

СЕРОНЕГАТИВНЫЕ СПОНДИЛОАРТРИТЫ

Определение

Это группа генетически детерминированных воспалительных заболеваний, протекающих с поражением суставов и позвоночника и имеющих, патогенетическое и клиническое сходство.

Эпидемиология

- распространенность среди взрослых составляет 0,5-1,5%
- возраст 15-45 лет
- преобладают мужчины

Классификация серонегативных спондилоартропатий (Berlin, 2002)

- Анкилозирующий спондилоартрит
- Реактивный артрит, включая болезнь Рейтера
- Псориатический артрит
- Энтеропатические артриты, связанные с болезнью Крона и язвенным колитом
- Недифференцированные спондилоартриты

Клинико-лабораторные признаки, характерные для всех СНСА:

- отсутствие ревматоидного фактора;
- отсутствие подкожных узелков;
- асимметричный артрит;
- боль в спине воспалительного характера;
- рентгенологические признаки сакроилеита и/или анкилозирующего спондилоартрита;
- наличие клинических перекрестов;
- семейный анамнез;
- ассоциация с антигеном гистосовместимости HLA-B27.

Критерии воспалительной боли в спине (ASAS, 2009):

- Возраст начала БС < 40 лет
- Постепенное начало БС
- БС уменьшается после физических упражнений
- БС не снижается в покое
- БС присутствует в ночное время (с усилением болевых ощущений после пробуждения)

*БС считаются воспалительными при наличии любых 4 признаков.

Критерии диагностики серонегативных спондилоартритов:

1. Клинические признаки:

- ночные боли в поясничной области и/или утренняя скованность в пояснице или спине (1 балл)
- ассиметричный олигоартрит (2 балла)
- периодические боли в ягодицах (2 балла)
- сосискообразная форма пальцев кистей и стоп (2 балла)
- талалгии (или другие энтезопатии) (2 балла)
- ирит (2 балла)
- негонококковый уретрит (цервицит) менее чем за 1 мес до дебюта артрита (1 балл)
- диарея за месяц до дебюта артрита (1 балл)
- наличие в анамнезе: псориаза, баланита, хр.энтероколита (2 балла)

Критерии диагностики серонегативных спондилоартритов:

2. Рентгенологические признаки:

- сакроилеит (односторонний 3-4 стадии или двустороннего 2-4 стадии (3 балла)

3. Генетические особенности:

- наличие HLA-B27 и/или наличие в анамнезе у родственников псориаза, с-ма Рейтера, увеита, хронического энтероколита (2 балла)

4. Чувствительность к лечению:

- уменьшение за 48 часов более при приеме НПВС (1 балл)

* Диагноз СНСА считается достоверным, если сумма баллов по 12 критериям больше или равна 6.

Анкилозирующий спондилоартрит

(болезнь Штрюмпеля-Мари-Бехтерева)



Определение

Хроническое воспалительное заболевание позвоночника (спондилит) и крестцово-подвздошных суставов (сакроилеит), а также периферических суставов (артрит), энтезисов (энтезит), в ряде случаев глаз (увеит) и корня аорты (аортит), которым заболевают, как правило, до 40 лет и при котором более чем в 90% случаев выявляется генетический маркер HLA-B27.

Эпидемиология

- распространенность 0,1-1,4%
- у 90-95% больных HLA-B27
- чаще молодые мужчины (15-30 лет)

Клиническая картина

- Боли в пояснично-крестцовой области позвоночника и в области крестцово-подвздошных сочленений
- Боли в ягодичной области с иррадиацией по задней поверхности бедер
- Скованность и тугоподвижность
- Боли в области грудной клетки, уменьшение экскурсии грудной клетки
- Энтезопатии

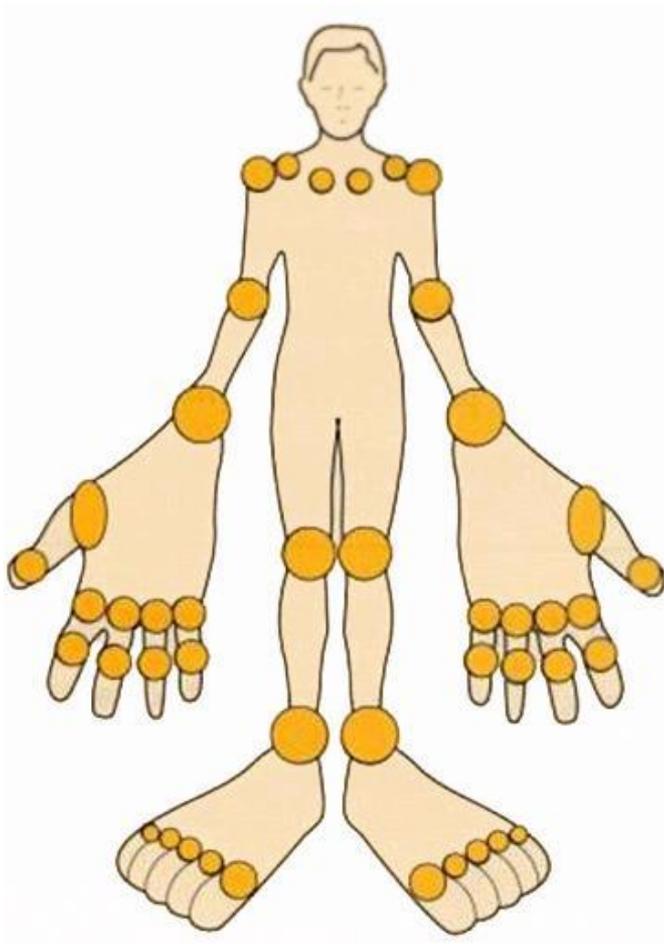
Клиническая картина

- Нарушение осанки («доскообразна спина» («поза гордеца»), «поза просителя»)



Клиническая картина

- Периферические суставы (10-15%) – крупные и средние (тазобедренные, коленные и голеностопные) по типу моно- и олигоартрита
- Артрит грудинно-ключичных и акромиально-ключичных сочленений, отдельных суставов пальцев стоп, височно-нижнечелюстные суставы



При АС наличие боли и припухлости определяется в 44 суставах, представленных на схеме, без учета степени выраженности изменений каждого отдельного сустава:

- правый и левый грудино-ключичные,
- ключично-акромиальные,
- плечевые,
- локтевые,
- лучезапястные,
- коленные,
- голеностопные суставы,
- 10 пястнофаланговых,
- 10 проксимальных межфаланговых суставов кистей и
- 10 плюснефаланговых суставов.

Системные проявления

- Конституциональные проявления: субфебрилитет, лимфаденопатия, снижение массы тела, общая слабость
- Острый передний увеит (ирит, иридоциклит)
- Поражение ССС – аортит, поражение створок аортального клапана, мембранозной части межжелудочковой перегородки и основания передней митральной створки.

Системные проявления

- Интерстициальный пневмонит и фиброз верхушек лёгких
- Поражение почек (IgA-нефропатия)
- Хронический простатит/цервицит
- Амилоидоз с преимущественным поражением почек и кишечника

Диагностика

1. Физикальные методы:

- оценка состояния позвоночника, суставов, энтезисов
- тест Томайера – наклон до пола, в норме 0-10 см
- тест Шобера – в норме при наклоне расстояние увеличивается на 4-5 см

Диагностика

2. Лабораторные методы:

- увеличение СОЭ и СРБ
- при высокой активности заболевания увеличивается концентрация IgA
- возможна умеренная нормохромная анемия
- ревматоидный фактор не обнаруживается
- определение HLA-B27 имеет значение для ранней диагностики АС у молодых мужчин с типичными клиническими, но недостаточно информативными рентгенологическими признаками сакроилеита

Диагностика

3. Инструментальные методы:

- рентгенография
- МРТ – для ранней диагностики сакроилелита и сподилита

Рентгенологическая стадия сакроилеита по классификации Kellgren:

0 стадия - отсутствие изменений;

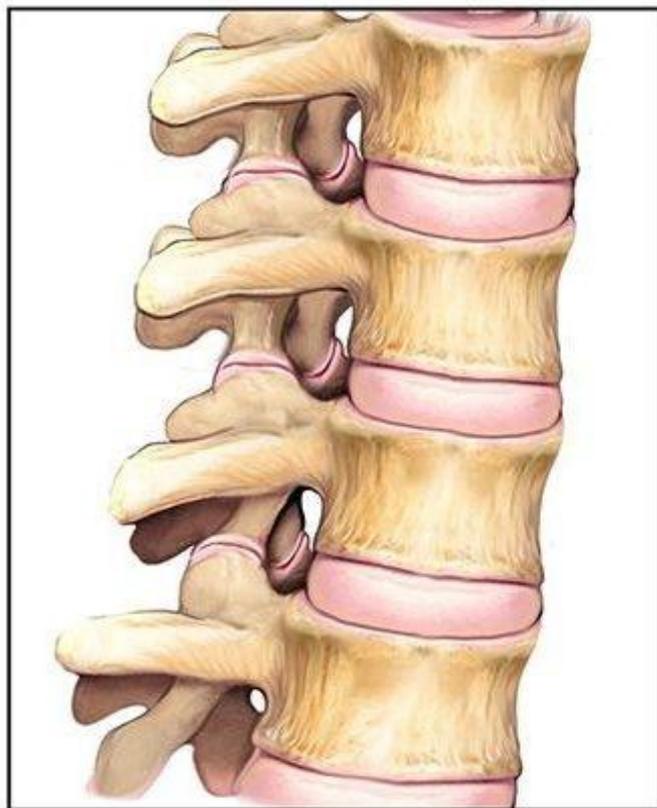
I стадия - подозрение на наличие изменений (отсутствие конкретных изменений);

II стадия - минимальные изменения (небольшие, локальные области эрозий или остеосклероза при отсутствии сужения щели);

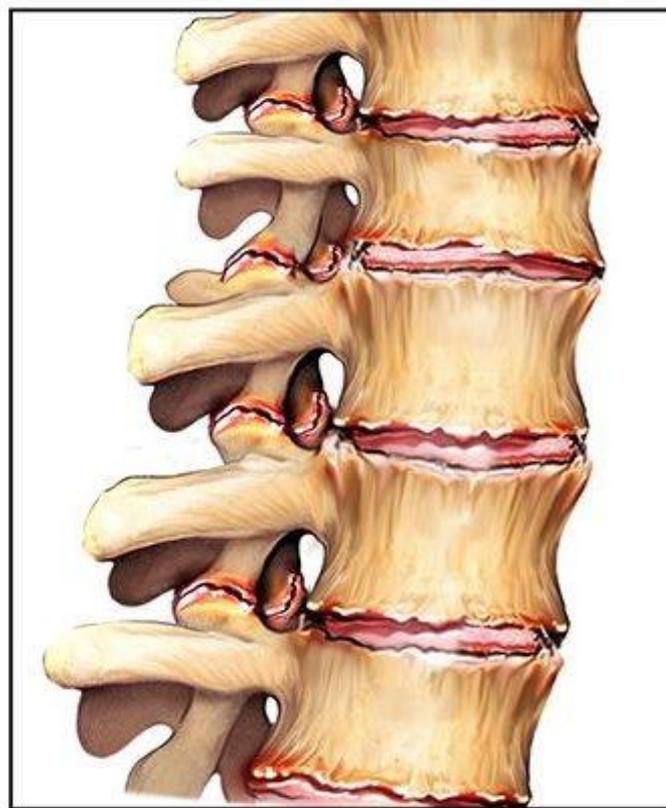
III стадия - безусловные изменения: умеренный или значительный сакроилеит с эрозиями, склерозом, расширением, сужением или частичным анкилозом;

IV стадия - полный анкилоз.

Нормальный позвоночник



Анкилозирующий спондилит



Критерии диагностики

1. Модифицированные Нью-Йоркские критерии АС:

Клинические признаки.

- Боли в нижней части спины, длящиеся не менее 3 месяцев, уменьшающиеся после физических упражнений и усиливающиеся в покое.
- Ограничения движений в поясничном отделе позвоночника в сагиттальной и фронтальной плоскости.
- Уменьшение дыхательной экскурсии грудной клетки.

Рентгенологические признаки

- Двухсторонний сакроилеит (стадии 2-4).
- Односторонний сакроилеит (стадии 3-4).

Диагноз считается достоверным при наличии одного рентгенологического признака в сочетании с любым клиническим.

2. Классификационные критерии Европейской группы по изучению спондилоартритов:

Большие критерии

- Боль в позвоночнике воспалительного характера.
- Синовит (наличие в прошлом или в настоящее время несимметричного артрита или артрита преимущественно суставов нижних конечностей).

Малые критерии

- Семейные случаи заболевания (наличие у родственников первой или второй степени родства одного из следующих заболеваний: анкилозирующий спондилит, псориаз, реактивный артрит, острый увеит, язвенный колит или болезнь Крона).
- Псориаз (наличие в прошлом или в настоящее время псориаза, диагноз которого установлен врачом).
- Воспалительные заболевания кишечника (наличие в прошлом или в настоящее время болезни Крона или язвенного колита).
- Перемещающаяся боль в ягодичных областях (наличие в прошлом или в настоящее время альтернирующих болей в ягодичных областях).
- Энтезопатии (наличие в прошлом или в настоящее время боли или болезненности в области прикрепления Ахиллова сухожилия или подошвенного апоневроза).
- Острая диарея (эпизод диареи в течение 1 месяца до развития артрита).
- Уретрит (негонококковый уретрит или цервицит в течение 1 месяца до развития артрита).
- Сакроилеит (двухсторонний – при наличии 2-4 стадий, односторонний – при наличии 3-4 стадий).

Заболевание может быть классифицировано как спондилоартрит при наличии любого большого и хотя бы одного малого критерия.

Течение АС

- Медленно прогрессирующее – при котором позвоночник и суставы поражаются медленно, постепенно, в течение многих лет, и медленно прогрессирующее течение с периодами обострения. Выраженная функциональная недостаточность суставов и позвоночника обычно наступает через 10-20 лет.
- Быстро прогрессирующее – за короткий срок приводит к полному анкилозу, проявляется выраженным болевым синдромом, полиартритом, атрофией мышц, похуданием, высокими лабораторными показателями активности воспалительного процесса, быстрым развитием кифоза и анкилозов.
- Септический вариант – острое начало с лихорадкой гектического характера, озноб, проливной пот, раннее появление висцеральных поражений.

Стадии АС

1-ая стадия – дорентгенологическая. Нет достоверных рентгенологических изменений ни в сакроилеальных суставах (сакроилеит двусторонний 2-4 стадии или односторонний 3-4 стадии Келлгрена), ни в позвоночнике (синдесмофиты), однако имеется достоверный сакроилеит (СИ) по данным МРТ.

2-ая стадия – развернутая. На рентгенограмме определяется достоверный СИ (двусторонний 2-4 стадии или односторонний 3-4 стадии по Келлгрена), но отсутствуют четкие структурные изменения в позвоночнике в виде синдесмофитов.

3-я стадия – поздняя. На рентгенограмме определяются достоверный СИ и четкие структурные изменения в позвоночнике (сакроилеит + синдесмофиты)

Степень активности воспаления

- I - минимальная: небольшая скованность и боли в позвоночнике и суставах конечностей по утрам, СОЭ до 20 мм/ч, СРБ 6-12 мкмоль/л
- II - умеренная: постоянные боли в позвоночнике и суставах, утренняя скованность несколько часов, СОЭ до 40 мм/ч, СРБ 12-24 мкмоль/л
- III - высокая: сильные постоянные боли в позвоночнике и суставах, скованность в течение всего дня, экссудативные изменения в суставах, субфебрильная температура, висцеральные проявления. СОЭ > 40 мм/ч, СРБ > 24 мкмоль/л

Степень функциональной недостаточности суставов (ФНС)

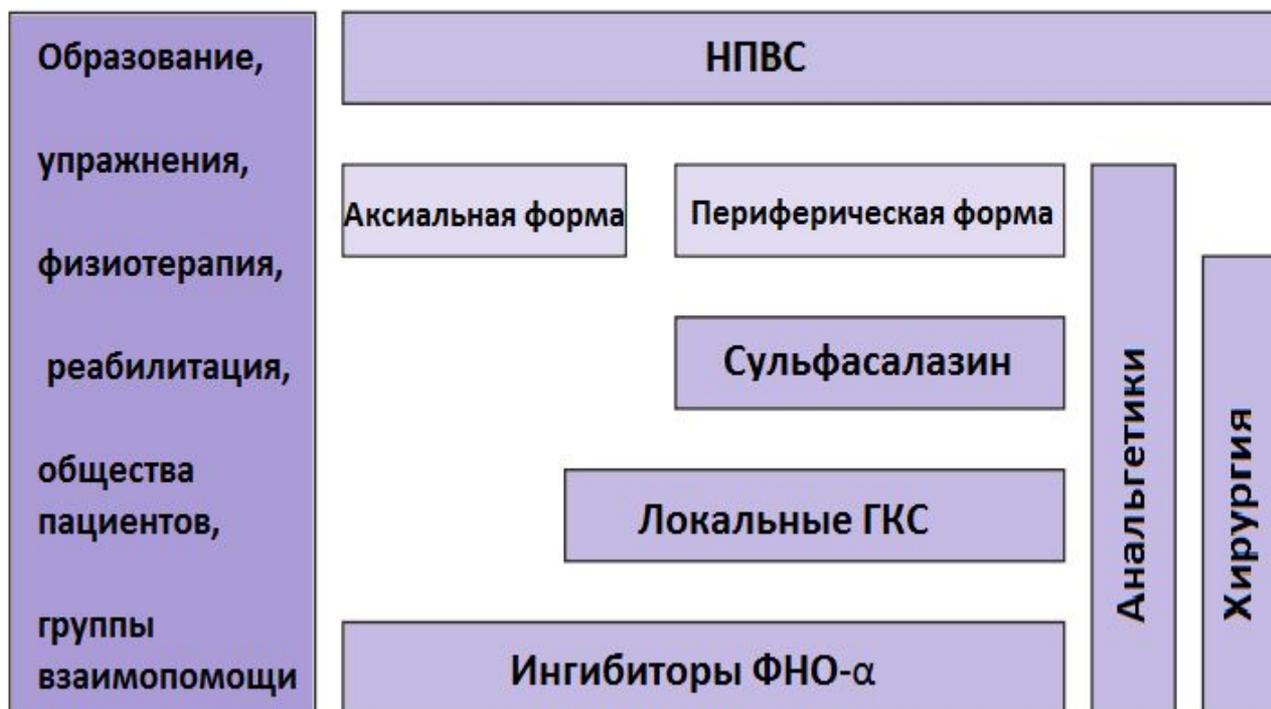
- I - изменение физиологических изгибов позвоночника, ограничение подвижности позвоночника и суставов
- II - значительное ограничение подвижности позвоночника и суставов, вследствие чего больной вынужден менять профессию
- III - анкилоз всех отделов позвоночника и тазобедренных суставов, вызывающий полную потерю трудоспособности либо невозможность самообслуживания

ЛЕЧЕНИЕ

Цели терапии:

- купирования и уменьшения боли
- уменьшения скованности и утомляемости
- предотвращения (замедления) структурных повреждений
- достижение полной или частичной клинико-лабораторной ремиссии

Рекомендации ASAS по лечению АС



Немедикаментозное лечение

Ежедневное выполнение пациентом специальных физических упражнений. Один или два раза в день в течение 30 мин должны проводиться дыхательная гимнастика и упражнения, направленные на поддержание достаточной амплитуды движений позвоночника (с акцентом на разгибательные движения), крупных суставов, а также на укрепление мышц спины.

Медикаментозное лечение

1. Нестероидные противовоспалительные препараты:

- диклофенак
- напроксен
- ибупрофен
- пироксикам
- мелоксикам
- фенилбутазон
- индометацин
- кетопрофен
- ацеклофенак
- селективные ингибиторы ЦОГ-2 (целекоксиб)

Медикаментозное лечение

2. Анальгетики

такие как парацетамол и трамадол, могут быть использованы в качестве дополнительного краткосрочного симптоматического лечения, особенно в тех случаях, когда терапия боли при помощи НПВП неэффективна, противопоказана, и/или плохо переносится

Медикаментозное лечение

3. Базисные противовоспалительные препараты:

- Сульфасалазин 2-3 г/сут – при ранней стадии АС с периферическим артритом и высоким СОЭ
- Метотрексат 5-15 мг/нед, возможно до 25 мг/нед – преимущественно при лечении периферического артрита при неэффективности сульфасалазина

Медикаментозное лечение

4. Глюкокортикостероиды

- системное применение ГКС (в таблетках) как при аксиальной форме АС, так и при наличии периферического артрита(ов) не рекомендуется
- при периферическом артрите, сакроилиите и энтезитах можно использовать локальное введение ГКС
- местное лечение ГКС высокоэффективно при остром переднем увеите (параорбитальные инъекции)
- ГКС применяются только совместно с БПВП
- у больных с высокой активностью, недостаточным эффектом НПВП можно использовать внутривенное введение высоких доз ГКС (1000-1500 мг) в течение 1-3 дней («пульс-терапия»)

Локальная (внутрисуставная и околосуставная) терапия ГКС

- инъекции ГКС приводит только к временному улучшению
- за одну процедуру инъекцию выполняют в один крупный/средний или в 2-4 мелких сустава
- повторные инъекции в один и тот же сустав допускаются не чаще 2 раз в год
- околосуставные инъекции ГКС могут быть выполнены в случае упорных энтезитов, трудно поддающихся другому лечению и значительно затрудняющих двигательную активность

Медикаментозное лечение

5. Ингибиторы фактора некроза опухоли альфа (иФНО α):

- Инфликсимаб 5 мг/кг в/в кап на 0-2-6 неделе, далее каждые 6-8 недель
- Адалимумаб 40 мг раз в 2 недели подкожно
- Голимумаб 50 мг раз в 28 дней подкожно
- Этанерцепт 50 мг раз в неделю подкожно

Показания к назначению иФНО-α

у пациента с достоверным диагнозом АС:

- при высокой активности болезни (BASDAI > 4 или ASDAS > 2,1) и при резистентности (или непереносимости) двух предшествующих НПВП, назначенных последовательно в терапевтической дозе с длительностью не менее 2-х недель каждый
- у больных с периферическим артритом при резистентности (или непереносимости) к терапии сульфасалазином в дозе не менее 2 г в течение не менее чем 3-х месяцев и внутрисуставных инъекций ГКС (не менее 2-х)
- при наличии рецидивирующего (или резистентного к стандартной терапии) увеита, без учета активности болезни
- при наличии быстро прогрессирующего коксита, без учета активности болезни

Ингибиторы фактора некроза опухоли альфа

- при аксиальном варианте АС не обязательно назначение базисной терапии перед назначением терапии иФНО α и одновременно с ней
- при потере эффективности одного из иФНО α (*вторичная неэффективность*) целесообразно назначение другого иФНО α
- доказано, что эффективность терапии иФНО α намного выше на ранней стадии болезни и при ее высокой активности, однако и при развернутой и поздней стадии заболевания они часто дают хороший клинический эффект
- существенно уменьшается отек костного мозга (остеит), обнаруживаемый при МРТ
- замедлении формирования синдесмофитов при их длительном использовании (более 4-х лет)

Хирургическое лечение

ориентировано на лечение осложнений заболевания и показано при развитии выраженных деформаций позвоночника, переломах позвонков, стенозе позвоночного канала и поражении (в первую очередь, тазобедренных) суставов, а также поражении сердца и глаз

ПСОРИАТИЧЕСКИЙ АРТРИТ



Определение

Хроническое воспалительное заболевание суставов, позвоночника и энтезисов, обычно ассоциированное с псориазом.

Эпидемиология

- развивается у 23-30% больных псориазом
- поражает мужчин и женщин в одинаковой степени
- дебют заболевания в возрасте от 20 до 50 лет

Клиническая картина

Характерные признаки ПсА:

- Артрит дистальных межфаланговых суставов кистей/стоп и «редискообразная» деформация
- Осевой артрит (одновременное поражение 3-х суставов одного пальца)
- Дактилит и «сосикообразная» деформация пальцев кистей и стоп

Клиническая картина

Дактилит – воспаление пальца, возникает в результате одновременного поражения сухожилий сгибателей и/или разгибателей пальцев и артрита межфаланговых суставов. Формируется характерная для ПсА «сосикообразная» деформация пальца.





Клиническая картина

Клинические варианты ПсА:

- Асимметричный олиго-, моноартрит крупных суставов (чаще всего коленных, голеностопных, лучезапястных, локтевых, реже тазобедренных и плечевых) до 70%
- Дистальная форма – артрит дистальных межфаланговых суставов кистей и стоп
- Симметричный полиартрит («ревматоидоподобный» вариант) – мелких суставов кистей и стоп, лучезапястных, коленных и плечевых суставов

Клиническая картина

Клинические варианты ПсА:

- Мутилирующий (обезображивающий) артрит (<5%) характеризуется остеоллизом концевых фаланг и головок пястных костей кистей.
- Спондилит и сакроилеит (40-45%) нередко протекают бессимптомно или малосимптомно, несмотря на выраженные рентгенологические изменения



Рисунок 1. Псориатический артрит: олигоарткулярный тип.
Преимущественное поражение левого запястья и правого большого пальца (стрелки).

Рисунок 2. Псориатический мутилирующий артрит.

Клиническая картина

Околосуставные поражения – энтезиты, теносиновиты в виде дактилита

Внесуставные поражения (системные проявления):

- кожный псориаз
- дистрофия ногтевых пластинок (80%)
- лимфаденопатия
- поражение глаз (конъюнктивит, увеит)
- аортит и эндокардит аортального клапана
- интерстициальный пневмонит
- нефропатия (гломерулонефрит, ураты, оксалаты, вторичная подагра)
- неспецифический реактивный гепатит, печеночная недостаточность



Вульгарный псориаз



Эксудативный псориаз

Рис. 63. Псориаз подошв.



Рис. 64. Псориазическая онихия.





Псориазная паронихия



Псориаз ногтевых пластинок рук: истончение, борозды Бо



Псориаз ногтей: симметричность поражения



Пустулезный псориаз

Диагностика

1. Клиническая картина

2. Лабораторная диагностика:

- анализ крови: наблюдают увеличение СОЭ и СРБ, возможна анемия, тромбоцитоз, диспротеинемия с гипоальбуминемией и гипергамаглобулинемией
- увеличение титров РФ наблюдается в 12% случаев
- выявление HLA B27 (неблагоприятное течение наблюдается у носителей HLA B27 , B39 и DQw3)

Диагностика

3. Инструментальные исследования:

- Рентгенологические изменения:
 - остеолиз суставных поверхностей по типу «карандаш в стакане»;
 - крупные эксцентрические эрозии;
 - резорбция концевых фаланг пальцев;
 - костные пролиферации;
 - костный анкилоз суставов пальцев;
 - асимметричный двусторонний сакроилеит;
 - паравертебральные оссификаты, синдесмофиты.



Рентгенограмма кистей пациента с псориатическим артритом (признаки деструктивного артрита с деформацией по типу «карандаш в стакане».

Диагностика

3. Инструментальные исследования:

- КТ, МРТ для ранней диагностики спондилита
- сцинтиграфия скелета для ранней диагностики

Диагностические критерии ПсА:

Критерии псориатического артрита CASPAR, 2006 г.

1. Псориаз:

- псориаз в момент осмотра (2 балла)
- псориаз в анамнезе (1 балл)
- семейный анамнез псориаза (1 балл)

2. Псориатическая дистрофия ногтей: точечные вдавления, онихолизис, гиперкератоз (1 балл)

3. Отрицательный РФ (кроме латекс-теста) (1 балл)

4. Дактилит:

- Припухлость всего пальца в момент осмотра (1 балл)
- Дактилит в анамнезе (1 балл)

5. Рентгенологические признаки внесуставной костной пролиферации по типу краевых разрастаний (кроме остеофитов) на рентгенограммах кистей и стоп (1 балл)

Должен иметь признаки воспалительного заболевания суставов (артрит, спондилит или энтезит) и 3 или более баллов из 5 категорий

Дифференциальный диагноз:

- ревматоидный артрит
- подагра
- реактивный артрит
- остеоартроз
- анкилозирующий спондилит

Дифференциальный диагноз

1. Ревматоидный артрит

- наличие РФ в крови и/или синовиальной жидкости
- наличие ревматоидных узелков
- симметричное поражение суставов кистей и стоп
- нехарактерен аксиальный артрит
- нехарактерна хаотичная деформация суставов
- вовлечение в процесс крупных и средних суставов
- как правило, не вовлекаются суставы-исключения (ДМФС, I пястно-фаланговый сустав, ПМФС мизинца)

Дифференциальный диагноз

2. Подагрический артрит

- гиперурикемия
- приступообразность
- багровая окраска сустава
- выраженная боль, исчезающая через 3-7 дней даже без лечения
- тофусы

3. Синдром Рейтера

- триада: артрит, конъюнктивит, уретрит или диарея
- связь суставного синдрома с урогенитальной инфекцией

Дифференциальный диагноз

4. Болезнь Бехтерева

- боль и скованность в позвоночнике
- равномерный двусторонний сакроилеит
- последовательное, снизу вверх, вовлечение в процесс отделов позвоночника
- поражение чаще крупных и средних суставов нижних конечностей

5. Деформирующий остеоартроз

- боль в суставах механического характера
- нет сакроилеита, псориаза или онихопатии

Лечение

Цели лечения:

- снижение активности воспалительного процесса в суставах и позвоночнике
- подавление системных проявлений ПсА и поражения кожи
- замедление прогрессирования деструкции суставов
- сохранение качества жизни пациентов

Немедикаментозное лечение:

- сбалансированная диета, включающая продукты с высоким содержанием ПНЖК
- лечебная физкультура
- физиотерапия (тепловые или холодовые процедуры, ультразвук, лазеротерапия и др.)
- санаторно-курортное лечение (сероводородные, радоновые ванны)

Медикаментозное лечение

1. Нестероидные противовоспалительные препараты:

(подавления воспалительного процесса в суставах, энтезисах и позвоночнике, не задерживают образование эрозий суставов).

- диклофенак 75-150 мг/сут x 2 p/сут
- ибупрофен 1200-2400 мг/сут x 3-4 p/сут
- индометацин 50-200 мг/сут в 2-4 приема (макс. 200 мг)
- кетопрофен 100-400 мг/сут x 3-4 p/сут
- этодолак 600-1200 мг/сут x 3-4 p/сут
- ацеклофенак 200 мг x 2 p/сут
- лорноксикам 8-16 мг x 2 p/сут
- мелоксикам 7,5-15 мг/сут x 1 p/сут
- эторикоксиб 120-240 мг/сут x 1-2 p/сут

Медикаментозное лечение

2. Базисные противовоспалительные препараты:

(уменьшают симптомы периферического артрита, дактилита, но не доказана способность задерживать образование эрозий в суставах)

- Метотрексат – препарат выбора при активном ПсА и псориазе, начинают с 10-15 мг/нед с увеличением по 5 мг каждые 2-4 недели (макс. 25 мг/нед). Обязательно прием фолиевой кислоты.

Медикаментозное лечение

2. Базисные противовоспалительные препараты:

- Сульфасалазин – оказывает эффект при мягком течении с умеренной воспалительной активностью. Начинают с 500 мг (+ 500 мг еженедельно до лечебной дозы 2 г/сут).
- Лефлуномид 100 мг/сутки в течение 3-х дней, затем поддерживающая 10-20 мг/сут
- Циклоспорин 2,5-5 мг/кг
- Азатиоприн

Медикаментозное лечение

3. Глюкокортикостероиды

- ГКС применяются только совместно с БПВП
- ГКС применяются перорально, внутрисуставно, окоლოსуставно, параорбитально, а также внутривенно (при проведении «пульс-терапии»)

Медикаментозное лечение

- ***Показаниям к ГКС:***

- временно, в самом начале лечения, когда БПВП ещё не накопился (для подавления воспаления до начала действия БПВП)
- временно, для подавления воспаления суставов при обострении заболевания или развития осложнений терапии БПВП
- постоянно, при неэффективности или непереносимости НПВП и БПВП
- постоянно/длительно при генерализованном периферическом артрите с высокой активностью воспаления, а также при некоторых видах системных поражений (аортит, гломерулонефрит, злокачественная форма кожного псориаза)
- пероральные ГКС при ПсА применяются в небольших дозах: обычно не более 10-15 мг/сут (в пересчёте на преднизолон)
- больным злокачественной формой ПсА рекомендуется проведение пульс-терапии высокими дозами метотрексата (100 мг) в комбинации с 250 мг метилпреднизолона

Локальная (внутрисуставная) терапия ГКС

- инъекции ГКС приводит только к временному улучшению
- за одну процедуру инъекцию выполняют в один крупный/средний или в 2-4 мелких сустава
- повторные инъекции в один и тот же сустав допускаются не чаще 3 раз в год
- окоლოსуставные инъекции ГКС могут быть выполнены в случае упорных энтезитов, трудно поддающихся другому лечению и значительно затрудняющих двигательную активность

Медикаментозное лечение

4. Генно-инженерные биологические препараты:

- Инфликсимаб 5 мг/кг в/в кап на 0-2-6 неделе, далее каждые 6-8 недель
- Адалимумаб 40 мг раз в 2 недели подкожно
- Голимумаб 50 мг раз в 28 дней подкожно
- Этанерцепт 50 мг раз в неделю подкожно
- Цертолизумаба пегол 400 мг подкожно на 0-2-4 неделе, далее 200 мг подкожно 1 раз в 2 недели или 400 мг подкожно 1 раз в 4 недели
- Устекинумаб (моноклональные антитела к ИЛ-12/23) 45 мг подкожно, второе введение через 4 недели, далее каждые 12 недель

Показания к назначению иФНО-α:

- Больным с множественными энезитами, с функциональными нарушениями и недостаточным эффектом от НПВС, в/с ГКС
- Больным с острыми множественными дактилитами (вовлечение 3-х пальцев и более), с функциональными нарушениями и недостаточным эффектом от НПВС, в/с ГКС, БПВП

Показания к назначению устекинумаба:

- Больным с активным периферическим артритом с предшествующей неэффективностью НПВС, в/с ГКС, БПВП
- Больным с множественными энезитами, с функциональными нарушениями и недостаточным эффектом от НПВС, в/с ГКС
- Больным с острыми множественными дактилитами (вовлечение 3-х пальцев и более), с функциональными нарушениями и недостаточным эффектом от НПВС, в/с ГКС, БПВП

- Устекинумаба уменьшает активность артрита, энтезита, дактилита и псориаза, задерживает рентгенологическое прогрессирование эрозий суставов, улучшает качество жизни больных.
- Применяется в качестве монотерапии и в сочетании с метотрексатом.

Хирургическое лечение

Ортопедические операции
(эндопротезирование)
по показаниям

Реактивные артриты

ОПРЕДЕЛЕНИЕ

Воспалительные негнойные заболевания суставов, развивающиеся вскоре (обычно не позже чем через 1 месяц) после острой кишечной или урогенитальной инфекции.

Этиология

- кишечная инфекция: *Yersinia enterocolitica*, *Yersinia pseudotuberculosis*, *Salmonella enteritidis*, *S. typhimurium*, *Campylobacter jejuni*, *Shigella flexneri*
- урогенитальная инфекция: *Chlamydia trachomatis*

Эпидемиология

- Частота РеА, индуцируемых *Chlamydia trachomatis*, составляет 4,6, а индуцируемых энтеробактериями - 5,0 на 100 000 населения.
- чаще молодые мужчины

Классификация

По этиологии:

- урогенный РеА
- энтерогенный РеА

По течению:

- острые (до 6 месяцев)
- затяжные (от 6 мес до 1 года)
- хронические (свыше 1 года)
- Рецидивирующие (50%)

Клиническая картина

1. Конституциональные симптомы:

- субфебрилитет (высокая лихорадка)
- общая слабость
- снижение аппетита
- похудание

Клиническая картина

2. Поражение суставов

- асимметричный артрит преимущественно нижних конечностей (главным образом голеностопных, коленных и суставов пальцев стоп, особенно больших пальцев), «лестничное поражение»
- общее число воспалённых суставов редко превышает шесть
- сакроилеит, как правило, односторонний
- спондилит поясничного отдела

Клиническая картина

3. Околосуставные поражения

- Энтезиты (наиболее частое поражение энтезисов в области пяток (ахиллоэнтезит и подошвенный фасциит))
- Тендовагинит пальцев стоп (реже кистей) («палец-сосиска», дактилит)

Клиническая картина

4. Внесуставные поражения

- Поражение слизистых оболочек неинфекционного генеза (конъюнктивит, уретрит, баланит, цервицит, безболезненные эрозии в полости рта).
- Острый односторонний передний увеит.
- Кератодермия – безболезненный очаговый (в виде папул и бляшек) или сливающийся гиперкератоз, наиболее часто локализуется на подошвах стоп и ладонях.
- Баланит и баланопостит.
- Поражение ногтей (чаще на пальцах стоп): жёлтое прокрашивание, онихолизис и другие виды ониходистрофии.
- Аортит, недостаточность аортального клапана, миокардит, нарушения атриовентрикулярной проводимости.
- Гломерулонефрит (чаще всего IgA-нефропатия).
- Простатит.
- Серозит (плеврит, перикардит).
- Воспаление скелетных мышц (миозит).
- Поражение периферической нервной системы (полиневрит).
- Лимфаденопатия, особенно паховая (при урогенитальной триггерной инфекции).

Синдром Рейтера

Сочетанное поражение мочеполовых органов (неспецифический уретропростатит), суставов (олиго- или моноартрит) и глаз (конъюнктивит), развивающееся одновременно или последовательно.



Диагностика

1. Клинический осмотр

2. Лабораторные исследования:

- общий анализ крови: возможно увеличение СОЭ, умеренный лейкоцитоз, тромбоцитоз и анемия
- повышение СРБ, концентрации IgA
- общий анализ мочи: пиурия как следствие уретрита, микрогематурия, протеинурия
- иммунологическое исследование: РФ и АНФ отрицательные
- HLA-B27 обнаруживается примерно у 60-80% больных; у носителей HLA-B27 наблюдаются более тяжёлое течение и склонность к хронизации заболевания
- маркёры ВИЧ-инфекции: у ВИЧ-инфицированных пациентов наблюдается более тяжёлое течение РеА
- синовиальная жидкость: неспецифические изменения, исследование нецелесообразно

Диагностика

2. Лабораторные исследования:

- идентификации триггерных инфекций (посевы кала, соскоба эпителия из уретры или шейки матки)
- иммунологические исследования (РПГА, ИФА, ПЦР)

Диагностика

3. Инструментальные исследования:

- рентгенологическое исследование:
 - остеосклероз и костная пролиферация в области краевых эрозий, воспалённых энтезисов
 - периостит
 - сакроилеит (обычно односторонний)
 - спондилит (очень редко)

ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ РеА

Большие критерии:

- Наличие двух из трёх следующих признаков:
 1. асимметричный артрит
 2. вовлечение 1-4 суставов
 3. локализация артрита на нижних конечностях
- Клинически манифестация урогенитальной или кишечной инфекции за 1 день-8 недель до начала артрита

ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ РеА

Малые критерии

- Лабораторное подтверждение мочеполовой или кишечной инфекции (*Chlamidia trachomatis* в культуре клеток в соскобе из уретры и цервикального канала или выявление энтеробактерий в посеве кале)

Определённый РеА диагностируют при наличии двух больших и малого критерия, вероятный РеА- при наличии только двух больших или одного большого и малого.

Лечение

1. Антибиотикотерапия 4 недели:

- тетрациклины (доксциклин 100 мг)
- макролиды (азитромицин 0,5-1,0 г, кларитромицин 0,5 г, рокситромицин 0,3 г)
- фторхинолоны (ципрофлоксацин 1,5 г, офлоксацин 0,6 г, ломефлоксацин 0,8 г, пефлоксацин 0,8 г)

Лечение

2. **НПВС** (диклофенак, ибупрофен, индометацин, кетопрофен, этодолак и др.)
3. **БПВП** (при затяжном или хроническом течении, отсутствии эффекта от симптоматической терапии в течение 3 месяцев и более)
 - сульфасалазин
 - метотрексат
 - азатиоприн
4. **Глюкокортикостероиды** (местно, бетаметазон)

Прогноз

- благоприятен
- полное выздоровление в течение 6-12 месяцев (у 80-90% пациентов)

Профилактика

- Общие гигиенические меры профилактики кишечных инфекций
- предупреждение заражения урогенитальным хламидиозом с помощью презерватива
- обследование на хламидиоз и, при необходимости, лечение половых партнёров

Энтеропатические артриты

- развивается у 20% пациентов ВЗК
- сакроилеит (симметричный или асимметричный)
- спондилоартрит (преимущественно поясничного отдела)
- артрит суставов верхних и нижних конечностей
- околосуставные поражения (теносиновиты и энтезиты), как правило, менее выражены

Энтеропатические артриты

- поражение глаз (конъюнктивиты, увеит)
- кожная симптоматика (узловатая эритема, гангренозная пиодермия)
- лечение осуществляется совместно с гастроэнтерологом (принцип такой же, как при других СНСА)

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНО-ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ НЕКОТОРЫХ СПОНДИЛОАРТРОПАТИЙ

| Признак | Болезнь Бехтерева | Псориатический артрит | Реактивные артриты |
|---|-------------------------------|--|--|
| Пол | Преимущественно мужчины (90%) | Мужчины и женщины заболевают одинаково часто | Преимущественно мужчины |
| Возраст | 15-40 | 20-45 | 20-30 |
| Начало | Постепенное | Постепенное | Острое |
| Течение | Медленно прогрессирующая | Медленно прогрессирующее (кроме тяжелых случаев) | Рецидивирующее |
| Поражение кожи и подкожно-жировой клетчатки | Не характерно | Псориатические бляшки | Кератодермия ладоней или подошв Псориазоподобная сыпь |

| | | | |
|------------------------------------|--------------------------------|-------------------------|--------------------------|
| Поражение слизистых оболочек | Не характерно | Стоматит глоссит | Стоматит |
| Сакроилеит | Всегда двусторонний | Часто односторонний | односторонний |
| Поражение позвоночника | Все отделы | Часто поясн. отдел | Редко поясн. отдел |
| Пор-е глаз | Часто увеит, иридоциклит | Редко конъюнктивит | Часто конъюнктивит |
| Пор-е внутр. органов | Редко(сердце, аорта, почки) | Редко(почки, сердце) | Часто уретрит, цистит |

**Благодарю за
внимание!**