

# **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



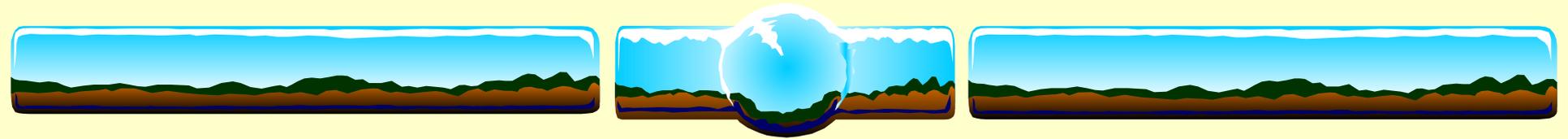
## Общие признаки спондилоартропатий (Wollheim. 1993)

- ❖ 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



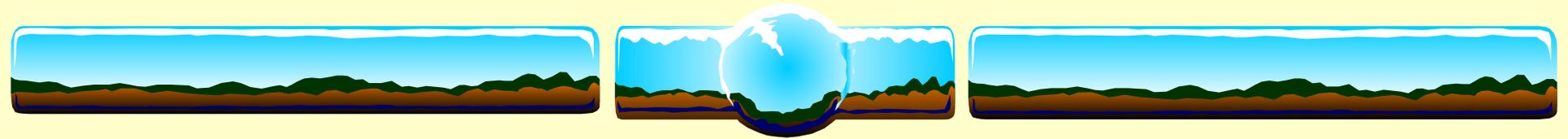
# АНКИЛОЗИРУЮЩИЙ СПОНДИЛОАРТРИТ

- ❖ 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



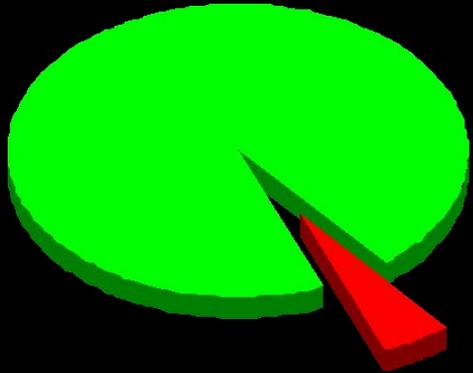
# Диагностические критерии

## 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



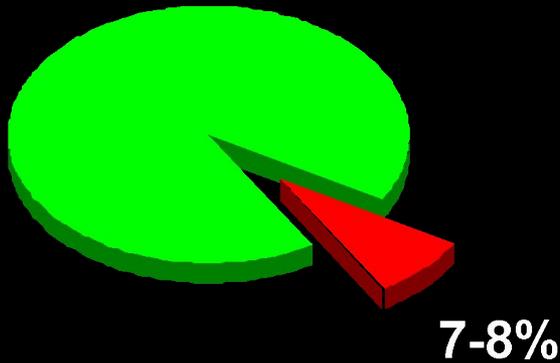
больные  
АС  
0,5-2%

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

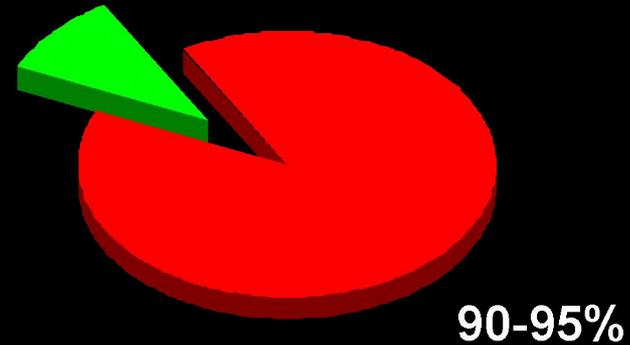
*Соотношение  
мужчин и женщин  
составляет 9:1*

# Встречаемость антигена гистосовместимости HLA-B27

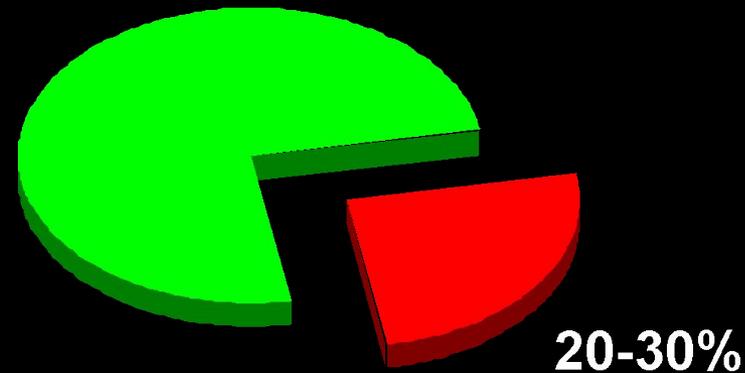
Общая популяция



Больные АС



Родственники больных АС



# 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 потоами, 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

# КЛИНИКА АС

## Симптомы

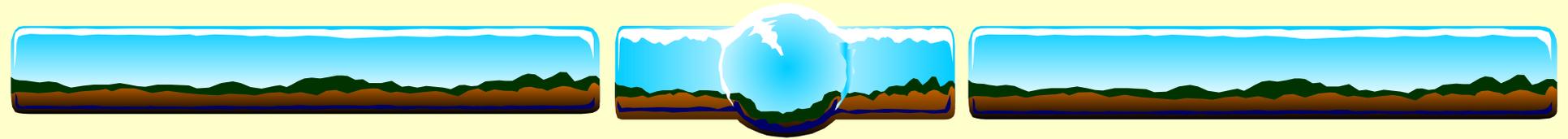
**Сакроилеит**

**Боль, скованность,  
тугоподвижность  
при прогрессировании  
Формируется  
«поза просителя»**

## Поражаемость

**Межпозвоноквые суставы,  
корневые тазобедренные  
и плечевые суставы  
Реже – другие  
периферические суставы**

**Поражение глаз  
(передний увеит)  
Поражение аорты (аоротит,  
аортальная  
недостаточность)  
поражение почек  
(вторичный амилоидоз)**



# 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.



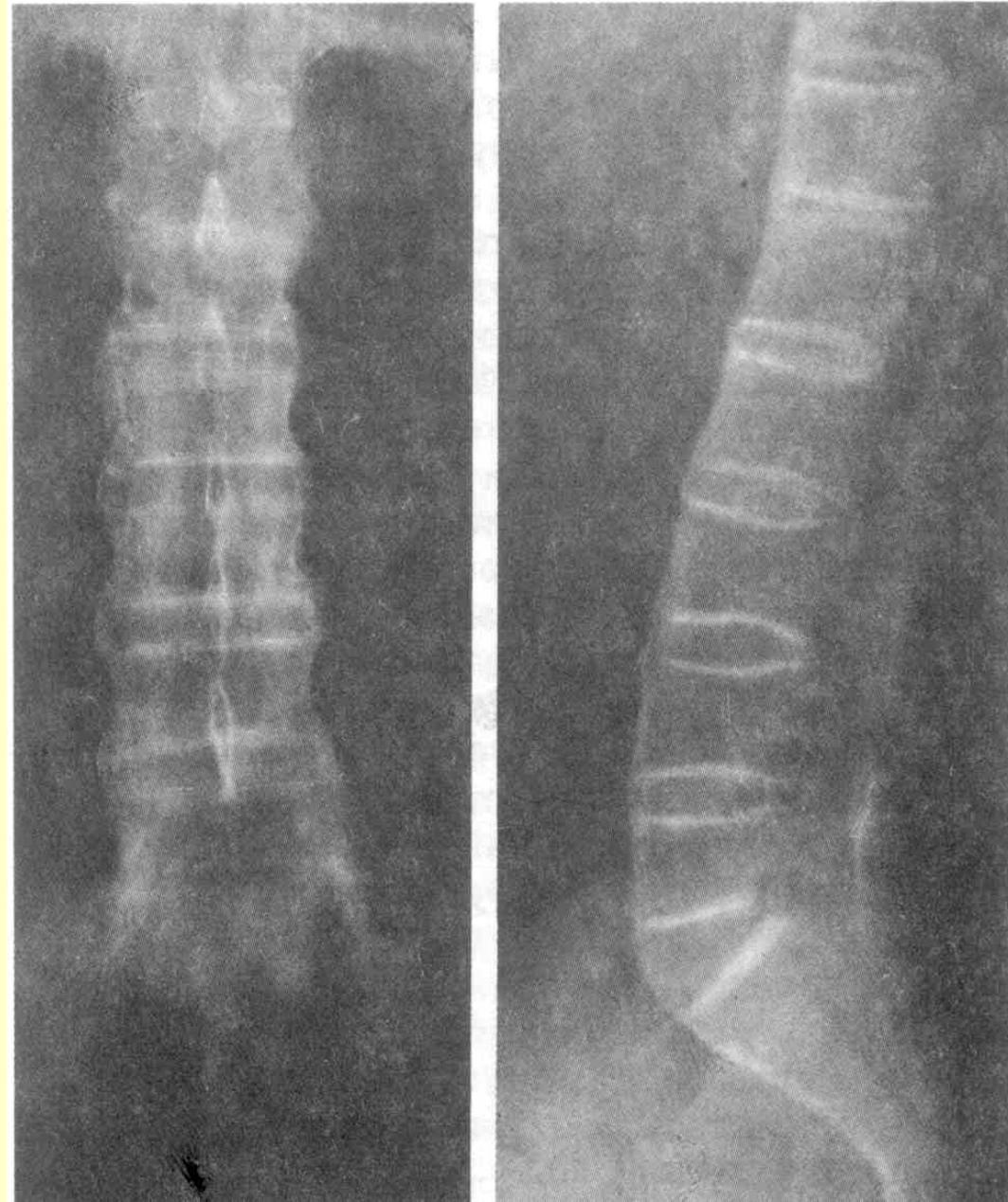
Возможное распространение болей и изменение формы позвоночника при болезни Бехтерева.



# 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.