

Серонегативные спондилоартриты

Профессор Б.Ф.Немцов

СОВРЕМЕННАЯ КЛАССИФИКАЦИЯ СПОНДИЛОАРТРИТОВ

- 1. Спондилоартрит первичный, идиопатический (АС)**
- 2. Спондилоартриты вторичные**
 - 2.1 Болезнь (синдром) Рейтера**
 - 2.2 СПА при воспалительных заболеваниях кишечника (болезнь Крона, ,НЯК)**
 - 2.3. При ПсА**
 - 2.4 ЮХА, ЮХС (ювенильный хронический спондилоартрит)**
 - 2.5 Острый передний увеит**
 - 2.6 Энтезопатии**
 - 2.7. Sapho-синдром**
- 3. Спондилоартрит недифференцированный**

В 1992 году описан SAPHO-СИНДРОМ

- 1. синовит; - глубокие гнойные угри (шаровидные и фульминантные);**
- 2. пустулез ладоней и подошв; кератодермия;**
- 3. остеит различной локализации;**
- 4. в 40% случаев отмечена ассоциация с HLA-B27 антигеном;**
- 5. стерноклавикулярный гиперостоз.**

ОБЩИЕ ПРИЗНАКИ СПОНДИЛОАРТРИТОВ

- 1. Воспаление илеосакральных сочленений и/или спондилоартрит.**
- 2. Энтезопатии.**
- 3. Асимметричный серонегативный (РФ-,АНФ-) артрит нижних конечностей.**
- 4. Отсутствие подкожных ревматоидных узелков.**
- 5. Поражение суставов не только синовиального, но и хрящевого типа.**
- 6. Внесуставные проявления (поражения легких, глаз, кожи, сердца, желудочно-кишечного тракта, воспалительные изменения в мочеполовом тракте).**

ОБЩИЕ ПРИЗНАКИ СПОНДИЛОАРТРИТОВ

- 7. Наличие клинических перекрестов(overlap синдром).**
- 8. Семейные случаи.**
- 9. Ассоциация с HLA-B27 антигеном.**
- 10. Частая связь с мочеполовой и кишечной инфекцией.**

ОБЩИЕ ПРИЗНАКИ СПОНДИЛОАРТРИТОВ

- **Морфология: лимфоидная инфильтрация, гиперплазия соединительной ткани. В области илеосакральных сочленений, в области энтезисов - субхондральное развитие грануляционной ткани, замещение фиброзной тканью, окостенение.**

ОБЩИЕ ПРИЗНАКИ СПОНДИЛОАРТРИТОВ

- **Для поражения внутренних органов при СА характерны - Фиброзирующий процесс в легких, аорте, створках аортальных клапанов, межжелудочковой перегородке с формированием аортальной недостаточности, нарушений проводимости сердца.**

КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ СПА АССОЦИИРОВАННЫЕ С НОСИТЕЛЬСТВОМ HLA-B-27 АНТИГЕНА

1. Раннее начало.
2. Семейная агрегация.
3. Предрасположенность к развитию острого переднего увеита.
4. Поражение позвоночника с множественными синдесмофитами.
5. Периферический артрит.
6. IgA-нефропатия.
7. Аортит.
8. Ускоренное СОЭ

Болезнь Бехтерева (АС)

- АС - хроническое воспалительное заболевание илеосакральных сочленений, мелких суставов позвоночника и связок, которое при прогрессировании приводит к оссификации и неподвижности.
- Морфология - воспалительная продуктивная энтезопатия , остит, синовит.
- Соотношение жен:муж- 1:3

Особенности суставного синдрома при АС

1. Спондилоартрит и двусторонний сакроилеит. Ограничение подвижности и скованность в позвоночнике, вовлечение в процесс мышц (ригидность, атрофия).
2. Артриты преимущественно крупных (прикорневых) суставов (плечевых, тазобедренных).
3. Сочетание артритов с поражением суставов позвоночника, крестцово-подвздошных, грудино-реберных, грудино-ключичных, реберно-позвоночных сочленений, у молодых мужчин с формированием анкилозов.
4. Сочетание суставного синдрома с висцеритами: поражением глаз (иридоциклит, увеит), сердца (АВ-блокады, аортит, порок сердца). Ig А- нефрит, вторичный амилоидоз, фиброз апикальных отделов легких.

Стойкие воспалительные изменения со стороны лабораторных показателей крови.

Диагностические критерии болезни

Бехтерева

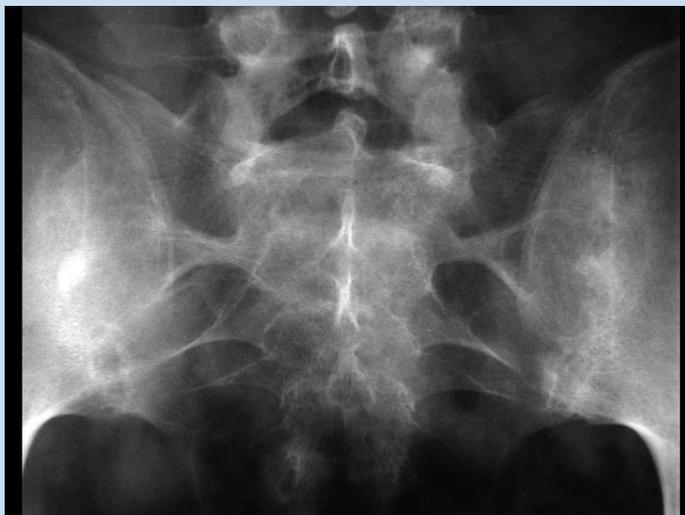
1. Боль и скованность в поясничном отделе позвоночника, длительностью не менее 3-х месяцев, не уменьшающаяся в покое.
2. Боль и скованность в грудном отделе позвоночника.
3. Ограничение подвижности поясничного отдела позвоночника.
4. Ограничение дыхательной экскурсии грудной клетки.
5. В анамнезе ирит, иридоциклит или осложнения этих процессов.
6. Рентгенологические признаки симметричного сакроилеита.

Диагноз достоверен при наличии 4 из 5 клинических критериев или если критерий 6 сочетается, по крайней мере, с одним клиническим критерием.

Клинические проявления АС



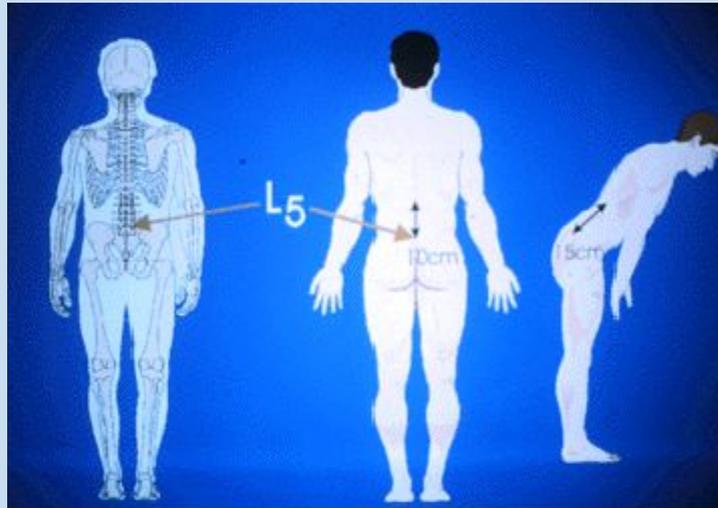
Клинические проявления АС



Клинические проявления АС



Клинические проявления АС



Testing for low back flexion Schober test to measure the forward flexion of the lumbar spine in a patient with suspected or proven ankylosing spondylitis. With the patient standing erect, make a mark over the spinous process of the 5th lumbar vertebra or on the imaginary line joining the posterior superior iliac spine. Make another mark 10 cm above it in the midline. When the patient bends maximally forward, the distance between the two points normally exceeds 15 cm. Courtesy of Craig W Wiesenhutter, MD.

Клинические проявления АС



Bamboo spine in AS Radiograph of the lumbar sacral spine in a patient with advanced ankylosing spondylitis showing a "bamboo spine" with vertebral fusion (arrows). Courtesy of Craig W Wiesenhutter, MD.



Ankylosing spondylitis Lateral view of the cervical spine in a patient with ankylosing spondylitis shows ossification of the anterior longitudinal ligament (arrows), which bridges adjacent vertebral bodies. This has resulted in bony fusion and ankylosis of the cervical vertebral bodies. Courtesy of Jonathan Kruskal, MD.

Клинические проявления АС

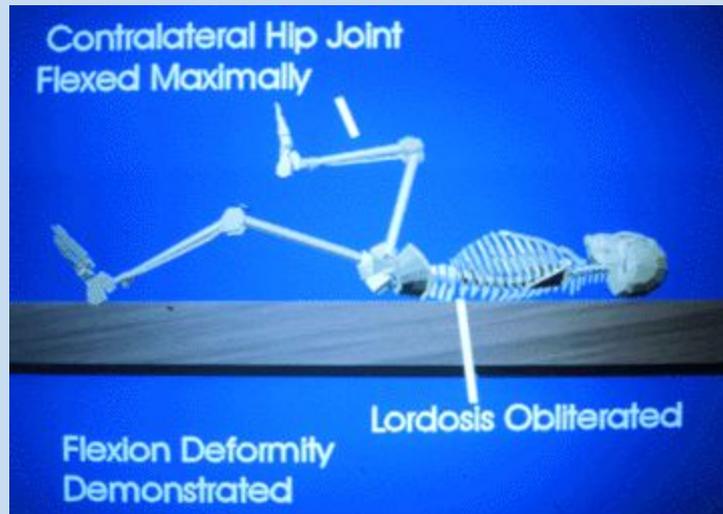


Cervical flexion deformity in AS The severity of cervical flexion deformity in ankylosing spondylitis can be assessed by measuring the occiput to wall distance (Flesche test). With the patient standing erect, the heels and the buttocks are placed against a wall, The patient is then instructed to extend his or her neck maximally in an attempt to touch the wall with the occiput. The distance between the occiput and the wall is a measure of the degree of flexion deformity of the cervical spine. Courtesy of Craig W Wiesenhutter, MD.



Masking of flexion deformity of the hip in AS Flexion deformity of the hip in ankylosing spondylitis may be masked in the supine position because the patient compensates by an exaggerated lordosis of the lumbar spine. Courtesy of Craig W Wiesenhutter, MD.

Клинические проявления АС

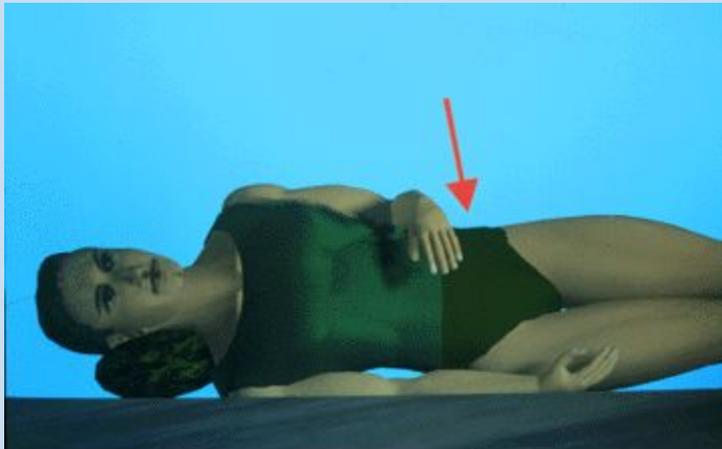


Unmasking of flexion hip deformity in AS To correct for excess lordosis masking flexion hip deformity in ankylosing spondylitis, have the patient lie supine maximally flex one of the hips. This obliterates any possible exaggeration of the lumbar lordosis and allows flexion deformity of the contralateral hip to become apparent. Courtesy of Craig W Wiesenhutter, MD.

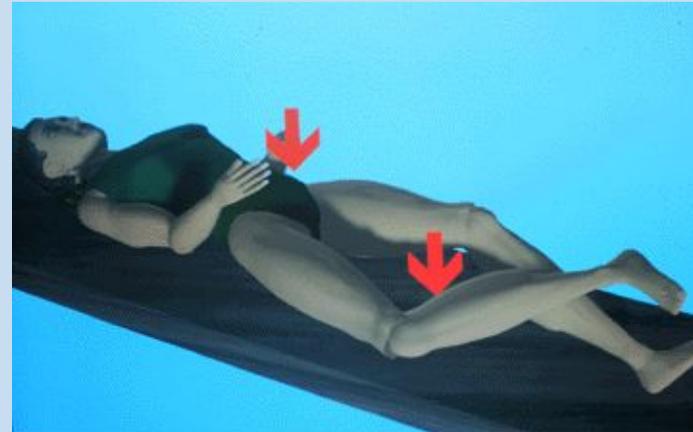


Testing for sacroiliac tenderness The patient can be examined for sacroiliac joint tenderness due to active sacroiliitis by applying direct pressure over each sacroiliac joint. Courtesy of Craig W Wiesenhutter, MD.

Клинические проявления АС



Testing for sacroiliac pain With the patient lying on the side, pressure is exerted by the examiner to compress the pelvis. This maneuver will elicit sacroiliac pain in patients with active sacroiliitis. Courtesy of Craig W Wiesenhutter, MD.



Testing for sacroiliac pain With the patient lying supine, he or she is instructed to flex one of the knees and then abduct as well as externally rotate the corresponding hip. Pressure on the flexed knee causes pain at the corresponding sacroiliac joint. Courtesy of Craig W Wiesenhutter, MD.

Клинические проявления АС



Early sacroiliitis in AS Radiographic features of early sacroiliitis in patients with ankylosing spondylitis. Courtesy of Craig W Wiesenhuber, MD.

Классификация АС (В.М.Чепой, 1990г.)

Клинические формы

1. Центральная (поражение только позвоночника).
2. Ризомиелическая (поражение позвоночника и крупных суставов: плечевые, тазобедренные)
3. Периферическая форма (поражение позвоночника и периф. суставов - коленных, голеностопных).
4. Скандинавская форма (поражение позвоночника и мелких суставов кистей).
5. Висцеральная форма (поражение позвоночника и внутренних органов: сердца, аорты, почек, глаз).

Классификация АС (В.М.Чепой, 1990г.)

Течение болезни

1. Медленно прогрессирующее.
2. Быстро прогрессирующее (за короткое время наступает полный анкилоз).

Стадии

1. Начальная или ранняя: рентгенологические признаки могут отсутствовать или проявляться нечеткостью или неровностью поверхности крестцово-подвздошных суставов (МРТ!). Очаги субхондрального остеосклероза и остеопороза, расширение суставных щелей.
2. Поздняя: Костный анкилоз крестцово-подвздошных сочленений, межпозвоночных суставов с оссификацией связочного аппарата.

Классификация АС (В.М.Чепой, 1990г.)

Степени функциональной недостаточности

- 1. Ограничение подвижности позвоночника.**
- 2. Значительное ограничение подвижности позвоночника и суставов, проф. трудоспособность утеряна.**
- 3. Анкилоз всех отделов позвоночника и тазобедренных суставов. Полная потеря трудоспособности.**

Лечение АС

1. НПВС (учет факторов риска и противопоказаний)
2. Базисная терапия: препараты Au, сульфасалазин 1,5 –2.0 сутки при периферических формах, метотрексат 15-20мг/неделю при центральной форме, при резистентности к терапии и высокой лабораторной активности ремикейд 3-5 мг/кг по схеме
3. Локальная терапия периферических артритов. В/суст. ГКС
4. при поражении глаз, сердца, аорты - ГКС. (пульс-терапия)
5. ЛФК, массаж.
6. Системные ГКС неэффективны

ФАКТОРЫ РИСКА НЕБЛАГОПОЛУЧНОГО ТЕЧЕНИЯ АС

- 1. Мужской пол, Семейная агрегация.**
- 2. Раннее начало (до 19 лет).**
- 3. Ограничение подвижности позвоночника в первые 2 года болезни.**
- 4. Артрит тазобедренных суставов в первые 2 года болезни.**
- 5. Периферический артрит и энтезопатии.**
- 6. Ускоренное СОЭ, высокие показатели С-реактивного протеина.**
- 7. Ассоциация с В27 антигеном.**

ОСОБЕННОСТИ АС У ЖЕНЩИН

1. Более медленное прогрессирование воспалительного процесса в суставах и позвоночнике
2. Редко "формируются" порочные установки позвоночника (поза просителя, поза гордеца).
3. Чаще поражаются периферические суставы, как в дебюте, так и в течение заболевания.
4. Чаще встречаются эрозивный артрит и анкилоз дугоотросчатых суставов позвоночника и симфизит (у мужчин - эрозивный коксит и сакроилеит R-стадия III, синдесмофиты в грудном и поясничном отделах).
5. Острый передний увеит в 3.5 раза чаще.
6. Кардит и амилоидоз чаще встречается у мужчин.

Под термином недифференцированная спондилоартропатия (НСА)

подразумевают заболевание протекающее с клиническими и рентгенологическими признаками спондилоартрита, но не соответствующее диагностическим критериям АС, ПА, РеА, БР, артрита, ассоциированного с Хроническими заболеваниями кишечника.

Основные особенности НСА

- асимметричный моно-олигоартрит нижних конечностей (60-100%)
- энтезит (56%)
- Сакроилеит и другие типы воспаления скелета (спондилит, артрит межпозвонковых, костовертебральных, краниоцервикальных суставов);
- боли в спине 53-80%,
R-признаки сакроилеита 16-30%, поражения позвоночника 20%.
- характерные системные проявления (увеит, конъюнктивит 35%,
- поражения слизистых оболочек 16%,
- поражения мочеполовой системы 28%, поражения кишечника 4%, поражения сердца (8%). отсутствие РФ (100%)
- связь с носительством HLA-B27 (80-84%)

Заболевание наиболее часто встречается у мужчин (62-88%) в возрасте от 16 до 23 лет.

Предполагают, что НСА является ранней стадией какой-либо определенной формы серонегативного артрита, либо вариантом перекрестного СИНДРОМА

Основные особенности НСА

Узловатая эритема



Erythema nodosum Painful erythematous nodules of erythema nodosum are often found in a symmetric distribution on the legs. The nodules can also appear to be pigmented. Courtesy of Lee T Nesbitt, Jr. (The Skin and Infection: A Color Atlas and Text, Sanders, CV, Nesbitt, LT Jr (Eds), Williams & Wilkins, Baltimore. 1995.)

Псориатическая артропатия

Псориатическая артропатия

- Сущность болезни – деструктивный хронический артрит
- Морфология: синовит, остеолиз, периостит,
- кальцификаты связок, деструкция суставов с эрозиями
- и анкилозами.
- Частота в популяции – 0,1-6%, среди больных П – 5-10%.
- ПА + П кожи – 68-75%
- ПА – без П кожи – 12-25%

Способствующие факторы

- средовые (30-40%) ,
- 10-25% семейный псориаз.
- В 60% - связь псориаза с психоастеническими и невропатическими состояниями

Псориаз и некоторые антигены HLA (60-70%).

- **B-17 - семейные формы**
- **B-13 (B-16,Bw-35,DR-4,7,Cw-6). не наследственный псориаз,**
- **B-27 и B-39 - при центральном артрите**
- **B-38 - при периферическом артрите**
- **B-17 и B-38 - тяжелое течение ПА.**

DR-4 - при полиартикулярном процессе, чаще у женщин и в лечении отмечается эффект "базисных" средств.

Варианты поражения суставов при ПсА

- 1. Полиартрит с поражением дистальных межфаланговых суставов.(5%)**
- 2. Моно- и олигоартрит крупных и средних суставов (70%).**
- 3. Ревматоидоподобный полиартрит.(15%)**
- 4. “Мутилирующий” полиартрит(5%).**
 - 5. Спондилоартрит (5%).**

Локализация поражения суставов при ПсА

Локализация %

коленные (72,4%), голеностопные(59,2%)

лучезапястные(48%)

височно-нижнечелюстные (28,8%),

грудино-ключичные (21,2%) грудино-реберные
(9,2%).

Сакроилеит (R-о данные) 40-50%.

Особенности суставного синдрома при

ПсА

1. Стойкий асимметричный олигоартрит.
2. Одновременное поражение дистальных, проксимальных и пястно-фаланговых суставов одного пальца.
3. Эрозивный артрит, сочетающийся с поражением ногтей, "беспорядочными деформациями и остеолитом.
4. Сочетание периферического артрита с сакроилеитом и спондилоартритом.
5. Внесуставные проявления: язвенный стоматит, ирит, конъюнктивит, кардит, васкулиты (при псориатической эритродермии).

Клинические проявления ПсА



Arthritis mutilans Arthritis mutilans in psoriatic arthritis with marked deformity and destruction of digits. Courtesy of Peter H Schur, MD.



Distal interphalangeal joint involvement in psoriatic arthritis Psoriatic arthritis with distal joint involvement in the third and fifth digits (arrow). Onycholysis is also seen in most of the fingernails. Courtesy of Dafna D Gladman, MD.



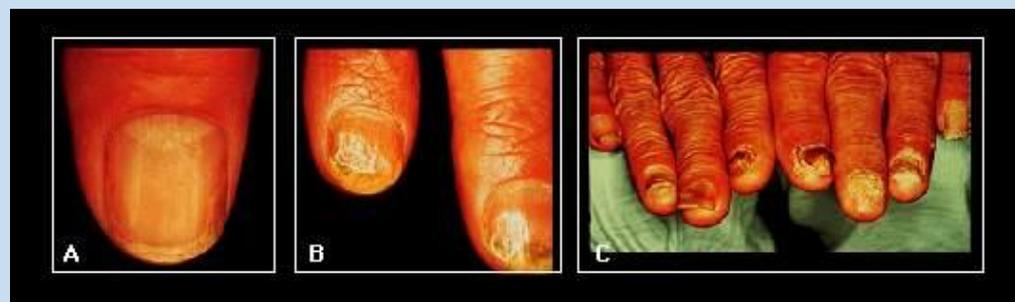
DIP involvement in psoriatic arthritis Psoriatic arthritis associated with pencil-in-cup abnormality in the distal interphalangeal (DIP) joints of the first and second fingers (short arrows), plus early changes in the DIP joint of the fourth finger. Other changes include ankylosis in the DIP joint in the fifth finger (long arrow) and destruction of the wrist. Courtesy of Dafna D Gladman, MD.

Клинические проявления ПсА



Arthritis mutilans in psoriatic arthritis

Radiograph demonstrating marked deformity and destruction of the hand digits in a patient with classic psoriatic arthritis and arthritis mutilans. Courtesy of Peter H Schur, MD.



Sequential nail changes in psoriasis Panel A: Mild nail involvement characterized by discrete pits in the nail plate and early onycholytic separation of the lateral edges of the nail plate from the nail bed. These nail changes are the earliest and the most common in psoriasis. Panel B: Moderate nail involvement manifested by the combination of nail plate pitting and more advanced distal onycholysis; the distal third of the nail plate is now separated from the nail bed. Panel C: The most severe and the least common type of psoriatic nail involvement in which the normal nail plates have been replaced by thickened hyperkeratotic masses. (With permission from Richard D Sontheimer, DM. In: Resource Materials in Rheumatology, number 19: Nail changes in rheumatic diseases.)

Клинические проявления ПсА



Sausage digits Sausage digits, in which there is marked swelling of the entire digit, in a patient with psoriatic arthritis. The presence of psoriasis and nail changes suggest psoriatic arthritis as the cause. Courtesy of Peter H Schur, MD.



Клинические проявления ПсА



Клинические проявления ПсА



ВНЕСУСТАВНЫЕ ПОРАЖЕНИЯ ПРИ ПСА

- Дистрофия ногтевых пластинок.-80%
- уретрит, цистит, простатит.
- У 50% больных па обнаруживается нефропатия ,
- в 30% гиперурикемия (вторичная подагра). Амилоидоз почек
- Поражение глаз: подострый конъюнктивит, ирит, иридоциклит, эписклерит, увеит, склероз хрусталика.
- Поражения слизистых рта, желудочно-кишечного тракта,
- Гепатомегалия и спленомегалия.
- Поражение цнс- функциональные нарушения, энцефалопатия, эпилептическими припадками, бред., полиневрит
- Поражение сердца - миокардит, миокардиодистрофия, редко -- коронарит, перикардит, пороки сердца
- Миалгии, миастения, амиотрофия
- Лимфоаденопатии
- Лихорадка

Диагностические критерии ПА

- 1. Поражение дистальных межфаланговых суставов кистей.**
- 2. Осевое поражение 3-х суставов одного пальца.**
- 3. Раннее поражение суставов стоп.**
- 4. Талалгия.**
- 5. Наличие псориатических фокусов (на коже и ногтях).**
- 6. Псориаз близких родственников.**
- 7. Отрицательная реакция на ревматоидный фактор (РФ).**

Диагностические критерии ПА

- 8. Рентгенологические: остеолитический процесс в сочетании с костными разрастаниями, отсутствие эпифазарного остеопороза.**
- 9. Сакроилеит.**
- 10. Паравертебелярная оссификация.**

Диагноз определенной ПА ставится на основании 3-х критериев, один из которых должен быть 5, 6, 8. При наличии РФ необходимо иметь 5 критериев, а среди них обязательно критерий 9

Критерии исключения ПсА

1. Отсутствие кожного ПСОРИАЗА (25%)
2. РФ +
3. Ревматоидные узлы
4. Тофусы
5. Тесная связь артрита с кишечной и мочеполовой инфекцией.

Классификация ПсА

■^{1.} Клинико-морфологическая характеристика

Поражение суставов: артрит с поражением дистальных межфаланговых суставов; моно-олигоартрит, полиартрит, похожий на РА, мутилирующий артрит, спондилоартрит.

2. Поражение глаз: ирит, конъюнктивит, увеит, эписклерит.

3. Поражения сердца: миокардиодистрофия, кардиосклероз, клапанные поражения сердца.

4. Поражение печени: гепатит. 5. Поражение почек: : амилоидоз.

Классификация ПсА

Течение

1. Острое

2. Подострое.

3. Хроническое.

4. Непрерывно рецидивирующее.

5. Злокачественное.

Классификация ПсА

Степень активности

I - минимальная

II-средняя

III-высокая

Примечание: Висцеральные проявления наиболее часто встречаются и выражены при злокачественном течении псориатической артропатии.

Примеры формулировки диагноза

1. Псориатическая артропатия, полиартрит, спондиллоартрит, острое течение, акт. II ст. ФНС II ст.
2. ПА, злокачественное течение, акт. II ст., с поражением глаз (увеит), сердца (миокардиодистрофия), почек (амилоидоз). Псориатическая эритродермия. ФНС- II ст.

Основные направления в терапии ПсА

1. НПВС
2. Локально - ГК в/суставно – системные неэффективны
3. Базисная терапия
4. а) препараты Au б) сульфасалазин в) метотрексат
5. Локальная терапия кожных проявлений
6. Сопроводительная терапия:
7. а) экстракорпоральные, б) антиагреганты
в) липидемические, г) лечение вторичной гиперурикемии
8. При поражении глаз, сердца, аорты - ГКС (пульс-терапия)

ЛФК, массаж.