СЕРОНЕГАТИВНЫЕ СПОНДИЛОАРТРИТЫ

Определение. Группа хронических воспалительных ревматических заболеваний, характеризующихся общностью клинико-рентгенологической картины с вовлечением в патологический процесс осевого скелета и отсутствием в сыворотке крови у больных ревматоидного фактора.

Классификация (Berlin, 2002)

1. Идиопатический ювенильный анкилозирующий спондилоартрит (болезнь Бехтерева)
2. Реактивный артрит (урогенитальные артриты при уреаплазмозе, хламидиозе, в том числе болезнь Рейтера)
3. Энтеропатические артриты (кишечная инфекция в предшествующий месяц: иерсиниоз, шигеллез, сальмонеллез)
4. Псориатический артрит
5. Артриты, связанные с воспалительными заболеваниями кишечника
6. Недифференцированный артрит

Общие признаки:

- сакроилеит (преходящие боли в области ягодиц, крестца) и спондилит;
- асимметричный моно- или олигоартрит нижних конечностей;
- энтезопатии осевого и периферического скелета;
- инфекция мочеполовой системы или кишечника;
- воспалительные заболевания глаз (передний увеит, кератит, язвы роговицы, конъюнктивит);
- поражение кожи, слизистых оболочек, ногтей (псориаз, узловатая эритема, гангренозная пиодермия, ониходистрофия, язвочки в полости рта);
- поражение внутренних органов (фиброзирующий процесс в легких, аорте, створках аортальных клапанов, межжелудочковой перегородке с формированием аортальной недостаточности, нарушений проводимости сердца – АВ-блокада, амилоидоз почек);
- отсутствие ревматоидного фактора;
- генетическая предрасположенность, носительство HLA-B27 антигена (встречается не всегда).
- возраст начала заболевания чаще моложе 40 лет, длительность более 3 месяцев.

Клиническая картина

- *Сакроилеит, спондилит* - боли в ягодичной области, поясничном отделе позвоночника воспалительного характера. Болевой синдром уменьшается после физических упражнений и к концу дня, усиливается в покое, ночью и утром, после пробуждения. Возможна утренняя скованность более 30 минут.
- *Энтезит* - воспаление в местах прикрепления связок, сухожилий или капсулы сустава к кости: ахиллово сухожилие, подошвенный апоневроз к пяточной кости, надколенник к большеберцовой кости, головки

плюсневых костей, гребни подвздошных костей, длинные связки позвоночника, костохондральные сочленения. Определяются отечность окружающих тканей и пальпаторная болезненность в области вовлеченного энтезиса. Наиболее частый исход энтезопатии - оссификация энтезиса с развитием энтезофитов.

Энтезит - патогенетически главное, первичное поражение при спондилоартропатиях, а синовит - основное поражение при ревматоидном артрите.

Объективные симптомы:

- *Симптом Кушелевского I* – болезненность в области крестцово-подвздошных суставов при разведении и надавливании на гребни подвздошных костей в положении на спине
- *Симптом Кушелевского II* – болезненность в области пораженного крестцово-подвздошного сустава при резком надавливании на гребни подвздошных костей в положении на боку
- *Симптом Кушелевского III* – болезненность в пораженном крестцово-подвздошном суставе при одновременном надавливании бедро на (голень надо свесить с кушетки) и отведении гребня подвздошной кости с другой стороны в положении на спине.
- *Стимптом Форестье* – отсутствие одновременного прикосновения пяток, лопаток и затылка в положении стоя у стены (при болезни Бехтерева)
-*Пробы Шобера, Томайера, Отто* (сгибание в поясничном отделе позвоночника)
- *Симптомы энтезитов:* болезненность в месте прикрепления сухожилий к пяточной кости, надколеннику, в области I и VII грудино-реберных сочленений, гребнях подвздошных костей, остистый отросток V поясничного позвонка.

Сравнительная характеристика клинических особенностей основных спондилоартропатий (Kataria R,, Brent L., 2004)

Клинические особенности	Анкилозирующий спондилоартрит	Реактивный артрит	Псориатический артрит	Энтеропатический артрит
Возраст начала болезни	Молодые люди, подростки	Молодые люди подростки	35-45 лет	Любой
Пол (мужчины/ женшины)	3:1	5:1	1.1	1:1
HLA-B27	90-95%	80%	40%	30%
Сакроилеит	100%, двусторонний	40-60%, односторонний	40%, односторонний	20%, двусторонний
Синдесмофиты	Мелкие, краевые	Массивные, некраевые	Массивные, некраевые	Мелкие, краевые
Периферический артрит	Иногда асиммет-	Обычно, асиммет-	Обычно, асимметричный,	Обычно. асиммет-

	ричный, нижние конечности	ричный, нижние конечности	любые суставы	ричный, нижние конечности
Энтезит	Обычно	Очень часто	Очень часто	Иногда
Дактилит («сосискообразные пальцы»)	Не характерно	Часто	Часто	Не характерно
Поражение кожи	Нет	Циркулярный баланит, кератодермия	Псориаз	Узловатая эри- тема, гангренозная пиодермия
Поражение ногтей	Нет	Онихолизис	Онихолизис	Утолщение
Поражение глаз	Острый передний увеит	Острый передний увеит, конъюнктивит	Хронический увеит	Хронический увеит
Поражение слизистой рта	Язвы	Язвы	Язвы	Язвы
Наиболее частое поражение сердца	Аортальная регургитация, нарушения проведения	Аортальная регургитация. нарушения проведения	Аортальная регургитация, нарушения проведения	Аортальная регургитация
Поражение легких	Верхнедолевой фиброз	Нет	Нет	Нет
Желудочно- кишечные поражений	Нет	Диарея	Нет	Болезнь Крона, язвенный колит
Поражение почек	Амилоидоз, IgA- нефропатия	Амилоидоз	Амилоидоз	Нефролитиаз
Мочеполовые поражения	Простатит	Уретрит, цервицит	Нет	Нет

Болезнь Бехтерева (анкилозирующий спондилит) - хроническое системное заболевание, характеризирующееся воспалительным поражением суставов позвоночника, околопозвоночных тканей и крестцово – подвздошных сочленений с анкилозированием межпозвоночных суставов и развитием кальцификации спинальных связок.

Клинические формы:

1).Центральная форма – поражение только позвоночника, «поза просителя».

2).Ризомелическая форма – поражение позвоночника и корневых суставов (плечевых и тазобедренных)

3).Периферическая форма - поражение позвоночника и периферических суставов (коленных, голеностопных и др.)

4).Скандинавская форма - поражение мелких суставов кистей и позвоночника.
5). Висцеральная форма – с пораженим внутренних органов: глаз (увеит), аорты (аортит, аортальная недостаточность), почек (вторичный амилоидоз)
Клинические стадии:
I – дорентгенологическая (сакроилеит выявляется только по данным МРТ)
II - развернутая
III – поздняя (появление синдесмофитов)
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

Модифицированные Нью-Йоркские критерии, 1984 г.
1.Боли и скованность в нижней части спины не менее 3 мес.
2.Огранические движений в поясничном отделе позвоночника
3.Ограничение дыхательной экскурсии грудной клетки (определяется на уровне 4 межреберья)
4.Ренгенологические признаки: двусторонний сакроилеит 2-4 стадии или односторонний 3-4 стадии.
При наличии рентгенологического и хотя бы одного клинического критерия – диагноз считают достоверным.

Болезнь Рейтера (уретроокулосиновиальный синдром)
-Чаще у молодых мужчин
-После перенесенной урогенитальной инфекции (хламидиоз) в течение 1 месяца, до 6-8 недель
-Течение чаще всего доброкачественное, выздоровление в течение 4-6 месяцев
-Общевоспалительный синдром: лихорадка, слабость, похудание
-Поражение суставов: ассиметричный артрит суставов нижних конечностей (голеностопные, коленный, часто большие пальцы стоп)
-Поражение энтезисов: таллалгии, дактилит
-Поражение слизистых оболочек: коньюктивит, баланит, цервицит, эрозии в полости рта)
-Кератодермия: очаговый гиперкератоз чаще в области подошв и ладоней
-Поражение ногтей (чаще пальцев стоп): желтое окрашивание, онихолизис
-Редко – аортит, миокардит, гломерулонефрит, серозит, полиневрит, паховая лимфаденопатия

Псориатический артрит

-У 30% больных с кожной формой псориаза, поражением ногтевых пластинок (точечные вдавления, онихолизис, гиперкератоз), связь обострения суставного синдрома с усилением кожных проявлений.
-Псориаз у близких родственников
-Спондилит (воспалительная боль, утренняя скованность и ограничение подвижности в шейном, грудном, поясничном отделах во фронтальной и саггитальной плоскостях)
- Двусторонний сакроилеит
- Артрит дистальных межфаланговых суставов, 3 суставов одного пальца («сосискообразный палец» - дактилит)

Критерии диагноза серонегативных спондилоартропатий (Amor B., 1995)

Клинические или анамнестические признаки:

- Ночные боли в поясничной области и/или утренняя скованность в пояснице - 1 балл.
- Олигоартрит асимметричный - 2 балла.
- Периодические боли в ягодицах - 1-2 балла.
- Сосискообразные пальцы на кистях и стопах - 2 балла.
- Талалгии (боль в пятке) или другие энтезопатии - 2 балла.
- Ирит - 2 балла.
- Негонококковый уретрит или цервицит менее чем за 1 мес. до дебюта артрита - 1 балл.
- Диарея менее чем за 1 мес. до дебюта артрита - 1 балл.
- Наличие или предшествующие псориаз, баланит, хронический энтероколит - 2 балла.

Рентгенологические признаки:

- Сакроилеит (двусторонний II стадии или односторонний III-IV стадии) - 3 балла.

Генетические особенности:

- Наличие HLA-B27 и/или наличие у родственников в анамнезе спондилоартрита, реактивного артрита, псориаза, увеита, хронического энтероколита - 2 балла.

Чувствительность к лечению:

- Уменьшение в течение 48 ч болей на фоне приема нестероидных противовоспалительных средств (НПВС) и/или стабилизация при раннем рецидиве - 1 балл.

Заболевание считают достоверным спондилоартритом, если сумма баллов по 12 критериям больше или равна 6.

План обследования при серонегативных спондилоартритах:

1. Клинический анализ крови
2. Биохимический анализ крови (протеинограмма, СРБ, фибриноген, мочевая кислота, АЛТ, АСТ, креатинин)
3. Общий анализ мочи
4. Маркеры гепатитов В, С, ВИЧ

5. HLA-B27
6. Иммунологическая панель: отрицательные РФ, АЦЦП, АНФ
7. Посев кала, соскоба эпителия из уретры
8. РНГА, ПЦР к инфекционным агентам
9. Исследование синовиальной жидкости (для дифференциального диагноза с подагрой)
10. УЗИ суставов (выявление энтезитов)
11. МРТ суставов
12. Рентгенограмма суставов

-сакроилеит (расширение или сужение суставной щели, субхондральный остеосклероз, эрозирование суставных поверхностей илеосакральных суставов, частичный или полный анкилоз);

-передний спондилит (эрозирование передних углов позвонков и их «квадратизация»);

-деструкция межпозвонковых дисков и их оссификация;

-неровность суставных поверхностей, остеосклероз, анкилоз реберно-позвоночных и межпозвоночных суставов;

-единичный и множественный синдесмофитоз;

-эрозии, остеосклероз, остеофитоз, периостальные наслоения пяточных костей и костей таза;

-сужение суставных щелей, асимметричные эрозии преимущественно суставов нижних конечностей.

Наличие в области зон воспаления и деструкции зон остеосклероза, а не остеопороза (как при РА), костной пролиферации по типу краевых разрастаний, периостита – отличительные черты.

13. Консультация уролога, дерматолога, окулиста
14. Определение активности по опроснику BASDAY (bath ankylosing spondylitis disease activity index)

Лечение серонегативных спондилоартритов

1. Симптом-модифицирующие препараты:
   -НПВС±Глюкокортикоиды (чаще внутрисуставное введение)
2. Болезнь-модифицирующие препараты:
   -Цитостатики (метотрексат 10-15 мг/нед., лефлуномид, циклоспорин)
   -Сульфасалазин 2-3 г/сут. (при затяжном и хроническом течении периферических артритов)
   -Генно-инженерная биологическая терапия: ингибиторы ФНО-альфа – инфликсимаб, адалимумаб, этанерцепт, голимумаб; моноклональные антитела к интерлейкинам – устекинумаб
3. По показаниям – лечение острой урогенитальной инфекции, в том числе полового партнера (макролиды, фторхинолоны)
4. ЛФК, ФТЛ