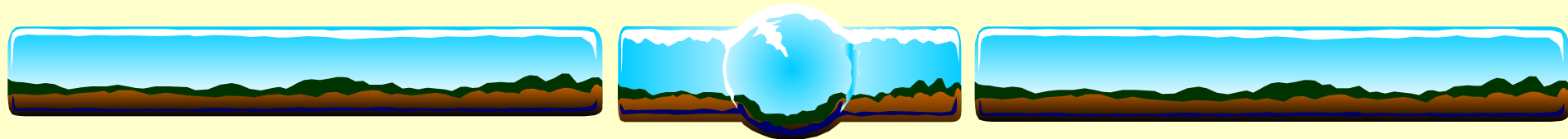




Серонегативные спондилоартриты



Серонегативные спондилоартриты (СНСА) – группа заболеваний, ранее относившихся к серонегативным формам ревматоидного артрита, ассоциированные с HLA-B27, обладающие множеством клинически сходных черт, из которых важными являются поражение крестцово - подвздошных сочленений и позвоночника, а также семейное предрасположение к развитию этих процессов.



Классификация СНСА (Moll.J. 1987)

- ❖ Анкилозирующий спондилоартрит – болезнь Бехтерева
- ❖ Псориатический артрит
- ❖ Энтеропатические артриты при болезнях Крона, Уиппла, неспецифическом язвенном колите
- ❖ Ювенильный хронический артрит
- ❖ Болезнь/синдром Рейтера
- ❖ Острый передний увеит



Критерии диагностики СНСА (Armor et al., 1995)

◆ ПРИЗНАКИ КЛИНИЧЕСКИЕ ИЛИ АНАМНЕСТИЧЕСКИЕ

1. Ночные боли в поясничной области и/или утренняя скованность в пояснице или спине – 1 балл.
2. Олигоартрит асимметричный – 2 балла.
3. Периодические боли в ягодицах – 2 балла.
4. Сосискообразные пальцы кисти и стоп – 2 балла.
5. Талалгии и другие энтезопатии – 2 балла.
6. Ирит - 2 балла.
7. Не гонококковый уретрит или цервицит менее чем за 1 месяц до дебюта артрита – 1 балл.
8. Диарея менее чем за месяц до дебюта артрита – 1 балл.
9. Наличие в настоящем или в анамнезе псориаза и/или баланита и/или хронического энтероколита – 2 балла.



Критерии диагностики СНСА (Armor et al., 1995)

❖ ПРИЗНАКИ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИЕ

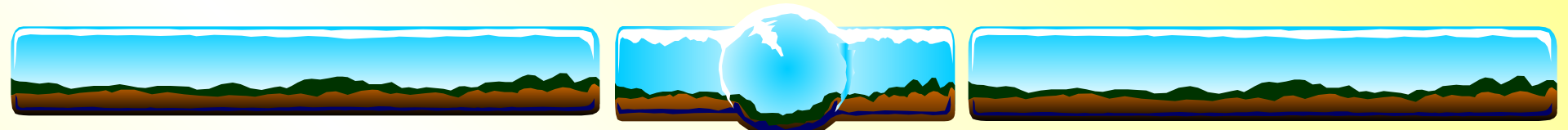
10. Сакроилеит/ двухсторонний II стадии или односторонний III-IV стадии – 3 балла.

❖ ГЕНЕТИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ

10. Наличие HLA-B27 и/или наличие у родственников в анамнезе пельвиоспондилита, синдрома Рейтера, псориаза, увеита, хронического колита – 2 балла

❖ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТЬ К ЛЕЧЕНИЮ

10. Уменьшение за 48 часов болей при приеме НПВП и/или стабилизация при раннем рецидиве – 1 балл.
 - ✓ Заболевание СНСА считается достоверным, если сумма баллов по 12 критериям больше или равна 6



Общие признаки спондилоартропатий (Wollheim. 1993)

- ❖ Вовлечение илеосакральных сочленений
- ❖ Энтезопатии
- ❖ Ассиметричный периферический артрит нижних конечностей
- ❖ Семейные случаи
- ❖ Внесуставные проявления со стороны кожи, кишечника, урогенитального тракта, глаз
- ❖ Отрицательная реакция на ревматоидный фактор
- ❖ Ассоциация с HLA-B27



АНКИЛОЗИРУЮЩИЙ СПОНДИЛОАРТРИТ

- ❖ Хроническое системное заболевание, характеризующееся воспалительным поражением суставов позвоночника, околопозвоночных тканей и крестцово – подвздошных сочленений с анкилозированием межпозвоночных суставов и развитием кальцификации спинальных связок.



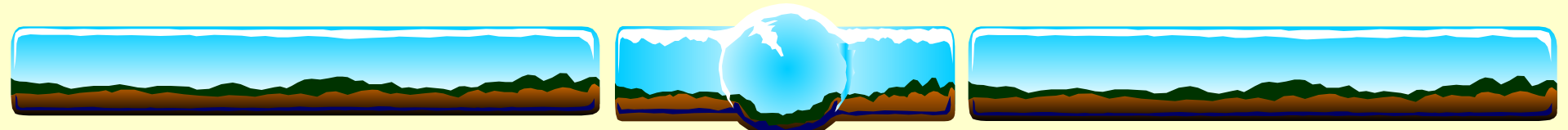
ЭТИОЛОГИЯ

- ❖ Этиология заболевания до сих пор остается неясной
- ❖ В происхождении заболевания большое значение придается генетическим факторам.
- ❖ Обсуждается роль инфекционных факторов в развитии заболевания. Имеются сведения о роли некоторых штаммов *Klebsiella* и других видов энтеробактерий.



ПАТОГЕНЕЗ

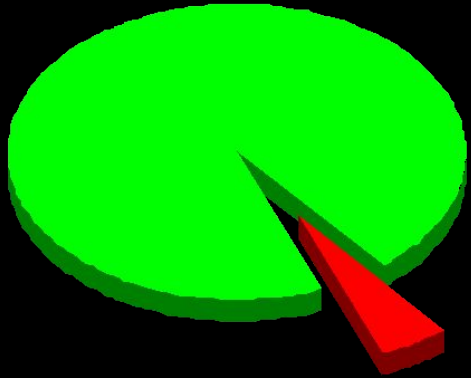
- ❖ Существуют следующие теории патогенеза, объясняющие важную роль HLA – B27 в развитии заболевания:
 1. Рецепторная теория
 2. Теория молекулярной мимикрии



Диагностические критерии анкилозирующего спондилоартрита (Симпозиум ВОЗ, Рим 1963)

1. Боль и скованность в пояснично-крестцовой области длящиеся более 3 мес. и не проходящие при отдыхе
2. Торакальная боль и ригидность
3. Ограничение подвижности в поясничном отделе позвоночника
4. Ограничение дыхательной экскурсии грудной клетки
5. Ирит и его последствия
6. Рентгеновские признаки двустороннего сакроилеита (II-IV стадии)

Распространённость анкилозирующего спондилоартрита



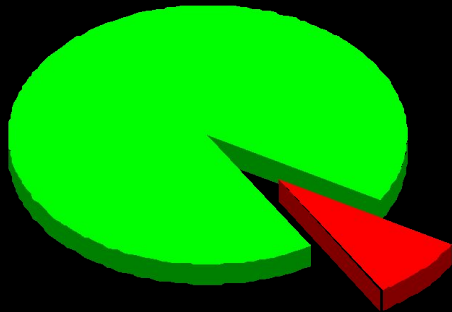
больные
АС
0,5-2%

**Развивается главным
образом у мужчин
в возрасте 15-30 лет**

**Соотношение
мужчин и женщин
составляет 9:1**

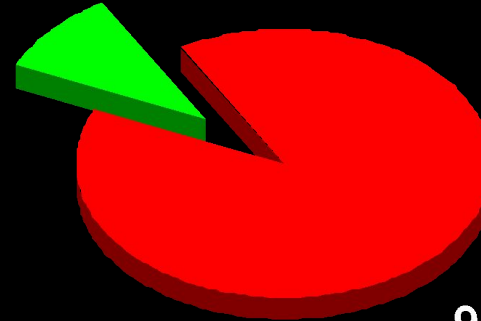
Встречаемость антигена гистосовместимости HLA-B27

Общая популяция



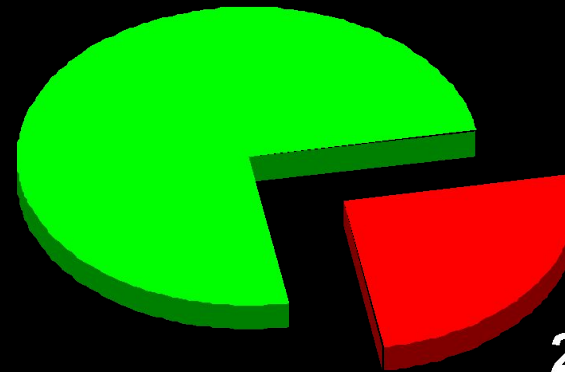
7-8%

Больные АС



90-95%

Родственники больных АС



20-30%

HLA-B27



Классификация течения АС

1. медленно прогрессирующее
2. медленно прогрессирующее с периодами обострения
3. быстро прогрессирующее – за короткий срок приводит к полному анкилозу
4. септический вариант, характеризующийся острым началом, проливными потами, ознобами, лихорадкой, быстрым появлением висцеритов, СОЭ 50-60 мм/ч и выше



Степень активности АС в зависимости от клинико-лабораторных показателей

- I.** минимальная – небольшая скованность и боли в позвоночнике и суставах конечностей по утрам, СОЭ – до 20 мм/ч, СРБ +
- II.** умеренная – постоянные боли в позвоночнике и в суставах, утренняя скованность – несколько часов, СОЭ – до 40 мм/ч, СРБ ++
- III.** выраженная – сильные постоянные боли в позвоночнике и суставах, скованность в течение всего дня, экссудативные изменения в суставах, субфебрильная температура, висцеральные проявления, СОЭ – более 40 мм/ч, СРБ +++



Степени функциональной недостаточности

I. изменение физиологических изгибов позвоночника, ограничение подвижности позвоночника и суставов

II. значительное ограничение подвижности позвоночника и суставов, вследствие чего больной вынужден менять профессию

III. анкилоз всех отделов позвоночника и тазобедренных суставов, вызывающий полную потерю трудоспособности, либо невозможность самообслуживания



КЛИНИЧЕСКИЕ ВАРИАНТЫ

- ❖ Центральная форма – поражение только позвоночника.
- ❖ Ризомелическая форма – поражение позвоночника и корневых суставов (плечевых и тазобедренных)
- ❖ Периферическая форма - поражение позвоночника и периферических суставов (коленных, голеностопных и др.)
- ❖ Скандинавская форма - поражение мелких суставов кистей и позвоночника.
- ❖ Висцеральная форма – с поражением внутренних органов: глаз (увеит), аорты (аортит, аортальная недостаточность), почек (вторичный амилоидоз)



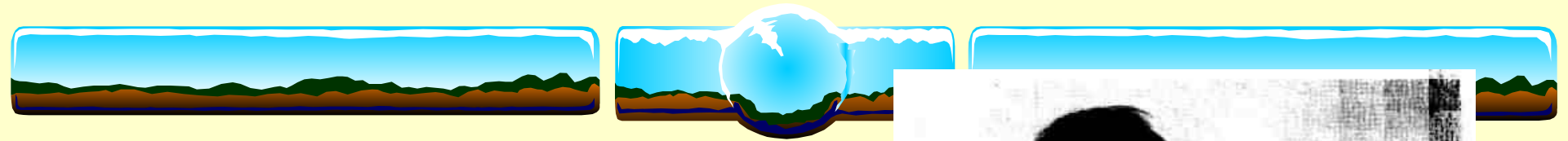
Рентгенологические стадии

- I. Нечеткость контуров сочленения.
Субхондральный склероз. Расширение суставных щелей.
- II. Выраженный субхондральный склероз.
Сужение суставных щелей. Эрозии.
- III. Частичный анкилоз
- IV. Полный анкилоз



СИМПТОМЫ ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ САКРОИЛЕИТА:

- ❖ Симптом Кушелевского I, II, III
- ❖ Симптом Форестье
- ❖ Проба Отто
- ❖ Проба Томайера
- ❖ Проба Шобера



❖ **Поза «просителя»
при
анкилозирующем
спондилоартрите**

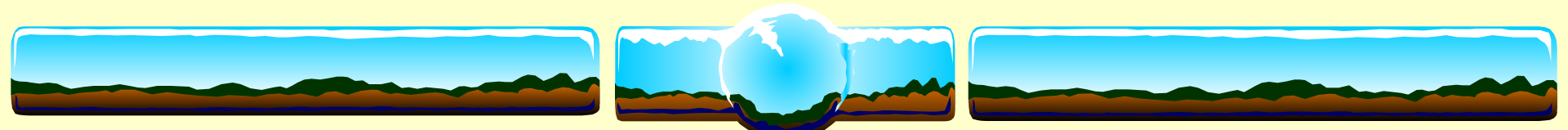




Характерные изменения формы позвоночного столба при болезни Бехтерева.



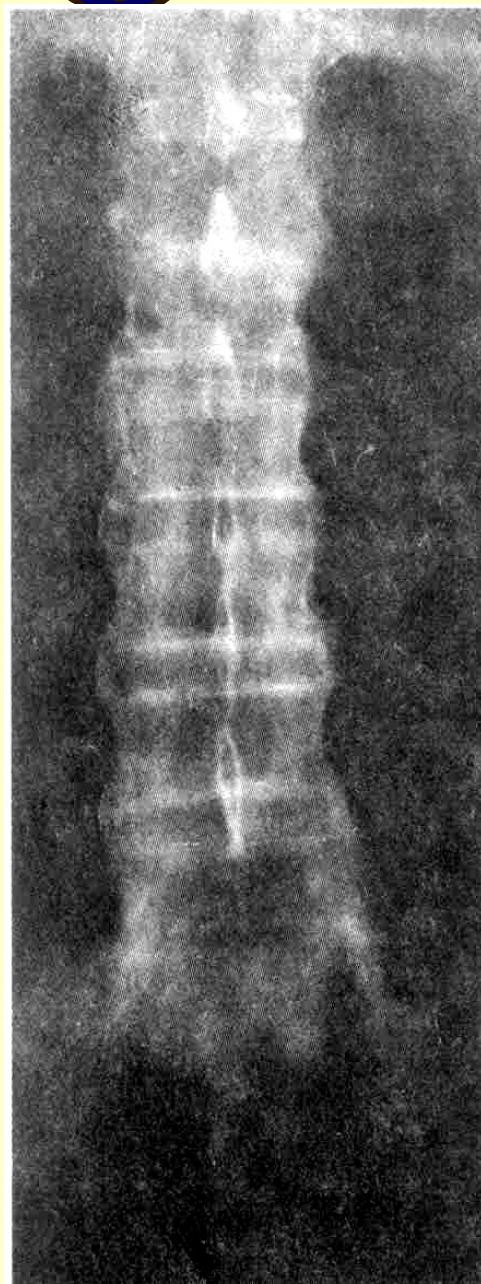
Возможное распространение болей и изменение формы позвоночника при болезни Бехтерева.

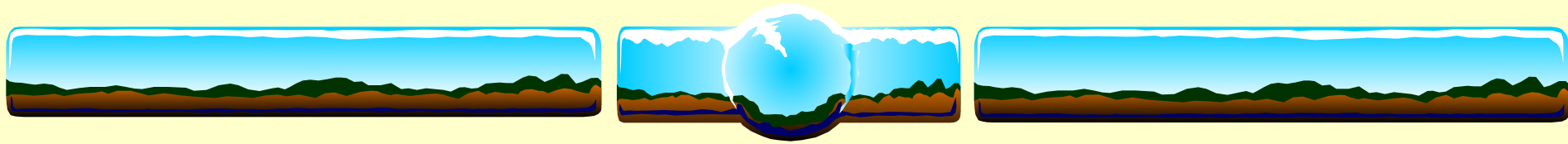


Рентгенологические признаки сакроилеита




**Рентгенологические
изменения в
позвоночнике при
анкилозирующем
спондиллоартрите**






ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ

- ❖ Ревматоидный артрит
- ❖ Реактивный артрит
- ❖ Диффузный идиопатический гиперостоз скелета (болезнь Форестье)
- ❖ Остеохондроз позвоночника



Лечение при АС


 Должно быть комплексным,
длительным, систематичным


 Режим

 Применение НПВС

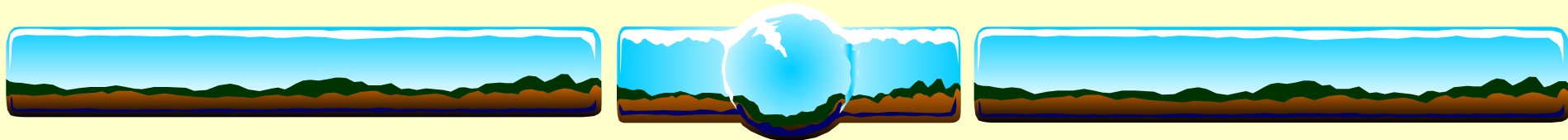
 Выявление очагов инфекции - санация

 Лечение сульфасалазином.

 Противоспастическая
миорелаксирующая терапия

 ЛФК, массаж, физиотерапевтическое
лечение, кинезотерапия – лечение
движением

 Санаторно-курортное лечение



РЕАКТИВНЫЕ АРТРИТЫ (РЕА)

– «стерильные» заболевания суставов, развивающиеся в ответ на внесуставную инфекцию, при котором предполагаемый причинный агент не может быть выделен из сустава.

В последние годы наметилась четкая тенденция относить к РеА только заболевания, связанные с мочеполовой и кишечной инфекциями, которые ассоциируются с антигеном гистосовместимости HLA-B27 и включены в разряд серонегативных спондилоартропатий.



Классификация РеА

В зависимости от этиологии различают две группы РеА:

- ❖ уrogenитальные (возбудители: хламидии, уреаплазма)
- ❖ энтероколитические (возбудители: иерсинии, шигеллы, сальмонеллы)

по течению:

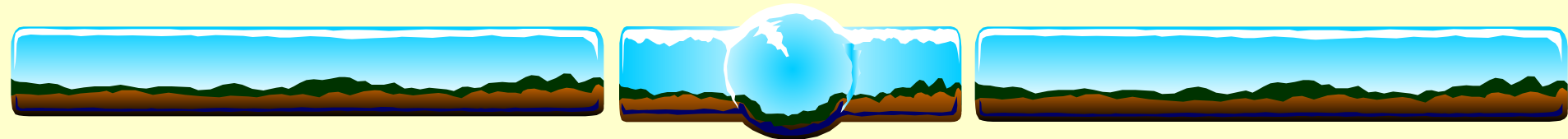
- ❖ острые (длительность первичной суставной атаки до 6 месяцев)
- ❖ затяжные (до 1 года);
- ❖ хронические (свыше 1 года);
- ❖ рецидивирующие (при развитии суставной атаки после ремиссии заболевания длительностью не менее 6 месяцев)



Распространенность

По данным Института ревматологии РАМН, удельный вес РеА составляет около 10-14% среди всех ревматических болезней. Из них на долю урогенных приходится 50-75% всех РеА.

Согласно данным нашего Республиканского ревматологического центра, среди обратившихся больных с ревматологическими заболеваниями в 1992 году частота РеА составляла 6,0%, в 1998г – 20%, а в 2003г. 24%



В происхождении реактивных артритов основное значение придается инфекции и генетической предрасположенности.

- ❖ **70-80% случаев урогенных артритов связаны с хламидийной инфекцией**
- ❖ **У 10-20% больных, может быть выделена *Ureaplasma urealyticum***
- ❖ **В то же время, у 10-20% больных определить инфекционный агент не удастся**



ЛЕЧЕНИЕ

- ❖ Антибиотики: 0,5 г/с сумамед, таривид, ципробай, абактал (по 0,8г/с). Вобэнзим за 30-40мин до еды 7таб. 3 раза
- ❖ Циклоферон 2,0 5 дней
- ❖ При высокой активности ГКС
- ❖ Салазапроизводные (сульфасалазин, салазапиридазин) – 6-8мес.
- ❖ Метотрексат
- ❖ Пульстерапия

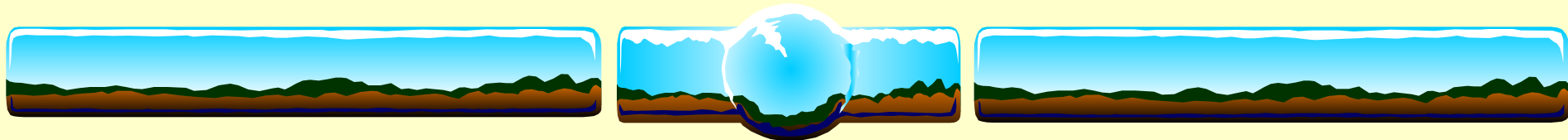


ПРОГНОЗ

- ❖ Большинство пациентов полностью выздоравливают
- ❖ У 15-70% отмечается один рецидив или более с поражением глаз, кожи и слизистых оболочек и/или артритом
- ❖ У 20% больных возникает та или иная форма хронического периферического артрита и/или поражение осевого скелета
- ❖ Спондилит встречается часто (40%), но обычно выражен слабо
- ❖ Реинфекция, стресс, наличие HLA – B27, боль в области пяточной кости указывает на плохой прогноз.


Псориаз - одно из наиболее распространенных заболеваний кожи

- по данным различных исследований, псориазом страдает 1-3% населения (в среднем 2,5%), независимо от пола, расы и географического расположения. Среди дерматологических больных доля больных псориазом составляет около 5%. Средний возраст появления симптомов - 28 лет, тогда как 10-15% страдающих псориазом - дети моложе 10 лет. Псориатический артрит развивается как осложнение у 6-10% больных.



Различают 5 клинических форм ПА

- 1. Ассиметричный олигоартрит**
- 2. Артрит дистальных и межфаланговых суставов**
- 3. Симметричный ревматоподобный артрит**
- 4. Мутилирующий артрит**
- 5. Псориатический спондилоартрит**



Критерии диагностики суставного синдрома у больных псориазом

1. Поражение дистальных межфаланговых суставов кистей и стоп.
2. Одновременное поражение трех суставов одного пальца.
3. Раннее вовлечение в процесс пальцев стоп.
4. Талалгия.
5. Наличие кожных псориатических высыпаний или поражение ногтей.
6. Случаи псориаза у родственников.
7. Отрицательные реакции на ревматоидный фактор.
8. Наличие остеолиза.
9. Сакроилеит.
10. Развитие паравертебральных оссификаций.