

Серонегативные спондилоартриты

Серонегативные спондилоартриты

- **1. Для заболеваний из группы серонегативных спондилоартритов (болезнь Бехтерева, псориатическая артропатия, реактивные урогенные (болезнь Рейтера) и энтероколитические артриты, болезнь Крона, неспецифический язвенный колит) типичными проявлениями заболевания являются:**
 - **- поражение крестцовоподвздошных суставов;**
 - **- суставов и связочного аппарата позвоночника;**
 - **- суставов нижних (чаще) и верхних (реже) конечностей;**
 - **- мест прикрепления связок и сухожилий к костям (энтезопатии).**
- **2. HLA-B27 антиген.**

Позвоночник.

- **Первичными местами поражения позвоночника, особенно у мужчин, являются грудопоясничный и пояснично-крестцовый отделы позвоночника.**
- **У женщин в ранних стадиях заболевания может поражаться шейный отдел позвоночника.**

Позвоночник.

- **Передний спондилит**, связанный с локальными эрозивными изменениями в местах прикрепления связки в области передних отделов тел позвонков и воспалением в передней продольной связке позвоночника, приводит к уменьшению вогнутости тела позвонка (Resnick, 1988).
- Результатом этих изменений является типичная для болезни Бехтерева «квадратизация» тел позвонков, хорошо видимая на боковой рентгенограмме позвоночника. Эти изменения выявляются в поясничном отделе позвоночника, так как грудные позвонки и в норме имеют, приближающуюся к прямоугольной, конфигурацию.

Позвоночник.

- **Синдесмофиты** - вертикально ориентированные костные оссификаты, расположенные снаружи от фиброзного кольца межпозвонкового диска. Они превалируют в области передних и боковых участков тел позвонков и формируют костные мостики между телами позвонков. В поздних стадиях заболевания множественные синдесмофиты соединяются между собой на большом протяжении и формируют, характерный для анкилозирующего спондилоартрита, **«бамбуковый» позвоночник.**
- **Синдесмофиты**, характерные для болезни Бехтерева, а также энтерогенного спондилоартрита, отличаются от синдесмофитов и остеофитов, выявляемых на углах тел позвонков при других заболеваниях. Они имеют **четкий, ровный контур**, плавно переходящий от одного тела позвонка к другому.

Позвоночник.

- **Эрозирование** суставных поверхностей и **сужение** одного или более **межпозвонковых дисков** (**спондилодисциты**) - характерные рентгенологические симптомы для анкилозирующего спондилоартрита . Эти изменения могут быть разделены на **локальные и распространённые** (Cawley, 1972). Исходом спондилодисцита может быть **кальцификация межпозвонкового диска**, а если спондилодисцит сочетался с деструктивными изменениями сочленяющихся тел позвонков, в этом случае возможно формирование **костных анкилозов смежных позвонков**.
- **Поражение межпозвонковых суставов** появляются позже, но исходом артрита в этих суставах также может быть их **анкилозирование**.
- **Осификация** задней продольной и межостной связок позвоночника.

Позвоночник.

- Эрозии в области зубовидного отростка и атлантоаксиальный подвывих могут быть обнаружены при анкилозирующем спондилите, хотя с меньшей частотой, чем при РА.
- Описан случай анкилозирования в области атлантоаксиального сустава.
- В других частях шейного отдела позвоночника, изменения, если они обнаруживаются, идентичны тем, что встречаются в грудопоясничном отделе позвоночника.

Позвоночник.

- **Дифференциальный диагноз с синдесмофитами.**

- **Остеофиты при деформирующем спондилёзе** треугольные по форме, имеют форму «ручки кувшина» до 10 мм длиной, расположенные на передних и боковых углах тел позвонков.
- При **диффузном идиопатическом костном гиперостозе** в позвоночнике выявляется обызвествление передней продольной связки на большом протяжении с формированием грубых, деформированных остеофитов на передних и боковых углах тел позвонков с толщиной стенки до 4-6 мм и длиной до 20-25 мм, чем они и отличаются от синдесмофитов при анкилозирующем спондилите, ширина которых не превышает 1-2 мм. Кроме того, при анкилозирующем гиперостозе отсутствуют изменения в крестцовоподвздошных суставах.

- **Внепозвоночные изменения костей и суставов.**
- **Тазобедренный сустав наиболее часто из всех периферических суставов вовлекается в патологический процесс при анкилозирующем спондилоартрите (Dwosh, 1976).**
- **Артриты тазобедренных суставов при болезни Бехтерева чаще двухсторонние и симметричные.**

Тазобедренные суставы.

- Основными рентгенологическими симптомами артрита тазобедренных суставов являются: сужение суставных щелей, с верхнемедиальным смещением бедренных головок и формированием **остеофитов** на краях суставных поверхностей. Остеофиты вначале обнаруживаются в области латерального края бедренной головки, на границе перехода головки бедренной кости в шейку. При прогрессировании заболевания формируется типичная грибовидная деформация бедренной головки (Dwosh, 1976, Glick, 1976).

Тазобедренный сустав.

- У ряда больных обнаруживаются **субхондральные кистовидные просветления костной ткани, эрозии и возможно развитие внутрисуставного костного анкилоза.** Отдельные изменения в тазобедренных суставах могут приводить к выраженным клиническим проявлениям, требующим хирургического вмешательства. Однако, больные с анкилозирующим спондилоартритом, которым была выполнена операция на тазобедренном суставе, включая полную замену сустава эндопротезом, **склонны к отложению кальция в околосуставных мягких тканях,** которые могут значительно ограничить движения в оперированном суставе (Resnick, 1976).

Плечевой сустав.

- **Плечевой сустав занимает второе место по частоте выявления патологических изменений среди периферических суставов при анкилозирующем спондилоартрите (Resnick, 1977).**
- **Чаще обнаруживаются двухсторонние изменения, сопровождающиеся околосуставным остеопорозом, сужением суставной щели, костными эрозиями и ограничением подвижности сустава. Характерные крупные деструктивные изменения обнаруживаются в верхнелатеральной части плечевой головки.**

Периферические суставы

- Изменения в других периферических суставах встречаются с различной частотой.**
- Включают в себя утолщения мягких тканей в области суставов, умеренно выраженный околосуставной остеопороз, сужение суставной щели, эрозии костей и энтезопатии (Resnick, 1988).**
- Эрозии костей не такие глубокие, как при РА.**

Энтезопатии.

- Наличие энтезопатий в местах прикрепления связок к костям и периоститов при анкилозирующем спондилоартрите, а также и при других серонегативных спондилоартритах, оказывают дополнительную помощь для постановки правильного диагноза. При этом часто выявляются «шпоры» в местах прикрепления подошвенного апоневроза к нижнему краю пяточного бугра и ахиллова сухожилия к верхнезаднему краю пяточной кости. В острую фазу заболевания в местах прикрепления связок обнаруживаются краевые эрозии костей, периоститы, кистовидные просветления костной ткани и локальный остеопороз (Смирнов, 1994).
- Воспалительные энтезопатии при серонегативных спондилоартритах (Ball, 1971, Resnick, 1988) отличаются от энтезопатий при дегенеративных невоспалительных заболеваний, при которых остеофиты в местах прикрепления связок к костям могут быть очень крупными (до 2.0-3.0 см длиной и 0.8-1.0 см толщиной). Такие энтезопатии характерны для анкилозирующего идиопатического гиперостоза скелета (болезни Форестье).

Другие локализации.

- Кроме вышеописанных изменений при анкилозирующем спондилите описаны поражения грудино-ключичных суставов, симфиза, сустава между рукояткой и телом грудины, реберно-поперечных суставов (Resnick, 1988).