

Тетерюков А. А.

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ ХЛАМИДИОИНДУЦИРОВАННОГО СПОНДИЛОАРТРИТА

*Белорусский государственный медицинский университет
2-я кафедра внутренних болезней*

Chlamydia trachomatis — хорошо изученный «артритогенный» микроорганизм, а обусловленный им реактивный спондилоартрит является одной из форм заболеваний, известных под общим названием «спондилоартриты» [1–4]. В классическом описании данного заболевания можно встретить упоминание о том, что артрит сопровождается другими проявлениями: в первую очередь, уретритом, развитие которого на 2–3 недели предшествует артриту, и конъюнктивитом [2, 3]. При таком последовательном развитии симптомов установить диагноз не представляет особых затруднений, но согласно нашему исследованию, подобная динамика заболевания встречается крайне редко, что, на наш взгляд, обусловлено как изменением свойств микроорганизма и реактивности организма хозяина, так и повсеместным (иногда нерациональным) применением антибактериальных средств. Недостаточная диагностика хламидийной инфекции, в свою очередь, обусловлена, главным образом, применением средств лабораторной диагностики, которые обладают недостаточной чувствительностью и способны давать ложноположительные результаты [1, 2, 5]. Еще одной трудностью на пути к установлению верного диагноза хламидиоиндуцированного спондилоартрита является схожесть клинической картины данного заболевания с другими болезнями из группы спондилоартритов: например, периферической формой анкилозирующего спондилита, псориатического спондилоартрита при незначительной распространенности кожного поражения и т. д. [6]. Вдобавок, результаты дополнительных исследований на разных стадиях заболевания порой не способны облегчить диагностику и дифференциальную диагностику.

Целью нашего исследования было выделение клинических проявлений и лабораторно-инструментальных признаков, чаще других встречающихся у пациентов с достоверным хламидиоиндуцированным спондилоартритом, и описать их без сравнения с другими формами спондилоартритов.

Материалы и методы

Результаты обследования 40 пациентов с хламидиоиндуцированным спондилоартритом: опрос, сбор анамнеза, объективное обследование, оценка результатов лабораторных и инструментальных методов исследования.

Результаты и обсуждение

Проведено исследование 40 пациентов со средней давностью течения хламидиоиндуцированного спондилоартрита 3 месяца (2 недели – 5 лет).

Наличие инфекции подтверждалось либо по данным полимеразной цепной реакции, либо с помощью культурального метода. Доминирующим проявлением хламидиоиндуцированного спондилоартрита был артрит, который встречался у 38 из 40 (95 %) пациентов: чаще других поражались голеностопные суставы: у 29 из 38 (76,3 %) пациентов на втором месте шли мелкие суставы стоп — у 19 из 38 (50 %) и коленные суставы — у 17 из 38 (44,7 %) пациентов. Самым частым проявлением заболевания со стороны осевого скелета был сакроилеит, который наблюдался у 37 из 40 (92,5 %): у 25 из 37 (67,6 %) пациентов он обнаруживался при помощи рентгенографии (характерными для него чертами было эрозирование суставных краев без выраженного склерозирования и анкилозирования), у остальных 12 пациентов его наличие было установлено при помощи МРТ: выявлялся либо изолированный отек костного мозга, либо в сочетании с другими патологическими процессами: энтезитом, синовитом, капсулитом. У 7 из этих 12 (58,3 %) пациентов также отмечались «хронические» изменения: эрозирование, склероз и анкилоз в области крестцов-подвздошных сочленений. Клинические проявления сакроилеита (боль, скованность в поясничном отделе позвоночника) отмечались только у 11 из 37 (29,7 %) пациентов. У 3 из 40 (7,5 %) имела место выраженная симптоматика со стороны шейного отдела позвоночника: боль при движениях, скованность, ограничение объема движений в отсутствии любых изменений по данным визуализационных методов обследования, включая МРТ. Энтезиты в области стоп, тазовых костей, плечевых суставов встречались у 29 из 40 (72,5 %) пациентов. Наличие энтезита устанавливалось клинически и при помощи ультразвукового исследования. Важно отметить, что среднее значение показателя интенсивности боли у пациентов только с энтезитом и только с артритом значительно не различались (70,6 и 68,4 баллов по стобалльной шкале, соответственно; $p < 0,001$). Рентгенологическая картина при обследовании суставов была неспецифической: наиболее часто имело место незначительное сужение суставной щели и обызвествление структур суставно-связочного аппарата. Признаков далеко зашедшего процесса (синдесмофитов, спондилофитов, анкилозирования) со стороны осевого скелета не было выявлено ни у одного из пациентов. Антиген HLA-B27 выявлялся у 23 из 40 (57,5 %) пациентов. Наиболее частым внесуставным проявлением хламидиоиндуцированного спондилоартрита был конъюнктивит: он отмечался у 4 из 40 (10 %) пациентов. Важно, что «классическое» этапное течение заболевания (уретрит-артрит) встречалось лишь у 3 из 40 (7,5 %) пациентов. В нашем исследовании не встретилось ни одного пациента со строго центральной формой заболевания, что так характерно для истинной формы анкилозирующего спондилита. Повышение острофазовых показателей (СОЭ, СРБ) по данным лабораторных методов исследования встречалось у подавляющего большинства пациентов — 35 (87,5 %). Лихорадка на ка-

ком-либо из этапов заболевания, не купируемая одним лишь приемом нестероидных воспалительных средств, встречалась у 31 из 40 (77,5 %).

Выводы:

1. Хламидиоиндуцированный спондилоартрит имеет достаточно характерную клиническую картину и представляется классическим вариантом периферического спондилоартрита по новой классификации ASAS [4].

2. Клинические проявления: характерные для хламидиоиндуцированного спондилоартрита: ассиметричный олигоартрит суставов нижних конечностей с клинически выраженным синовитом, в большинстве случаев с сопутствующими энтезитами. При этом сакроилеит проявлялся клинически лишь у трети пациентов. Описанная в литературе триада артрит-уретрит-конъюнктивит не встречалась ни у одного из пациентов. Для хламидиоиндуцированного спондилоартрита характерны конституциональные проявления: повышение температуры тела, факторов воспаления по результатам лабораторных исследований.

3. Ассоциация заболевания с антигеном HLA-B27 была значительно менее выраженной, чем в случае истинного анкилозирующего спондилита, когда она достигает 95 %.

4. Необратимые рентгенологические изменения в виде анкилозирования структур осевого скелета, далеко зашедшего вторичного артроза суставов не встречались.

ЛИТЕРАТУРА

1. Owlia, M. B. Is the role of Chlamydia trachomatis underestimated in patients with suspected reactive arthritis? / M. B. Owlia, A. R. Eley // Int. J. Rheum. Dis. 2010. Vol. 13(1). P. 27–38.

2. The pathogenic role of Chlamydia in spondyloarthritis / H. C. Gérard [et al.] // Curr. Opin. Rheumatol. 2010. Vol. 22(4). P. 363–7.

3. Carter, J. D. The evolving story of Chlamydia-induced reactive arthritis / J. D. Carter, A. P. Hudson // Curr. Opin. Rheumatol. 2010. Vol. 22(4). P. 424–30.

4. Zeidler, H. The Assessment in Spondyloarthritis International Society (ASAS) classification criteria for peripheral spondyloarthritis and for spondyloarthritis in general : the spondyloarthritis concept in progress / H. Zeidler, B. Amor // Ann. Rheum. Dis. 2011. Vol. 70(1). P. 1–3.

5. Kotake, S. Chlamydia-associated arthritis and enteropathic arthritis — two important spondyloarthritides / S. Kotake, Y. Nanke // Nihon Rinsho Meneki Gakkai Kaishi. 2011. Vol. 34(3). P. 121–30.

6. The role of Chlamydia and Chlamydophila infections in reactive arthritis / A. Rizzo [et al.] // Intern. Med. 2012. Vol. 51(1). P. 113–7.

The aim of our study was describe characteristic clinical features of reactive chlamydia-induced spondyloarthritis. We evaluated 40 patients with the abovementioned form of the disease. We found out sever specific signs and symptoms that may help to separate this form of spondyloarthritis from others. They are: asymmetric peripheral arthritis of the lower limbs, mostly asympto-

matic sacroiliitis, painful enthesitis and general disorders such as low-grade fever and general malaise. Advanced radiologic changes were rare, association with HLA-B27 antigen was weak. Pure central spondyloarthritis wasn't observed.