наблюдаются при сывороточном гепатите, краснухе, оспе, ветряной оспе, инфекционном мононуклеозе и др. Кандидозные полиартриты наблюдаются при споротрихозе (артрит “садовника”), кандидозе и др.

- 2. Дегенеративно-дистрофические поражения суставов: деформирующий остеоартроз, болезнь Бехтерева, остеохондропатии (врожденная – болезнь Пертеса).
- 3. Метаболические поражения суставов: подагра, псевдоподагра.
- 4. Вторичные артропатии: при заболевании крови (гемофилия, лейкозы, капилляротоксикоз и др.), при онкозаболеваниях (паранеопластический процесс), при заболеваниях соединительной ткани (коллагенозы), при эндокринных заболеваниях (сахарный диабет, синдром или болезнь Иценко-Кушинга), при заболеваниях кожи (псориаз), при заболеваниях печени (агрессивный гепатит), вибрационной болезни, нарушении обмена витамина С (скорбут), при психических заболеваниях
- 5. Травматические и посттравматические артриты.
- 6. Сочетанные формы.

Ревматоидный артрит.

Ревматоидный артрит - хроническое аутоиммунное системное воспалительное заболевание соединительной ткани с преимущественным поражением суставов по типу эрозивно-деструктивного полиартрита с последующей деформацией суставов и развитием анкилозов и системным поражением внутренних органов.

Поражения суставов факторов РА

Выведенный коэффициент для

1 большой	0
2 – 10 больших суставов	1
1 – 3 малых суставов (вне зависимости от состояния больших суставов)	2
4 – 10 малых суставов (вне зависимости от состояния больших суставов)	3
> 10, включая как минимум 1 малый	5
Серологические тесты (для классификации требуется выполнение хотя бы 1 исследования)	
Негативные результаты тестов: РФ и АЦПА	0
Слабоположительный результат тестов: РФ или АЦПА	2
Высокоположительный результат тестов: РФ или АЦПА	3
Острофазная реакция (для классификации требуется выполнение хотя бы 1 исследования)	
Результаты тестов: СРБ и СОЭ (норма)	0
Результаты тестов: СРБ или СОЭ (выше нормы)	
1	
Продолжительность симптомов	
< 6 недель	0
> 6 недель	1

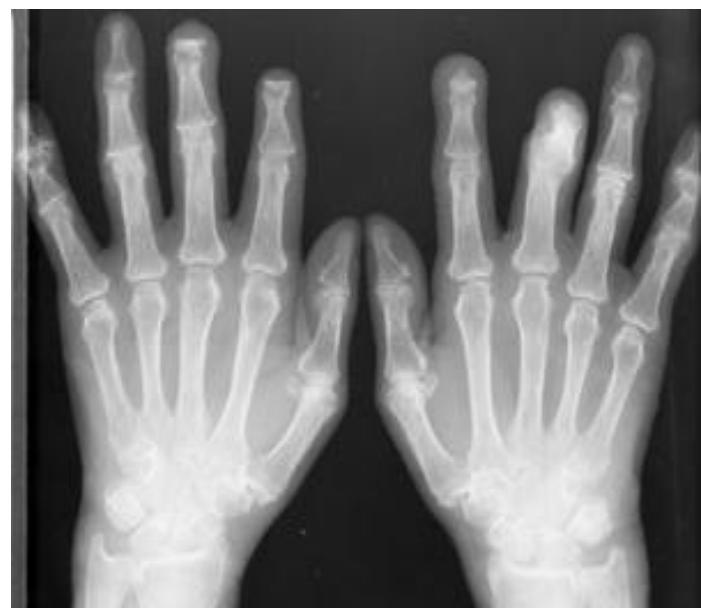
Ревматоидный артрит подтвержден, если сумма коэффициентов факторов РА $\geq 6/10!$

Слабо положительными считаются результаты, превышающие N, но не более чем в 3 раза ($\leq 3^* N$);

Сильно положительными считаются результаты, превышающие N более чем в 3 раза ($> 3^* N$);



Ревматоидный артрит
чаще всего поражает
симметричные суставы
с 2-х сторон. Чаще
всего это лежезапяст-
ные, локтевые, пле-
чевые, коленные и
голеностопные суставы.



Реактивные полиартриты.

- Виды: ассоциированные с HLA - B27 и неассоциированные (в зависимости от этиологического фактора).

Виды ПА	Ассоциация с HLA - B27	Этиология
Постэнтероколитический	+	иерсиния, сальмонелла, клебсиелла, шигелла, клостридия
Урогенитальный	+	хламидия, уреоплазма, ВИЧ-СПИД инфекция
После носоглоточной и прочих инфекций	-	гемолитический стрептококк, АСБ - группа, бруцелла, боррелия (Лаймовская болезнь)

Реактивный урогенный артрит (уретроокулоносиновиальный синдром).

Критерии диагностики.Willkens et al. 1981.

Серонегативная асимметричная артропатия (преимущественно нижних конечностей).

И один или несколько следующих критериев:

уретрит/цервицит;

дизентерия;

воспалительные изменения глаз;

поражение кожи / слизистых оболочек: баланит, изъязвление ротовой полости и кератодермия.

Э.Р. Агабабова, 1997 г

Наличие хронологической связи между мочеполовой или кишечной инфекцией и развитием симптомов артрита и/или конъюнктивита, а также поражений кожи и слизистых оболочек;

Молодой возраст заболевших;

Острый несимметричный артрит преимущественно суставов нижних конечностей (особенно суставов пальцев стоп) с энтезопатиями и пяточными бурситами;

Симптомы воспалительного процесса в мочеполовом тракте и обнаружение хламидий (в 80 - 90% случаев) в соскобах эпителия мочеиспускательного канала или канала шейки матки (если хламидии не обнаружены в соскобах, но имеются признаки воспаления мочеполовой системы, его можно считать хламидийным при определении антихламидийных антител в сыворотке крови в титре 1:32 и более).

Диагностика реактивного полиартрита иерсинеозной этиологии:

1. Начало заболевания с носоглоточной инфекции.
2. Конъюнктивит.
3. Колит (поражение терминального отдела тонкого кишечника и толстого кишечника).
4. Положительное бактериологическое исследование кала на иерсинии.
5. Положительное серологическое исследование крови на иерсинеоз (титр 1:200 и его нарастание).

Гонококковый артрит.

развивается у молодых, ранее здоровых, сексуально активных людей. Поражение суставов является проявлением диссеминированной гонококковой инфекции примерно у 2-х% больных. По течению бывает острый и хронический.

Диагностика гонококкового артрита:

1. Развитие мигрирующего олигоартрита, тендовагинита и артралгий в первые месяцы заражения гонореей или при обострении хронической латентной гонореи. У женщин развивается в первые месяцы после брака, после менструаций, в послеродовый период. Характерна половая дифференцировка поражения суставов: у женщин - лучезапястного и локтевого суставов, у мужчин – коленного, голеностопного и плюснефаланговых сочленений. Псевдоревматическая форма острого гонококкового артрита (с отсутствием эффекта от противоревматической терапии наблюдается у женщин), синдром Рейтера - у мужчин. Хронический гонококковый полиартрит по клинике напоминает ревматоидный артрит или болезнь Бехтерева.
2. Симптомы периартирита (поражаются пятчная и под пятчная сумки - бурситы, связки, сухожилия - ахиллобурсит, мышцы стопы и голени).
3. Развитие вторичного плоскостопия.
4. Синдром дерматита (макулоподобные или везикулярные высыпания вблизи пораженных суставов, в области дистальных отделов конечностей, позднее - развитие везикулопустулезных проявлений).
5. Быстрое развитие остеопороза и анкилозов. Деструктивные процессы в суставах редки.
6. Лабораторные изменения: острофазовые сдвиги в начале заболевания и при обострении (лейкоцитоз, ускорение СОЭ, повышение фибриногена, сиаловой кислоты, диспротеинемия, увеличение циркулирующих иммунных комплексов в крови).
7. Положительное бактериологическое исследование на гонококк: у женщин мазка с шейки матки, из уретры, прямой кишki и глотки; у мужчин - из уретры, прямой кишki и глотки.
8. Положительная серологическая диагностика на гонококк: исследования крови и синовиальной жидкости.
9. Отмечается хороший эффект от пенициллина.

Туберкулезный артрит (Грокко - Понсе)

Очаги костного туберкулеза локализуются в позвоночнике в 50% случаев, реже - в тазобедренном, коленном, голеностопном и лучезапястном суставах. Активный легочный процесс нередко отсутствует (предшествующую инфекцию находят в 40% случаев). При туберкулезном артрите поражаются кости и синовиальные оболочки.

Диагностика туберкулезного артрита:

1. Деструктивный моноартрит (при поражении тазобедренного сустава деструкция развивается в области вертлужной впадины и шейки бедра). В области коленного сустава может формироваться абсцесс (холодный натечник). При артрите краснота кожи в области сустава отсутствует, а сам сустав горячий на ощупь.
2. Характерно длительное течение артрита без тенденции к деформации.
3. Лимфаденопатия, общие симптомы неспецифичны: субфебрильная температура, похудание.
4. Образование костных каверн при длительном течении заболевания (при томографии суставов).
5. Обнаружение микобактерий туберкулеза при бактериологическом исследовании синовиальной жидкости и посеве материала синовиальной оболочки.
6. При морфологическом исследовании синовии лимфоидно-гистиоцитарная инфильтрация, грануллемы с казеозным распадом.
7. Рефрактерность к салицилатам.

Бруцеллезный артрит.

Наиболее часто возбудителем бруцеллеза у человека является *Brucella melitensis*. Данная инфекция распространена среди коз, коров и передается посредством прямого контакта или через молоко. Наблюдается часто у доярок и скотников. Инкубационный период 3 недели.

Диагностика бруцеллезного артрита:

1. Анамнестические указания на контакт с больным животным или употребление некипяченого молока.
2. Поражение костей и суставов: полиартрит, остеомиелит позвонков, трубчатых костей, костей таза (развитие гранулем в костном мозге). Деструктивный процесс в костях и межпозвонковых дисках напоминает туберкулез.
3. Положительное бактериологическое исследование синовиальной жидкости, крови, костного мозга. При серологическом исследовании повышение титра антител к *Brucella melitensis*.

Сифилитический артрит.

Сифилитический артрита развивается при *приобретенном и врожденном сифилисе*.

1. Диагностика сифилитического артрита при врожденном сифилисе.

Полиартрит в 8-16 лет (поражение коленных суставов в виде веретенообразной формы за счет выпячивания заворотов - сустав Клэттона).

Выражен болевой синдром, признаки нарушения функции суставов незначительны;

Признаки врожденного сифилиса: интерстициальный кератит, глухота, зубы Гетчинсона;

Положительные серологические тесты на сифилис.

2. Диагностика сифилитического артрита при приобретенном сифилисе (на стадии вторичного и третичного сифилиса).

На стадии вторичного сифилиса поражение крупных суставов (коленных), позвоночника, тендовагиниты, периостит, легкие мышечные атрофии;

Признаки вторичного сифилиса (сыпь, аллопеция, лимфоаденопатия);

На стадии третичного сифилиса - появление периостита большеберцовой кости и ключицы (распространение гуммозной инфильтрации на кости), артропатия Шарко (поражение одного сустава), ассоциированная со спинной сухоткой;

Положительные серологические тесты на сифилис при вторичном и третичном сифилисе.

Лаймская болезнь (боррелиоз).

Заболевание вызывают спирохеты-боррелии, переносчиками их являются клещи.

Диагностика Лаймской болезни (боррелиоза):

1. Полиартрит преимущественно коленных суставов (моно- или олигоартрит).
2. Анамнестическое указание на отдых или работу в лесной зоне (в весенне-летний период).
3. Общие симптомы: лихорадка, головная боль, скованность в шее.
4. Кожные изменения после укуса клеща: мигрирующая эритема на туловище или конечностях (проходит через 3 недели).
5. Лимфоаденопатия.
6. Поражения висцеральных органов: сердце (нарушение сердечной проводимости), нервной системы (менингит, неврит), поражение черепных нервов (корешковый синдром).
7. Положительное бактериологическое исследование синовиальной жидкости и серологическое исследование крови на боррелиоз.



Псориатический артрит.

Псориатический артрит развивается у 6-7% больных псориазом через 6-7 лет после кожных проявлений, иногда предшествует кожным проявлениям заболевания.

Существуют эндемичные районы по псориазу. Псориатический артрит ассоциируется с антигенами HLA - B27, B17 (B13) и CW6.

Диагностические критерии псориатического артрита (Mathis, 1974):

1. Поражение дистальных межфаланговых суставов пальцев.
2. Одновременное поражение пястно-фалангового (плюстне-фалангового), проксимального и дистального межфаланговых суставов (“осевое поражение”).
3. Раннее поражение суставов стоп, в том числе большого пальца.
4. Боли в пятках (под пяткочный бурсит).
5. Наличие псориатических бляшек на коже или типичное для псориаза изменение ногтей (подтверждается дерматологом).
6. Псориаз у ближайших родственников.
7. Отрицательная реакция на ревматоидный фактор (обнаруживается положительный ревматоидный фактор у 5-10% больных).
8. Характерные рентгенологические данные: остеолизис, периостальные наложения, отсутствие эпифизарного остеопороза.
9. Клинические и рентгенологические симптомы одностороннего сакроилеита.
- 10.Рентгенологические признаки спондилита - грубые паравертебральные оссификаты.

Диагноз достоверен при наличии 3-х критериев, один из которых должен быть 5, 6 или 8. При наличии ревматоидного фактора необходимо 5 критериев (обязательны 9, 10).

Некоторые особенности клинического течения псориатического артрита:

1. Кожные изменения и изменения ногтей:

- псориатические бляшки могут локализоваться в волосистой части головы, иногда наблюдаются изолированные поражения кожи, разгибательных поверхностей, локтевых, коленных суставов, ладоней, подошв (форма Барбера), подмышечной или паховой области (пораженные участки окружены по периметру резко ограниченным краем);
- при отсутствии поражения кожи диагностическое значение имеют поражения ногтей: точечные поражения ногтевых пластинок (углубления напоминают поверхность наперстка), онихолизис (истончение) и атрофия ногтевых пластинок;

2. Некоторые особенности псориатического артрита:

- асимметричное разрозненное поражение межфаланговых или плюснефаланговых суставов, “пальцы-сосиски” (продольное поражение 3-х суставов, сухожильных влагалищ и мягких тканей);
- преимущественное поражение дистальных межфаланговых суставов;
- мutilирующий синдром: выраженные деструктивные изменения и остеолиз костей кисти;

Деформация кистей при муталирующем
псориатическом артрите



Болезнь Бехтерева (Штрюмпель-Пьер Мари) или анкилозирующий спондилоартрит

Нью-Йоркские критерии:

- сакроилеит 3-4-й стадии и один клинический критерий;
- двусторонний сакроилеит 2-й стадии или односторонний сакроилеит 3-4-й стадии с одним клиническим критерием или одновременно с двумя достоверными критериями (вторым и третьим).

Ранние диагностические критерии анкилозирующего спондилоартрита (Май W. [et al.], 1996):

1) генетический: наличие HLA-B27 - 1,5 балла;

2) клинические:

боль в позвоночнике воспалительного типа (должны присутствовать 4 из 5 признаков: начало в возрасте до 40 лет; постепенное начало; длительность более 3 мес.; связь с утренней скованностью; улучшение состояния после физических упражнений) - 1 балл;

боль в пояснице, иррадирующая в ягодицы или по задней поверхности бедер, спонтанная или при проведении нагрузочных тестов на сакроилеальные сочленения - 1 балл;

боль в грудной клетке - спонтанная или при сдавлении, или ее ограниченная экскурсия (менее 2, 5 см) - 1 балл;

периферический артрит или боль в пятках - 1 балл;

передний увеит - 1 балл;

снижение подвижности шейного или грудного отделов позвоночника в трех плоскостях - 1 балл;

3) лабораторные: повышение СОЭ (в возрасте моложе 50 лет: у мужчин - более 15 мм/ч, у женщин - более 25 мм/ч; в возрасте старше 50 лет: у мужчин - более 20 мм/ч, у женщин - более 30 мм/ч) - 1 балл;

4) рентгенологические: позвоночные симптомы (синдесмофиты, квадратные позвонки, поражение апофизеальных или костовертебральных суставов) - 1 балл.

Сумма баллов больше 3,5 указывает на наличие раннего анкилозирующего спондилоартрита.

Болезнь Бехчета.

(триада симптомов: изъязвления слизистой оболочки рта, язвы на половых органах иuveit с гипопионом)

**Диагностические критерии Американской Ассоциации
Офтальмологов**

Выделяет следующие диагностические критерии болезни Бехчета:

1. Рецидивирующий афтозный стоматит
2. Рецидивирующие афты наружных половых органов
3. Увеит
4. Синовит
5. Кожный васкулит
6. Менингоэнцефалит

**Диагноз считается достоверным при наличии любых двух
симптомов плюс обязательное афтозное поражение слизистых
оболочек.**

Подагрический артрит:

Диагностические критерии подагры (ВОЗ 2000г.):

- I. Наличие характерных кристаллических уратов в суставной жидкости
- II. Наличие тофусов (доказанных), содержащих кристаллические ураты, подтвержденные химически или поляризационной микроскопией
- III. Наличие как минимум 6 из 12 ниже представленных признаков:
 1. более чем одна острая атака артрита в анамнезе;
 2. максимум воспаления сустава уже в первые сутки;
 - 3.monoартикулярный характер артрита;
 4. гиперемия кожи над пораженным суставом;
 5. припухание или боль, локализованные в I плюсне-фаланговом суставе;
 6. одностороннее поражение суставов свода стопы;
 7. узелковые образования, напоминающие тофусы;
 8. гиперурикемия;
 9. одностороннее поражение I плюснефалангового сустава;
 10. асимметричное припухание пораженного сустава;
 11. обнаружение на рентгенограммах субкортикальных кист без эрозий;
 12. отсутствие флоры в суставной жидкости.

Подагрический артрит

