

**С.Ж.АСФЕНДИЯРОВ АТЫНДАҒЫ
ҚАЗАҚ ҰЛТТЫҚ МЕДИЦИНА
УНИВЕРСИТЕТІ**



**КАЗАХСКИЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ
МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ
ИМЕНИ С.Д.АСФЕНДИЯРОВА**

Кафедра: АМСК

ИӨЖ

Реактивті артрит

Орындаған: Джолдасова З.А.

Факультет: ЖТД

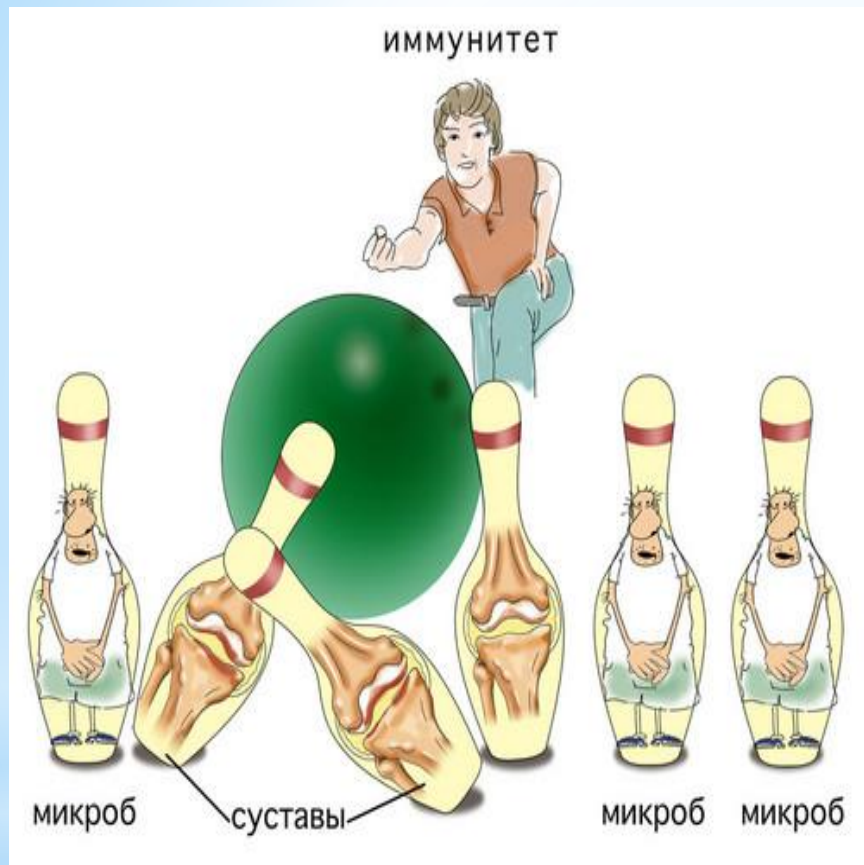
Курс/топ: VI курс, 609/2

Қабылдаған: Салимова С.С.

Алматы 2015 ж

План

1. Кіріспе
2. Классификация
3. Этиология
4. Патогенез
5. Клиникалық көрінісі
6. Диагностика иерсиниозного реактивного артрита
7. Программа обследования
8. Лабораторные данные
9. Синдром Рейтера
10. Клиническая картина
11. Диагностика
12. Лечение
13. Профилактика
14. Поражение суставов при ВИЧ- инфекции
15. ВИЧ-ассоциированный синдром Рейтера



Реактивті артрит (РеА)
— жедел ішек инфекциясы мен урогенитальді инфекциялардан кейін (1 ай ішінде) буындарда дамитын іріңді емес қабыну ауруы.

Классификация

□ Этиологиясы бойынша:

- Урогенитальді инфекциядан кейінгі артриттер;
- Ішек инфекциясымен байланысты пайда болған артриттер;
- Басқа да инфекциялардан кейін дамыған артриттер (вирустармен, бактериялармен, спирохеталар);
- Сепсистік артриттер.

□ Ағымы бойынша:

- жедел (2 айда біріншілік буындық шабуыл болса);
- созылыңқы (1 жылға дейін);
- созылмалы (1 жылдан көп);
- рецидивтеуші (6 ай аурудың ремиссиясынан кейін буындық шабуыл);

□ Активтілік дәрежесіне байланысты:

- төмен (I);
- орташа (II);
- жоғары (III);
- ремиссия (0);

□ **Функциялық қабілеттілігі:**

- I – кәсіби қабілет сақталған;
- II - кәсіби қабілет жойылған;
- III – адамның өзіне қызмет ете алмауы;

Диагнозды қою үлгісі:

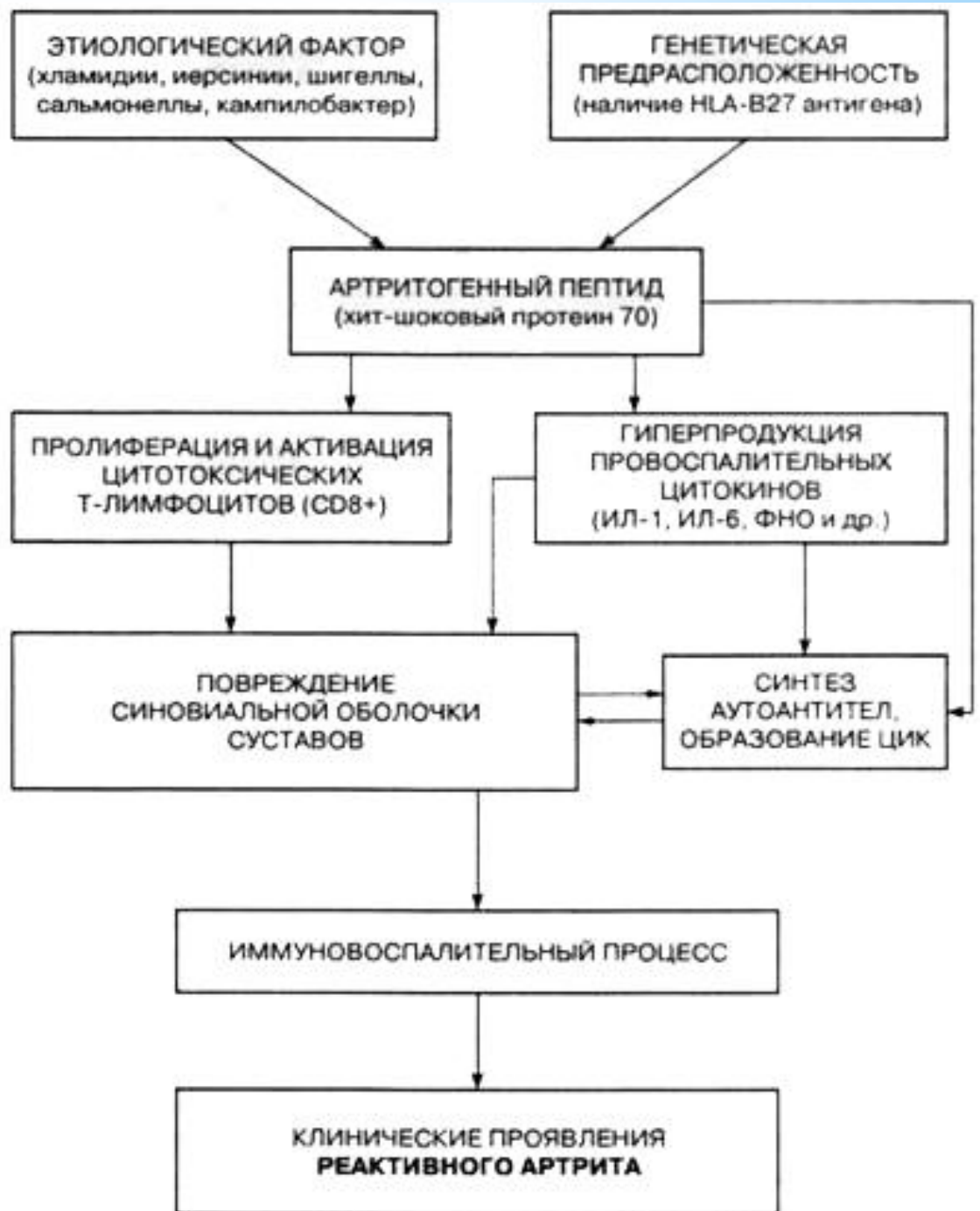
Реактивті артрит, урогенитальді (хламидиялық), тізе және тобық буының зақымдалуымен, бір жақтық сакроилеит, активті фаза, активтілігі III, II рентгенологиялық дәреже, ФҚ II сатысы.

Этиология

Реактивті артриттің этиологиясында екі тобын ажыратамыз :

- постэнтероколитикалық (қоздырғыштар: *Yersinia enterocolica*, *Yersinia tuberculosis*; *Salmonella thyphimurium*; *Salmonella enteritidis*, *Shigella Flexneri*; *Campilobacter jejuni*; жедел иерсиниоздан кейін 20% дамиды, сальмонеллездан кейін — 7.5%, шигеллездан кейін — 1.5%, кампилобактериоздан — 1% жағдайды реактивті артрит дамуы мүмкін.
- урогенитальді (қоздырғыштар: *Chlamydia trachomatis*; уреоплазма; және де ВИЧ-инфекциясымен ассоцирленген).

Реактивті артриттің патогенезі:



Клиникалық көрінісі

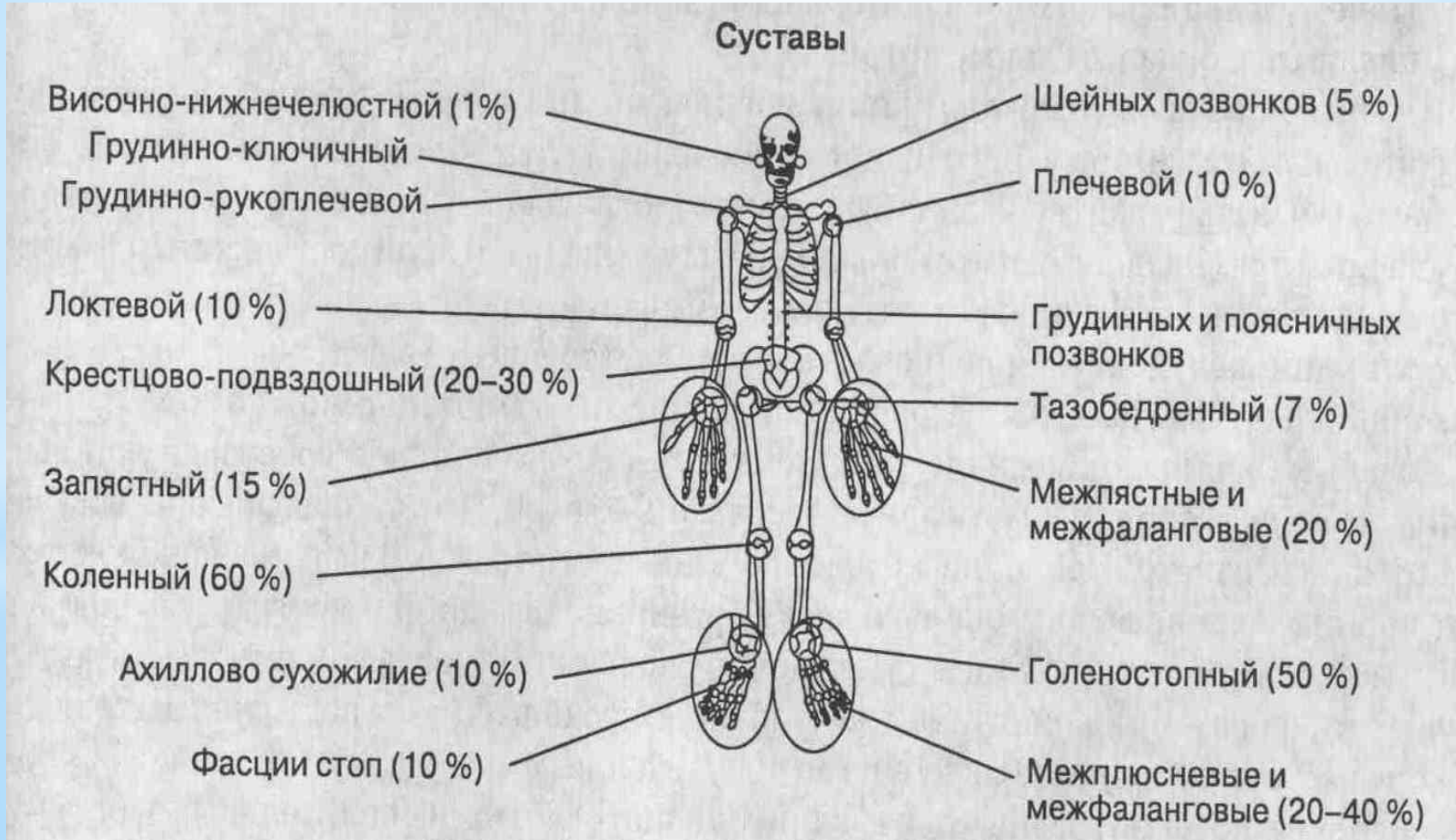
Алғашқы симптомдары біріншілік инфекциядан 3-4 апта өткеннен кейін шығады. Жалпы симптомдар көрініс береді: дене температурасының көтерілуі (субфебрильді), жалпы әлсіздік, мазасыздық, кейде — дене салмағының азаюы, лимфотүйіндердің ұлғаюы (жиі шап аймағында).

Жалпы симптомдармен буындардағы ауыру сезімі, бұлшықет ауыруы, бел ауыруы жамбас пен санға берілетін.

Клиникалық көрінісі

Реактивті артрит кезінде зақымданады:

1. Буындардың типтік зақымдалуы (перифериялық, асимметрлік, олигоартикулярлы, аяқтарды, жиі тізе және тобық буындары).



2. Типтік анамнезі (уретрит/цервицит, 8 аптаға дейін энтерит болуы).
3. HLA-B27 антигенінің болуы, осы антиген бар адамдардың 50% реактивті артрит дамиды.
4. Энтезиттердің зақымдануы (места прикрепления суставов и связь в кости около суставов в анатомических зонах синовиальных сумок).

Распространенная локализация энтезита

Место прикрепления ахиллова сухожилия к пяточной кости

Место прикрепления фасции подошвы к пяточной кости

Место прикрепления связки надколенника к бугристости большеберцовой кости

Верхняя и нижняя поверхности надколенника

Головки плюсневой кости

Основа пятой плюсневой кости

Участки прикрепления спинномозговых связок к телам позвонков

5. Шырышты қабаттардың инфекциялық емес генезді зақымдалуы (конъюнктивит, уретрит, сақина тәрізді баланит, цервицит, ауру сезімсіз ауыз қуысындағы эрозиялар).

6. Кератодермия – ошақтық немесе жайылмалы ауру сезімсіз гиперкератоз. Табан мен білезікте локализацияланады

7. Тырнақтардың зақымдалуы (аяқ саусақтарында): сарғайып, онихолизис және басқа да ониходистрофияның болуы.

8. Тендовагинит аяқ саусағының (сирек білезікте). Дактилит (саусақтың қабынуы) буынның қабынуынан соң пайда болады.



Реактивный артрит с симптомом географического языка



Тендовагинит
Сосискообразная
деформация пальцев



Көз закымдануы
(конъюнктивит)

Кератодермия



Диагностика иерсиниозного РеА

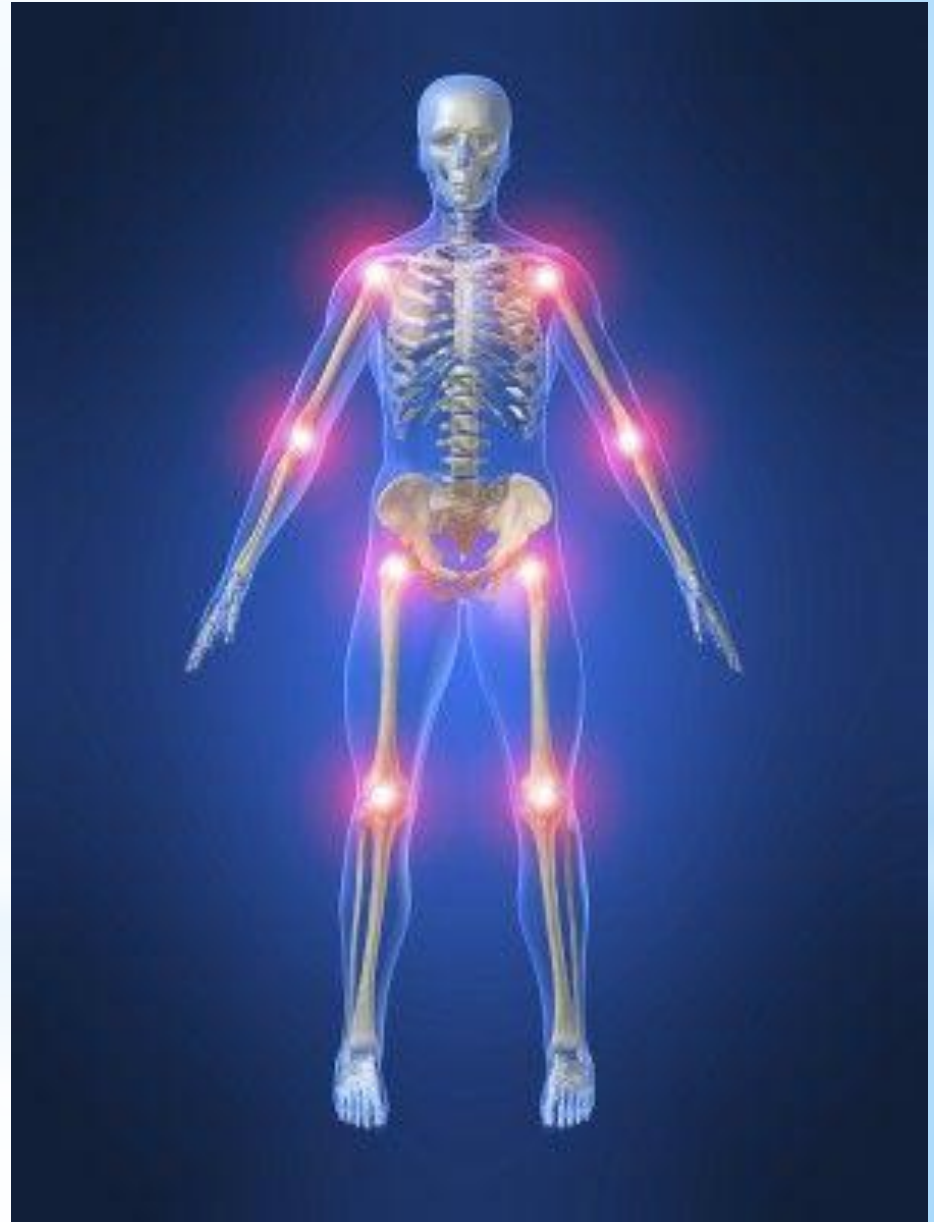
63 % постэнтероколитических РеА связаны с иерсиниозной инфекцией. Основными диагностическими признаками иерсиниозного РеА являются следующие проявления.

1. Иерсиниозный РеА чаще бывает у женщин.
2. Артрит предшествует энтероколит, который чаще проявляется кратковременной диареей, болями в правой подвздошной области (вследствие терминального илеита или мезоденита).
3. Артрит развивается через 1-2 недели после энтероколита, иногда одновременно с ним, и сопровождается уртикарными, высыпаниями на туловище, конечностях, часто в области крупных суставов, появляется узловатая эритема в области голеней.
4. Начало артрита обычно острое, локализация его преимущественно в области суставов нижних конечностей, но возможно вовлечение запястий, локтей, пальцев рук.
5. Наблюдаются тендовагиниты, в том числе ахиллова сухожилия, бурситы.
6. Возможно развитие внесуставных проявлений — эписклерита, конъюнктивита, ирита, миокардита, перикардита.

7. В остром периоде повышается температура тела до 38-39°C, наблюдается лейкоцитоз со сдвигом формулы влево, увеличение СОЭ.

8. Длительность артрита составляет около 4 месяцев, у 70% больных наступает полное выздоровление

9. Если артрит развился в сроки 7-14 дней от начала заболевания, то в крови определяются антитела к иерсиниям, диагностически значимыми являются титры не ниже 1:160.



Программа обследования

1. ОА крови, мочи.
2. БАК: общий белок, белковые фракции, серомукоид, сиаловые кислоты, фибрин, мочева кислота.
3. Рентгенография суставов.
4. Исследование синовиальной жидкости.
5. Исследование копрокультуры и серологические исследования для выявления возбудителя.
6. Исследование антигенов системы гистосовместимости HLA и ревматоидного фактора.

Лабораторные данные

1. ОАК: повышение СОЭ, возможны признаки анемии, лейкоцитоз.
2. БАК: повышение уровня су- и γ-глобулинов, фибрина, серомукоида, сиаловых кислот, появление СРП.
3. Бактериологическое и серологическое подтверждение инфекции. Диагностические критерии иерсиниозной инфекции — выделение копрокультуры и возрастающий титр антител к

иерсиниям, определяемый методом РПГА (диагностический титр 1 : 160 и выше), дизентерии — выделение копрокультуры шигелл, реакция непрямой гемагглютинации со стандартными эритроцитарными диагностическими сыворотками в титре 1 : 200 и выше, сальмонеллезного и кампилобактериального РеА — определение титров антител в крови.

4. Исследование синовиальной жидкости: воспалительный характер — жидкость мутная, желтоватая, вязкость низкая, количество лейкоцитов $(2-100) \cdot 10^9/\text{л}$, нейтрофилов более 50%, муциновый сгусток хлопьевидный, выявление специфических антител.

5. Исследование антигенов системы HLA — выявляется тип 27

6. Рентгенологическое обследование: в случае затяжного или хронического течения развивается околоуставной остеопороз (непостоянный признак) пораженных суставов, изменения в области пораженных энтезисов (эрозии, сопровождающиеся субхондральным склерозом и костной пролиферацией, периостит в случае дактилита), сакроилеит (чаще односторонний), спондилит.



Рентгенограмма стопы больного с синдромом Рейтера. На ней видна периостальная реакция в участке прикрепления подошвенной фасции (черная стрелка) и ранняя эрозия в области прикрепления ахиллова сухожилия (белая стрелка) пяточной кости.

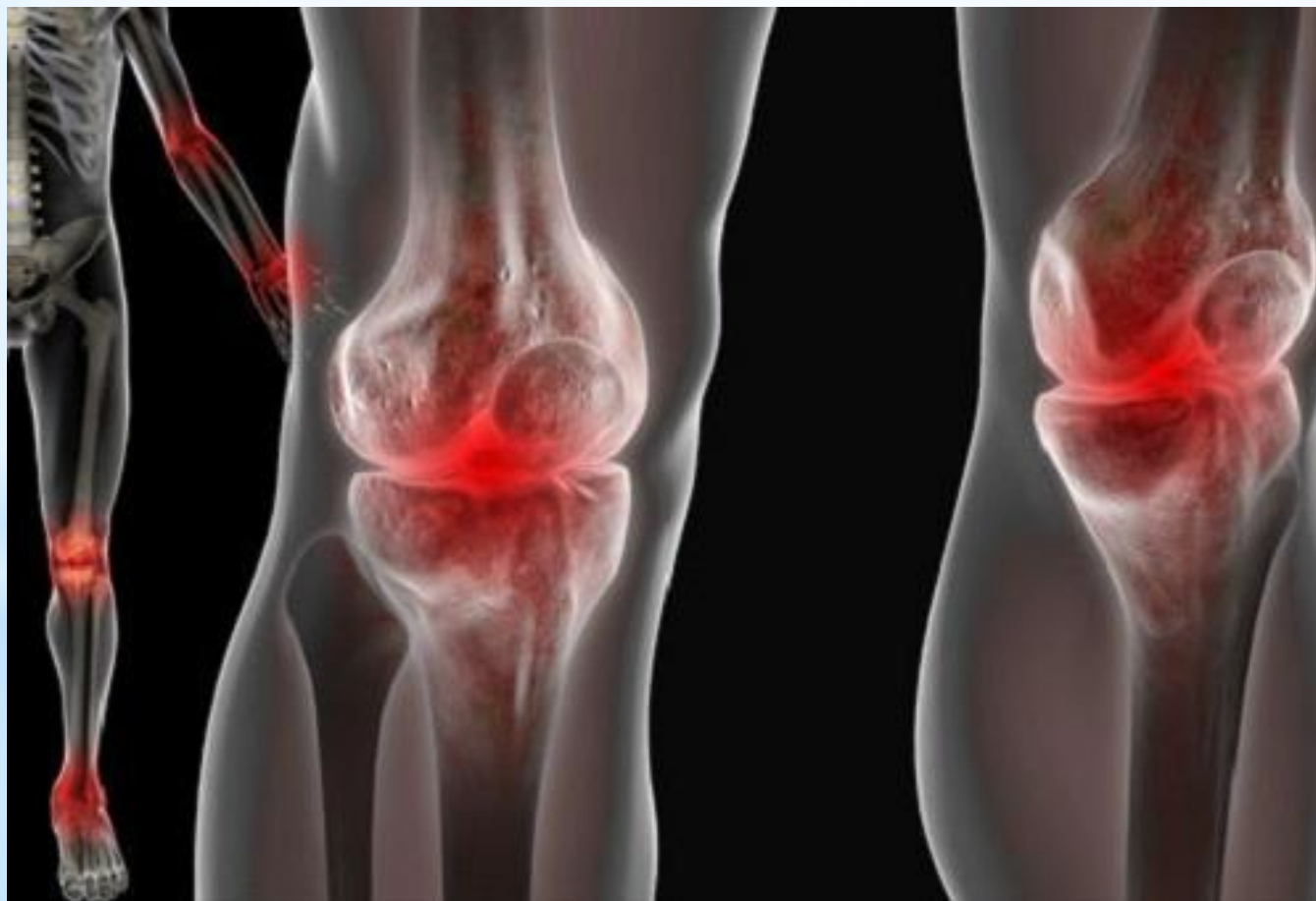


Реактивный
артрит
рентгенограмма



Реактивный
артрит
томограмма

Синдром (болезнь) Рейтера — вариант реактивного артрита, характеризующийся, помимо типичного поражения суставов, такими системными проявлениями, как уретрит, конъюнктивит и др. симптомами. Наиболее частым возбудителем заболевания является грам-отрицательная бактерия *Chlamydia trachomatis*



Клиническая картина

1. Заболевают преимущественно молодые мужчины в возрасте 20-40 лет (80% случаев). Начало заболевания чаще всего проявляется поражением мочеполовых органов (уретрит, цистит, простатит). Уретрит проявляется неприятными ощущениями при мочеиспускании, жжением, зудом

2. Поражение глаз наступает вскоре после уретрита, чаще проявляется конъюнктивитом.

3. Ведущим признаком болезни является поражение суставов

- ❖ Развивается через 1-1.5 мес. после острой мочеполовой инфекции
- ❖ Асимметричный артрит с вовлечением суставов нижних конечностей — коленных, голеностопных, плюснефаланговых, межфаланговых.
- ❖ Боли в суставах усиливаются ночью и утром, кожа над ними гиперемирована, появляется выпот.
- ❖ Характерно снизу вверх последовательное вовлечение суставов через несколько дней.
- ❖ сосискообразная деформация пальцев с синюшно-багровой окраской кожи

4. У 30-50% больных поражаются слизистые оболочки и кожа. Характерны стоматит, глоссит, кератодермия—сливные очаги гиперкератоза на фоне гиперемии кожи стрещинами и шелушением преимущественно в области стоп и ладоней. Очаги гиперкератоза могут наблюдаться на коже лба, туловища.

5. Возможны безболезненное увеличение лимфоузлов, особенно паховых; у 10-30% больных признаки поражения сердца (миокардиодистрофия, миокардит), поражение легких (очаговая пневмония, плеврит), нервной системы (полиневриты), почек (нефрит, амилоидоз почек), длительная субфебрильная температура тела.

6. Воспаление ахиллова сухожилия, бурситы в области пяток, что проявляется сильными пяточными болями. Возможно быстрое развитие пяточных шпор.

У некоторых больных могут появиться боли в позвоночнике и развиваться саркоилеит.

Клинические проявления синдрома Рейтера и других реактивных артритов

Классическая триада:

Конъюнктивит

Артрит (обычно асимметричное множественное поражение суставов)

Уретрит



Конъюнктивит



Уретрит, псориазоформные поражения головки полового члена



Поражение суставов напоминает ранние стадии ревматоидного артрита



Подногтевой кератит



Эрозии мягкого неба и языка

Сакроилеит

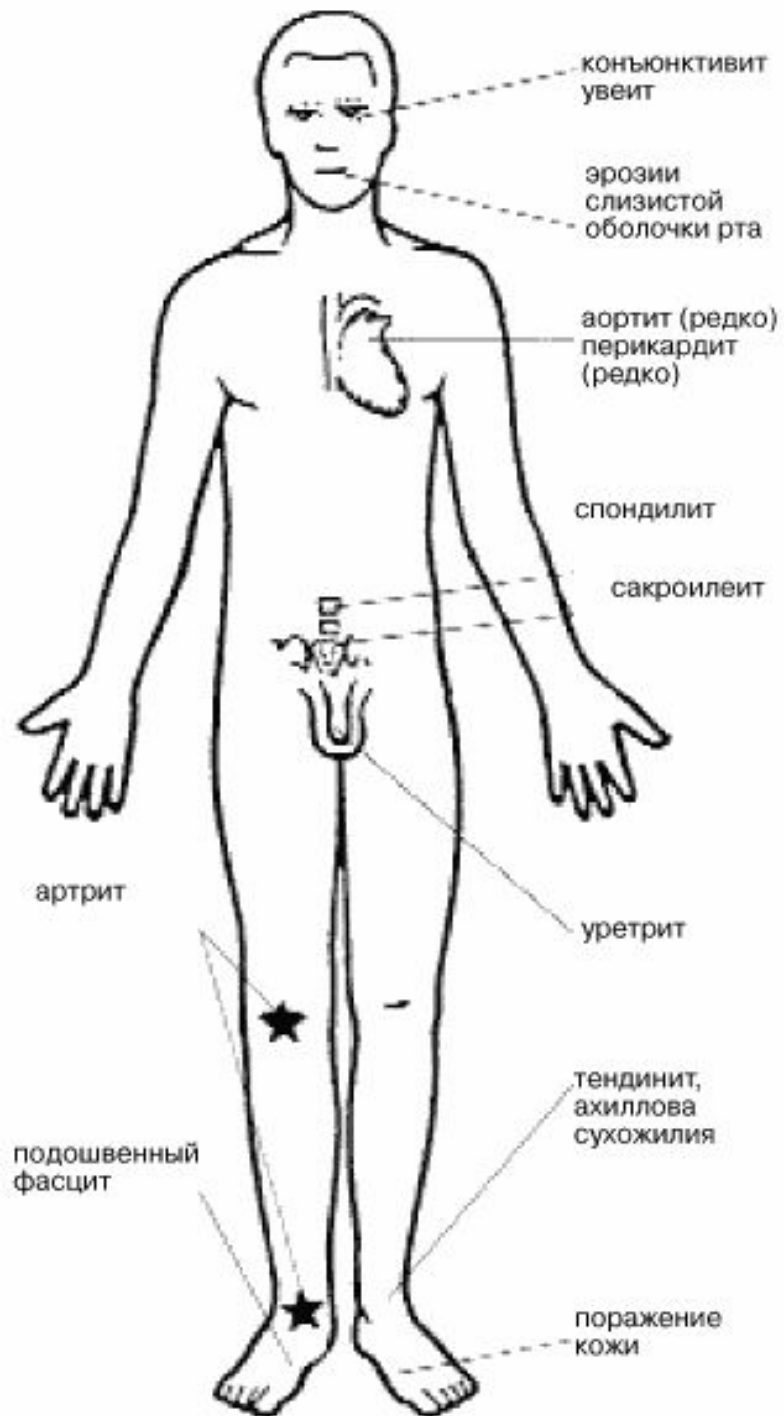


Ахиллобурсит, эритема, припухлость, болезненность



Кератодермия и пустулезные изменения на подошвах

Синдром Рейтера



Диагностика

Международной группой экспертов по изучению реактивных артритов предложены следующие классификационные критерии реактивных артритов.

Критерии реактивных артритов

Большие критерии	Малые критерии
<p>Артрит: асимметричный</p> <ul style="list-style-type: none">• в варианте моно- или олигоартрита• нижних конечностей <p>Клиника предшествующей инфекции (за 1-6 нед. до артрита) — уретрит, энтерит</p>	<ul style="list-style-type: none">• Доказательства триггерной роли инфекции: для <i>C. trachomatis</i> — положительный результат в исследуемом материале (соскоб из уретры или цервикального канала) или ПЦР-анализа (в моче)• для энтеробактерий — положительная копрокультура <p>Доказательство персистирующей инфекции в суставе:</p> <ul style="list-style-type: none">• ПЦР для <i>C. trachomatis</i>

Определенный реактивный артрит: два больших критерия и один малый.

Возможный реактивный артрит: два больших критерия или первый большой и один-два малых.

Лечение

Лечение реактивного артрита проводится по двум направлениям:

1. Антибактериальная терапия.
2. Терапия суставного синдрома.

Антибактериальная терапия реактивного артрита:

- Продолжительность лечения составляет 7 дней.
- Больные хламидийной инфекцией должны быть обследованы на наличие других инфекций, передающихся половым путем.
- Рекомендуется воздерживаться от половых контактов в течение 7 дней после завершения 7-дневного курса лечения, а также до тех пор, пока все половые партнеры пациента не пройдут соответствующий курс лечения.
- Антимикробная терапия не эффективна в отношении реактивного артрита, связанного с острой кишечной инфекцией.

Рекомендованные схемы:

- Азитромицин в дозе 1,0 г перорально однократно (эффективная концентрация препарата в крови и тканях сохраняется 7-10 сут)
- или
- Доксициклин по 100 мг перорально 2 раза в день в течение 7 сут

Терапия суставного синдрома

1) НПВП — оказывают симптоматическое действие: снимают боль и воспаление суставов.

- ❖ Диклофенак внутрь 2-3 мг/кг/день в 2-3 приема;
- ❖ Напроксен внутрь 15-20 мг/кг/день в 2 приема;
- ❖ Ибупрофен внутрь 35-40 мг/кг в 2-4 приема;
- ❖ Нимесулид внутрь 5 мг/кг в 2-3 приема;
- ❖ Мелоксикам внутрь 0,3-0,5 мг/кг в 1 прием.

2) Глюкокортикоиды — при тяжелом течении артрита применяются для внутрисуставного введения. Необходимым условием является исключение септического артрита.

3) Иммуносупрессоры — применяются при тяжелом и затяжном течении, появлении признаков спондилоартрита, высокой активности артрита.

- ❖ Сульфасалазин по 2 г/сут.
- ❖ Метотрексат по 7,5-15 мг/нед.
- ❖ Азатиоприн 150 мг/сут

Профилактика

Первичная профилактика – не разработана. Основная направленность - предупреждение развития заболевания:

- Здоровый образ жизни
- Санация очагов инфекции.
- Соблюдение правил личной гигиены
- Лечение родителей от хламидиоза
- Иммуногенетическое консультирование и выявление родителей носителей HLA-B27 антигена
- Планирование семьи

Вторичная профилактика – предупреждение рецидивов заболевания

- Здоровый образ жизни
- Соблюдение правил личной гигиены
- Раннее обращение к врачу
- Выполнение рекомендаций врача-ревматолога
- Не заниматься самолечением

*** Дифференциальная
диагностика артритов**

Признаки поражения суставов

Боли в суставах, дефигурация и деформация суставов, гипертермия кожи над пораженными суставами, ограничение движений в суставах, изменения в сухожильно-связочном аппарате суставов, изменения мышц

Признаки полисистемного поражения

- Поражения кожи и слизистых - эритема в виде бабочки, кольцевидная эритема, многоформная экссудативная эритема, узловатая эритема, пурпура васкулитного типа, крапивница, узелки (ревматические, ревматоидные, геберденовские), подагрические тофусы, ксантомы
- Поражения глаз - ирит, иридоциклит, увеит, конъюнктивит, эписклерит, склерит
- Поражения сердца и сосудов - миокардит, эндокардит, перикардит, васкулиты
- Поражения легких - пневмонит, плеврит
- Поражения мочевыделительной системы - гломерулонефрит, гломерулит, амилоидоз, «истинная склеродермическая почка», уретрит, простатит
- Поражения желудочно-кишечного тракта - дисфагия, абдоминальные кризы, гепатолиенальный синдром

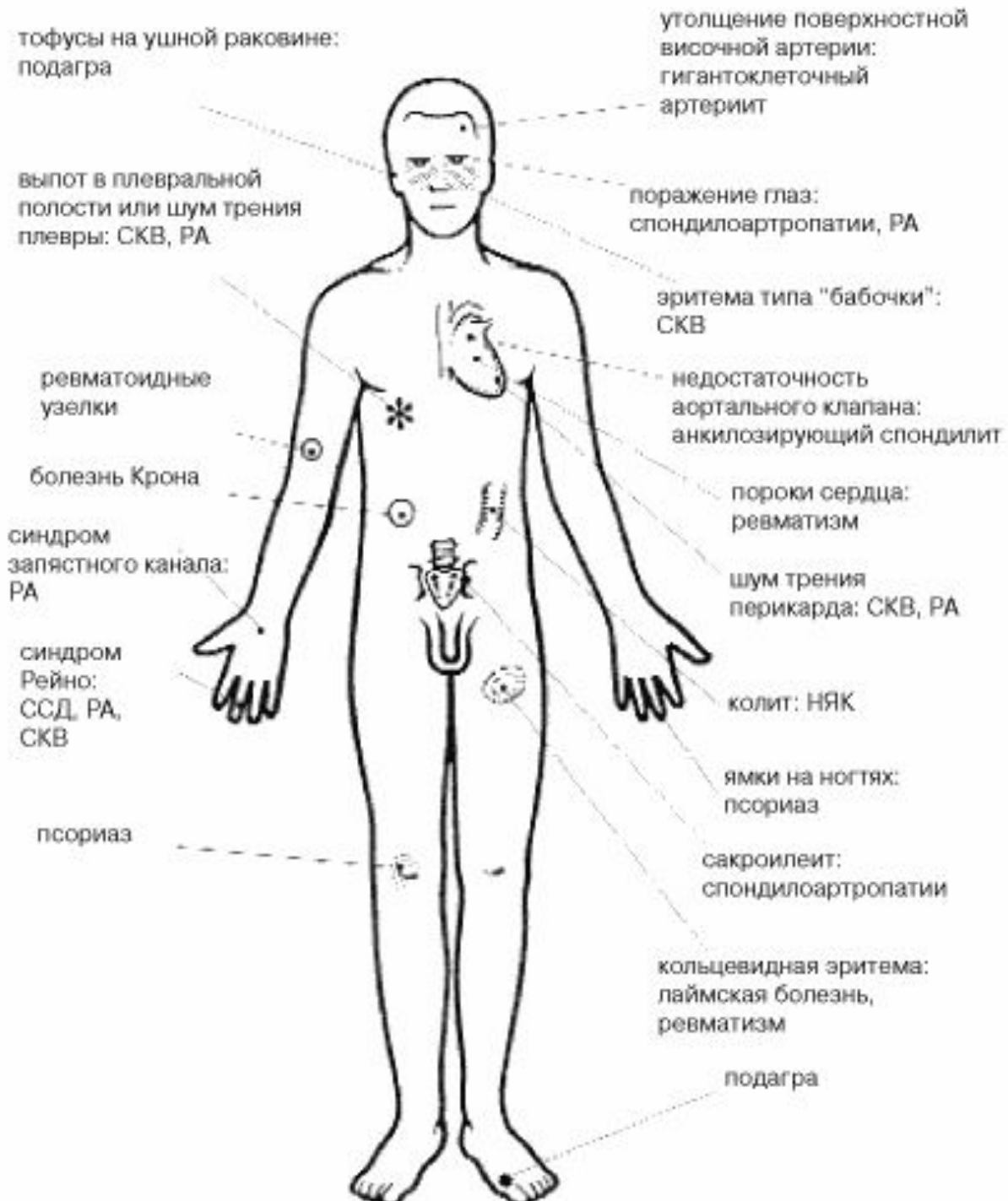
Клиника суставного синдрома

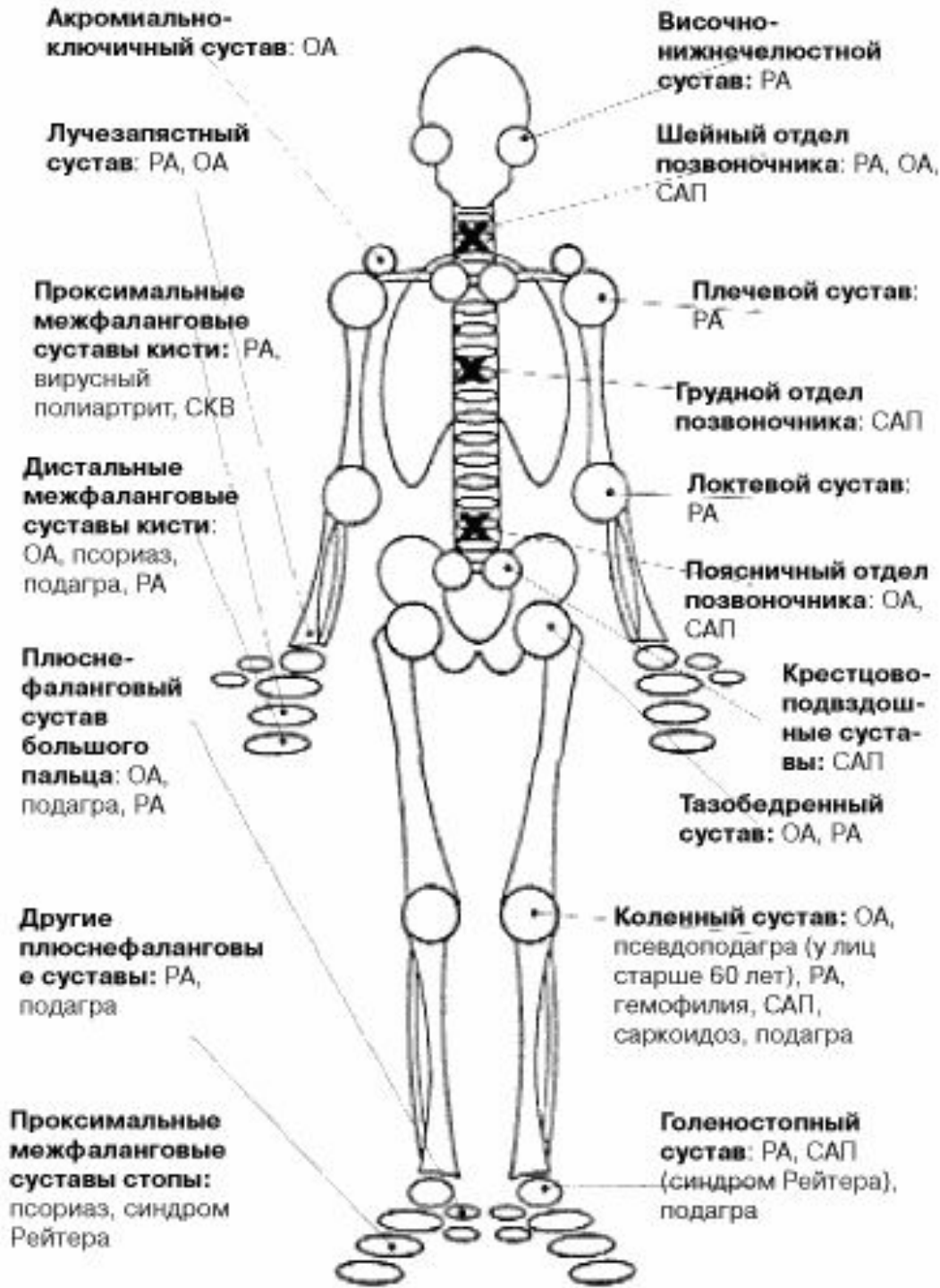
В клинической картине суставного синдрома можно выделить субъективные и объективные признаки.

Субъективные:

- Боли в суставах являются постоянным симптомом при ревматических заболеваниях.
- Ограничение движений в суставах. Степень выраженности этого признака обычно прямо пропорциональна тяжести органических и функциональных изменений в суставах.
- Дефигурация сустава (или суставов) - это изменение формы сустава за счет воспалительного отека синовиальной оболочки и периартикулярных тканей, выпота в полость сустава, гипертрофии синовиальной оболочки и фиброзно-склеротических изменений околоуставных тканей.
- Деформация суставов - это стойкое изменение формы суставов за счет костных изменений, развития анкилозов, подвывихов.
- Припухлость в области сустава может быть при обоих указанных состояниях.
- Покраснение кожи над пораженными суставами обусловлено локальным повышением кожной температуры и свидетельствует об активном воспалительном процессе в суставе.
- Увеличение сустава

Основные симптомы при артритах





Типичная локализация артрита при различных болезнях

Роль рентгенографии по-прежнему велика, но нужно иметь в виду, что на ранних стадиях болезни рентгенологических изменений часто нет



Ревматоидный артрит - системное хроническое заболевание соединительной ткани с преимущественным поражением суставов по типу эрозивных артритов.

1. Утренняя скованность движений.
2. Боль при движении или чувствительность по крайней мере, в одном суставе.
3. Припухлость по меньшей мере, в одном суставе.
4. Припухлость хотя бы еще в одном суставе.
5. Симметричное припухание суставов.
6. Наличие подкожных ревматоидных узелков.

7. Рентгенологические изменения в суставах, характерные для РА.

1 стадия - околосуставной остеопороз,

2 стадия- сужение суставной щели и единичные костные узуры.

3 стадия - выраженным сужением суставной щели, множественными костными узурами и подвывихи.

4 стадия - определяется костный анкилоз, суставная щель не определяется.

8. Обнаружение в крови ревматоидного фактора.

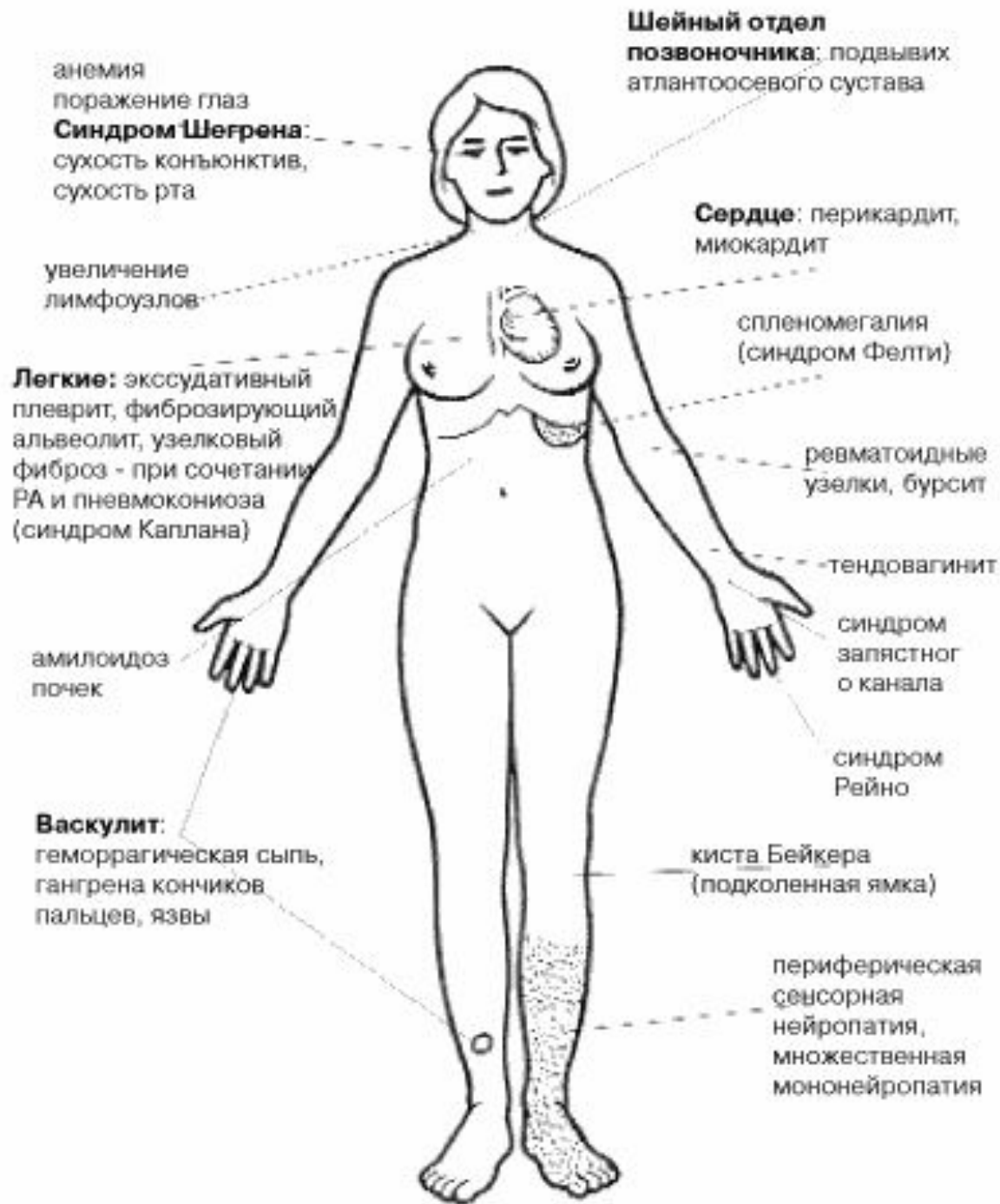
9. Скудный муциновый преципитат в синовиальной жидкости.

10. Характерные гистологические изменения синовиальной оболочки.

11. Характерные гистологические изменения в ревматоидных узелках.

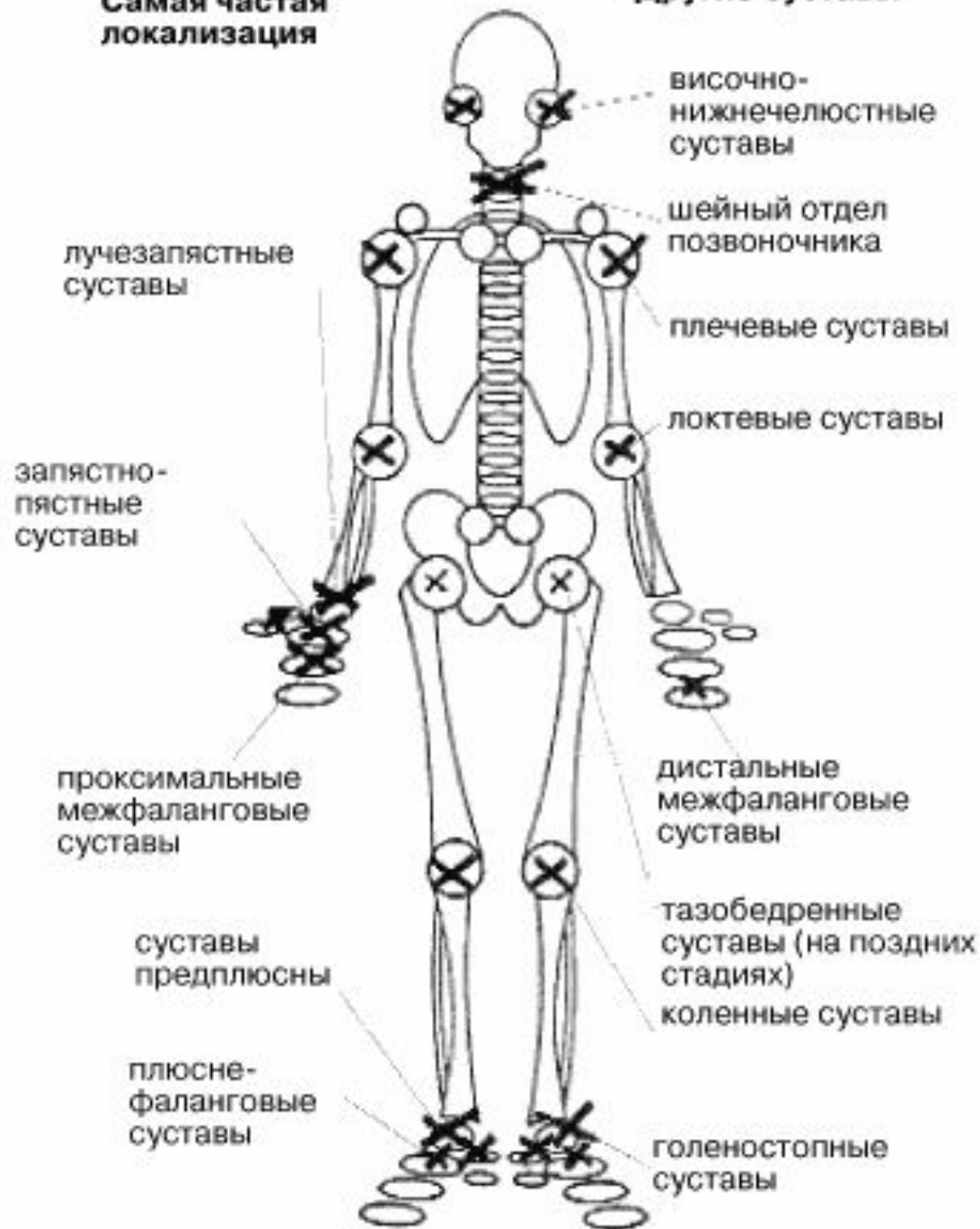
Критерии 1-5 должны иметь продолжительность не менее 6 недель. Критерии 2-6 должны быть констатированы врачом. Наличие семи или более критериев свидетельствует о наличии РА, пяти-шести критериев делают диагноз достоверным, трех-четырех - вполне вероятным.

Клиника ревматоидно го артрита



**Самая частая
локализация**

Другие суставы



Локализация артрита при ревматоидном артрите





Деформирующий остеоартроз - системное дегенеративное заболевание суставных и околосуставных тканей. В основе заболевания лежит дегенерация и деструкция суставного хряща с последующей пролиферацией подлежащей костной ткани.

Диагностические критерии ДОА разработаны Американской ревматологической ассоциацией (Нью-Йорк).

1. Ночная боль в суставах.
2. Боль при движениях в суставах.
3. Утренняя скованность.
4. Ограничения движения и хруст в суставах.
5. Костные разрастания в полости сустава.
6. Сужение суставной щели.
7. Краевые остеофиты и узелки.
8. Субхондральный склероз.
9. Кистовидные просветления в эпифизах.
10. Боли после состояния покоя.

Наличие шести из десяти критериев позволяют поставить диагноз определенного ДОА, три и более признаков - вероятного ДОА, менее трех критериев позволяют отвергнуть диагноз ДОА.

Локализация артрита при остеоартрозе

Самая частая локализация

запястно-пястный сустав большого пальца

дистальные межфаланговые суставы

плюснефаланговый сустав большого пальца



Остеоартрит (последняя стадия)

Веретинно-образное утолщение суставов

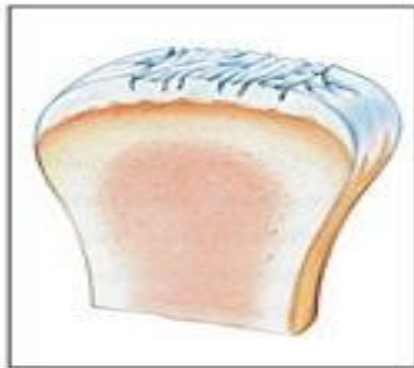
Узелки Гебердена



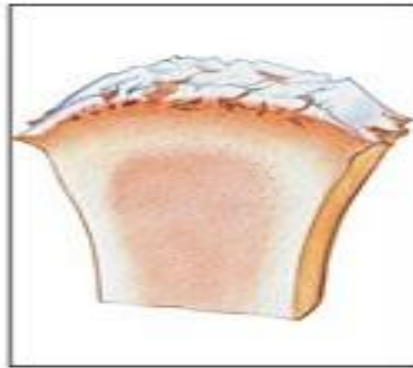
Здоровый сустав и его изменение при остеоартрозе



Здоровый сустав



Начальная стадия остеоартроза



Развернутая стадия остеоартроза



Стадия глубоких изменений







Подагра

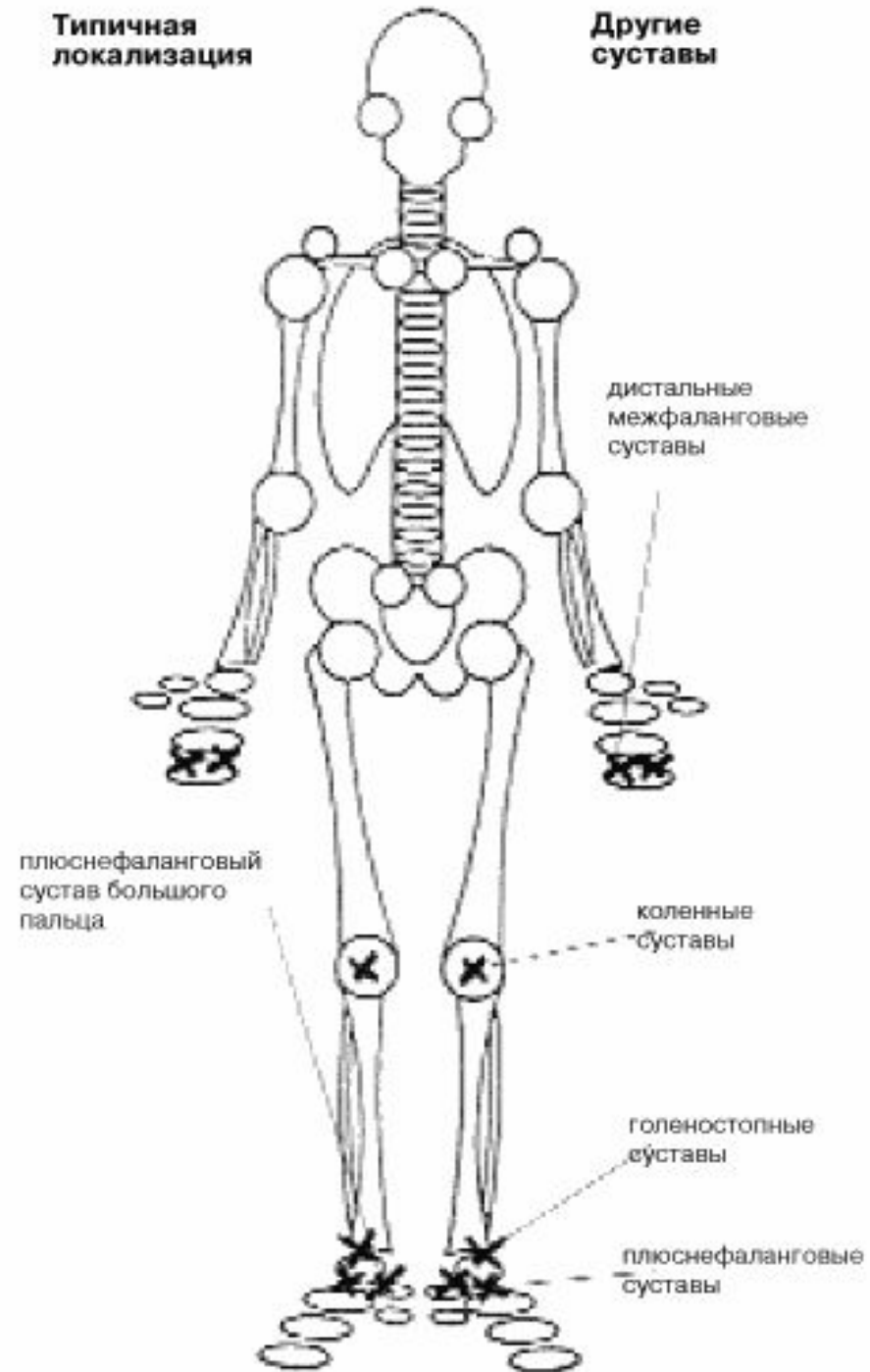
Подагра рассматривается как системное, ферментно-метаболическое заболевание, обусловленное нарушением пуринового обмена, развитием гиперурикемии, гиперурикозурии. Проявляется поражением суставов и внесуставными признаками.

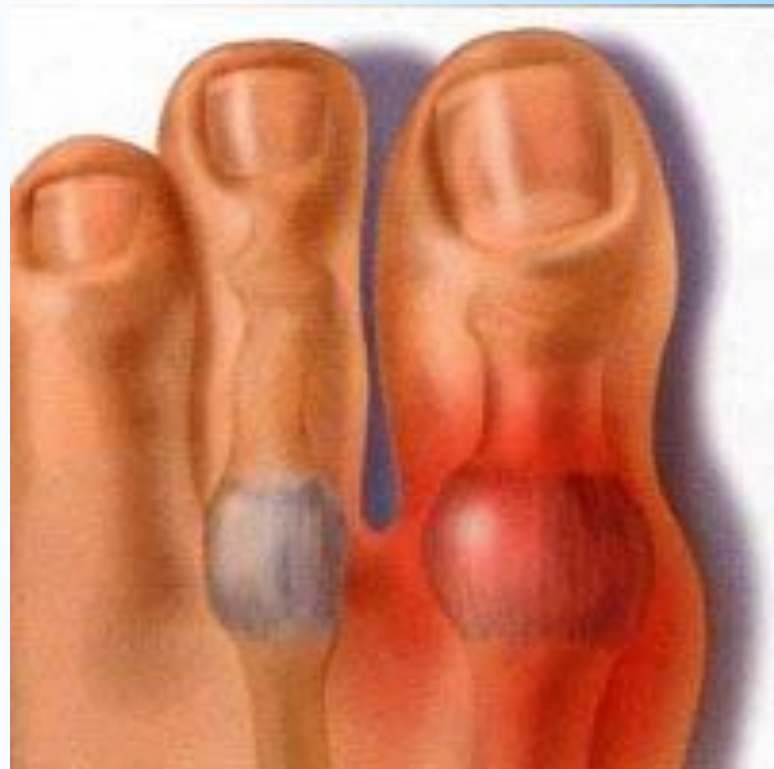
Диагностические критерии подагры, предложенные международным симпозиумом по диагностике ревматических заболеваний в Риме в 1963 году.

1. Повышение содержания мочевой кислоты в сыворотке крови более 0,42 ммоль/л у мужчин и 0,36 ммоль/л у женщин.
2. Тофусы.
3. Кристаллы мочевой кислоты в синовиальной жидкости или в тканях, выявленные химически или морфологически.
4. Острые приступы артрита, возникающие внезапно, с полной клинической ремиссией в течение 1-2 недель.

Диагноз подагры устанавливается при наличии двух критериев.

Локализация артрита при подагре





Подагра на ногах



Анкилозирующий спондилоартрит (АСА), болезнь Бехтерева

Хроническое суставное заболевание с преимущественной локализацией процесса в крестцово-подвздошных сочленениях, суставах позвоночника и паравертебральных мягких тканях.

Диагностические критерии

1. Боль в поясничной области, продолжающаяся более 3 месяцев и не уменьшающаяся при отдыхе.
2. Боль в грудной клетке и ощущение скованности.
3. Ограничение экскурсий грудной клетки.
4. Тугоподвижность поясничного отдела позвоночника.
5. Ирит или иридоциклит в момент наблюдения или в анамнезе.



6. Типичные рентгенологические изменения: На ранних стадиях болезни выявляются признаки двустороннего сакроилеита - нечеткость костных краев сустава, расширение суставной щели. Далее появляются костные узурсы, щель сужается, в конце концов, сустав анкилозируется. Типичны изменения позвоночника. В межпозвонковых суставах отмечается неровность суставных поверхностей, деструкция костной ткани и в финале анкилозы. Важным признаком являются синдесмофиты - костные мостики между соседними позвонками

вследствие оссификации периферических отделов межпозвонковых дисков.

Диагноз становится достоверным при наличии четырех из пяти первых критериев или при наличии шестого критерия в сочетании с одним из первых пяти критериев.



Псориатический артрит - особая форма артрита, которая развивается у больных псориазом.

1. Поражение дистальных межфаланговых суставов пальцев.
2. Вовлечение в процесс пястнофалангового, проксимального и дистального межфаланговых суставов одного и того же пальца.
3. Наличие псориатических элементов на коже и ногтях, подтвержденных дерматологом.
4. Талалгия.
5. Доказанные случаи псориаза у близких родственников.
6. Отрицательные реакции на ревматоидный фактор.
7. Рентгенологические признаки поражения суставов кистей и стоп - остеолитический процесс в сочетании с костными разрастаниями.
8. Поражение илеосакральных сочленений, доказанное клинически и рентгенологически.
9. Рентгенологические признаки поражения позвоночника.

Для диагностики определенного псориатического артрита необходимы три из указанных критериев, одним из которых должен быть 3, 5 или 7.





Припухлось суставов
из-за артрита



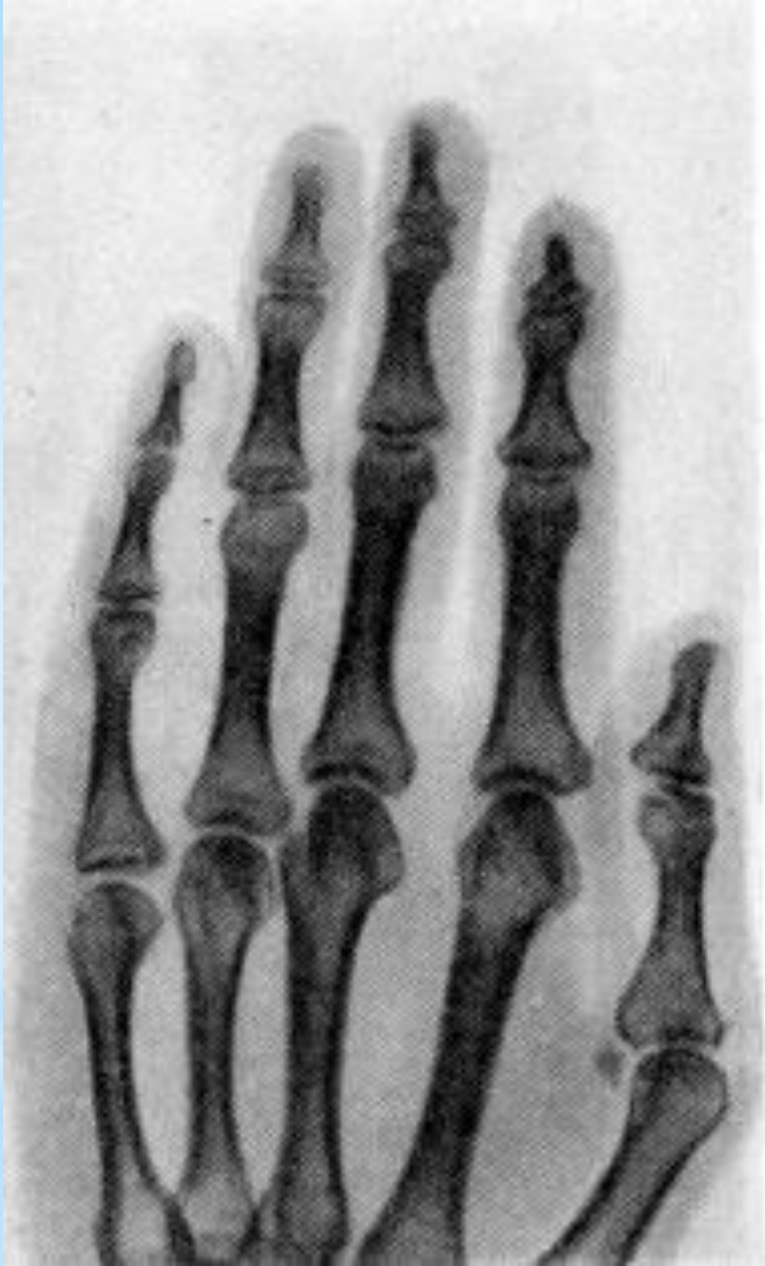
Псориаз кожи

Системная склеродермия - полисистемное заболевание, характеризующееся воспалительными, васкулярными и фиброзными изменениями в коже и различных внутренних органах, особенно в желудочно-кишечном тракте, легких, сердце и почках. Тяжесть заболевания, его прогрессирование и прогноз зависят в основном от степени поражения внутренних органов

Диагностические критерии

1. Характерное поражение кожи (склеродерма и акросклероз).
2. Синдром Рейно.
3. Артралгия или артриты.
4. Дисфагия и установленное рентгенологически нарушение функции пищевода.
5. Фиброз легких.
6. Поражение сердца.
7. Нефропатия.
8. Полимиозит.

Диагноз достоверен при наличии 1 и 6 критериев или при сочетании 2 критерия с тремя другими, кроме 1. Диагноз вероятен при наличии 2 критерия с любыми двумя критериями.



Остеолиз дистальных фаланг



Отложение солей извести в подкожной клетчатке

Системная красная волчанка (СКВ) - болезнь неизвестной этиологии с преимущественным системным поражением соединительной ткани, вследствие отложений в ней, а также в других клетках и тканях патогенных аутоантител и циркулирующих иммунных комплексов. СКВ встречается повсеместно, ею заболевают лица любого пола и возраста, но чаще молодые женщины.

Большие диагностические критерии СКВ:

- 1) “бабочка”,
- 2) люпус-артрит,
- 3) люпус-нефрит,
- 4) люпус-пневмонит,
- 5) LE-клетки,
- 6) антинуклеарный фактор в высоком титре,
- 7) аутоиммунный синдром Верльгофа,
- 8) положительный тест Кумбса при гемолитической анемии,
- 9) гематоксилиновые тельца в биоптате,
- 10) характерная патоморфология в биоптатах кожи, почек, лимфоузлов.



Малые диагностические критерии СКВ:

- ✓ лихорадка в течение нескольких дней,
- ✓ немотивированная потеря массы тела,
- ✓ неспецифический кожный синдром,
- ✓ полисерозит, лимфаденопатия,
- ✓ гепатомегалия,
- ✓ спленомегалия,
- ✓ миокардит,
- ✓ поражение ЦНС,
- ✓ полиневриты,
- ✓ полимиозиты,
- ✓ синдром Рейно,
- ✓ ускорение СОЭ,
- ✓ лейкопения,
- ✓ анемия,
- ✓ тромбоцитопения,
- ✓ антинуклеарный фактор в низком титре

Диагноз СКВ достоверен при наличии трех больших признаков, среди которых должны быть 1, 5, 6, 9.

Туберкулезный артрит

Диагностические критерии.

1. Анамнестические указания на перенесенный туберкулез.
2. Рентгенологические признаки активного или перенесенного туберкулеза легких или других органов.
3. Поражение суставов по типу моноартрита тазобедренного, коленного или голеностопного суставов.
4. Отсутствие “воспалительных” изменений гемограммы и “острофазовых” реакций.
5. Типичные рентгенологические изменения в суставах.
6. Положительная реакция Манту.
7. Выделение палочек Коха из синовиальной жидкости.
8. Обнаружение туберкулезных гранулем в синовиальной оболочке.

Симптомы и сущность болезней	Клинические формы				
	Ревматоидный артрит	Болезнь Бехтерева	Синдром Рейтера	Подагра	Остеоартроз (первичный)
Суставный синдром	2-3 пястнофаланговые суставы, проксимальные межфаланговые суставы	Крестцово-подвздошное сочленение, межпозвонковые, реберно-позвонковые суставы	Коленные, голеностопные суставы, мелкие суставы стоп	Дебют заболевания: 1 плюсневый сустав, артрит другой локализации	"Нагруженные" суставы нижних конечностей (тазобедренный, коленный)
Особенности клинического течения	Быстро прогрессирующее, медленно прогрессирующее	Формы: центральная, ризомиелическая, периферическая, скандиловская. Болеют молодые мужчины	Тяжесть течения определяется поражением кожи и внутренних органов. Болеют молодые мужчины	Клинические формы: ревматоидоподобная, мигрирующий полиартрит, подострая, артритическая	Эволютивное
Рентгенологические данные	Эпифизарный остеопороз, "узур" хряща, кисты, анкилозы	Двусторонний сакроилеит, периартикулярный остеосклероз, сужение суставной щели	Околосуставный диффузный остеопороз, асимметричные эрозии суставных поверхностей	Сужение суставных щелей, дефекты костной ткани в эпифизах, "пробойники", эрозии суставных поверхностей	Неравномерное сужение суставной щели, уплотнение и расширение замыкающей пластинки эпифизов (остеофит)
Синовиоцитограмма	Лимфоцитарный цитоз, увеличение содержания белка, ревматоидные факторы	Полинуклеарный цитоз, увеличение содержания белка, снижение вязкости	Нейтрофилы (до 50×10^3 мл), цитофагоцитирующие макрофаги, высокий уровень комплемента	Кристаллы уратов в синовиальной жидкости	Нормальная вязкость синовиальной жидкости, нейтрофилез = 50%

сущность болезней	Ревматоидный артрит	Болезнь Бехтерева	Синдром Рейтера	Подагра	Остеоартроз (первичный)
Биопсия синовиальной оболочки	Пролиферативный синовит, "палисадообразные клетки"	Пролиферативный синовит, лимфоциты, макрофаги, плазматизация	Отек, гиперемия, слабая лимфоидная инфильтрация тканей	Синовит с гиперемией, пролиферацией синовиоцитов, лимфоидной инфильтрацией	Фиброзно-жировое перерождение без пролиферации покровных клеток, ворсины атрофичны
Изменения со стороны крови	Увеличение СОЭ, диспротеинемия, ревматоидные факторы	В период обострения увеличение СОЭ и другие показатели активности процесса	Лейкоцитоз, увеличение СОЭ	Повышение содержания мочевой кислоты в крови (0,3 ммоль/л)	Отсутствуют. При наличии синовита увеличение СОЭ до 20-25 мм/ч
Поражения внутренних органов	Иридоциклит, поражение почек (нефрит, амилоидоз), ревматоидные узелки, полисерозиты, увеличение селезенки	Иридоциклит, ирит, аортиты, амилоидоз почек	Кожа, слизистые оболочки, кератодермия ладоней и подошв, лимфаденопатия	Подагрическая нефропатия; тофусы в области суставов, век, крыльев носа	Отсутствуют
Сущность заболевания	Хроническое системное заболевание соединительной ткани с преимущественным поражением периферических суставов по типу эрозивно-деструктивного полиартрита	Хроническое системное поражение суставов, преимущественно позвоночника, с ограничением его подвижности за счет анкилозирования апофизарных суставов, формирование синдестозитов	Уретро-окуло-синовиальный синдром, возникающий вследствие хламидийной инфекции мочевого тракта	Хроническое заболевание, связанное с нарушением мочекишлого обмена, отложением в тканях кристаллов натриевой соли мочевой кислоты (уратов)	Дегенеративное поражение суставного хряща со снижением механической стойкости



Несколько слов в заключение

Уберечь себя и своих детей от такого неприятного недуга, как реактивный артрит, можно. И это целиком зависит от вас. От вашего образа жизни, внимательного отношения к своему здоровью, тщательного ухода за собой и соблюдения простейших правил гигиены. Не болейте!

Список литературы

- Ревматология: национальное руководство. /под редакцией Е.Л. Насонова, В.А. Насоновой. –М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008.- 720 с
- Внутренние болезни. 2 том
А.И. Мартынов, Н.А. Мухин, В.С. Моисеев, А.С. Галявич
2010 год

* Спасибо за внимание!!!

