

# РАННЯЯ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ОТДЕЛЬНЫХ ФОРМ СПОНДИЛОАРТРИТОВ

*А.А. Тетерюков*

*Белорусский государственный медицинский университет*

С тех пор как спондилоартриты впервые были отделены от серонегативного ревматоидного артрита, ведется непрекращающееся совершенствование классификации данной группы заболеваний, окончательной целью которого является унификация подходов к пониманию природы, течения, диагностики и лечения этих патологических состояний [1–3]. С одной стороны, отдельные «представители» спондилоартритов сходны между собой: отсутствием (как, правило) повышения титров ревматоидного факторы в сыворотке крови, поражением на определенной стадии заболевания крестцово-подвздошных сочленений, наличием антигена HLA-B27 (4). Именно поэтому в различных классификациях различных лет отдельные нозологические единицы неизменно группировались в общую категорию [5, 6] В то же время, подходы к их лечению и прогноз часто оказываются совершенно различными. Что очень важно, нет ни одного специфического иммунологического показателя, который бы позволял с высокой достоверностью установить диагноз того или спондилоартрита. Поэтому врачу приходится полагаться на клинику, лабораторные и визуализационные методы исследования, которые на определенных этапах заболевания могут быть весьма схожи при различных формах спондилоартритов. Таким образом, чтобы не упустить начальный период заболевания — время весьма ценное для врача ревматолога с точки зрения замедления прогрессирования заболевания, было бы очень желательно, обладая определенными сведениями из анамнеза и наблюдая клиническую картину заболевания провести пациенту дифференциальную диагностику заболевания. Заболевание у пациентов со спондилоартритами может протекать в центральной или периферической форме, т.е. с поражением только позвоночника или периферических суставов. Поскольку это играет крайне важную роль в ранней дифференциальной диагностике и выборе метода лечения, Международной группой по изучению спондилоартритов была разработана классификация ранних форм заболевания [7–8], позволяющая врачу-ревматологу не только предположить у такого

пациента возможность развития определенной нозологической единицы спондилоартритов в будущем, но и, исходя из особенностей суставного синдрома, начать патогенетическую терапию.

**Цель исследования:** на основании данных анамнеза, особенностей клинической картины заболевания и данных лабораторно-инструментальных исследований провести дифференциальную диагностику различных форм спондилоартритов

**Материалы и методы.** Сбор анамнеза, объективный осмотр, результаты общего, биохимического анализов крови, анализов мочи (общего, трехстаканной пробы), иммунологического исследования (определения титров ревматоидного фактора, антител к циклическому цитруллинированному пептиду), ПЦР-диагностики или культурального метода исследования на наличие у пациентов хламидийной инфекции (*Chlamydia trachomatis*, *Chlamydia pneumoniae*), статистический анализ.

**Результаты и их обсуждение.** Нами было исследовано 50 пациентов с двумя заболеваниями: анкилозирующий спондилит (20) и недифференцированный спондилоартрит (30). Лишь у 4 из 20 (20%) пациентов с анкилозирующим спондилитом заболевание носило периферическую форму. У 16 пациентов с центральной формой заболевания выраженная степень обездвиженности позвоночника развилась за 3 недели–18 месяцев. Следует отметить, что у трех из четырех пациентов с периферической формой поражение суставов носило крайне агрессивный характер с ранним развитием деструкции хряща и необходимостью протезирования (у двоих из них к моменту первичного осмотра уже было произведено тотальное эндопротезирование обоих тазобедренных суставов). Ни у одного из пациентов с центральной формой спондилоартритов ни один из видов традиционной терапии (базисная противовоспалительная, НПВС, физиотерапевтическое лечение) не приносило значительного улучшения. Отдельно стоит упомянуть, что при проведении антибактериальной терапии тем из указанных пациентов, у которых была выявлена хламидийная инфекция, не было существенного улучшения состояния. Пяти пациентам удалось провести биологическую терапию блокаторами ФНО, которая привела к значительному улучшению (уменьшение болевого синдрома, увеличение подвижности позвоночника).

У 30 из всех пациентов с недифференцированным спондилоартритом имела место центральная форма заболевания. Синовиты периферических суставов (коленных, голеностопных, лучезапястных) при этом носили рецидивирующий характер, беспокоили пациентов несколько лет или даже десятков лет (1 месяц — 15 лет), в тоже время ни у одного из этих пациентов не было выявлено вторичного остеоартроза выше 2 рентгенологической стадии. У 23 из них (76,7%) различным методом была выявлена хламидийная инфекция (ПЦР, посев материала на клеточную среду, полученного из урогенитального тракта, полости рта, синовиальной жидкости на *C. trachomatis*, *C. pneumoniae*). У 15 из 23 пациентов с инфекцией (65,2%) антибактериальная терапия привела к развитию клинического и лабораторного улучшения еще до назначения патогенетической базисной терапии. У 9 из этих 15 пациентов (60%) назначение глюкокортикостероидов не потребовалось ни на одном из этапов заболевания.

Исходя из вышеописанного следует, что даже при выделении всего двух ранних форм заболевания — центральной и периферической — мы сталкиваемся с трудностями прогнозирования их дальнейшего течения. С одной стороны, пациент может страдать от постоянных рецидивов периферического артрита, тем не менее, необратимые анатомические изменения не будут развиваться в течение длительного периода времени, с другой — у него может быстро развиваться функциональная недостаточность суставов и позвоночника с выраженным стиханием воспалительного процесса.

При наличии у пациента периферической формы спондилоартрита необходимо тщательно уточнять анамнез заболевания (длительность, динамику, эффективность предшествующей терапии), исключать анкилозирующий спондилит ввиду агрессивности периферического артрита, назначать традиционную базисную противовоспалительную терапию. В случае, если пациент не удовлетворяет критериям анкилозирующего спондилита, целесообразно осуществлять углубленный поиск инфекционной составляющей патогенеза заболевания (*C. trachomatis*, *C. pneumoniae*: урогенитальный тракт, полость рта) и в случае ее обнаружения — эрадикационную терапию. При возможности пациентам с центральной формой анкилозирующего спондилита необходимо назначать биологическую терапию (блокаторы ФНО), поскольку она позволяет достичь драматического улучшения и значительно улучшить качество жизни пациентов.

#### **Выводы.**

При наличии у пациента четко доминирующего центрального суставного синдрома (особенно быстро развившегося) можно с высокой долей вероятности предполагать у него

развитие анкилозирующего спондилита (если не на момент первичного осмотра, то в будущем). При наличии длительно текущего периферического суставного синдрома с относительно невыраженным (по крайней мере, клинически) поражением позвоночника можно предполагать наличие недифференцированного спондилоартрита, который у большинства наших пациентов был ассоциирован с хламидийной инфекцией.

#### Литература.

1. Moll JM, Haslock I, Macrae IF, et al. Associations between ankylosing spondylitis, psoriatic arthritis, Reiter's disease, the intestinal arthropathies, and Behcet's syndrome. *Medicine (Baltimore)* 1974;53:343–64.
2. Rudwaleit M, van der Heijde D, Landewé R, et al. The Assessment of SpondyloArthritis international Society (ASAS) Classification Criteria for peripheral Spondyloarthritis and for Spondyloarthritis in general. *Ann Rheum Dis* 2011;70:15–21.
3. Kellgren JH, Jeffrey MR, Ball J. *The Epidemiology of Chronic Rheumatism*. Oxford, England: Blackwell Scientific Publications 1963;1:326–27.
4. Wright V. Seronegative polyarthritis: a unified concept. *Arthritis Rheum* 1978;21:619–33.
5. François RJ, Eulerink F, Bywaters EG. Commented glossary for rheumatic spinal diseases, based on pathology. *Ann Rheum Dis* 1995;54:615–25.
6. Zochling J, Brandt J, Braun J. The current concept of spondyloarthritis with special emphasis on undifferentiated spondyloarthritis. *Rheumatology (Oxford)* 2005;44:1483–91.
7. Rudwaleit M, Landewé R, van der Heijde D, et al. The development of Assessment of SpondyloArthritis international Society classification criteria for axial spondyloarthritis (part I): classification of paper patients by expert opinion including uncertainty appraisal. *Ann Rheum Dis* 2009;68:770–6.
8. Rudwaleit M, van der Heijde D, Landewé R, et al. The development of Assessment of SpondyloArthritis international Society classification criteria for axial spondyloarthritis (part II): validation and final selection. *Ann Rheum Dis* 2009;68:777–83.

## **EARLY DIFFERENTIAL DIAGNOSIS OF INDIVIDUAL FORMS OF SPONDYLOARTHRITIS**

*A.A. Tetryukov*

The aim of the study was to assess the possibilities of early clinical differential diagnosis of different forms of spondyloarthritides. It was found that “classic” ankylosing spondylitis has a course of central diseases and rarely affects joints (only about 20% in our study population), but if affected joints are inflamed in very unfavorable fashion: with early destruction and need for replacement. In about 77% of patients with peripheral undifferentiated arthritis different species of *Chlamydia* could be found. Successive eradication of infection in 65% led to clinical and investigational improvement.